

B. V. ZEIGARNIK

[BLIUMA VUL'FOVNA ZEIGARNIK (1901-1988)]

PATOPSICOLOGIA*

~~PSICOPATOLOGIA~~

Traducción: DORA FUSIMAÑA

* O nome russo da área de investigação que dá título a esse livro não é “Psicopatologia” e sim “Patopsicologia” [Патопсихология], como um campo de investigação da psicologia não da medicina. Para poupar o esforço mecânico de corrigir o erro da tradução em todas as vezes em que se repete deixo já registrado esse alerta como válido para todo o livro. Outros erros como esse, por ignorância da história e da concepção de ciência da psicologia soviética, serão corrigidos conforme os estudos e confrontações com a fonte russa nos permitirem.



AKAL EDITOR

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	13
Resumen historico	
CAPÍTULO II	23
Principios de organización en la investigación psicopatológica	
CAPÍTULO III	45
Alteraciones de la conciencia	
CAPÍTULO IV	53
Alteraciones de la percepción	
1. Agnosia	54
2. Pseudoagnosis en la demencia	59
3. Engaño de los sentidos	61
4. Alteración del componente motivador de la percepción	66
CAPÍTULO V	77
Alteraciones de la memoria	
1 Alteraciones de la memoria inmediata	80
2 Alteraciones del dinamismo de la memoria	93
3 Alteraciones de la memoria mediata	95
4 Alteraciones del componente motivador de la memoria	99
CAPÍTULO VI	105
Alteraciones del razonamiento	
1. Alteración del aspecto operacional del razonamiento	113
2. Alteración del dinamismo del razonamiento	129
3. Alteración del componente motivador del	138

razonamiento	
4. Alteración del sentido crítico del pensamiento	149
CAPÍTULO VII	155
Alteraciones de personalidad	
1. Alteración en el proceso de mediación y en el	155
ordenamiento de los motivos	
2. Alteración en la formación de significaciones	166
3. Alteración del subcontrol del comportamiento	171
CAPÍTULO VIII	185
Alteraciones de la capacidad mental	
CAPÍTULO IX	193
Valor de las investigaciones psicopatológicas para los	
problemas de psicología general	
BIBLIOGRAFÍA	203

PSICOLOGIA



MAESTRIA EN
NEUROPSICOLOGIA

DE LA AUTORA

~~DEL AUTOR~~

El presente libro está formado por la exposición de los principales apartados de la asignatura «~~Psicopatología~~» impartida por ~~el autor~~ en la facultad de psicología de la Universidad estatal de Moscú. En el mismo se han incluido algunas secciones revisadas del manual «Introducción a la ~~psicopatología~~», etcétera.

- Patopsicologia
- la autora

El manual va dirigido a los estudiantes psicólogos de amplia especialización, y también a los psicólogos que trabajan en instituciones psiconeurológicas, tanto de investigación como aplicadas.

- Patopsicologia

En el libro se citan no sólo los resultados de las investigaciones propias, sino también los datos aportados por los aspirantes dirigidos por el autor y los colaboradores de los laboratorios psicológicos del Instituto de Psiquiatría de Moscú, perteneciente al Ministerio de Sanidad de RSFSR, y de la clínica N.º 4 Ganishkin: V. I. Belozertseva, L. V. Petrenko, B. S. Bratusia, A. J. Ivanova, M. A. Kareva, M. M. Kochenova, I. I. Kozhuhovskaya, S. V. Longuinova, V. V. Nikolaeva, S. J. Rubinstein, E. T. Sokolova, A. S. Spivakovskaya, T. I. Tepenitsina.

A todos ellos, y sobre todo a mi viejo amigo y colaborador Doctor en psicología S. J. Rubinstein, expreso mi más profundo agradecimiento.

INTRODUCCION

La ~~psicopatología~~ es una rama de la ciencia psicológica. Sus aportaciones tienen un valor teórico y práctico para la psicología y la psiquiatría. En este sentido, se la puede considerar como una ciencia fronteriza.

- Patopsicologia

En la actualidad, en la ciencia se desarrolla un proceso muy intensivo de formación de áreas interdisciplinarias. Existen áreas como la bioquímica, biofísica, radiología química, etcétera. Este proceso de independencia de la ciencia «materna», testimonio de su madurez, ha alcanzado también a la psicología; existen varias ramas de psicología —de ingeniería, infantil, pedagógica, social—, la neuropsicología, psicopatología, etcétera. El proceso de formación de las áreas fronterizas del conocimiento viene determinado por múltiples causas, y, ante todo, por el progreso científico-técnico. En psicología, a estas causas generales se añade una más —el factor humano—. Es evidente que muchos problemas, incluso los particulares de pedagogía, medicina y también de la técnica no pueden resolverse si no se tiene en cuenta el factor humano.

Al separarse de su ciencia «materna» las áreas fronterizas, interdisciplinarias del conocimiento, siguen, sin embargo, estrechamente ligadas a la misma y se rigen por sus leyes fundamentales. Al igual que la psicología social o de ingeniería, la psicopatología sigue siendo una ciencia psicológica; su problemática, su perspectiva y logros deben contemplarse en relación con el desarrollo y el nivel de la psicología general.

Como es natural, las áreas fronterizas del conocimiento experimentan las influencias de la ciencia colindante, mejor dicho, estas áreas absorben, asimilan muchos postulados y datos de las investigaciones de esta compleja disciplina.

Al admitir que la ~~psicopatología~~ es una disciplina psicológica, queda determinado el objeto de su estudio y su delimitación respecto al objetivo de la psiquiatría.

- Patopsicologia

La psiquiatría, como cualquier otra rama de la medicina, tiene por objetivo el esclarecimiento de las causas de la enfermedad psíquica, el estudio de los síndromes y síntomas característicos para una determinada enfermedad, la lógica de su aparición o sucesión, el análisis de criterio en el pronóstico de la enfermedad, el tratamiento y la prevención de la enfermedad.

La ~~psicopatología~~, como disciplina psicológica, parte de las leyes de desarrollo y la estructura de la psique en estado normal. Estudia las leyes de disgregación de la actividad psíquica y las propiedades de la personalidad, comparándolas con las leyes de formación y desarrollo de los procesos psíquicos como norma, estudia la regularidad en las alteraciones de la actividad reflectora del cerebro. Por tanto, a pesar de lo cercanos que se sitúan los objetivos del estudio, la psiquiatría y la ~~psicopatología~~ se diferencian por el objetivo de su actividad. El menor olvido de este postulado (o sea, de que la psicopatología es una ciencia psicológica) conduce al desdibujamiento de los límites de esta ciencia y la sustitución de su objetivo por el de la denominada «pequeña psiquiatría». Las cuestiones y problemas que la psicopatología debe resolver con sus métodos, y dentro de sus concepciones, son sustituidos por problemas que son competencia de los propios psiquiatras, lo que conduce no sólo al retraso en el desarrollo de la psicopatología, sino que tampoco beneficia en nada a la propia psiquiatría.

Los datos obtenidos experimentalmente, pero no analizados en concepto de la teoría psicológica, tan sólo «remiten» a la clínica los mismos hechos etiquetados de forma nueva, que son asimilados por los médicos no peor que por nosotros, basándose en su metodología clínica. Sólo cuando el análisis del experimento psicopatológico se efectúa con métodos correspondientes a la actual teoría psicológica materialista, los resultados obtenidos son útiles en la práctica clínica, no sólo complementándola, sino también sacando a la luz nuevos hechos. Como dijo en su tiempo el célebre físico L. Boltzman, lo más práctico resulta ser una buena teoría.

El olvido del postulado de que la ~~psicopatología~~ es una ciencia psicológica conduce, además, a otro resultado muy poco deseable. A causa del número insuficiente de especialistas psicopatológicos, en el trabajo de esta rama se incluyen especialistas de disciplinas adyacentes, que no poseen los conocimientos necesarios en psicología ni los hábitos profesionales. El psicopatólogo debe ser, ante todo, un psicólogo y además conocer perfectamente los fundamentos teóricos y las exigencias prácticas de una clínica psiquiátrica.

Si a la investigación psicopatológica se dedican especialistas de disciplinas contiguas, éstos deben poseer una considerable preparación psicológica. Ya K. I. Povarin, seguidor de la escuela de V. M. Behterev, mencionó este punto en los albores de la psicopatología:

«Los médicos investigadores, con frecuencia, consideran posible iniciar un estudio experimental psicológico de los enfermos mentales, sin molestarse en estudiar ni siquiera los fundamentos de la psico-

gía normal... Ante esta postura, en relación con los estudios psicológicos, es difícil esperar de ellos resultados satisfactorios... La vida espiritual del hombre es el más complejo objetivo de estudio de toda la naturaleza y exige una actitud sabia y cautelosa con todas las armas del conocimiento psicológico» /81, 38-39/.

Una insuficiente preparación psicológica puede conducir a graves errores —un punto de vista simplista sobre complejos fenómenos psíquicos o deducciones erróneas. El estudioso debe saber reorganizar la compleja realidad psicológica, en la que todos los componentes están unidos en uno solo, con el fin de destacar en primer plano el fenómeno estudiado. Los conocimientos psicológicos son indispensables, no sólo en la elección del método de estudio, sino también al analizar los resultados. Y esto lo subrayó K. I. Povarin, al decir que el investigador «no sólo debe conocer la psicología y sus métodos de investigación desde el punto de vista teórico, sino que debe saber mejorar estos conocimientos en la práctica. El hábito del trabajo, la capacidad de acercarse al sujeto, la planificación del experimento, multitud de detalles que se omiten en una exposición teórica, pero que son de gran importancia, todo esto puede ser adquirido sólo con la práctica» /81, 42/.

Las investigaciones en el área de la ~~psicopatología~~ tienen un valor: a) *teórico*, y b) *aplicado*. Hablemos primero del apartado indicado en primer lugar, o sea, del papel que juegan las investigaciones psicopatológicas en la teoría psicológica. Este punto será analizado detenidamente en el último capítulo, aquí tan sólo indicaremos las áreas en las cuales puede manifestarse esta influencia.

- Patopsicologia

Ante todo, el material ~~psicopatológico~~ permite observar la estructura de las distintas formas de la actividad psíquica. Ya I. P. Pavlov indicaba que lo psicopatológico, con frecuencia, simplifica lo que se nos presenta oculto en la regla. Basándose en el material patológico, con frecuencia podemos detectar los factores psicológicos, que son «responsables» de tal o cual estructura en la actividad cognoscitiva del enfermo.

- Patopsicológico

Los datos de las investigaciones psicopatológicas adquieren singular importancia al analizar la estructura de los motivos y necesidades. En este punto nos detendremos más adelante. Aquí sólo hay que subrayar que la enfermedad psíquica, al destruir y falsear la sucesión de motivos y al disminuir su función en la formación de significados, nos proporciona valiosísimos hechos reales para la comprobación y demostración de los postulados teóricos de la psicología general. Esto es posible porque la enfermedad mental con frecuencia conduce no sólo a la destrucción de los procesos ya formados de los motivos y necesidades, sino también a la formación de nuevos motivos (aunque patológicamente alterados), aparición de nuevas propiedades y rasgos de la personalidad. Por este motivo, la utilización del material patológico puede resultar muy útil, al resolver el problema de la relación entre lo biológico y lo social en el desarrollo de la psique.

En los capítulos siguientes demostraremos que las modificaciones

de la actividad psíquica (tanto cognoscitiva como la motivada emocionalmente) no se manifiestan como una consecuencia inmediata de la enfermedad, sino que siguen un complicado camino de formación y desarrollo. Por esto, el análisis de la trayectoria vital del enfermo y de los datos aportados por el experimento psicológico representan algo así como una clave «genética», que permite resolver varios problemas teóricos.

Otro problema teórico, para el cual son importantes las investigaciones psicopatológicas, consiste en el estudio de la disgregación y desarrollo de la psique, problema planteado por L. S. Vygotsky, ya en los años treinta. Son muchos los psicólogos extranjeros que consideran que la disgregación de la psique es el negativo que se desarrolló, o sea, que los procesos psíquicos, las capacidades que se desarrollan durante la maduración del cerebro disminuyen proporcionalmente durante su envejecimiento o enfermedad. Los datos aportados por las investigaciones ~~psicopatológicas~~ han demostrado que no es así. Según la lógica de la teoría Séchenov-Pavlov, los procesos psíquicos se forman sobre los reflejos condicionales, o sea, reflejos de formación constante en la vida. L. S. Vygotsky y A. N. Leontiev han manifestado la opinión de que el hombre se caracteriza por la «herencia social», opinión también mantenida por el especialista en genética N. P. Dubinin. Dicho de otro modo, lo psíquico es el resultado de la educación y asimilación de la experiencia humana, o sea, que el desarrollo de la psique transcurre bajo la influencia de factores sociales; en cambio, la enfermedad, al desarrollarse bajo leyes biológicas, crea las condiciones que conducen a la formación de una psique anormal. Por consiguiente, ni siquiera teóricamente se puede suponer que la disgregación es el negativo del desarrollo.

No menos importante es también el valor aplicado de la psicología. Son muy varias las tareas prácticas que tiene planteadas la investigación psicopatológica. Ante todo, los datos obtenidos de un experimento psicológico pueden utilizarse con fines de diagnósticos diferenciales. Es evidente que la determinación del diagnóstico corresponde al médico, y éste se basa no en datos de laboratorio, sino en una compleja investigación clínica. Sin embargo, en los laboratorios psicológicos se han acumulado cantidad de datos que caracterizan las alteraciones de los procesos psíquicos en distintas enfermedades, y estos datos pueden utilizarse como material complementario, al formular el diagnóstico. Así, por ejemplo, al determinar clínicamente el estado psíquico del enfermo, con frecuencia se hace imprescindible diferenciar el estado asténico de la naturaleza orgánica del estado de atonía esquizofrénica. En una afección orgánica, es mucho más frecuente la lentitud de los procesos psíquicos, deficiente memorización y reproducción del material presentado y la dependencia de estas alteraciones del agotamiento; en cambio, en un proceso esquizofrénico, con mayor frecuencia se observa una falta de lógica en el razonamiento, pero sin agotamiento; diversificación en el razonamiento, pero con buena memorización.

- Patopsicológicas

El experimento psicológico puede tener como meta el análisis de la estructura, la determinación del grado de las alteraciones psíquicas del enfermo y de su degradación intelectual, con independencia del problema del diagnóstico diferencial, por ejemplo, en la determinación de la calidad de remisión al determinar la efectividad del tratamiento.

En la actualidad, en la práctica clínica se introducen constantemente gran cantidad de nuevos remedios terapéuticos, y la aplicación de las adecuadas investigaciones permite determinar el carácter de acción de estos remedios. Varios métodos experimentales psicológicos pueden ser utilizados como indicadores en las pruebas psicofarmacológicas.

Actualmente, los métodos de la psicopatología experimental se utilizan no sólo en la práctica psiconeurológica. La determinación de las modificaciones en el estado psíquico del enfermo, de la alteración en su capacidad de trabajo y de su personalidad es imprescindible también en las clínicas terapéuticas y quirúrgicas, al igual que en el área de la higiene profesional.

Los datos de la ~~psicopatología~~ experimental adquieren un especial valor en los problemas de informes psiquiátricos laborales, judiciales y militares.

Los problemas que le plantea a un psicólogo el informe psiquiátrico judicial son variados y complejos. La determinación de criterios para el diagnóstico, el análisis del grado de descenso se complican por la propia actitud del enfermo ante el hecho del informe, adoptando éste una «actitud» consciente de estar ante un experimento, una situación traumatizante, y por las sucesivas reacciones. Con frecuencia, surge el problema de hallar el criterio justo para determinar la simulación de reacciones enfermizas, por ejemplo, para diferenciar la verdadera falta de criterio de un comportamiento simulado (estudio de I. I. Kozhuhovskaya).

Al efectuar el peritaje laboral es imprescindible tener en cuenta la correlación entre los resultados del estudio y las exigencias de la profesión a la que quiere dedicarse el enfermo.

Actualmente, ha alcanzado un especial grado de desarrollo el aspecto social de la psiquiatría. Incluso existe el término de «psiquiatría social». En esta dirección se encaminan muchos de los estudios realizados por psicólogos y psiquiatras, tanto de nuestro país como extranjeros. Se ha determinado que la disminución en la capacidad de trabajo del enfermo mental no siempre es paralela al grado de modificación de sus procesos psíquicos (trabajos de V. M. Kogan, E. A. Korobkova, D. E. Melehova, S. J. Rubinstein, A. B. Halfina, T. S. Kabachenko, etcétera). Se plantea el amplio problema, no sólo de restablecer la capacidad de trabajo, sino de prevenir la posible disminución de esta capacidad. En esta tarea adquiere un gran peso específico el material aportado por la investigación psicológica que determina las modificaciones en la actividad del enfermo, de su actitud ante la vida y su reacción ante el medio en que se desenvuelve.

- Patopsicología

Ultimamente se ha determinado una nueva esfera de influencia del psicopatólogo en la práctica clínica —y es su participación en la labor psicoterapéutica—. Este aspecto, ampliamente desarrollado en la psicología clínica extranjera, adquiere gran difusión también en nuestro país. Se está intentando fundamentar las recomendaciones psicológicas para la aplicación de la psicoterapia (por ejemplo, en el tratamiento de la neurosis y el alcoholismo).

La utilización del experimento ~~psicopatológico~~ ocupa un lugar preeminente en la clínica psiquiátrica infantil. Además del problema del diagnóstico diferencial, de la determinación del grado de descenso y de la efectividad del tratamiento, en la clínica psiquiátrica infantil se plantea el problema del pronóstico en los estudios y la selección, relacionada con éste, de los niños para las escuelas especiales.

- Patopsicológico

En este aspecto, tiene un valor especial la observación dinámica de los niños. Este estudio permite analizar las valoraciones pronósticas en el aprendizaje del niño, efectuadas por el psicopatólogo, y obtener los principios teóricos en los que se basa el pronóstico. Sin embargo, las metas de la labor ~~psicopatológica~~ en la clínica infantil no se limitan a la búsqueda de criterios válidos para el diagnóstico y el aprendizaje. En esta área se desarrolla una gran labor de corrección. Esta labor consiste tanto en la restauración de determinadas funciones alteradas como en la corrección del alterado desarrollo general (por ejemplo, mediante la terapia de juegos).

- Patopsicológica

Es necesario subrayar que los datos experimentales reunidos por los psicopatólogos mediante la solución de los problemas prácticos indicados pueden resultar de gran utilidad en la resolución de varios problemas teóricos. Los problemas clínicos exigen casi siempre una investigación dinámica que permita detectar las condiciones bajo las cuales aparece un determinado fenómeno psicopatológico. Precisamente esta «predisposición» de las condiciones permite observar la formación de tal o cual síntoma, descubrir su naturaleza, por ejemplo, la formación de una necesidad patológica, la alteración de los motivos e intereses, etcétera.

CAPITULO I

RESUMEN HISTORICO

PSICOLOGIA



MAESTRIA EN NEUROPSICOLOGIA

La historia de la psicopatología va unida al desarrollo de la psiquiatría, la neurología y la psicología experimental.

Es a finales del siglo XIX cuando la psicología empieza a desembarazarse de su carácter especulativo; en sus estudios se introducen métodos utilizados en las ciencias naturales. Los métodos experimentales de W. Wundt, y sus discípulos penetraron en las clínicas psiquiátricas —en la clínica de E. Kraepelin (1879), en una de las mayores clínicas psiquiátricas de Francia, en Salpêtrière (1890), donde P. Janet ocupó el cargo de director del laboratorio por el espacio de más de cincuenta años; también en Rusia se abrieron laboratorios psicológico-experimentales dentro de las clínicas psiquiátricas—, el laboratorio de V. M. Behterev en Kazan (1885), de S. S. Korsakov en Moscú (1886), posteriormente los laboratorios de V. F. Chizhov en Yuriev, de I. A. Sikorsky en Kiev y otros.

Ya en la frontera de nuestro siglo, algunos científicos empiezan a hablar del surgimiento de una nueva rama de la ciencia psicológica. Así, V. M. Behterev escribe en 1904: «Los recientes logros de la psiquiatría, conseguidos en gran parte gracias al estudio clínico de las alteraciones psíquicas junto a la cama del enfermo, han servido de base para una rama especial del conocimiento denominada *psicología patológica* (la letra cursiva es nuestra, B. Z.), la cual ya ha permitido resolver gran número de problemas psicológicos y de la cual, sin duda, se puede esperar mucho más en el futuro» /6, 12-13/.

Las alteraciones de la psique se consideraban como un experimento de la naturaleza, el cual, en la mayoría de los casos, abarcaba complejos fenómenos psicológicos, inaccesibles aún para la psicología experimental. «La enfermedad se transforma en un sutil instrumento de análisis —escribe Ribot—, realizando por nosotros experimentos que no se podrían llevar a cabo por ningún otro medio» /87, 61/.

En uno de los primeros trabajos generales sobre la psicopatología

—«Psicopatología aplicada a la psicología»—, el psiquiatra suizo G. Stüring escribió que las alteraciones producidas por una enfermedad en algún elemento de la vida espiritual permiten determinar en qué fenómenos participa este elemento y el papel que desempeña en los fenómenos de los cuales es parte integrante. El material psicopatológico contribuye al planteamiento de nuevos problemas en la psicología general, con lo cual contribuye a su desarrollo. Además, los fenómenos patológicos pueden servir de criterio en la valoración de las teorías psicológicas.

En resumen, en los mismos inicios de la nueva rama en la ciencia psicológica, cuando aún no se había acumulado suficiente material concreto, los científicos percibieron su importancia, que sobrepasa los límites de una ciencia psiquiátrica aplicada. Manifestando su satisfacción por la publicación del trabajo de G. Stüring en la introducción a su versión rusa (1930), V. M. Behterev escribía: «... Las manifestaciones patológicas de la actividad espiritual no son en realidad otra cosa que unas variaciones y modificaciones de las manifestaciones normales de la actividad espiritual, siendo ambas regidas por las mismas leyes fundamentales» /111/.

En los años veinte de nuestro siglo aparecen los trabajos sobre psicología médica de célebres psiquiatras extranjeros: «Psicología médica», de E. Kretschmer /49/, que trata los problemas de descomposición y desarrollo desde el punto de vista, inaceptable para nosotros, de la constitución, y «Psicología médica», de P. Janet /128/, en la cual el autor se detiene en los problemas de la psicoterapia.

El desarrollo de la psicopatología en nuestro país se distinguía por sus sólidas tradiciones, basadas en las ciencias naturales. I. M. Sechenov daba una gran importancia al acercamiento de la psicología y la psiquiatría. En 1876, en una carta a M. A. Bokova, dice que ha iniciado la formación de una psicología médica, llamándola su «canto del cisne». Sobre la psicología escribía: «Esta ciencia, por lo visto, se convierte en la base de la psiquiatría, del mismo modo que la fisiología forma la base de la patología del cuerpo» (extraído de la obra de V. M. Kaganov /34, 101/).

Sin embargo, I. M. Sechenov no pudo desarrollar la nueva rama de la psicología. En Rusia, el fundador de la rama psicopatológica fue V. M. Behterev, que dirigió amplios estudios psicológicos experimentales referidos a las alteraciones de la actividad psíquica.

V. M. Behterev, representante de la concepción reflectora, eliminó de la ciencia la introspección, declarando el método objetivo, como el único científico, lo que es su gran mérito en el período del predominio de la psicología subjetiva e idealista. Sin embargo, la lógica de su lucha con la introspección llevó a V. M. Behterev, que no dominaba el materialismo dialéctico, a atribuir un carácter absoluto a las manifestaciones externas de la psique, a negarse no sólo a utilizar la terminología psicológica, sino también a hacer cualquier intento de penetrar en el mundo subjetivo, o sea, a la creación de la reflexología. Y esto dejó su huella en las investigaciones psicopatológicas de sus

alumnos y colaboradores: el método reflexológico despoja al estudio de un análisis psicológico propiamente dicho de las manifestaciones objetivas de la psique. Por este motivo, el mayor interés se centra en las anotaciones protocolarias de los trabajos de la escuela de V. M. Behterev, más que en su análisis: un estudio objetivo requiere tener en cuenta en lo posible «la totalidad de los hechos en la manifestación exterior de la neuro-psique y las condiciones que la acompañan...» /7, 592/.

Además, la mayoría de los estudios psicopatológicos fueron realizados por V. M. Behterev, en la época anterior a la concepción reflexológica, en el laboratorio y la clínica de enfermedades mentales y nerviosas, en la Academia Médico-militar, en Petersburgo.

Sobre la magnitud de las investigaciones psicopatológicas, se puede opinar, basándose en las tesis doctorales realizadas bajo la dirección de V. M. Behterev: «Estudio psicológico experimental de los enfermos con imbecilidad creciente por parálisis», de L. C. Pavlovskaya (1907); «Investigaciones clínicas y psicológico-experimentales del habla», de M. I. Astvatsaturov (1908); «Características de las asociaciones en los enfermos con locura primaria crónica», de K. N. Zavadovsky (1909); «Sobre los procesos de concentración (de la atención) en los enfermos mentales con imbecilidad», de A. V. Iliina (1909); «Estudios psicológicos experimentales en la psicosis maniático-melancólica», de L. G. Gutman (1909); «Estudio psicológico objetivo de la creatividad y otras funciones intelectuales en los enfermos mentales», de V. V. Abramov (1911), etcétera.

En los trabajos de la escuela de V. M. Behterev se ha acumulado un material concreto muy rico, referente a las particularidades de la actividad asociativa, pensamiento y capacidad de trabajo mental en las distintas categorías de enfermos, comparándolos con sujetos sanos de la misma edad, sexo y formación, lo que tiene interés como un hecho histórico de una postura «ocupacional» ante los fenómenos psíquicos¹.

El abandono del análisis psicológico propiamente dicho estaba en contradicción con el principio de un análisis individualizado, formulado por V. M. Behterev: «... La personalidad del enfermo y su actitud ante el experimento, en ningún caso quedan fuera de la atención del experimentador... Todo lo que nos puede proporcionar una objetiva observación del enfermo, desde la mímica hasta las manifestaciones y conducta del enfermo debe ser tomado en cuenta... valorado, relacionándolo con todos los condicionamientos del experimento, sin excluir los inmediatamente anteriores al experimento» /7, 593/. Esta contradicción tenía como resultado que, a pesar de los

¹ El sistema psicológico de V. M. Behterev, de hecho, rompía con el funcionamiento tradicional. En lugar del estudio de funciones psíquicas determinadas, se proponía analizar experimentalmente diversos aspectos de la actividad, que muestran cómo en los enfermos se hacen revivir impresiones correspondientes a distintas etapas de la vida, de ambientes conocidos y desconocidos, valoración de impactos visuales o acústicos, determinación de la semejanza o diferencia entre objetos, etcétera.

principios de la reflexología, en los estudios concretos realizados por los representantes de la escuela de V. M. Behterev se dejaba notar el análisis psicológico. Como ejemplo puede servir el trabajo de M. I. Astvatsaturov, publicado en 1907, «Sobre las manifestaciones del negativismo en el habla» /3/. En este estudio, el habla del enfermo se analiza dentro del comportamiento general, se comparan las particularidades del habla durante una conversación experimental con el habla del enfermo en otras circunstancias, se subraya qué reacciones similares en el habla pueden tener distinta naturaleza.

El principio de un análisis cualitativo de las alteraciones en la actividad psicológica, adoptado en la escuela de V. M. Behterev se convirtió en tradición para la psicología nacional.

V. M. Behterev, S. D. Vladychko, V. J. Anfimov y otros representantes de esta escuela elaboraron gran cantidad de métodos para la investigación psicológica experimental de los enfermos mentales, y algunos de estos métodos (la metodología comparativa de los conceptos, determinación de conceptos) están entre los más utilizados por la psicopatología soviética.

Siguen teniendo valor para la ciencia actual los puntos clave para cualquier método, formulados por V. M. Behterev y S. D. Vladychko: 1) sencillez (los sujetos experimentados no deben poseer conocimientos o hábitos especiales para poder resolver los problemas del experimento); 2) que sea portátil (posibilidad de realizar el estudio directamente junto a la cama del enfermo, fuera de un ambiente de laboratorio); 3) experimentación previa del método en gran número de sujetos sanos de la correspondiente edad, sexo y formación.

Un papel destacado en la determinación del camino a seguir para la psicología experimental en nuestro país pertenece a A. F. Lazursky, discípulo de Behterev, director del laboratorio psicológico en el Instituto psiconeurológico, fundado por V. M. Behterev, y fundador de una escuela psicológica propia. En la introducción al libro de A. F. Lazursky, «Psicología general y experimental», L. S. Vygotsky escribe que A. F. Lazursky pertenece al grupo de investigadores, que estaban en el camino de la transformación de la psicología empírica en psicología científica.

A. F. Lazursky estudió principalmente los problemas de la psicología individual y pedagógica y atribuyó gran importancia a la psicopatología: «... Los datos aportados por la psicopatología del alma han obligado a revisar, y en muchos casos someter, a una profunda reestructuración numerosas e importantes secciones de la psicología normal» /52, 665/; la patología nos brinda «la posibilidad de examinar las propiedades espirituales del hombre como si fuese a través de un cristal de aumento, que hace visible para nosotros tales particularidades, cuya existencia sólo podíamos presuponer en los sujetos normales» /52, 664/.

A. F. Lazursky fue un innovador en el área de la metodología experimental: ensanchó las fronteras del experimento en la psicología, al utilizarlo en condiciones normales de la vida cotidiana y convirtió

en objeto de estudio experimental formas concretas de la actividad y manifestaciones complejas de la personalidad. El experimento natural elaborado por A. F. Lazursky, en principio para la psicología pedagógica, fue introducido en la clínica. Es evidente que la realización de esta clase de experimentos resulta mucho más compleja en las condiciones de una clínica que en la escuela, donde en el transcurso de la actividad escolar normal se puede ordenar de un modo determinado el programa de la clase y realizar ejercicios experimentales. En la clínica, el «experimento natural» se realizaba al organizar el ocio de los enfermos, sus ocupaciones y distracciones, dándoles con una finalidad determinada problemas de cálculo, jeroglíficos, acertijos, tareas de rellenar las letras y sílabas que faltaban en un texto, etcétera.

El segundo centro, en el que se desarrolló la psicología clínica, fue la clínica psiquiátrica de S. S. Korsakov, en Moscú. En esta clínica se abrió en 1886 el segundo laboratorio psicológico de Rusia, el cual estaba dirigido por A. A. Tokarsky. Como todos los representantes de las tendencias progresivas en la psiquiatría, S. S. Korsakov era de la opinión de que el conocimiento de los fundamentos de la ciencia psicológica permite comprender correctamente la descomposición de la actividad psíquica en el enfermo mental. No es casual que iniciara sus clases de psiquiatría con la exposición de los fundamentos de la psicología. Esta tradición fue mantenida también por los seguidores de S. S. Korsakov—V. P. Serbsky, A. N. Bernstein y otros.

En los trabajos salidos de la clínica de S. S. Korsakov se hallan algunas tesis que representan una gran aportación a la teoría de la ciencia psicológica. El artículo del colaborador de Korsakov, A. A. Tokarsky /108/ «Acerca de la estupidez», contiene un interesante análisis de la estructura de la imbecilidad, conduciéndonos a la idea de que la alteración en la actividad intelectual de los enfermos no se reduce a la disgregación de algunas capacidades determinadas, sino que se trata de formas complejas de alteraciones en toda la actividad racional del pensamiento.

El interés hacia la psicología experimental se manifiesta también en el hecho de que varias sesiones de la Sociedad moscovita de psiquiatras fueron dedicadas al estudio de la metodología de la investigación psicológica.

En 1911 se publicó el libro de A. N. Bernstein, dedicado a la descripción de las distintas metodologías en la investigación psicológico-experimental; en el mismo año, F. G. Rybakov editó su «Atlas del estudio psicológico de la personalidad». Así es que en vísperas de la Gran Revolución de Octubre, en Rusia había empezado a fomarse un área psicológica del conocimiento —la psicopatología experimental—.

Es preciso subrayar la gran colaboración existente entre los psiquiatras y neuropatólogos más sobresalientes de aquella época con los psicólogos. Muchos de ellos, como, por ejemplo, S. S. Korsakov, V. M. Behterev, A. I. Serbsky, G. I. Rossolimo, A. N. Bernstein y

V. A. Guilarovsky eran transmisores de las ideas psicológicas más avanzadas de su tiempo, colaborando además en el desarrollo de la psicología en su aspecto científico-sistematizador. Estos profesores iniciaban el curso exponiendo los fundamentos de la ciencia psicológica, eran miembros de las sociedades científicas de psicología, redactores de las revistas dedicadas a la psicología.

Es interesante destacar que años después fue precisamente en los congresos psiconeurológicos donde oyeron las primeras exposiciones de los psicólogos-materialistas soviéticos, defendiendo la formación de una psicología marxista. En el primer congreso psiconeurológico en Moscú, L. S. Vygotsky leyó su ponencia, «Psicología actual y marxismo».

Esta colaboración determinó en muchos aspectos el carácter de las investigaciones psicológicas y su posterior desarrollo. La estrecha relación mantenida con la práctica clínica y la tendencia de asimilar teóricamente los datos conseguidos liberaban, ya entonces, a la psicología del empirismo puro y de las deducciones especulativas, que caracterizan a la psicopatología de muchos países, incluso en nuestro tiempo.

El desarrollo de la psicopatología después de la Revolución de Octubre transcurrió en el cauce común del desarrollo de la psicología como ciencia basada en la filosofía marxista-leninista.

Un papel muy importante en el desarrollo de la psicopatología como área específica del conocimiento desempeñó la concepción de la actividad de los objetos, planteada por el eminente psicólogo soviético L. S. Vygotsky, y que posteriormente fue desarrollada dentro de la psicología general por sus discípulos y colaboradores A. N. Leontiev, A. R. Luria, P. J. Galperin, L. I. Bozhovich, A. V. Zaporozhtsev y otros.

L. S. Vygotsky formuló los siguientes postulados: 1) el cerebro humano organiza sus funciones por unos principios distintos de los que rigen en los animales; 2) el desarrollo de las funciones psíquicas superiores no viene determinado sólo por la estructura morfológica del cerebro; los procesos psíquicos no son fruto solamente de la maduración de las estructuras cerebrales, sino que se van formando durante toda la vida, y son resultado del estudio, educación, de las relaciones y la asimilación de la experiencia de la humanidad; 3) la lesión de unas determinadas zonas de la corteza no tiene el mismo resultado en las distintas etapas del desarrollo psicológico. Estos postulados determinaron en gran medida el camino por el cual siguieron las investigaciones psicopatológicas y psiconeurológicas. Según la expresión de A. R. Luria, las funciones psíquicas se forman según su génesis y están condicionadas por la estructura.

El propio L. S. Vygotsky inició con sus investigaciones experimentales el estudio de la disgregación del pensamiento. Hay que señalar que L. S. Vygotsky, en su discusión de principios con K. Levin /17; 18/, también recurrió a los datos aportados por la investigación

psicopatológica para formular su teoría sobre las funciones psíquicas superiores.

En el Instituto del cerebro V. M. Behterev de Leningrado, durante varios decenios se llevaron a cabo intensísimos estudios psicológico-experimentales bajo la dirección de V. N. Miasischev. Siguiendo la tradición de Behterev, V. N. Miasischev intentaba conseguir la combinación de la psiquiatría y la psicología e introducción de métodos objetivos en el estudio del enfermo en las clínicas psiquiátricas. Se elaboró la metodología para el registro objetivo de los componentes emocionales en la actividad psíquica del hombre (en calidad de índice objetivo se utilizó la característica electrocutánea del hombre (CEC), que se registraba mediante un galvanómetro).

Varios de los trabajos realizados en el Instituto del cerebro de Leningrado, en la sección de psicología, se dedicaron al análisis de la formación de la actividad laboral de los enfermos, al estudio de la influencia que ejerce la actitud del enfermo ante el trabajo sobre su capacidad laboral. Basándose en estos estudios, V. N. Miasischev formuló la teoría según la cual la alteración en la capacidad laboral debe ser considerada como la manifestación fundamental de una enfermedad psíquica en el hombre, y el índice de capacidad en el trabajo es uno de los criterios para determinar el estado psíquico del enfermo. Los trabajos realizados por la escuela de Leningrado de psicopatólogos de aquellos años no han perdido vigencia hasta hoy día ni por su contenido ni por la metodología experimental utilizada.

En los mismos años se realizaron varios trabajos importantes en el laboratorio psicológico del Instituto central de investigación científica y peritaje de la capacidad laboral, creado por primera vez en la URSS.

En este laboratorio se realizaron trabajos dedicados al estudio de las particularidades en la actividad intelectual de los enfermos que habían sufrido traumas cerebrales y a la determinación de la actividad psíquica y capacidad cerebral de los enfermos de epilepsia y esquizofrenia.

El valor que tiene esta serie de trabajos sobrepasa los límites de su estricta aplicación práctica. Al estudiar las alteraciones en la capacidad laboral, los empleados del Instituto prestaban gran atención al análisis de las distintas formas de la actividad psíquica.

En los años de la gran guerra patria, los psicopatólogos participaron en el trabajo rehabilitador de los hospitales neuroquirúrgicos. El objeto de las investigaciones psicopatológicas consiste ahora en las alteraciones de la actividad psíquica, provocadas por traumas cerebrales y su superación.

Uno de los principales problemas en psicopatología consiste en el estudio de la disgregación de la actividad cognoscitiva. En esta área se trabaja en varias direcciones: se investigan las modificaciones del componente personal en la estructura de las alteraciones de los procesos cognoscitivos (laboratorio del Instituto de psiquiatría de Moscú y

laboratorio de psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Moscú), se estudia el problema de la relación existente entre la alteración de los problemas cognoscitivos y la actualización de los conocimientos (laboratorio del Instituto de psiquiatría de la Academia de ciencias médicas). Otra línea de investigación va dirigida al análisis psicológico de las alteraciones de personalidad que se observan en las clínicas psiquiátricas.

La enfermedad, al modificar la actividad psíquica del hombre, conduce a distintas formas patológicas de personalidad. En las publicaciones psiquiátricas se pueden hallar descripciones extraordinarias por su vivacidad y veracidad de las alteraciones en la personalidad, que son características para distintas enfermedades y estados. Sin embargo, el análisis de estas alteraciones se realiza fundamentalmente en términos de la psicología cotidiana o la ya superada empírica. Por este motivo, una de las metas de mayor perspectiva consiste en la investigación de las alteraciones de personalidad desde el punto de vista de la actual psicología materialista. Estos estudios son necesarios no sólo para la práctica psiquiátrica, son también útiles para resolver los problemas teóricos de la psicología de la personalidad.

Actualmente, se está efectuando una amplia investigación de las alteraciones en la escala de motivos y de la función de razonamiento; se estudia el denominado «cuadro interno de la enfermedad» en diversas enfermedades psíquicas (laboratorio de psicopatología de la Facultad de Psicología, laboratorio psicopatológico del Instituto de Psiquiatría de Moscú). Basándose en la teoría de la orientación de D. N. Uznadze, algunos psicólogos y psiquiatras de Georgia estudian las alteraciones de orientación en las distintas formas de enfermedades mentales.

Todas estas investigaciones permiten iniciar el estudio del problema, formulado ya por L. S. Vygotsky, sobre la correlación existente entre el desarrollo y la disgregación de la psique, problema que tiene valor metodológico.

En los últimos tiempos se han ampliado considerablemente las investigaciones psicopatológicas en la práctica pericial, jurídico-psiquiátrica y laboral.

El problema de la rehabilitación laboral y social atrae ahora la atención de los especialistas de distintas ramas; se amplía la red de laboratorios dedicados a la reconstrucción tanto de determinadas funciones alteradas como de la capacidad laboral de los enfermos. La participación de los psicólogos se convierte actualmente no sólo en indispensable, sino con frecuencia en el factor principal, tanto en la tarea de rehabilitación como en la prevención de las enfermedades mentales.

Un desarrollo muy destacado han alcanzado las investigaciones psicopatológicas en las instituciones psiconeurológicas infantiles. Se están elaborando distintas metodologías que permitan un diagnóstico precoz del retraso mental; se analizan los complejos cuadros de imbecilidad en la edad infantil, tratando de hallar síntomas comple-

mentarios para el diagnóstico diferencial; basándose en la tesis de L. S. Vygotsky sobre la «zona del desarrollo inmediato», se están elaborando una serie de métodos para el «experimento instructivo», dirigidos a la detección de los síntomas de aprendizaje en los niños, que son muy importantes para el diagnóstico (laboratorio psicológico de la clínica psiconeurológica núm. 6).

Además del trabajo de investigación científica, en los últimos años se ha desarrollado una gran labor de elaboración y aprobación de distintos métodos de investigación, que se han publicado en una serie de cartas metodológicas y manuales: carta metodológica del Instituto de Psiquiatría de Moscú, «Acerca de los estudios psicológicos experimentales de los enfermos en instituciones psiconeurológicas»; «Peritaje médico-laboral y organización laboral de los enfermos de esquizofrenia», de I. N. Dukelskaya y E. A. Korobkova; «Instrucciones para el estudio psicológico de los niños enfermos mentales», de M. P. Miasischev; «Manuales metodológicos», de S. J. Rubinstein, A. J. Ivanova, L. N. Poperechnaya y S. V. Longuinova.

El desarrollo alcanzado en la labor investigadora y práctica en el área de la psicopatología experimental se manifiesta también en el hecho de que en las sociedades científicas, tanto de psicólogos como, de psiquiatras y neuropatólogos, existen secciones que unifican y coordinan los estudios de la psicopatología. En los congresos nacionales de psicólogos (1959, 1963 y 1971) fueron muy amplias las intervenciones de los psicopatólogos, que se concentraron principalmente en los siguientes problemas: 1) importancia de la psicopatología para la teoría de la psicología general; 2) el problema de la compensación; 3) el problema de la patología del pensamiento y la personalidad. Simposios análogos fueron también organizados en los congresos internacionales de psicólogos (Moscú, 1966; Londres, 1969; Tokio, 1972).

En los últimos años llama especialmente la atención el aumento del número de jóvenes especialistas psicopatólogos, que trabajan en distintas instituciones, tanto científicas como prácticas. A este proceso contribuye la especialización de parte de los estudiantes de las facultades de psicología en psicopatología.

En resumen, actualmente en nuestro país se desarrolla un área psicológica del conocimiento, que tiene su objeto, sus métodos, sus problemas teóricos y prácticos —la psicopatología experimental—.

CAPITULO II

PRINCIPIOS DE ORGANIZACION EN LA INVESTIGACION PSICOPATOLOGICA

Como cualquier otra área de la ciencia psicológica, la psicopatología utiliza el método del experimento. Los procedimientos utilizados en la investigación psicopatológica están en relación directa con los principios teóricos fundamentales de la psicología general en los que se basan. Por esto, la elección del camino concreto en la investigación psicológica no es un problema sólo de procedimiento, sino que tiene carácter metodológico. Para poder comprender las particularidades del experimento psicopatológico es indispensable detenerse unos momentos en los métodos de investigación utilizados en la psicología general. El método del experimento no es el único camino del conocimiento en la psicología. Este método se convirtió en el primordial con el desarrollo de la psicología como ciencia exacta y la conexión con sus postulados teóricos generales.

Es conocido que la atención de los psicólogos racionalistas se centraba en la delimitación en la psique del hombre de determinadas «capacidades espirituales», cada una de las cuales elabora a su manera el material recibido del exterior. La psicología quedaba reducida a la descripción del funcionamiento de estas capacidades.

La descripción especulativa del mundo interno del hombre no fue manifestación exclusiva de los psicólogos racionalistas. Este método encontró su lugar también en las teorías de la denominada psicología «de comprensión» (E. Spranger, V. Dilthey). Al negar la división de la psique en procesos o funciones determinadas, y admitir la indivisibilidad, la unidad de lo psíquico, los representantes de esta escuela se apartan del estudio de lo psíquico, considerando que si la naturaleza puede ser explicada, la psique sólo puede ser comprendida. Estos postulados de la psicología «de comprensión» quedaron reflejados en las concepciones de los psicólogos existencialistas.

En la práctica, esto significa que el psicólogo debe limitarse a observar el comportamiento del sujeto, registrar sus expresiones y autoobservación, apartándose del experimento, de la posibilidad de mo-

dificar las condiciones y la actividad, de las escuelas depende el desarrollo de tal o cual proceso. En esencia, el psicólogo existencialista sólo pretende describir el fenómeno sin penetrar en su esencia.

La psicología empírica, que vino a sustituir a la racional, aportó una nueva concepción de la metodología para la investigación. Con el desarrollo de la psicología empírica y de la psicofisiología empieza a penetrar en la psicología el método experimental (V. Wundt, G. Ebbinghaus, E. Titchener), aplicándose en la práctica de la neurología y la psiquiatría. En las mejores clínicas (de V. M. Behterev en Leningrado, E. Kraepelin en Leipzig, S. S. Korsakov en Moscú) empiezan a funcionar laboratorios psicológicos.

Los principios en los que se basan los distintos métodos utilizados en los laboratorios se diferencian entre sí. En ellos nos vamos a detener brevemente.

Durante largo tiempo, en las clínicas predominó el método de la valoración cuantitativa de los procesos psíquicos, método basado en la psicología de Wundt. La idea de que los procesos psíquicos representan capacidades innatas que con el desarrollo se modifican sólo cuantitativamente condujo a la conclusión de que es posible la creación de una psicología «de medidas». La investigación experimental de los procesos psíquicos quedaba limitada a la determinación de sus rasgos cuantitativos, y para ser más concretos, a la medición de determinadas capacidades psíquicas.

El principio de la medición cuantitativa de las capacidades innatas estaba en la base de todos los métodos psicológicos de investigación utilizados en las clínicas psiquiátricas y neurológicas. El estudio de la disgregación de una función determinada consistía en determinar el grado de desviación cuantitativa de su «norma».

En 1910, el destacado neuropatólogo G. I. Rossolimo elaboró un sistema de experimentos psicológicos, el cual, según su opinión, permitía determinar el nivel de las distintas funciones psíquicas —«el perfil psicológico del sujeto». Según el autor, los distintos estados patológicos del cerebro provocaban determinados «perfiles típicos en la modificación de la psicodinámica». Este método se fundaba en la concepción de la psicología empírica sobre la existencia de capacidades innatas aisladas. Esta teoría equivocada, al igual que el método simplista de la medición cuantitativa para analizar las alteraciones de la actividad psíquica, no podía garantizar la introducción de métodos adecuados para resolver los problemas surgidos en la práctica clínica; aunque el propio intento de acercar la psicología a la resolución de los problemas clínicos fue muy adelantado para su tiempo.

El método de la medición cuantitativa de determinadas funciones psíquicas alcanzó su máxima expresión en los estudios de «tests» de Binet-Simon, los cuales, en su primera concepción estaban destinados a la determinación del nivel intelectual. Los estudios cuantitativos apoyados en «tests» se basaban en la concepción, según la cual las capacidades mentales del niño están fatalmente predeterminadas por el factor hereditario y sólo en un grado ínfimo dependen de la ins-

trucción y educación. Cada niño se caracteriza por un determinado, más o menos estable, coeficiente intelectual correspondiente a la edad (JQ).

Los problemas presentados a los niños exigían para su resolución determinados conocimientos y hábitos, y en el mejor de los casos permitían juzgar los conocimientos adquiridos y no la estructura ni particularidades cualitativas de su actividad mental.

Estos estudios, dirigidos a una mera medición cuantitativa, no permiten pronosticar el posterior desarrollo del niño. Y, sin embargo, mediante estos «tests» se realizaba y se sigue realizando en algunos países la selección de niños «capacitados» de nacimiento, separándolos de otros, cuyo retraso en el desarrollo mental se explica también por las capacidades innatas. El método de los «tests» también se empleó en nuestro país en los llamados estudios pedagógicos de los niños en las escuelas. Fueron con razón condenados por falsamente científicos, en el Decreto del Comité Central del Partido Comunista, del 4 de julio de 1936.

El método de las mediciones cuantitativas sigue siendo, hasta hoy, el predominante en el trabajo de numerosos psicólogos clínicos en el extranjero. En numerosos artículos y monografías, publicados en los últimos años, dedicados al estudio psicológico experimental de los enfermos, se citan métodos de estudios basados en «tests», llegando incluso hasta el cálculo de $JQ/140/$.

Al analizar a los enfermos con métodos dirigidos a la medición de las funciones, no se pueden tener en cuenta ni las particularidades de la actividad mental ni el aspecto cualitativo de la alteración, ni las posibilidades de compensación, cuyo estudio es tan indispensable para resolver los problemas clínicos.

La medición cuantitativa sólo detecta los resultados finales del trabajo, sin embargo, por este procedimiento no se puede detectar ni el propio proceso del trabajo, ni la actitud del sujeto ante el problema planteado, ni los motivos que han inducido al enfermo a optar por un determinado modo de acción, ni las posturas personales, ni los deseos, en una palabra, toda la variedad de las particularidades cualitativas en la actividad del sujeto experimentado.

En los últimos años, además del método meramente cuantitativo, en la psicopatología extranjera se observa una tendencia a la aplicación de métodos que tienen por objetivo únicamente la determinación de la personalidad.

Los representantes de esta tendencia utilizan en sus estudios los métodos denominados «de proyección». La tarea que se le propone al sujeto no presupone ningún método determinado para su ejecución. A diferencia del «test», que exige que el problema sea resuelto en concordancia con determinadas condiciones, el método «de proyección» utiliza cualquier problema sólo como pretexto para que el sujeto pueda manifestar sus sentimientos, particularidades de su personalidad y de carácter.

Como procedimiento concreto se utiliza la descripción de cuadros

con argumentos inconcretos («Thematic Apperception Test», abreviadamente TAT). «Las manchas de tinta», de Rorschach, que no son otra cosa que caprichosas siluetas dispuestas simétricamente. Los cuadros con argumento, que se proponen para ser descritos, representan acciones o posturas de los personajes. El sujeto experimentado debe describir el cuadro narrando lo que ve en el mismo, en qué piensan y qué sienten los personajes representados, qué les espera en el futuro y qué es lo que sucedió antes del acontecimiento representado. Según la opinión de algunos autores del «método de proyección», durante el trabajo tiene lugar una determinada identificación del sujeto experimentado con el representado en el cuadro. Según palabras del psicólogo francés Ombredant, «la personalidad, gracias a este método, queda reflejada como un objeto en la pantalla» (de aquí la denominación «de proyección»). Este método frecuentemente se denomina «enfoque clínico de la psique de un hombre sano».

Por consiguiente, el método «de proyección», que por su esencia es la antípoda del método cuantitativo, debe, según la idea de sus autores, proporcionar la posibilidad de efectuar una valoración cualitativa del comportamiento del sujeto. Mientras que el método del «test» va enfocado a la valoración de los resultados del trabajo, en el método «de proyección» ni siquiera surge el problema de la corrección o incorrección de la solución. El investigador que utiliza el método «de proyección» concentra su atención no en los errores cometidos o en las soluciones correctas, sino en las reacciones personales del sujeto experimentado y en el carácter de las asociaciones surgidas.

Si analizamos de qué sentimientos y posturas personales se trata, descubriremos que los investigadores intentan descubrir mediante este método los motivos y deseos «subconscientes ocultos» del enfermo. Determinadas particularidades de la percepción del experimentado (por ejemplo, si ve los objetos en movimiento o en reposo, si al describir las manchas de Rorschach presta atención a las partes grandes del dibujo o los pequeños detalles, etcétera) se interpretan como índices de particularidades en la personalidad.

En resumen, este método, en contraposición a la medición cuantitativa de determinadas funciones, debe dar la posibilidad de realizar un análisis cualitativo de la personalidad en conjunto. Es evidente que debe aprovecharse la semilla racional que contiene el método «de proyección». Sin embargo, los sentimientos y particularidades detectados mediante este método no pueden servir de indicador para la estructura de la personalidad, para una escala estable de motivos y necesidades. Los métodos de proyección deben convertirse a su vez en objeto de estudio.

Detengámonos en los principios básicos de la investigación psicológica experimental en la psicopatología soviética. El postulado de la psicología materialista, según el cual los procesos psíquicos no son capacidades innatas, sino aspectos de actividad que se forman duran-

te toda la vida, determina que el experimento psicológico debe permitir estudiar las alteraciones psíquicas como alteraciones de actividad. Este debe estar enfocado hacia el análisis cualitativo de las distintas formas de disgregación de la psique, hacia el descubrimiento de los mecanismos de la actividad alterada y de las posibilidades existentes para su recuperación. Si se trata de alteraciones en los procesos cognoscitivos, los métodos experimentales deben mostrar cómo se descompone tal o cual operación mental del enfermo, qué se formó en el transcurso de su actividad vital, cómo se modifica el proceso de formación de nuevas conexiones y en qué forma se desfigura la posibilidad de utilizar el sistema de las antiguas conexiones que se formaron en la experiencia anterior. Partiendo de la idea de que todo proceso psíquico posee una determinada dinámica y dirección, se debe organizar el estudio experimental, de tal manera que éste refleje la permanencia o alteración de estos parámetros. Por consiguiente, los resultados del experimento deben darnos una característica no tanto cuantitativa como cualitativa del proceso de disgregación de la psique. No nos detendremos en la descripción de métodos concretos. Están descritos en el libro de S. J. Rubinstein «Métodos experimentales de la psicopatología» /94/.

Es evidente que los datos experimentales obtenidos deben ser fiables, que la elaboración estadística del material debe aplicarse allí donde el problema planteado lo permita y lo exija, pero el análisis cuantitativo no debe ni sustituir ni desplazar la elaboración de los datos experimentales. El análisis cuantitativo es admisible cuando ya se ha efectuado una cuidadosa calificación cualitativa psicológica de los hechos. Antes de iniciar la medición debe quedar determinado qué es lo que se mide.

Se debe aceptar la observación de A. N. Leontiev, manifestada en su artículo «Sobre algunos problemas en perspectiva de la psicología soviética», según la cual no se debe conjuntar experimentos fundamentados científicamente y «que permiten realizar una valoración cualitativa con los denominados "tests" de inteligencia, cuya aplicación no sólo ha sido justamente condenada en nuestro país, sino que ahora despierta oposiciones también en muchos otros países del mundo» /58, 14/.

Son varios los científicos de los países extranjeros que opinan que el análisis cuantitativo por sí solo no es suficiente para resolver una serie de problemas relacionados con la actividad humana. Así, uno de los conocidos especialistas americanos en dirección, el profesor A. Zade escribe que «el análisis cuantitativo exacto de la conducta de los sistemas humanos no tiene, por lo visto, gran valor práctico en los problemas reales sociales, económicos y otros, relacionados con la participación de una persona o de un grupo de personas» /25, 7/. Es más, él subraya que «la capacidad de manipular cantidades inexactas y la consiguiente capacidad de valorar la información es una de las cualidades más preciosas de la mente humana, la cual diferencia

rásticamente a la mente humana de la denominada mente mecánica, que se adjudica a los existentes cerebros electrónicos» /25, 8/.

Por consiguiente, el principio fundamental en la estructura del experimento psicológico consiste en el análisis cualitativo de las particularidades en el desarrollo de los procesos psíquicos del enfermo, en contraposición del problema consistente únicamente en su medición cuantitativa. Es importante conocer no sólo qué dificultad o qué dimensiones tenía el problema que el enfermo ha ejecutado o asimilado, sino también cómo lo ha asimilado, en qué se fundamentan sus errores y dificultades. Es precisamente el análisis de los errores cometidos por los enfermos al ejecutar las tareas experimentales lo que nos proporciona un interesante y significativo material para la valoración de una determinada alteración en la actividad psíquica de los enfermos.

El mismo síntoma psicopatológico puede estar provocado por distintos mecanismos y puede ser indicador de distintos estados. Así, por ejemplo, la alteración de la memoria mediata o la inestabilidad de las opiniones pueden aparecer como consecuencia de la alteración en la capacidad de trabajo mental del enfermo (como sucede en las astenias de distinto génesis orgánico), puede ser motivada por la alteración en la orientación de los motivos (por ejemplo, en las lesiones de los lóbulos frontales del cerebro), puede ser una manifestación de la desautomatización de las acciones (en las modificaciones vasculares del cerebro, epilepsias).

El carácter de las alteraciones no es patognomológico, o sea, específico para una determinada enfermedad; puede ser sólo típico de determinadas alteraciones y debe valorarse en el conjunto de los datos obtenidos por el estudio psicopatológico.

El estudio psicológico en clínica puede ser considerado como «prueba funcional» —método empleado ampliamente en la práctica médica— y que consiste en la experimentación del funcionamiento de un órgano determinado. En el experimento psicológico, el papel de «prueba funcional» puede ser desempeñado por problemas experimentales capaces de actualizar las operaciones mentales que utiliza el sujeto en su actividad vital y los motivos que provocan esta actividad.

Es preciso subrayar que el experimento psicopatológico debe actualizar no sólo las operaciones mentales del enfermo, sino también su postura personal. V. N. Miasischev planteó este problema ya en 1939, en su artículo «Capacidad laboral y enfermedad de la personalidad» /74/. El indica que el fenómeno psíquico y psicopatológico puede ser comprendido teniendo en cuenta la postura del sujeto ante el trabajo, sus motivos y finalidad, la opinión de sí mismo, las exigencias para consigo y para el resultado del trabajo, etcétera. Este planteamiento, ante las manifestaciones psicológicas, exige, como indica V. N. Miasischev, conocimientos y estudio de la psicología de la personalidad.

Este planteamiento también va dictado por una correcta interpre-

tación de la determinación de la actividad psíquica¹. Comentando los mecanismos de determinación de lo psíquico, S. L. Rubinstein subraya que las condiciones exteriores no determinan directamente la conducta y los actos de la persona, que la causa actúa «a través de las condiciones internas». Esto quiere decir que las opiniones, actos y reacciones de la persona no son una respuesta inmediata a los irritantes exteriores, sino que son condicionados por sus planteamientos, motivos y necesidades. Estos planteamientos se van formando durante toda la vida bajo la influencia de la educación y enseñanzas, pero una vez formados, ellos mismos determinan las acciones y actos de la persona sana o enferma.

Las actitudes de la persona están relacionadas con la estructura de la personalidad, sus necesidades y particularidades emocionales y de voluntad. A pesar de que estos últimos son considerados por la psicología como procesos, en esencia forman parte de la estructura de la personalidad. En las necesidades del hombre, materiales y espirituales, se manifiesta su relación con el mundo que lo rodea, con las personas. Al enjuiciar a una persona, ante todo nos referimos al círculo de sus intereses, al contenido de sus necesidades. Juzgamos a la persona por los motivos de sus actos, por los fenómenos de la vida que lo dejan indiferente, por lo que despierta su alegría, por los objetivos de sus pensamientos y deseos.

Podemos hablar de una modificación patológica de la personalidad cuando bajo el influjo de la enfermedad disminuyen los intereses de la persona, se empequeñecen sus necesidades, cuando permanece indiferente ante cosas que antes le inquietaban, cuando sus actos no tienen objetivo, las acciones no son meditadas, cuando la persona deja de regular su comportamiento, no puede valorar adecuadamente sus capacidades, cuando se modifica su actitud consigo mismo y con el mundo que lo rodea. Esta actitud modificada es indicador del cambio de personalidad.

Esta actitud modificada conduce no sólo al debilitamiento de la capacidad laboral del enfermo y al empeoramiento de su producción mental, sino que ella misma puede formar parte del síndrome psicopatológico. Así, al observar a los enfermos con arteriosclerosis cerebral se pudo constatar que una excesiva concentración en sus errores con frecuencia conducía a los enfermos a realizar exajeradas acciones secundarias, que disminuían la productividad mental de los mismos /27/, y a excesivos procedimientos de corrección, que alteraban su coordinación visual-motora /96/. Dicho de otro modo, la propia actitud del enfermo hacia una situación y hacia sí mismo debe convertirse en objeto de estudio y debe tener su lugar en la estructura del experimento.

La orientación de las investigaciones psicológicas hacia el estudio de las alteraciones de personalidad, inevitablemente plantea el problema de las vías metodológicas de este estudio. Surge la siguiente pregunta: ¿Es suficiente observar la conducta de los enfermos y

describirla posteriormente, o al estudiar las alteraciones de personalidad es posible la aplicación de la vía experimental?

Ante todo, hay que destacar que la observación en sí de la conducta del enfermo durante el experimento se diferencia cualitativamente de la observación del enfermo en clínica. El problema consiste en que la situación creada por el estudio psicológico en clínica es generalmente percibida por el enfermo como una exploración de su capacidad mental. Por esto la propia situación experimental conduce a la actualización de una determinada postura ante ella. Así, por ejemplo, algunos enfermos, al temer que se les detecte falta de memoria, aseguran que siempre han recordado mal las palabras. En otros casos, la necesidad de realizar algunas operaciones numéricas provoca la réplica de «que ellos siempre han odiado la aritmética». Por esto, ya el simple hecho de cómo el enfermo acepta la tarea puede indicar si sus planteamientos personales son adecuados o no.

Los procedimientos en sí y la calidad en la ejecución de la tarea, el número de errores y el ritmo de trabajo pueden ser, por ejemplo, iguales en un enfermo de esquizofrenia, y en un sujeto sano. Sin embargo, son muy distintas las reacciones emocionales del enfermo, sobre todo ante soluciones equivocadas.

Es preciso subrayar aún otra particularidad de la investigación psicológica en clínica. La ejecución de una tarea por sí sola provoca inevitablemente el sentimiento de un cierto autocontrol. Los enfermos, con frecuencia, indican que ellos mismos están interesados en «controlar su memoria». Es frecuente que el enfermo, durante el trabajo, por primera vez toma conciencia de su insuficiencia mental. No son raras las frases como «No pensaba que tuviese tan mala memoria» o «No suponía que reaccionase tan mal».

Es natural que tal descubrimiento sea por sí mismo una fuente de sensaciones para el enfermo. Por esto, la observación de la conducta y manifestaciones del enfermo puede proporcionar datos para el análisis de sus manifestaciones personales.

Otra vía metodológica para el estudio de las alteraciones de personalidad consiste en su detección secundaria mediante el análisis de las alteraciones en los procesos cognoscitivos.

En los capítulos siguientes se mostrará que algunos aspectos de la alteración del pensamiento representan en esencia una manifestación del «desplazamiento» afectivo, que es inherente a estos enfermos. En esta clase de alteraciones del pensamiento puede incluirse «el pensamiento no crítico», cuando los razonamientos no meditados y sin objetivo son causados no por el descenso en la capacidad de generalización del enfermo, sino por su actitud indiferente y pasiva hacia los resultados de su actividad.

Así, los enfermos con lesiones en los lóbulos frontales del cerebro no lograban realizar algunas tareas sencillas, a pesar de que conservaban relativamente las operaciones intelectuales. Estos enfermos no lograban realizar ninguna tarea sencilla que exigiese elección, planificación y control; en cambio, ejecutaban con bastante sencillez tareas

más complejas, pero que no precisaban de las condiciones indicadas. Por tanto, una ejecución equivocada de la tarea puede ser el resultado de una actitud indiferente del sujeto, y no de la alteración en la estructura lógica del pensamiento.

Esto también queda confirmado por los trabajos de los psicólogos que investigaban en el área de la psicología-pedagógica. Así, los trabajos de L. I. Bozhovich y L. S. Slavina demuestran que los progresos escolares de muchos niños estaban condicionados no por la alteración de los procesos cognoscitivos, sino por la modificación de la postura de los niños, su nueva situación en el colectivo.

La vía del estudio indirecto de la personalidad y sus anomalías no tiene límites. En principio, cualquier método experimental puede resultar apto para esto, ya que la elaboración de distintos modelos del comportamiento y actividad humana (y los procedimientos del estudio psicológico experimental en esencia cumplen esta tarea) incluye también en sí la reacción del sujeto experimentado.

Expondremos sólo algunos ejemplos. La ejecución de las más sencillas tareas ya conlleva un componente emocional. Los estudios de E. A. Evlahova demuestran que incluso una tarea tan sencilla como es la descripción de un sencillo argumento de cuadro depende del nivel de la esfera emocional del sujeto. La autora observó que los niños con lesiones en los lóbulos frontales del cerebro tenían una reacción insuficiente ante el contenido emocional del cuadro.

Por esto, parece lógico suponer que la alteración de la reacción emocional debe manifestarse con especial firmeza en determinada clase de enfermos durante la descripción de cuadros, cuya comprensión se basa primordialmente en la fisonomía de los personajes, por ejemplo en la descripción de cuadros con argumento indeterminado. Como demuestra nuestra estudiante N. K. Kiaschenko en su tesis, esta tarea provocaba en sujetos sanos una actividad dirigida al descubrimiento del significado de los gestos, expresiones del rostro de los personajes del cuadro. «Hace un gesto con la mano, como si quisiera decididamente demostrar algo a su interlocutor. La expresión de su rostro es algo escéptica, mira con desconfianza» /37, 215/.

Además, por regla general, los sujetos experimentados manifestaban su opinión sobre el argumento del cuadro. Al describir los cuadros, con frecuencia utilizan expresiones como «no me gusta su cara», «se ve que no es una persona modesta», «esta persona con el rostro simpático y atento», etcétera.

Son completamente distintos los datos obtenidos por este método de los enfermos de esquizofrenia (primordialmente enfermos de esquizofrenia simple y paranoica, en cuyo cuadro clínico se observan manifestaciones de pasividad y desgana). La descripción que hacen estos enfermos de los cuadros se reduce a la simple constatación de los hechos: «Dos hombres», «Hombres conversando», «Personas sentadas a la mesa».

Si a estos enfermos se les indica la necesidad de describir el contenido argumental del cuadro, ellos están en condiciones de compren-

der el significado del argumento y detenerse en los rasgos peculiares de los rostros; sin embargo, esta descripción no surgió espontáneamente, ni fluye de un deseo inmediato, es sólo contestación a la exigencia del experimentador. Y, por regla general, los enfermos no manifiestan sus sentimientos en relación con los sujetos representados.

Además se observó en los enfermos otra particularidad durante la ejecución de las tareas. En los sujetos sanos experimentados, el nivel de ejecución de algunas tareas experimentales (clasificación de objetos, método de selección, etcétera), por regla general no dependía de la postura personal ante la tarea. De esta postura dependía la valoración de la tarea («es un juego infantil», «es para controlar mi atención»), el cuidado o descuido con que se ejecutaba, pero no la propia posibilidad de detectar el principio adecuado para la resolución del problema. En cambio, en los enfermos (por ejemplo, de esquizofrenia) la ejecución de la tarea resultaba inadecuada, a causa de que determinados fragmentos de sentimientos y deseos subjetivos empezaban a dominar en sus razonamientos, modificando el propio carácter y desarrollo de estos razonamientos. La posibilidad misma de una ejecución adecuada de la tarea se alteraba a causa del cambio de motivación, de una postura modificada.

Resumiendo, se puede afirmar que la aplicación de cualquier método que avive la actividad cognoscitiva siempre lleva implícita la actualización de los componentes personales (motivaciones y actitudes).

Y, por fin, una de las vías de estudio de las alteraciones de personalidad consiste en la aplicación de métodos dirigidos directamente a la determinación de las particularidades en las motivaciones que rigen la actitud del enfermo. Se trata de los métodos que parten de los resultados obtenidos en las investigaciones de Kurt Levin. S. L. Rubinstein subrayaba que los resultados de una investigación que descubre algunas relaciones sustanciales en la estudiada área de fenómenos se convierte a su vez en método, en instrumento para el estudio posterior /90/. Esto es lo que sucedió con algunos de los métodos experimentales de K. Levin. A pesar de que nosotros no podemos admitir la concepción metodológica de Levin, algunos de sus procedimientos experimentales han resultado útiles para el estudio de la esfera de incentivos. Como ejemplo citaremos el método elaborado por el discípulo de Levin, F. Hoppe, conocido en psicología como «Estudio del nivel de pretensiones». El método consiste en lo siguiente: al sujeto experimentado se le presentan una serie de tareas (unas dieciocho) con distinto grado de dificultad. El contenido de las tareas se expone en fichas dispuestas en orden ascendente de dificultad. Pueden ser problemas que requieran para su solución conocimientos de literatura, arte o matemáticas. Los problemas pueden presentarse en forma de rompecabezas o laberintos. Dicho de otro modo, el contenido de los problemas debe estar en concordancia con el nivel profesional y cultural del sujeto, con sus intereses y puntos de vista. Sólo

en este caso se crea en los experimentados una actitud seria hacia el experimento —se crea la necesidad de elegir.

Se da la siguiente instrucción: «Ante usted tiene una serie de fichas, en cuyo reverso se exponen las tareas a cumplir. Los números en las fichas indican la complejidad del problema. Cada problema tiene estipulado un tiempo para su resolución, pero usted desconoce cuál es. Yo controlaré el tiempo mediante un cronómetro. Si no resuelve el problema en el tiempo estipulado, consideraré no resuelto el problema. El problema lo debe escoger usted mismo». De este modo, al sujeto se le brinda la posibilidad de elegir la dificultad del problema. El experimentador, a su vez, puede aumentar o disminuir el tiempo estipulado para cada problema, y con esto provocar en el experimentado el sentimiento de fracaso y triunfo, indicar que el problema se ha resuelto o criticar los resultados. El sujeto experimentado escoge el siguiente problema sólo después de haber oído la opinión del experimentador.

El estudio de F. Hoppe demuestra que después de soluciones correctas se eleva el nivel de pretensiones, el experimentado escoge problemas más complejos, y, al contrario, después de un fracaso disminuyendo el nivel de pretensiones, el experimentado escoge lo más fácil.

El estudio de F. Hoppe fue la primera tentativa de estudiar por vía experimental las condiciones que configuran el nivel de pretensiones bajo el influjo del acierto o del fracaso; posteriormente surgieron otros trabajos.

Las leyes de desplazamiento del nivel de pretensiones, determinados por F. Hoppe, fueron comprobados en el estudio de M. Wuknat, «Logros, nivel de pretensiones y autoconciencia». Utilizando una metodología algo modificada, la autora creó una serie de problemas laberínticos, en lugar de problemas sueltos, como tenía F. Hoppe. La primera serie (10 problemas laberínticos) garantizaba el éxito, o sea, que el sujeto experimentado siempre podía resolver el problema. Formaba «la serie del éxito». En la segunda serie —«serie del fracaso»— ningún problema (también 10 problemas laberínticos), excepto el primero, tenía solución (el camino en el laberinto siempre llegaba a un callejón sin salida).

M. Wuknat investigó a dos grupos de sujetos. El primer grupo iniciaba el trabajo por la serie que garantizaba el éxito, el segundo grupo lo iniciaba por la otra serie (la serie del fracaso). Resultó que los experimentados que habían empezado por la primera serie iniciaban con éxito la segunda serie desde un nivel más elevado, y, al contrario, los experimentados que resolvían los problemas de la serie «del fracaso» iniciaban el trabajo con problemas fáciles, incluso al cabo de catorce días, cuando con ellos se realizaba un segundo experimento con otra clase de problemas. Los experimentados que trabajaron con la serie «del éxito», al cabo de dos semanas escogían problemas complejos. Por tanto, M. Wuknat demostró que la formación «del nivel de pretensiones» está relacionada con la experiencia anterior.

Sin embargo, en sus estudios, como en los de F. Hoppe, «el nivel de pretensiones» aparecía completamente aislado de las relaciones reales con las personas que rodeaban al experimentado, del contenido de su actividad.

En los trabajos de los autores soviéticos se ha intentado mostrar que el nivel de pretensiones depende del contenido de la actividad realizada. A estos estudios pertenecen los trabajos de E. A. Serebriakova y M. S. Neimark.

Basándose en el método de Hoppe, E. A. Serebriakova /98/ determinó no sólo el papel desempeñado por la actividad del individuo, sino también el de la opinión de los demás en la formación de la autovaloración y de la confianza en sí mismo. Mientras F. Hoppe se abstraía al máximo de las condiciones de vida reales en sus estudios, E. A. Serebriakova procuraba acercarse al máximo a estas condiciones. Como resultado de sus investigaciones, E. A. Serebriakova determinó varias clases de autovaloración:

1. Autovaloración estable adecuada.
2. Autovaloración inadecuada, insuficiente.
3. Autovaloración inadecuada, supervaloración.
4. Autovaloración inestable.

E. A. Serebriakova pudo observar la manifestación de distintos tipos de reacciones afectivas ante el éxito o el fracaso. Sin embargo, los problemas relacionados con la actitud emocional de los alumnos ante la dificultad del trabajo no fueron objeto de estudio para Serebriakova, como tampoco lo fue el problema de la relación existente entre la autovaloración y el nivel de pretensiones. Ella escribe que el nivel de pretensiones es la necesidad que siente el hombre en una determinada autovaloración que le satisfaga. El objeto de su estudio era el análisis de las reacciones emocionales de los niños ante sus éxitos o fracasos.

M. S. Neimark demostró que existe una estrecha relación entre el nivel de pretensiones y el material utilizado en el experimento, estudió la naturaleza de la reacción emocional en situación límite y se acercó al máximo al problema de la interrelación entre el nivel de pretensiones y la autovaloración.

Por tanto, los estudios de E. A. Serebriakova y M. S. Neimark han demostrado la utilidad del método Hoppe para el análisis de la formación de la postura personal del escolar. Este método es útil en el estudio de las modificaciones de las anomalías del estado emocional y de las motivaciones en los enfermos.

Fueron ya los colaboradores de B. N. Miasischev los que, con la ayuda de estos métodos, determinaron en sus estudios las particularidades en la personalidad de los niños histéricos /71/.

En nuestro laboratorio se utilizaron distintas variantes del método descrito al estudiar la formación del nivel de pretensiones en los diversos enfermos mentales /26, 19/. Como trabajos experimentales,

a los enfermos se les proponían problemas cuya resolución podía considerarse como índice de un determinado «nivel cultural». Tu- vieron que desestimarse los problemas aritméticos o de otras espe- cialidades, ya que en muchas personas estos problemas no des- arrollan ningún nivel de pretensiones.

Los resultados de nuestros experimentos confirmaron los datos aportados por Hoppe y Serebriakova. En los sujetos sanos, la elec- ción del problema dependía del éxito o fracaso en la resolución de los problemas anteriores. El nivel de pretensiones inicial era variado; al- gunos sujetos mostraron todo el tiempo un comportamiento cautelo- so «de palpar»; otros demostraron un determinado nivel de preten- siones, más o menos elevado, en seguida, «de entrada». Pero siempre era evidente la dependencia que existía entre la elección del problema y el éxito en la resolución del anterior problema. Esta dependencia no siempre era directa, pero era claro el condicionamiento de la elec- ción.

Se obtuvieron resultados completamente distintos al aplicar este método al estudio de los enfermos de esquizofrenia (forma sencilla) con un proceso lánguido. Según los datos aportados por B. I. Bezhanishvili, en 26 de los 30 casos estudiados no se observó ninguna dependencia entre la elección del problema y el éxito o fracaso en la resolución del anterior. En estos enfermos no se formaba ningún ni- vel de pretensiones; tampoco se elaboraba en ellos una adecuada autovaloración de sus posibilidades. Las manifestaciones de los en- feros no llevaban ninguna carga emocional, los enfermos no mostraban ningún disgusto ni siquiera cuando el experimentador subrayaba sus fracasos.

Es muy distinto el cuadro que se presenta al estudiar el «nivel de pretensiones» de los psicópatas. Su nivel de pretensiones se forma rá- pidamente. Por regla general, este nivel es alto. Sin embargo, se ca- racteriza por su fragilidad, inestabilidad: desciende rápidamente al menor fracaso, y asciende con la misma rapidez al conseguir una so- lución correcta.

La posterior modificación del método, realizada en la tesis de N. K. Kalita, demostró que la formación del nivel de pretensiones de- pende no sólo de la valoración del experimentador, sino también de la actitud del experimentado hacia el experimentador y a todo el ex- perimento en general, y que el nivel de pretensiones no llega a for- marse cuando en el experimentado se elabora una postura «de traba- jo» hacia el experimento, cuando el conocer los problemas plantea- dos se convierte en su meta.

Todos estos datos nos conducen a la siguiente conclusión: para que el experimento pueda detectar el nivel de pretensiones de la per- sona, éste debe estar modelado de manera que pueda provocar no só- lo atención por el contenido del problema, sino también contribuir a la formación de la actitud hacia la situación experimental y el experi- mentador.

Sin embargo, todas las investigaciones citadas demostraron que

existe una relación entre el nivel de pretensiones y la autovaloración. Este fue el problema planteado en la tesis de A. I. Oboznova y V. N. Kotorsky. Los experimentos realizados por ellos con alumnos de las clases medias y superiores demostraron que el nivel de pretensiones depende en la misma medida del éxito o fracaso en la solución de los problemas y la opinión del experimentado por un lado y la autovaloración del adolescente, por otro. Esos datos concuerdan con la hipótesis, formulada por L. I. Bózhovich /14/, de que los adolescentes experimentan la necesidad de mantener una determinada autovaloración y de que el comportamiento del adolescente se orienta precisamente hacia ello. Ello se demostró con especial claridad en el trabajo de E. I. Savonko /97/, en el cual se muestra cómo la distinta orientación hacia la valoración de los resultados o la autovaloración depende de la edad.

El mayor desplazamiento de la orientación hacia la valoración de las notas por la orientación hacia la autovaloración tiene lugar en los años de la adolescencia. Este hecho puede relacionarse con la aparición en el adolescente de la necesidad de convertir en objeto de su conciencia las cualidades de su propia personalidad. Es evidente que esto no significa que la orientación predominante hacia la autovaloración conduzca a que el adolescente ignore por completo las opiniones de las demás personas; sin embargo, en los años adolescentes, la motivación de la autovaloración es ya tan acentuada, que si surge una contradicción entre las exigencias nacidas de la autovaloración y la opinión de los demás es la autovaloración la que determina principalmente el comportamiento.

El mero hecho de que se haya formado la autovaloración aún no significa que su existencia siempre provoque la actividad adecuada. Esto depende de si la propia autovaloración es adecuada o no. Nuestros estudios con enfermos psicópatas han demostrado que una autovaloración inadecuada en forma de supervaloración puede convertirse en freno para acciones y actos adecuados. Así, la autovaloración excesiva en los sujetos psicopáticos, al contrastar con la valoración más baja de otras personas, conduce a explosiones afectivas, del mismo modo que la infravaloración de sus posibilidades conduce al descenso del nivel de pretensiones. Por consiguiente, el dinamismo del nivel de pretensiones en una determinada y concreta actividad está relacionado con la autovaloración de la persona en el sentido más amplio de la palabra.

La existencia de una relación entre el nivel de pretensiones y la autovaloración fue demostrada en las tesis de L. V. Vikulova y R. B. Sterkina.

En el trabajo de L. V. Vikulova se determinaba la particularidad existente en el dinamismo del nivel de pretensiones, que es inherente a los niños oligofrénicos. Sobre material escolar (dos series de problemas de aritmética, preguntas de historia, geografía y literatura) y utilizando también la metodología experimental de Coos se demostró que en los niños oligofrénicos el nivel de pretensiones o se va

formando muy lentamente, con dificultad y hacia el final de la tarea, o ni siquiera llega a formarse. La elección de las tareas se realiza en estos niños sin meditación alguna, el éxito o el fracaso en la ejecución de una tarea no influye en absoluto en la elección de la posterior. Se detecta plena indiferencia hacia el éxito o el fracaso en el trabajo. Al mismo tiempo se ha determinado que los niños oligofrénicos son muy sensibles hacia la valoración del experimentador, sobre todo a la negativa, a los reproches. Por consiguiente, el nivel de pretensiones en los niños oligofrénicos se caracteriza a primera vista por la combinación paradógica de la dificultad o incluso imposibilidad de formación de un nivel de pretensiones (teniendo en cuenta la indiferencia hacia los resultados de la actividad) con la elevada sensibilidad hacia los reproches del experimentador.

El trabajo de R. B. Sterkina consiste en una posterior tentativa de determinar en qué se basan las contradicciones observadas y analizarlas psicológicamente. R. B. Sterkina realizó los experimentos con dos clases de actividad: de estudio (problemas aritméticos) y manual (recortar).

Resultó que en los niños oligofrénicos se elaboraba el nivel de pretensiones al ejecutar la tarea de recortar y no se formaba en las tareas de estudio (aritmética). R. B. Sterkina consideró que este fenómeno podía explicarse por el lugar que ocupan ambas actividades en la vida de los niños examinados.

La actividad escolar ocupa en la estructura personal de los niños oligofrénicos un lugar distinto al que desempeña en la vida de los niños sanos. Generalmente, el niño retrasado mental tiene grandes dificultades con la aritmética, durante mucho tiempo sufre constantes fracasos en esta actividad y se le crea la convicción de que es incapaz de alcanzar buenos resultados en esta materia. Se crea una situación semejante a la existente en los experimentos de M. Wuknat, de la cual ya se ha hablado. Con el tiempo, en el niño se ha formado una actitud pasiva hacia esta actividad. La actividad adquiere para él un carácter de «saturación». Es natural que en esta actividad, que no afecta a la personalidad del niño, no puede formarse el nivel de pretensiones. Es por esto que en los alumnos más fuertes, que han tenido mayores éxitos en aritmética, esta actitud se manifieste menos.

En cambio, la actividad manual (recortar) es más asequible para los niños oligofrénicos, y no es para ellos una actividad saturada. No provoca una actitud indiferente, sino que, al revés, predispone a una actitud interesada, o sea, que afecta a las particularidades personales del sujeto. Por esto, en esta actividad se forma el nivel de pretensiones.

Por consiguiente, el nivel de pretensiones en cualquier actividad concreta, determinado experimentalmente, debe ser analizado teniendo en cuenta la autovaloración de la persona. Sólo en este caso puede convertirse en un hecho que descubre determinadas actitudes reales en la personalidad del experimentado. En la actualidad, se están realizando investigaciones para: a) determinar la relación existente

entre la autovaloración (y sus modificaciones) y el nivel de pretensiones en una clase de actividad con la autovaloración en las demás actividades, y b) la determinación de las condiciones que favorecen o frenan la formación de la autovaloración (en los niños psicópatas, niños retrasados mentales y niños epilépticos).

La metodología elaborada por S. J. Rubinstein /94/ también debe clasificarse como metodología dirigida al estudio de la autovaloración. Este método es una variante del elaborado por T. V. Dembo, que se aplicaba para la determinación «de la idea sobre la felicidad», pero S. J. Rubinstein lo aplica con mayor amplitud en la determinación de la autovaloración. El método consiste en lo siguiente: ante el experimentado se colocaba una hoja de papel en blanco; el experimentador traza en la hoja una línea vertical y ruega al experimentado que indique en la línea su lugar según su estado de salud entre todas las personas representadas por la línea (los más sanos arriba, los más enfermos, abajo).

Seguidamente, al experimentado se le propone un ejercicio análogo: indicar su sitio entre todas las personas, según su inteligencia (segunda línea vertical); seguidamente tiene que indicar su lugar basándose en la felicidad y el carácter (tercera y cuarta líneas verticales).

Después de que el experimentado realice estas tareas, se le pide que indique a qué personas considera afortunadas o desgraciadas, inteligentes, etcétera. De este modo, y como resultado de todo el proceso, obtenemos la relación entre la autovaloración del experimentado y sus opiniones sobre estas categorías. Según los datos obtenidos por S. J. Rubinstein, las personas sanas denotan una tendencia a situarse en un punto algo superior al mediano.

En las enfermedades psíquicas, con frecuencia se observa una postura poco crítica ante la enfermedad y las aptitudes, por lo cual la autovaloración de los enfermos en unos casos resulta demasiado elevada y en otros insuficiente.

En los últimos años, los psicopatólogos fijan su atención también en otro método, que consiste en el análisis psicológico de los datos contenidos en los historiales del enfermo mental. Esto es debido a que en el historial de estos enfermos quedan incluidos los datos aportados por el propio enfermo (amnesia subjetiva), los datos surgidos de las contestaciones de los familiares y compañeros (amnesia objetiva), la descripción del ambiente en que se encontraba el enfermo, datos sobre sus relaciones con las personas y datos sobre su comportamiento después de salir de la clínica (catamnesia). Dicho de otro modo, el historial clínico proporciona un material que caracteriza todo el camino vital de la persona, es como si fuese un corte «longitudinal» de su vida.

La comparación de estos datos (precisamente la comparación y no la correlación de determinados factores o cualidades) con los resultados del estudio psicológico experimental proporciona un valiosísimo material objetivo /16, 36/.

Debemos señalar aún otra particularidad del experimento psico-

patológico. La organización de este experimento debe permitir no sólo detectar la estructura de las formas alteradas en la actividad psíquica del enfermo, sino también sus formas intactas. Esto resulta indispensable para la solución de los problemas relacionados con la restauración de las funciones alteradas.

A. R. Luria /65/ expresó la opinión de que el éxito en la restauración de las complejas funciones psíquicas alteradas depende del grado en que el trabajo rehabilitador se fundamenta en los eslabones intactos de la actividad psíquica. Subrayaba que la reconstrucción de las formas alteradas de la actividad psíquica debe transcurrir mediante la reestructuración de los sistemas funcionales. Los buenos resultados de este planteamiento fueron demostrados por los trabajos de numerosos investigadores soviéticos. Los estudios encaminados al análisis de los principios que rigen el restablecimiento de la actividad motora alterada como consecuencia de heridas de fuego recibidas durante la guerra demostraron que durante la terapia laboral rehabilitadora jugaba un papel importantísimo la movilización de las funciones intactas del enfermo, la conservación de sus planteamientos (S. G. Guellerstein, A. V. Zoporozhets, A. N. Leontiev, S. J. Rubinstein). A conclusiones análogas llegaron también los psicólogos que trabajaban en los problemas de rehabilitación de las alteraciones del habla (A. S. Bein, V. M. Kogan, L. S. Tsvetkova).

La reestructuración de la función defectuosa se efectúa en estrecha colaboración con el desarrollo de la intacta. Los citados autores demuestran convincentemente que la labor rehabilitadora debe basarse en la activación de los conocimientos que se han conservado. Con plena razón se subraya que en la labora rehabilitadora (en este caso rehabilitación del habla) debe actualizarse todo el sistema de conexiones y planteamientos de una personalidad sumaria; aunque dolorosamente modificada. Así, V. M. Kogan /39/ propone provocar durante la labor rehabilitadora la conciencia del enfermo en la asimilación del contenido de la palabra en relación con el objeto. Los puntos de vista citados se refieren a la rehabilitación de funciones que tienen, hablando simbólicamente, un carácter local —el habla, la praxis—.

Con mayor derecho aún pueden referirse estas opiniones a la rehabilitación de formas más complejas de la actividad psíquica, a la rehabilitación de la capacidad mental perdida (objetivos y actividad del enfermo). En estos casos, el problema de las capacidades intactas se plantea con especial agudeza (por ejemplo, al decidir el problema de la capacidad laboral del enfermo, la posibilidad de continuar sus estudios, etcétera). Para poder resolver estos problemas, el psicopatólogo sobrepasa los estrictos límites de la metodología experimental psicológica; se somete a análisis toda la trayectoria vital del enfermo /30/.

Es preciso mencionar una serie de particularidades que diferencian el experimento clínico del dirigido a estudiar la psique de un su-

jeto sano, o sea, el experimento encaminado a la solución de problemas psicológicos generales.

La diferencia fundamental consiste en que siempre tenemos que tener en cuenta la particular actitud del enfermo ante el experimento que depende de su enfermedad. Un estado de delirio, excitación o relajamiento obliga al experimentador a plantear de un modo distinto el experimento, y a veces a modificarlo sobre la marcha.

A pesar de todas las indiferencias individuales, los sujetos experimentados sanos procuran ejecutar las instrucciones, o sea, «admiten» la tarea; en cambio, los enfermos mentales no sólo no se aplican en la ejecución de la tarea, sino que interpretan equivocadamente el experimento o se oponen activamente a las instrucciones. Por ejemplo, si al realizar un experimento de asociación con un sujeto sano, el experimentador advierte que debe escuchar atentamente las palabras pronunciadas, el experimentado sano dirigirá activamente toda su atención a las palabras pronunciadas por el experimentador. Al realizar este experimento con un enfermo negativista se produce el efecto contrapuesto: el enfermo activamente no escucha. En estos casos el experimentador se ve obligado a realizar el experimento «dando un rodeo»: el experimentador pronuncia las palabras como sin querer y registra las reacciones del enfermo. Es frecuente que se tenga que realizar el experimento con un enfermo que interpreta la situación de modo delirante, por ejemplo, considerando que el experimentador actúa sobre él «hipnotizándolo» o mediante «rayos». Es natural que esta actitud del enfermo ante el experimento se refleje en los procedimientos de ejecución de la tarea; con frecuencia ejecuta la orden del experimentador deliberadamente mal, retrasa las respuestas, etc. En estos casos, la estructura del experimento también debe modificarse.

La estructura del estudio psicológico experimental en clínica tiene aún otra particularidad que lo diferencia del experimento psicológico corriente: su diversidad, la gran cantidad de métodos utilizados. Esto tiene su explicación. El proceso de disgregación de la psique no transcurre a un solo nivel. En la práctica, nunca sucede que en un enfermo se alteren sólo las funciones de análisis y síntesis y en otro se deteriore sólo la capacidad de dirigir su actividad hacia un fin. Con cualquier tarea experimental se obtiene material para opinar en cierta medida sobre distintas formas de alteraciones psíquicas. Sin embargo, no todos los procedimientos metodológicos permiten juzgar con la misma evidencia, claridad y veracidad de una determinada forma o grado de alteración.

Es frecuente que la modificación de la instrucción, un determinado detalle en el experimento modifiquen el carácter de los resultados del experimento. Por ejemplo, si en el experimento sobre memorización y reproducción de palabras el experimentador subraya el significado de su propia valoración, los resultados de este experimento serán más significativos para determinar la postura del experimentado ante el trabajo, que para la valoración del proceso de memorización.

Y debido a que la situación misma del experimento con una persona enferma cambia durante el experimento (aunque sea por el hecho de que cambia el estado del enfermo), es completamente indispensable la comparación de los resultados obtenidos en distintas variantes del mismo experimento. Esta comparación es imprescindible también por otros motivos. Al realizar una determinada tarea, el enfermo no sólo la realiza acertada o equivocadamente, sino que en este proceso con frecuencia adquiere conciencia de su defecto; los enfermos intentan hallar la posibilidad de compensar este defecto, encontrar unos puntos de apoyo para su corrección. Las distintas tareas les brindan diferentes posibilidades para ello. Es frecuente que el enfermo realice correctamente las tareas más difíciles y fracasa en las más fáciles. Llegar a entender la naturaleza de este fenómeno sólo es posible mediante la comparación de los resultados obtenidos en distintas tareas.

Y por fin, lo último: la alteración de la capacidad psíquica del enfermo es con frecuencia inestable. Al mejorar el estado del enfermo desaparecen algunas particularidades de su actividad mental, otras persisten. Además, el carácter de las alteraciones detectadas pueden modificarse según sean las particularidades del propio procedimiento experimental; es por esto que sólo la comparación de los resultados de distintas variantes de un método, además utilizado varias veces, permite juzgar el carácter, cualidad y dinamismo de las alteraciones psíquicas del enfermo.

Por consiguiente, tiene sentido y justificación el hecho de que en el estudio de la disgregación de la psique se deba recurrir a una combinación de procedimientos metodológicos en lugar de limitarse a un método determinado.

La intencionalidad de los procedimientos experimentales psicológicos dirigida al descubrimiento del carácter cualitativo de las alteraciones psicológicas debe estar presente, sobre todo, en el estudio de los niños anómalos. Sea cual fuere el grado de subdesarrollo psíquico o de la enfermedad, el desarrollo del niño siempre sigue (aunque sea lento o desfigurado). El experimento psicológico no puede detenerse en la determinación del nivel estructural de los procesos psíquicos del niño enfermo; ante todo, debe detectar las posibilidades potenciales del niño.

Estas incidencias fueron formuladas ya en los años 30 por L. S. Vygotsky en su tesis sobre «la zona del desarrollo más próximo». En su trabajo «Problemas de la instrucción y desarrollo mental en la edad escolar» escribe: «El estado de desarrollo mental del niño puede ser determinado, por lo menos, mediante la detección de dos niveles: nivel del desarrollo actual y zona del desarrollo más inmediato» /17, 448/. Bajo la denominación de «zona de desarrollo inmediato», L. S. Vygotsky agrupa las posibilidades potenciales del niño que por sí solas y a causa de algunas condiciones determinadas no pueden manifestarse; pero pueden realizarse con ayuda de un adulto.

Lo importante, según la idea de L. S. Vygotsky, es no sólo lo que el niño puede y sabe hacer por sí solo, sino también lo que puede ha-

cer con ayuda de un adulto. La capacidad que tiene el niño de traspasar los métodos de resolución de un problema, asimilados con ayuda de un adulto, a acciones que él realiza de por sí es el principal indicador de su desarrollo mental. Por esto, el desarrollo psíquico del niño se caracteriza no tanto por su nivel actual, cuanto por el nivel de su desarrollo inmediato. Lo decisivo es «la discrepancia entre el nivel de resoluciones de problemas asequibles bajo dirección, con ayuda de adultos, y el nivel de resoluciones de los problemas asequibles en la actividad independiente» /17, 447/.

Nos hemos detenido con algún detalle en esta bien conocida tesis de L. S. Vygotsky; porque es la que determina los principios de la elaboración del experimento psicológico aplicado a los niños con anomalías. Los estudios cuantitativos a base de «tests», adoptados en la psicología de otros países, pueden detectar, en el mejor de los casos, el nivel «actual» (en la terminología de L. S. Vygotsky) en el desarrollo psíquico del niño, y sólo en su expresión cuantitativa. Sin embargo, quedan ocultas las posibilidades potenciales del niño. Y sin embargo, sin este «pronóstico» sobre el posterior desarrollo del niño, no pueden ser en esencia resueltos numerosos problemas, como, por ejemplo, la selección para instituciones especiales de enseñanza. En esta dirección se encaminan los estudios de A. J. Ivanova /31/. A. J. Ivanova propone a los niños problemas que les eran desconocidos hasta ese momento. Durante la ejecución de estas tareas, el experimentador presta al niño distintas clases de ayuda, que fueron estrictamente reglamentadas por la autora. Se anota cuidadosamente el modo de cómo el niño acepta esta ayuda. Por tanto, la propia ayuda se incluye en la estructura del experimento.

Para poder realizar «la ayuda reglamentada», A. J. Ivanova introdujo algunas modificaciones en métodos comúnmente aceptados de estudios psicopatológicos: clasificación de objetos, método de Coos, clasificación de figuras geométricas, serie de cuadros consecutivos. La autora reglamenta y fija detalladamente las etapas de la ayuda a prestar. Se tiene en cuenta su gradación cuantitativa y el carácter cualitativo. La aplicación del «experimento de enseñanzas» permitió a A. J. Ivanova /32/ separar distintas formas en el desarrollo psíquico anómalo. El método del experimento de enseñanza fue también utilizado por N. I. Nepomñaschaya, que estudió la formación del cálculo en los niños retrasados mentales. Partiendo de los postulados teóricos de N. I. Galperin /21/ sobre la formación por etapas de las acciones mentales, N. I. Nepomñaschaya demostró que los niños retrasados mentales tienen dificultades en el proceso de reducción de una acción desarrollada anteriormente. Esto precisaba una especial y prolongada elaboración. En cambio, si mediante una enseñanza especializada y su «elaboración» se conseguía crear un mecanismo de abreviación, se podía, en ciertos límites, superar este defecto en los niños.

El sistema de ayudas dosificadas fue utilizado por R. G. Natadze para formar conceptos artificiales en los niños sanos. Mediante una

metodología cuidadosamente elaborada, R. G. Natadze estableció distintos niveles de desarrollo en los niños. Por consiguiente, el experimento de enseñanza, que se basa en la tesis de L. S. Vygotsky sobre la «zona de desarrollo inmediato» y que descubre las posibilidades potenciales del niño, puede servir de instrumento en la investigación de la estructura y nivel de descenso de la psique en el niño anómalo y en la solución de un problema práctico —la selección de niños para escuelas especializadas—.

Actualmente, en la psicopatología de la edad infantil se están elaborando métodos para la corrección de fenómenos psicopatológicos. Para poder hallar las vías de corrección es preciso no sólo conocer las particularidades del niño según la edad y el análisis de sus desviaciones, sino también realizar «el control sobre el proceso de desarrollo mental de los niños», según expresión de D. B. Elkonin /114/. El juego es uno de estos métodos de corrección. Partiendo de la idea de que el juego «conduce al desarrollo» (L. S. Vygotsky), se está realizando en psicopatología infantil la tentativa de encontrar procedimientos adecuados para la corrección del juego equivocado (V. V. Lebedinsky, A. S. Spivakovskaya, O. L. Ramenskaya). Estos procedimientos de corrección sirven, al mismo tiempo, para la realización de diagnósticos /103/.

PSICOLOGIA



MAESTRIA EN
NEUROPSICOLOGIA

ALTERACIONES DE CONCIENCIA

Las alteraciones de conciencia son unas de las menos elaboradas. A pesar de que en todos los manuales de psiquiatría se describen distintas formas de la conciencia alterada, la determinación de este concepto choca con algunas dificultades. El motivo de esto consiste en que el concepto de conciencia en psiquiatría no se apoya en la concepción filosófica ni psicológica.

La conciencia puede examinarse desde distintos aspectos. En filosofía tiene un significado muy amplio, se utiliza como contraposición de lo ideal a lo material (como lo secundario a lo primario), desde el punto de vista del origen (propiedad de una materia altamente desarrollada), desde el punto de vista del reflejo (reflejo del mundo objetivo).

En un sentido más estricto, la conciencia es el reflejo humano de la existencia, reflejo que se manifiesta en formas sociales de lo ideal. El marxismo une la aparición de la conciencia humana con el surgimiento del trabajo en el proceso de transformación del simio en hombre. La acción ejercida sobre la naturaleza en el curso del trabajo colectivo condujo a la comprensión de las propiedades y de las conexiones lógicas entre fenómenos, y esto se afianzaba en el lenguaje que se forma en el proceso de comunicación. En el trabajo y las relaciones reales se formó la autoconciencia—la conciencia de su propia relación con el medio natural y social circundante—, la comprensión de su sitio en el sistema de las relaciones sociales. El rasgo-específico del reflejo humano de la existencia consiste en que «la conciencia del hombre no sólo refleja el mundo objetivo, sino que también lo crea» /1, 194/.

Al afrontar el problema de la conciencia en psicología, los científicos soviéticos parten de los postulados de la filosofía marxista-leninista. La conciencia es considerada como una función del cerebro superior, relacionada con el habla, que refleja en forma

generalizada el mundo real y que dirige hacia determinados objetivos la actividad del hombre.

S. L. Rubinstein /89, 90, 91/ prestó gran atención al problema de la conciencia en psiquiatría. Al decir que la conciencia es el proceso de «conocimiento por el sujeto de la existencia real objetiva», él subrayaba que la conciencia es el conocimiento de cómo el objeto se contrapone al sujeto que lo estudia /91, 149/. A. N. Leontiev prestó en sus trabajos una atención muy especial al problema de la relación existente entre la conciencia y la actividad. El indicaba directamente que la conciencia puede comprenderse «como un producto subjetivo, como una forma transformada en la manifestación de las relaciones sociales por su naturaleza, que se realizan mediante la actividad del hombre en el mundo objetivo... En el producto se reproduce no la imagen, sino precisamente la actividad, el contenido material que objetivamente lleva en sí» /60, 130/.

La conciencia abarca no sólo el conocimiento del mundo circundante, sino también el conocimiento de sí mismo, de sus propiedades individuales y personales (esto último presupone el reconocimiento de sí mismo en el sistema de las relaciones sociales). A diferencia de la utilización tradicional del concepto de «autoconciencia», A. N. Leontiev propone utilizar este término en el sentido de reconocimiento de sus propiedades personales. La autoconciencia, la conciencia de su propio «yo», es un reconocimiento en el sistema de las relaciones sociales «y no tiene ningún otro sentido» /61, 78/.

El concepto de conciencia en psiquiatría no coincide con su contenido filosófico y psicológico. Más bien es una «herramienta». El eminente psiquiatra contemporáneo A. V. Snezhnevsky dice que «si nos referimos a la conciencia en su sentido filosófico, tendremos que admitir que en cualquier enfermedad psíquica se ve alterada en nuestro cerebro la forma superior del reflejo del mundo» /101, 99-100/. Por esto, los médicos clínicos utilizan el término condicional de alteración de conciencia al referirse a determinadas formas de esta alteración.

Esto también es admitido por S. L. Rubinstein, el cual dice que es conveniente «distinguir» entre las alteraciones psíquicas y las alteraciones de conciencia, que se caracterizan por unos síntomas específicos /91/.

Este concepto de conciencia que A. V. Snezhnevsky califica de «condicional», se basa en las tesis del psiquiatra alemán K. Jaspers, que determinaba la conciencia como un fondo en el cual se suceden distintos fenómenos psíquicos. Por consiguiente, en las enfermedades mentales, la conciencia puede alterarse independientemente de otras formas de actividad psíquica y viceversa. Así, en las historias clínicas se pueden encontrar expresiones como que el enfermo delira con la conciencia clara, o tiene alterado el pensamiento, pero la conciencia clara, etcétera. Los síntomas metafóricos de «claridad» y «ofuscación» de la conciencia, introducidos por K. Jaspers /129/ se convirtieron en determinantes para caracterizar la conciencia en to-

dos los manuales de psiquiatría hasta nuestros días. Seguendo a K. Jaspers se toma como criterio de conciencia ofuscada los siguientes síntomas:

- 1) Desorientación en el tiempo, lugar y situación;
- 2) Falta de una percepción clara del medio ambiente;
- 3) Distintos niveles de incoherencia en el pensamiento;
- 4) Dificultad en recordar los acontecimientos que suceden y los fenómenos subjetivos dolorosos.

Para determinar una ofuscación de conciencia desempeña un papel decisivo la determinación de que existen todos los síntomas enumerados en conjunto. La existencia de uno o varios síntomas no puede considerarse como determinante de ofuscamiento de la conciencia (V. A. Guilarovsky /22/; A. V. Snezhnevsky /101/).

Conciencia aturdida. Uno de los síndromes más comunes en la alteración de conciencia es el de aturdimiento, que con mayor frecuencia se encuentra en las alteraciones agudas del sistema nervioso central, en las enfermedades infecciosas, envenenamientos y traumas cráneo-cerebrales.

El estado de conciencia aturdida se caracteriza por una drástica elevación del dintel para todos los irritantes exteriores y la dificultad en la formación de asociaciones. Los enfermos contestan a las preguntas como «semidormidos», no pueden comprender el contenido complejo de la pregunta. Se observa lentitud en los movimientos, desgano para hablar, indiferencia hacia lo que les rodea. Los enfermos tienen una expresión de indiferencia. Fácilmente se quedan semidormidos. La orientación en el medio ambiente es insuficiente o no existe. El estado de aturdimiento de conciencia puede durar desde unos minutos hasta varias horas.

Ofuscación de conciencia con delirio. Este estado se diferencia drásticamente del aturdimiento. La orientación en el medio ambiente también está alterada; sin embargo, ésta no consiste en su debilitación, sino en oleadas de vivas imágenes, ininterrumpida aparición de fragmentos de recuerdos. No es simplemente una desorientación, sino que aparece una falsa orientación en el tiempo y el espacio.

Sobre el fondo de un estado de delirio de conciencia surgen ilusiones, alucinaciones y desvaríos más o menos estables. A diferencia de los enfermos en estado aturdido de conciencia, los enfermos en estado de delirio son muy habladores. Al aumentar el delirio el engaño de los sentimientos, se escenifican: los gestos recuerdan a un espectador atento a la escena representada. La expresión se hace ya alarmada, ya alegre; la mímica expresa ya miedo, ya curiosidad. Es frecuente que en estado de delirio los enfermos se exciten. Por regla general, el estado de delirio se acentúa por la noche. El estado de delirio se ob-

serva principalmente en los enfermos con lesiones orgánicas del cerebro como consecuencia de traumas o infecciones.

Estado aneurótico (visionario) de conciencia. Por primera vez fue descrito, por Mayer-Gross y su característica principal consiste en una caprichosa mezcla de reflejos del mundo real con fuertes imágenes sensitivas de carácter fantástico, que profusamente inundan su conciencia. Los enfermos realizan viajes interplanetarios, permanecen rodeados de «habitantes de Marte». Es frecuente la fantasía, que se caracteriza por sus grandes dimensiones: los enfermos presencian «la destrucción de la ciudad», ven cómo «se derrumban los edificios», «se hunde el metro», «se parte el globo terráqueo», «se disgrega y sus trozos se esparcen por el cosmos» /101, 111/.

A veces, el enfermo logra detener la fantasía, pero de modo imperceptible para él, en su conciencia de nuevo empiezan a surgir las mismas fantasías, en ellas emerge, adoptando formas nuevas, toda la experiencia anterior, todo lo que ha oído, leído, visto.

Al mismo tiempo, el enfermo es capaz de afirmar que se encuentra en una clínica psiquiátrica y que está hablando con el médico. Se detecta la coexistencia de lo real y lo fantástico. K. Jaspers, al describir este estado de conciencia, decía que algunos acontecimientos de la situación real quedan tapados por fragmentos de lo fantástico, que el estado aneurótico se caracteriza por una profunda alteración de la autoconciencia. Los enfermos no sólo están desorientados, sino que denotan una interpretación fantástica de lo que les rodea.

Mientras en el delirio se pueden reconstruir algunos elementos y determinados fragmentos de acontecimientos reales, en el aneurotismo los enfermos no recuerdan nada de lo sucedido en la realidad, a veces sólo recuerdan el contenido de sus fantasías.

Estado de semisopor de la conciencia. Este síndrome se caracteriza por su aparición inesperada, por lo que lo denominan de transición, o sea, que pasa.

El ataque de semisopor de conciencia termina de un modo crítico y frecuentemente va seguido de un profundo sueño. El rasgo característico del estado de semisopor de conciencia consiste en que va seguido de amnesia. Jamás existen recuerdos del período de semisopor de la conciencia. En estado de semisopor de conciencia, los enfermos conservan la capacidad de ejecutar automáticamente acciones habituales. Por ejemplo, si en el campo visual de un enfermo de este tipo aparece un cuchillo, el enfermo empieza a realizar la acción acostumbrada, o sea cortar, independientemente de lo que tenga ante sí —pan, papel o la mano de una persona—. Es frecuente que el estado de semisopor de la conciencia vaya acompañado de fantasías absurdas, alucinaciones. Bajo la influencia del delirio y una emoción tensa, los enfermos pueden realizar acciones peligrosas.

El estado de semisopor de la conciencia que se desarrolla sin delirio ni alucinaciones o cambio de emociones se denomina «automatis-

mo ambulante» (vagabundeo involuntario). Los enfermos que padecen esta alteración habiendo salido de casa con un fin determinado, de repente, y sin comprender cómo, se encuentran en el otro extremo de la ciudad. Durante este desplazamiento inconsciente automáticamente cruzan las calles, utilizan transportes y dan la sensación de personas sumergidas en sus propios pensamientos.

El estado de semisopor de la conciencia dura a veces un tiempo extremadamente corto, y se denomina *absence* (del francés ausencia).

Pseudodemencia. Es una variante del estado de semisopor de la conciencia. Puede surgir en agudas modificaciones destructivas en el sistema nervioso central y en estados de reacción, y se caracteriza por agudas alteraciones en el razonamiento y en las cualidades intelectuales y de memoria. Los enfermos olvidan la denominación de los objetos, están desorientados y perciben con dificultad los irritantes exteriores. Tienen dificultad en la formación de nuevas conexiones, de vez en cuando se puede observar falsas ilusiones en la percepción, alucinaciones inestables con inquietud motora.

Los enfermos son apáticos, apacibles, son escasas las manifestaciones emocionales, y además no son selectivas. El comportamiento recuerda con frecuencia la imitación del comportamiento infantil. Así, un adulto alfabetizado para contestar a la pregunta de cuántos dedos tiene en el pie se quita el calcetín para contarlos.

Nos hemos detenido sólo en algunas formas de alteración de la conciencia. En realidad, sus manifestaciones en clínica son mucho más variadas, pero nosotros deseábamos presentar al lector los conceptos bajo los cuales se interpretan y describen en clínicas las alteraciones de conciencia.

Además de las distintas formas de alteración de conciencia como reflejo de la realidad circundante, en la clínica se encuentra una forma peculiar de alteración del autoconocimiento —la despersonificación—.

Despersonificación. Se caracteriza por el enajenamiento de los propios pensamientos, afectos y acciones de su propio «yo», que se perciben como desde fuera. Una de las manifestaciones frecuentes de la despersonificación consiste en la alteración «del esquema corporal», reflejo alterado en nuestra conciencia de las propiedades fundamentales y medios de funcionamiento del propio cuerpo, de sus partes y órganos. Estas alteraciones pueden aparecer en varias enfermedades —epilepsia, esquizofrenia, después de traumas cráneo-cerebrales, etcétera.

La explicación más general referente a la naturaleza de este fenómeno lo encontramos en I. M. Sechenov /99/, que subraya el papel desempeñado por las sensaciones musculares al realizar los movimientos corporales y actos de percepción, y que indicó la existencia de sensaciones «oscuras» no desmembradas, que parten de órganos internos, los cuales forman el «forro sensitivo» de nuestro «yo» y forman la base de la autosensación.

Las «oscuras» sensaciones de recepción interna no son, generalmente, percibidas por la conciencia a causa de su estabilidad y uniformidad, y también por el freno inductivo debido a que la actividad del sujeto va dirigida hacia el exterior, pero representan el fondo indispensable para el normal desarrollo de toda la actividad psíquica. Basándose en estas sensaciones, es como el niño durante su desarrollo, aprende a distinguir a sí mismo del mundo que lo rodea.

Normalmente, la persona no necesita demostraciones de que su cuerpo y las vivencias psíquicas le pertenecen. En algunos casos patológicos, este «forro» sensitivo de autosensación se altera y como un conocimiento inmediato puede aparecer la sensación de enajenamiento, de imposición de sujeción de sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.

A. A. Megrabian /69/, moderno investigador del problema de la despersonalización, indica que no es posible explicar este fenómeno psicopatológico desde el asociacionismo, la tendencia fenomenológica, la psicología antropológica y el psicoanálisis, y lo relaciona con alteraciones en los específicos «sentidos gnósticos» —sistemas automatizados de sentimiento—, que en estado normal se juntan con el componente reflectivo de las imágenes psíquicas.

Los sentimientos gnósticos, según A. A. Megrabian /70, 130/, detectan las siguientes propiedades: 1) generalizan los conocimientos anteriores sobre el objeto y la palabra en forma sensitiva concreta; 2) garantizan la sensación de que los procesos psíquicos pertenecen a nuestro «yo»; 3) llevan en sí el matiz emocional de un determinado color e intensidad.

El papel desempeñado por los sentimientos gnósticos en el conocimiento y autoconocimiento se hace especialmente palpable en los casos patológicos que provocan fenómenos de enajenamiento psíquico /69, 70/.

La alteración de los sentimientos gnósticos puede conducir no sólo a la alteración del autoconocimiento, sino también a alteraciones de la personalidad. Esto queda convincentemente demostrado en la tesis doctoral de V. I. Belozertseva /5/. Basándose en los datos aportados por los trabajos de la escuela de V. M. Behterev, la autora determinó el modo de cómo la autosensación alterada en curso de la actividad reflectora provoca en el cerebro enfermo una actividad nueva para el sujeto, la autopercepción. Esta actividad, debido a la continuidad de sensaciones desacostumbradas y su especial significado para la persona, se hace significativa, predominantemente en la escala de las demás actividades. Los enfermos abandonan sus quehaceres anteriores y no pueden pensar en otra cosa que no sea su desacostumbrado estado y las posibles causas del mismo.

Numerosas historias clínicas citadas en los trabajos de V. M. Behterev y sus colaboradores muestran cómo el deseo de asimilar los resultados de la autopercepción alterada conduce a los enfermos a una interpretación delirante de su estado. En busca de los «enemigos» que los someten a su influencia, los enfermos observan el comportamiento

de las personas que los rodean, analizan sus relaciones con ellos, realizan actos reales con el fin de «librarse» de la supuesta acción hipnótica y de nuevo analizan su estado y el comportamiento de los «enemigos».

Con el desarrollo de esta actividad y de las interrelaciones con las personas, el delirio de acción sobre la esfera psíquica se reviste de nuevos detalles, distorsionando la percepción del medio ambiente e influenciando el comportamiento y modo de vida de los enfermos, remodelando el sistema de sus relaciones con las personas y modificando su personalidad.

V. I. Belozertseva llega a la conclusión que mientras en una persona sana la autosensación no influye sobre su personalidad, ni la percepción de sí mismo en el sistema de relaciones sociales, en el enfermo ésta puede hacer saltar al primer plano una actividad que hasta entonces no existía o se manifestaba sólo en actos sueltos incluidos en el sistema de otras actividades —la actividad de autopercepción—. Independientemente de la personalidad, lo quiera o no la persona, esta actividad se convierte en el sentido de su vida. El motivo principal se desplaza sobre el objetivo, se altera el «desligamiento» entre la escala de actividades y el estado del organismo, que es lo característico para un sujeto sano. En los casos patológicos, lo biológico empieza a desempeñar un papel distinto al que juega en la vida de una persona sana.

Esto, desde luego, no significa que la enfermedad por sí misma como factor biológico determina la reestructuración en la escala de motivos y actividades de la persona. El motivo que provoca la actividad de autopercepción surge con el reconocimiento de que las propias sensaciones y vivencias psíquicas no son normales, han cambiado, o sea, cuando existe una postura activa ante el cambio. Por tanto, la enfermedad actúa destructivamente sobre la personalidad no directamente, sino *indirectamente, a través de la actividad* que ha sido asimilada con el desarrollo social del hombre.

Por consiguiente, la alteración psicológica de la personalidad, su autoconciencia, se realiza, al igual que el desarrollo normal, en ontogenia, en la actividad práctica de sujeto, en la reestructuración de sus relaciones reales, en este caso bajo la influencia de una interpretación delirante de su estado, desarrollada con la autopercepción y que se refiere al lugar que ocupa la persona entre las demás personas.

PSICOLOGIA



MAESTRIA EN
NEUROPSICOLOGIA

ALTERACIONES DE PERCEPCION

Estas enfermedades psíquicas, las alteraciones de percepción, adoptan distintas formas. Es conocido que ya I. M. Sechenov indicaba que la percepción abarcaba mecanismos aferentes y eferentes. Al describir la percepción visual, indica que el ojo «palpa» los objetos del mundo y que este «palpar» forma parte de la percepción visual al juntarse con las señales propioceptivas de los músculos oculares.

Esta tesis de I. M. Sechenov sirvió de punto de partida para los estudios de numerosos fisiólogos y psicólogos contemporáneos (R. Granit, E. N. Sokolov, V. P. Zinchenko, A. V. Zaporozhets, L. A. Venguer). Se indicó que la percepción forma la base de la orientación del hombre en el mundo.

De los postulados teóricos de A. N. Leontiev, A. V. Zaporozhets, L. A. Venguer, V. P. Zinchenko y Yu. B. Guipenreiter se deduce que el desarrollo de la percepción queda determinado por los problemas que se le plantean a la persona en el transcurso de su vida. Las investigaciones en el área de la psicología general se caracterizan por considerar que la percepción es la actividad que abarca la principal peculiaridad de la psique humana: actitud y parcialidad.

S. L. Rubinstein /89/ indica que la percepción humana siempre es generalizada y depende de la intencionalidad de la persona. Por tanto, la percepción debe considerarse como una actividad que se caracteriza por su generalización y motivación. En los últimos años, también algunos autores extranjeros intentan demostrar que el resultado del proceso de percepción depende de las particularidades emocionales y personales del sujeto (J. Bruner, N. A. Witkin).

Por esto, se puede esperar que la percepción sea susceptible de alteración en distintos rasgos de su actividad: en la generalización o en los condicionamientos personales. Estas alteraciones se manifiestan en la dificultad de reconocimiento, desfiguración del material percibido, engaño en los sentimientos, reconocimientos falsos, reestructu-

ración en los motivos de la actividad perceptora. Nos detendremos en alguna de ellas.

I. AGNOSIA

Se denomina agnosia a la dificultad de reconocer objetos y sonidos. Al problema de la agnosia, sobre todo visual, se han dedicado muchos trabajos. Desde A. Pettsel (1928), las agnosias visuales se dividían en: a) agnosia de objetos, la denominada «agnosia mental de objetos», cuando los enfermos no reconocen ni los objetos ni su imagen. Con este grupo se conecta la «agnosia simultánea», de Wolpert (los enfermos reconocían algunos objetos y sus imágenes, pero no reconocían la imagen de una situación); b) agnosia de colores y letras; c) agnosia del espacio.

Se han hecho tentativas de relacionar la alteración de la gnosia con los defectos del habla (K. Goldstein, A. R. Luria, E. P. Kok). Se planteó la teoría del valor topográfico de los síndromes de agnosia (A. R. Luria, E. P. Kok, J. Miller), de la relación existente entre distintas formas de agnosia y el hemisferio dominante (M. S. Lebedinsky, E. P. Kok).

La historia de la teoría sobre agnosias y sus mecanismos está detalladamente expuesta por A. R. Luria en su monografía «Funciones corticales superiores», en la cual este problema se analizaba fundamentalmente desde el punto de vista de localización de las funciones y búsqueda de sus mecanismos neurofisiológicos /65/.

En este libro sólo nos detendremos en los casos de agnosia que acompañan a las enfermedades psíquicas. En varios enfermos (con lesiones orgánicas del cerebro de distinto génesis), los fenómenos de agnosia se manifestaron en que ellos destacaban distintos síntomas del objeto que estaban percibiendo, pero no realizaban la síntesis; así, un enfermo describe la imagen de un clavo como algo redondo, y dice: «Arriba, un gorrito; abajo, un palito; pero no sé qué es»; otro enfermo describe la llave como «un aro y una varilla». Los enfermos describían con exactitud los contornos del objeto, podían incluso copiarlos con exactitud, pero esto no facilitaba su reconocimiento. Hechos análogos que denotan la imposibilidad de realizar la síntesis, fueron descritos por E. P. Kok en el estudio de los enfermos con lesiones en los sistemas parietal-occipital, y también por E. D. Homs-kaya y E. G. Sorkina.

El primer problema que se planteó fue que los enfermos tienen alterada la percepción de la estructura, como le sucedía al enfermo Sh. (descrito por K. Goldstein), el cual, como se sabe, no percibía las formas de los objetos, visualmente no podía distinguir un triángulo de un círculo y reconocía las figuras sólo después de «contornearlas» por el sistema motor, por ejemplo, moviendo la cabeza.

Resultó que en nuestros enfermos los fenómenos agnósticos tenían otro carácter. Ellos reconocían la forma, la configuración,

incluso cuando ésta se les presentaba taquiscópicamente. Podían describir el objeto sin reconocerlo. Así, por ejemplo, al observar una presentación taquiscópica de una regadera para el jardín, la enferma dice: «Cuerpo en forma de cuba, hay algo redondo, del centro parte algo como un palo hacia un lado»; otro enfermo, al observar la imagen taquiscópica de un peine, dice: «Una línea horizontal, de ella parten hacia abajo palitos pequeños y delgados». A veces, los enfermos podían dibujar el objeto sin reconocerlo.

Citaremos como ejemplo los datos del estudio psicopatológico y el historial clínico de la enferma V., que ya fueron descritos por nosotros, junto con G. V. Birenbaum en 1935 /28/.

Enferma V., cuarenta y tres años, de profesión bibliógrafo. Diagnóstico: encefalitis epidémica (del historial clínico del doctor E. G. Kaganovskaya).

Enfermó en 1932. Apareció un estado agudo de somnolencia que duró aproximadamente una semana, y después cambió por el de insomnio. Se observan tialismo, paresia de la pierna izquierda y dolor en la parte exterior del hombro izquierdo, como también aumento de la temperatura. Aparecían visiones y alucinaciones. En la pared, alrededor del ventilador, «corrían ratas», y en el suelo saltaban figuras, daban vueltas «carotas que bailaban».

Con estas manifestaciones la enferma ingresó en la clínica Botkins. Al cabo de algunos días aparecieron breves depresiones de conciencia, la enferma no lograba encontrar su habitación ni la cama. En 1933 fue trasladada a la clínica psiquiátrica VIEM.

Para cuando se inició nuestro estudio, la posición de la enferma había variado. La enferma tiene la conciencia clara se orienta correctamente en el medio circundante. Es algo amímica. La voz es baja y poco modulada. Con frecuencia está acostada quejándose de dolor de cabeza y cansancio.

Con dificultad y retraso proporciona los datos anamnésticos, deteniéndose mucho en los detalles que no tienen relación directa con la esencia del problema. Lee poco, «falta imaginación viva», dice la enferma. Exteriormente, es bondadosa y emotiva. Sin embargo, este estado se trueca fácilmente por un estado irritable y malicioso, llegando al punto de explosión afectiva. Paralelamente al estado emocional lábil, se observa en general una vida afectiva en conjunto muy pobre y monótona, con un círculo muy reducido de afectos, indiferencia hacia las personas, el trabajo, vida social y la literatura, antes muy querida.

Sobre este fondo de monotonía emocional general existe gran interés en la curación.

El estudio psicológico experimental no denota ninguna modificación drástica en la actividad de la enferma. La enferma asimilaba correctamente la instrucción, transmitía correctamente el contenido y significado del libro leído, comprendía el sentido convencional de los proverbios y metáforas. Sólo se notó una cierta pasividad y desinterés en la situación experimental.

Al mismo tiempo, el estudio psicopatológico determinó la existencia de fuertes alteraciones en la capacidad de reconocer los objetos. La enferma, con frecuencia (el 40 por 100) no reconocía las imágenes de objetos que se le enseñaban. Así, el dibujo de una seta lo determina como un «almiar», y las cerillas como «cristales». La enferma no era capaz de captar a primera vista el contenido de un cuadro, esto lo conseguía sólo después de fijarse atentamente en detalles sueltos. El proceso de percepción se asemeja a las adivinanzas: «¿Qué puede ser esto? ¿Un peine? ¿En qué está sentada: en un sillón, una silla? ¿Qué puede ser esto: una cocina, un barreño?». Al mostrarle el conocido cuadro «Condenada a muerte», la enferma dice: «¿Qué mujer es ésta, en qué piensa? ¿En qué está sentada, en una cama? ¿Y qué sombras son éstas?».

Vamos a reproducir los datos del acta de la investigación. Incluso cuando nombraba correctamente el objeto, la enferma siempre tenía dudas e inseguridad, busca en el dibujo puntos de referencia para poder confirmar por ellos sus deducciones. Así, la enferma reconocía la imagen de un libro, pero inmediatamente empezaban las dudas, tan corrientes para la enferma: «¿Es que esto es un libro?, es un cuadrado. No, el cuadrado no tiene salientes, además, aquí hay algo escrito. Sí, es un libro».

Acta del estudio psicológico experimental de la enferma V.

Dibujo presentado del juego de la lotería	Descripción dada por la enferma
Cepillo de dientes	Un cepillo, seguramente para barrer. ¿Y esto qué es?
Tambor infantil	Un palito amarillo, seguramente es la franja. Tarro con borla. Experimentador: ¿Puede ser alguna otra cosa? Enferma: Un bollo que están metiendo en una cacerola, y esto es un bollito (el palito). También parece un gorro. ¿Y esto qué es?
Chinchetas	En el interior hay triángulos, seguramente es una célula de protoplasma.
Plumas	Plumas.
Libro	Libro con letra diminuta.
Cerillas	Velas encendidas, no puede ser; ¿y no pueden ser cristales en una lámpara?
Dos tambores	Lo mismo que antes, pero dos ejemplares; conocido y desconocido. Experimentador: Juguete infantil. Enferma: ¿Puede ser una esponja para la mesa?
Plumillas para tinta china	Antorchas, las utilizan en el teatro, o plumas muy largas con plumilla.
Lápiz	Una vela, aquí se ve claro que es una vela.

Pincel	Pincel.
Trompeta infantil	Instrumento musical, flauta o trompeta.
Vainas	Una planta, por la forma parece una zanahoria, pero por el rabito no sé lo que es.
Avión	Esto es una flecha (indica la cola del avión). Esto es un balcón, pero ¿qué tiene que ver con esto una flecha y dos patas?

A pesar de tener tan alterada la capacidad para reconocer los dibujos, la enferma reconocía perfectamente las formas geométricas y completaba los dibujos siguiendo las leyes estructurales. Es más, a pesar de no reconocer el objeto en el dibujo, la enferma describía perfectamente su forma. Por ejemplo, después de no reconocer el dibujo de un tambor y un armario, ella describía su forma con extraordinaria exactitud, e incluso los copiaba correctamente.

En el transcurso de la investigación se determinó que la enferma siempre reconocía los objetos reales y tenía dificultad en reconocer los modelos realizados en cartón piedra (por ejemplo, la enferma no reconocía el avión y con dificultad reconocía un perro o muebles).

De este modo se formó algo así como una alteración escalonada. La enferma reconocía bien los objetos, reconocía peor los modelos y aún peor los dibujos de los objetos. Tenía especial dificultad en reconocer los dibujos esquemáticos en forma de contornos. Por esto, se formuló la suposición de que la causa de la dificultad para reconocer radicaba, por lo visto, en la generalización, la formalización que es inherente al dibujo. Para comprobar esta suposición se realizó una serie de experimentos: a la enferma se le mostraron imágenes de los mismos objetos realizados de distinta manera: a) contorno discontinuo; b) una silueta negra; c) imagen fotográfica exacta, a veces teniendo como fondo detalles concretos, por ejemplo, junto a un secante se dibujaba la pluma y el tintero. Los datos aportados por el experimento confirmaron nuestras suposiciones. La enferma no reconocía en absoluto las imágenes realizadas con líneas discontinuas, algo mejor, pero aún mal, reconocía las imágenes de silueta, y ya mejor reconocía las imágenes concretas.

Como ejemplo, reproducimos algunos extractos de las actas correspondientes a dicho estudio.

Dibujo presentado	Descripción hecha por la enferma
Sombrero (imagen punteada)	No sé lo que es. Recuerda una sortija. No puede existir una piedra tan grande (deja el dibujo a un lado).
Sombrero (silueta negra)	¿No será una seta? Puede parecer un sombrero, pero en tal caso, ¿qué tiene que ver esta línea?

Sombrero (imagen concreta y en color)	Parece un sombrero.
Secante (dibujo punteado)	No sé, unos puntos. ¿Qué es?
Secante (silueta)	Es un objeto espantoso.
Por segunda vez se muestra el sombrero (contorno)	Esto no es un sombrero, aunque quizá pudiera serlo.
Secante (dibujo detallado)	Es para el papel secante; es un secante.

De este modo, el experimento detectó el escalonamiento ya indicado en el proceso de reconocimiento; éste iba progresando según se iba incluyendo al objeto en un ambiente que se caracteriza por detalles concretos y por el color. Se puede afirmar que, a pesar de captar las formas estructurales del dibujo, la enferma no llega a asimilar lo que ve, no es capaz de relacionar el dibujo esquemático con una categoría determinada de objetos. Esto queda confirmado también por el carácter de adivinanza que adquiere su reconocimiento, la búsqueda de detalles en que apoyarse («¿qué puntos son éstos, que significan?»), el tono interrogativo de sus manifestaciones («¿es posible que esto sea una valla?»).

A. R. Luria /65, 119/ indica que «el proceso del análisis visual se transforma en una serie de intentos verbales para descifrar el significado de los rasgos percibidos y sintetizarlos en una imagen visual». La enferma no era capaz de asimilar el dibujo «de vista», el proceso de percepción adquirió la característica de una acción desplegada y desautomatizada.

Esto queda confirmado por el siguiente hecho: a pesar de reconocer una imagen fotográfica, la enferma no pudo traspasar este conocimiento sobre una imagen en forma de silueta. Después de que la enferma reconociera en un dibujo coloreado unas tijeras, el experimentador pregunta: «¿Le había enseñado yo antes este objeto?» La enferma medita y dice con asombro: «No, lo veo por primera vez; ¿usted piensa en los palitos que me ha enseñado antes? No, esos no eran tijeras (la enferma las dibuja de memoria). ¿Qué puede ser esto? No lo sé». Incluso en los casos cuando ella logra transferir la imagen persiste la inseguridad. Después de reconocer la imagen coloreada del sombrero, ella, al examinar un dibujo con el contorno del mismo sombrero, dice: «¿Y esto qué es? ¿También un sombrero?». Al recibir una contestación afirmativa del experimentador, ella observa: «¿Y qué significa esta línea?» (indica la sombra). Cuando en el siguiente experimento se le presenta el mismo dibujo, ella dice: «La otra vez usted dijo que era un sombrero».

Los datos citados demuestran que la percepción se altera en sus rasgos específicamente humanos, como proceso que posee la función

de generalización y condicionalidad; por esto hemos considerado razonable hablar de la alteración en la función generalizadora de la percepción. Esto queda también confirmado por los procedimientos mediante los cuales es posible compensar este defecto. Así, cuando el experimentador pedía indicar un objeto determinado («indiquen dónde está el sombrero o las tijeras»), los enfermos los reconocían correctamente. Por consiguiente, la inclusión del objeto presentado en un determinado círculo de valores ayuda al reconocimiento. En cambio, la indicación del círculo aproximado de objetos al que pertenece el objeto presentado ayuda menos (indique muebles, verduras). Por esto se podía esperar que estas alteraciones agnósticas debían manifestarse con especial claridad en los enfermos dementes.

2. *PSEUDOAGNOSIS EN LA DEMENCIA*

El estudio de la percepción visual en los enfermos cuyos datos clínicos y psicológico-experimentales detectaron demencia de tipo orgánico, se detectaron las particularidades ya detalladas: los enfermos no reconocían los dibujos realizados en trazos discontinuos o en forma de silueta. A esto se añadió aún otra particularidad: su percepción era difusa, no diferenciada.

En este grupo de enfermos, las alteraciones de la percepción se detectan con especial claridad al exponerles cuadros que representan una situación determinada. Además de que los enfermos dementes no captan el argumento del cuadro, manifiestan una serie de otros fenómenos característicos. Al no captar el significado del argumento, frecuentemente describen los objetos por separado, sin comprender la relación existente entre ellos. Algunas partes del dibujo se mezclan y se confunden con el fondo, no se reconocen las imágenes de los objetos. G. V. Birenbaum subraya que el objeto del reconocimiento queda determinado por la parte del dibujo en la cual el enfermo fija su actuación. Así, el enfermo, al observar el dibujo de una seta dice que es un tomate, si fija su atención en la cabeza, y lo percibe como un pepino si se fija en la pierna. Por esto es frecuente que al enfermo le sea indiferente si le muestran todo el dibujo o sólo una parte del mismo.

En algunos enfermos, la agnosia se extendía también a la estructura, a la forma de la imagen. G. V. Birenbaum describió en 1948 al enfermo K., en el cual, sobre el fondo de una demencia orgánica se manifestaron alteraciones gnósticas visuales en la percepción de las formas. Al mostrarle un triángulo, el enfermo dice: «Es algo en forma de cuña, pero no puedo determinar qué es; veo cuñas en tres sitios, es una cuña tricuña». Al mostrarle un cuadrilátero, el enfermo dice: «Me es difícil decir lo que es (sigue las líneas con el dedo); una recta, otra recta, otra y otra». Al mostrarle un semicírculo, ve ante todo la laguna: «Aquí falta algo», percibiendo al mismo tiempo la

simetría de la forma. Por ejemplo, al mostrarle una cruz, el enfermo afirma: «Mires a donde mires, la línea es correcta». Es frecuente que el enfermo perciba la forma del objeto, pero inmediatamente se inicia la disgregación de su estructura.

G. V. Birenbaum /28/ indica que se podía tratar la agnosia del enfermo como alteración «de atención óptica». Por ejemplo, al examinar un cuadro en el que se representa a un campesino con expresión pensativa de pie, junto a un carro del que se ha separado una rueda, el enfermo dice: «Esto es una rueda, y aquí está de pie un hombre», y señalando al caballo: «Y esto es un pájaro». El experimentador: «Si esto es un caballo». El enfermo: «Se parece muy poco a un caballo». Aquí claramente se manifiesta la alteración no sólo de los componentes lógicos, sino también de los estructurales. A pesar de haber reconocido el carro y la rueda, el enfermo no sólo no llega a la razonable conclusión de que junto al carro hay un caballo, sino que las sobresalientes y agudas orejas del caballo le producen la impresión de que es un pájaro. Al intentar comprender el contenido del cuadro, los enfermos, a causa de su incorrecto reconocimiento de los detalles y de la disgregación estructural, describen equivocadamente su contenido. Esta alteración se asemeja al fenómeno descrito por A. Pik como «agnosia senil» o alteración de la «percepción simultánea», lo que consiste en que el experimentado describe los objetos por separado, pero no sabe captar el sentido general del cuadro.

Al mostrarles dibujos coloreados, los enfermos dementes con facilidad ceden a la impresión difusa que les produce el colorido de algunas partes del cuadro y también pueden describirlas siguiendo el camino ya indicado. La percepción, desligada del papel organizador del razonamiento, se hace difusa y fácilmente aparece la disgregación estructural, los elementos no sustanciales del dibujo se convierten en el centro de la atención y conducen a un incorrecto reconocimiento.

Al faltar o estar alterados los componentes lógicos en el razonamiento de los enfermos dementes, éstos tenían fuertemente dañada la percepción ortoscópica. Era suficiente mostrar a estos enfermos el objeto o el dibujo en posición opuesta para que no lo reconocieran. Ejemplos: se muestra el dibujo de un gato (del juego infantil de la lotería) patas arriba. El enfermo dice: «Algún monumento». Exposición del mismo dibujo en posición correcta: «¡Vaya monumento! Es un gato, gatito». Dibujo: una bota baja (del mismo juego), se muestra al revés. El enfermo: «Una urna». En la exposición correcta el enfermo inmediatamente reconoce la bota. Al alejar un poco los objetos, los enfermos dementes no mantenían constancia de sus dimensiones.

En resumen, la alteración de la percepción en la demencia que G. V. Birenbaum detectó en los enfermos imbeciles confirma el papel predominante que desempeña el factor de comprensión y generalización de todo acto de percepción.

3. ENGAÑO DE LOS SENTIDOS

Alucinaciones. Uno de los síntomas más frecuentes de alteración en la percepción de los enfermos mentales son las alucinaciones.

En psiquiatría se denominan alucinaciones a las percepciones falsas. Los enfermos ven imágenes y objetos que no existen, oyen voces y palabras que no se pronuncian, perciben olores que no son reales.

En las alucinaciones existen imágenes de distinta modalidad. Ya E. Esquirol escribía que el alucinado es «una persona que tiene el íntimo convencimiento de que está percibiendo algo, mientras que en el exterior no existe ningún objeto que pueda provocar esta percepción» (se cita según el texto de V. A. Guillardovsky /23, 9/). Esta definición de E. Esquirol es el fundamento de las afirmaciones de los psiquiatras según las cuales las alucinaciones aparecen sin existir irritante alguno. En la percepción ilusoria existe un irritante, pero el enfermo tiene una percepción equivocada. El engaño de los sentidos pertenece a la categoría de ilusiones o alucinaciones, según exista o no irritante externo.

Las alucinaciones pueden ser muy distintas, según el carácter de su contenido: pueden ser naturales, en tal caso los enfermos reaccionan con tranquilidad. Las alucinaciones pueden tener un carácter imperativo: la voz ordena al enfermo que haga algo determinado. Así, a una enferma la voz le ordenó quemar sus pertenencias; a otra enferma (cajera) la voz le ordenó tirar el dinero; «las voces» pueden ser amenazadoras: amenazan con matar. Bajo la influencia de estas imágenes o voces, los enfermos realizan determinados actos (por ejemplo, las enfermas mencionadas realizaron lo mandado: una quemó sus pertenencias y la otra tiró el dinero).

Los enfermos reaccionan ante las imágenes de las alucinaciones igual que ante los objetos y palabras realmente percibidos. Es frecuente que el comportamiento de los enfermos esté determinado precisamente por estas falsas percepciones, no es raro que los enfermos nieguen la existencia de alucinaciones, pero su comportamiento demuestra que sí las tienen. Así, durante una conversación con el médico, el enfermo repentinamente dice a la voz: «No molestes, ¿no ves que estoy ocupado?». Otro enfermo trata de librarse de los ratones, que, según él, se le arrastran por la manga (en el *delirium tremens*). En las alucinaciones olfatorias, los enfermos se niegan a comer: «Huele a bencina, a petróleo, a podrido».

Los enfermos, por regla general, no pueden distinguir entre las imágenes de las alucinaciones y las percibidas de los objetos reales. La imagen alucinadora se proyecta al exterior. El enfermo que padece alucinaciones puede indicar con exactitud la situación de la imagen alucinadora. El dice que la imagen se encuentra «a la derecha», que «el coche está ante la ventana». Generalmente, la imagen alucinadora tiene matices sensitivos: los enfermos distinguen el timbre de «la voz», saben si pertenece a hombre o mujer, ven el colorido claro u oscuro de las imágenes, a animales pequeños o grandes. Esta fuerte sensibili-

dad y la proyección al exterior impiden la corrección y la imagen alucinadora se asemeja a la imagen percibida de objetos reales. La imagen alucinadora surge espontáneamente, el enfermo no puede provocarla ni puede librarse de ella, las alucinaciones aparecen a pesar de sus deseos y fuerza de voluntad.

Y por fin, la aparición de la imagen alucinadora es simultánea a la ausencia del subcontrol. Es imposible convencer al enfermo de que no existe la imagen alucinadora. «¿Cómo no lo ve usted? —replica el enfermo a las palabras del médico—, «el perro está allí, en el rincón de la derecha, las orejas echadas atrás, el pelo rojizo, allí, allí», o «¿Cómo es que no lo oye usted?, una voz masculina me ordena claramente: “Levanta la mano, levanta la mano”, es la voz del fumador con la voz ronca». Es inútil intentar convencer al alucinado, el síntoma de la enfermedad desaparece sólo al mejorar el estado general.

Varios trabajos de psiquiatras, tanto nacionales como extranjeros, están dedicados a la descripción de las alucinaciones. Sin embargo, en todos estos trabajos la explicación de este síntoma, como también de otros síntomas psicopatológicos, siempre se ha realizado, según indica Yu. F. Poliacov, mediante el análisis del resultado final de la actividad psíquica; sin embargo, no se estudia el propio proceso que conduce a estos resultados /83/.

Para los psicólogos, tiene interés el problema sobre la naturaleza del engaño de los sentidos. ¿Puede surgir la imagen de un objeto sin la existencia de ninguno externo? A este problema, que tiene un valor psicológico y metodológico, está dedicado el estudio experimental de S. J. Rubinstein, en el que nos detendremos con mayor detalle más adelante.

El problema sobre los mecanismos de las alucinaciones se ha planteado en más de una ocasión. Unos investigadores explicaban las alucinaciones como el producto espontáneo de los receptores alterados, otros subrayaban el papel que desempeña en la aparición de alucinaciones la alteración de algunos segmentos del sistema nervioso central y los terceros consideraban como mecanismos de las alucinaciones la intensificación de las representaciones. Muy cerca de esta última concepción está E. A. Popov, que formuló la teoría inhibidora de las alucinaciones.

Esta teoría se fundamenta en las manifestaciones de I. P. Pavlov, según las cuales las alucinaciones aparecen cuando existe la fase hipnótica paradójica. Y verdaderamente, una serie de datos clínicos confirma la aparición de un estado de inhibición en la corteza cerebral de los enfermos. Se determinó que las imágenes alucinantes se refuerzan al dormirse y en el momento de despertar; por otro lado, la administración de medicinas estimulantes, como la cafeína o fenamina, debilita las alucinaciones, y la administración de inhibidores, como el bromuro, activa el proceso de alucinación.

Partiendo de la misma tesis, según la cual en la fase paradójica los irritantes débiles adquieren mayor potencia que los débiles,

A. E. Popov afirma que las representaciones, bajo la influencia de las fases hipnoidicas, se intensifican y se proyectan en el espacio como objetos reales.

Sin embargo, como indica S. J. Rubinstein /93/, la incorporación de las fases hipnoidicas no ha convertido la teoría de intensificación de las representaciones en una teoría más convincente, ya que las representaciones no existen por sí solas, fuera del proceso reflectorio. El autor con razón indica que la teoría dialéctico-materialista considera que la actividad psíquica es el reflejo de la realidad, que todas las formas de actividad humana son el reflejo de los innumerales influjos de irritantes reales. El hecho de que en la mayoría de los casos no se puede determinar una relación inmediata entre la alucinación y el objeto no quiere decir de que éste no exista. S. J. Rubinstein /93, 95/ indica que la relación entre el objeto y la imagen surgida puede estar complicadamente enmascarada o ser indirecta, puede ser una relación de huellas, pero la afirmación de que la causa primaria de todo acto psíquico consiste en una irritación externa se refiere también a la actividad alterada del analizador. Con el fin de demostrar su hipótesis, S. J. Rubinstein elaboró la siguiente metodología: a los enfermos se les hace escuchar sonidos débiles, grabados en cinta magnetofónica, que son característicos de determinados objetos (papel, agua), otros son indeterminados.

Mientras los experimentados sanos distinguían el origen de los sonidos, en los enfermos que padecían o habían padecido alucinaciones estos experimentos provocaban equivocaciones acústicas. S. J. Rubinstein describe cómo una enferma, al escuchar el sonido producido al manipular papel, oía las palabras: «Eres basura, eres basura...». Otra enferma oía sollozos, un enfermo, que había sido marinero, «oía» dar las horas y el rumor del mar. El comportamiento de los enfermos, sus actos y razonamientos eran contestación a sonidos falsamente percibidos. En algunos enfermos, las imágenes falsas conservaban cierta relación, aunque falseada con el origen del sonido; en otros enfermos, esta relación resultó fijada por conexiones estereotipadas. S. J. Rubinstein llega a la conclusión de que una de las principales condiciones patogenéticas para la formación de alucinaciones estriba en la dificultad de audición y reconocimiento de los sonidos /93; 95/.

La veracidad de la tesis que afirma que las dificultades en la actividad del analizador facilitan o incluso provocan el engaño de los sentidos queda demostrada por el hecho de aparición de alucinaciones en personas sanas. En los trabajos publicados se describen casos de experiencias alucinantes: 1) en condiciones de deficiencia sensorial (buceadores y personas en cámaras barométricas); 2) en personas con deficiencias visuales y auditivas pero no ciegos ni sordos).

Estos hechos demuestran que las condiciones que dificultan la posibilidad de agudizar el oído o la vista y provocan una actividad orientativa reforzada en los analizadores contribuyen a la aparición de alucinaciones. En el génesis de las alucinaciones visuales también

desempeñan su papel las senestopatías y las alteraciones óptico-vestibulares de la propia interrecepción. G. A. Abramovich describe a una enferma que tenía la sensación de que se le hinchaba la cabeza y que el ojo derecho se le hacía más grande; durante estos ataques paroxismales surgían alucinaciones visuales.

Por consiguiente, en el complejo patogénesis de las alucinaciones desempeña un papel importante la modificación en la actividad de los analizadores externos e internos. S. J. Rubinstein, basándose en sus datos experimentales, está en condiciones de afirmar que no es correcto determinar las alucinaciones como falsas percepciones que aparecen sin que existan irritantes que las condicionen en el medio externo o interno. La autora indica que distintos irritantes pueden provocar un contenido a través de una compleja cadena de asociaciones, cuyos eslabones intermedios pueden escapar al control. La relación entre la imagen y los irritantes es difícilmente controlable, con frecuencia se enmascara, pero existe.

Las deducciones de S. J. Rubinstein sincronizan con los experimentos realizados en su tiempo por V. M. Behterev. Delante de enfermos con alucinaciones auditivas, V. M. Behterev utilizaba monótonos irritantes sonoros con ayuda del metrónomo, y obtuvo los siguientes resultados: 1) las alucinaciones modificaban su proyección en el espacio en concordancia con el desplazamiento de la fuente de irritación; 2) los irritantes a veces provocaban fenómenos de alucinación; 3) los enfermos dejaban de ver y oír el irritante real cuando surgía la imagen alucinadora, a pesar de que ésta había sido provocada por este irritante.

Todos estos datos confirman la tesis de S. J. Rubinstein /95/, según la cual la existencia de irritantes que provocan la sobrecarga en la actividad de los analizadores tanto externos como internos juega un papel importante en el patogénesis del engaño de los sentidos.

Esta tesis es muy importante, ya que demuestra el papel que desempeña la actividad alterada en la formación del síntoma. Precisamente por esto, como ya hemos indicado, el análisis de todo fenómeno psicopatológico puede resultar beneficioso para la psicología general. Los procesos psicopatológicos modificados (en este caso los de percepción) demuestran que estos procesos deben analizarse como formas de actividad.

Pseudoalucinaciones. Un interés especial para la psicología tienen las alucinaciones denominadas pseudoalucinaciones. Fueron por primera vez descritas detalladamente por el psiquiatra ruso V. J. Kandinsky y el psiquiatra francés P. Clerambau.

En el libro «Acerca de las pseudoalucinaciones», V. J. Kandinsky /35, 44/ marca las diferencias existentes, tanto entre las pseudoalucinaciones y las alucinaciones verdaderas como entre las pseudoalucinaciones y las imágenes de la memoria y la fantasía: «... Como resultado de la excitación de determinadas áreas sensoriales (corticales) del cerebro, en la conciencia aparecen determinadas imágenes

so-
be
za
a-

es
de
en
es
le
x-
o-
s,
n
e-

i-
l-
l-
l-
n
e
-
o
-
-
l
l

muy vivas y extremadamente sensibles (o sea, representaciones sensitivas concretas), las cuales, sin embargo, se diferencian drásticamente para la propia conciencia receptora, de las imágenes verdaderamente alucinantes en que no tienen el carácter de realidad objetiva que es inherente a estas últimas, sino que, al contrario, se reconocen como algo subjetivo, sin embargo, al mismo tiempo como algo anómalo, nuevo, algo muy diferente de las normales imágenes de los recuerdos y fantasías».

A diferencia de las alucinaciones, las pseudoalucinaciones se proyectan no en el espacio exterior, sino en «el interior». Las voces suenan «dentro de la cabeza», los enfermos las oyen como si fuese por un oído interno; las visiones se perciben por una visión «mental», por ojos «espirituales». Mientras que las alucinaciones son para el enfermo la propia realidad, las pseudoalucinaciones son vividas como un fenómeno subjetivo, y los enfermos reaccionan ante ellas de modo distinto. Así, el enfermo Lashkov, descrito por V. J. Kandinsky, no se asustó de un león pseudoalucinante, a pesar de que notaba el roce de sus garras: lo veía con ojos no corporales, sino espirituales. Según las palabras del enfermo, si el león se le hubiera aparecido en una alucinación verdadera, él habría echado a correr.

Al igual que en las alucinaciones, las pseudoalucinaciones pueden pertenecer a cualquier esfera sensitiva: táctiles, gustativas o cinestéticas. Sin embargo, éstas nunca se identifican con los objetos reales y sus características.

A diferencia de los recuerdos o imágenes de la fantasía, las pseudoalucinaciones se representan más claras y reales, además las imágenes son detalladas al máximo, estables y continuas.

Las pseudoalucinaciones aparecen espontáneamente, independientemente de la voluntad del enfermo; es imposible modificarlas a voluntad, ni librarse de ellas. Al mismo tiempo, no existe la sensación de actividad personal, como sucede en los recuerdos, pensamientos y fantasías de la persona. Con frecuencia, las pseudoalucinaciones tienen el carácter de imposiciones: han sido «realizadas» por alguien; los enfermos se quejan de que los «obligan a mirar cuadros», «les provocan pensamientos», «actúan, a pesar de su deseo, sobre la lengua, obligándolo a decir palabras que él no quiere», «alguien actúa con sus manos, piernas y cuerpo», etcétera. Aparece la conocida despersonificación: el propio producto psíquico se hace ajeno.

Así, L. M. Elgazina /24/ habla de una enferma que sentía como si «le cogiesen sus ideas y le conectasen otras». La misma autora describe a otro enfermo, en el cual las alucinaciones se combinaban con pseudoalucinaciones: por un lado, «oye voces verdaderas», y, por el otro, «oye voces en la cabeza»; le «inculcan palabras e ideas malas, no puede disponer de sus propios pensamientos»; le «fabrican» un andar torpe, «se ve obligado» a andar con los brazos estirados, encogidos, no puede ponerse derecho.

La combinación de pseudoalucinaciones con el síntoma de enaje-

namiento, «de artificial» se denomina síndrome de Kandinsky. El punto principal del síndrome de Kandinsky es la sensación de una percepción «artificial», de imposición de pensamientos que no pertenecen a la propia personalidad, la sensación de influencia, de posesión desde el exterior. Se distinguen tres componentes de este síndrome: 1) ideatoria, la «artificialidad», imposición y abertura de los pensamientos. El enfermo padece de pseudoalucinaciones auditivas, que contienen sus propios pensamientos. Aparece la desagradable sensación de «abertura interior»; 2) sensorial, la «artificialidad» de las sensaciones; 3) motriz, la «artificialidad» de los movimientos. No ha sido suficientemente estudiada la naturaleza de este síndrome. En la explicación de las pseudoalucinaciones se puede recurrir a la tesis de A. A. Megrabian, sobre los sentimientos gnósticos y sus alteraciones. A. A. Megrabian supone que este complejo fenómeno psicopatológico se basa en la alteración del sentimiento de pertenencia a la propia persona de su producto psíquico, el enajenamiento de los estados psíquicos (ver más detalles en el capítulo III).

Las pseudoalucinaciones han sido poco estudiadas por los psicólogos; en cambio, la investigación de este síntoma representaría una gran aportación al estudio de la conciencia y autoconciencia. Sólo se puede indicar el trabajo de T. A. Klimusheva /38/, que en su estudio incluyó a enfermos con el síndrome de Kandinsky-Clerambau. La autora confirma la hipótesis sobre la patología de los sentimientos gnósticos y la alteración de la autopercepción como fundamento de este síndrome, demostrando experimentalmente que no hay razón para basar estos fenómenos en la alteración del pensamiento. En los experimentos se detectaron las condiciones que favorecen y provocan estos fenómenos morbosos. Estas condiciones consisten en «la sensación subjetiva del esfuerzo y tensión del trabajo intelectual realizado, en el cual la dificultad y el error pueden ser notados por el propio enfermo» /38, 128/.

4. *ALTERACIÓN DEL COMPONENTE MOTIVADOR DE LA PERCEPCIÓN¹*

Como ya hemos indicado al iniciar este capítulo, el enfoque de la percepción como actividad obliga a determinar las modificaciones de sus distintos aspectos, que pueden ser «responsables» de su alteración. Ya hemos indicado que el descenso en la capacidad de generalización conduce a agnosias (apart. 1,2), que la modificación en el estado funcional de actividad en los analizadores externos e internos conduce al engaño de los sentimientos (apart. 3). En este apartado queremos analizar cómo la modificación en el componente motivador se refleja en la actividad perceptiva de los enfermos. S. L. Rubinstein /89/ escribió ya en 1946 que en la percepción se refleja la vida de la persona en toda su variedad; por esto es lógico

¹ Este apartado ha sido escrito conjuntamente con la candidato a doctor de Ciencias Psicológicas E. T. Sokolová.

suponer que, al modificarse la actitud personal, debía cambiar también la actividad perceptora.

El papel que ha desempeñado el modificado componente personal en la percepción puede determinarse por varios medios: a) mediante el análisis de las alteraciones del propio proceso de percepción; b) creando un procedimiento experimental que permita modificar la función racionalizadora del motivo de percepción.

La importancia que tiene el factor personal en la actividad perceptiva queda demostrado por los datos obtenidos al estudiar la percepción en los enfermos con el denominado síndrome «frontal», en los cuales son manifiestas las alteraciones del subcontrol y la voluntad, y cuyo comportamiento se caracteriza por falta de espontaneidad y corrección.

En el capítulo IX analizaremos esta clase de alteraciones; aquí sólo deseamos indicar las particularidades en la percepción de esta clase de enfermos, las cuales, por su manifestación externa podrían parecer alteraciones agnósticas. Así, el enfermo B-n, descrito por nosotros conjuntamente con A. M. Dubinin en 1940, y que padecía un fuerte trauma en el lóbulo frontal izquierdo, con dificultad reconocía los objetos dibujados en líneas punteadas o sombreados, era incapaz de captar y transmitir el contenido de dos cuadros con simple argumento continuado (en un cuadro, dos niños están fumando junto a un almiar; en el segundo, los niños corren, apartándose del almiar, que arde). «Aquí hay dos sentados y dos corriendo». El enfermo no se da cuenta de que se trata de acciones consecutivas. Otro enfermo de este grupo no pudo reconocer el contenido del conocido cuadro de N. J. Jaroshenko, «Vida en todas partes»: «Aquí hay una persona, aquí un pájaro, él los mira». Del mismo modo, el enfermo no supo reconocer el dibujo de objetos sombreados o superpuestos (figura de V. Popelroyter).

La afirmación de que la dificultad en el reconocimiento es pseudoagnóstica queda confirmada por el hecho de que al sugerirle que «mirase atentamente», el enfermo daba la respuesta adecuada: «¡Ah, sí, aquí hay una reja! Es un encarcelado». Por consiguiente, la dificultad en el reconocimiento no es en estos enfermos una alteración agnóstica en el sentido estricto del término, sino una manifestación de que el enfermo no realiza el proceso activo de búsqueda que siempre va implícito en el acto de percepción (A. L. Jarbus, 1956), no confronta sus respuestas ni sus acciones con los resultados.

Las descripciones clínicas del conocido psiquiatra alemán A. Pik (1907) confirman la tesis ya mencionada referente a la naturaleza de estas «pseudoagnosias». A. Pik estudió la patología de la percepción, denominada por él «ceguera espiritual de la percepción», en la lesión atrófica del cerebro (enfermedad de Pik). Los enfermos con esta patología no son capaces de fijar los objetos que se les presentan y relacionar entre sí los distintos elementos de lo percibido para formar un conjunto racional. Alteraciones de percepción análogas /26/ fueron también observadas por nosotros en los enfermos con paráli-

sis progresiva (en esta enfermedad también se lesionan los lóbulos frontales del cerebro). A los enfermos con lesiones en los lóbulos frontales del cerebro les presenta una dificultad especial el comprender una serie de cuadros que representan en orden consecutivo algún argumento. Los enfermos se limitan a describir fragmentos de los cuadros o algunos cuadros sueltos. Así, a un enfermo con lesiones en las secciones basales de los lóbulos frontales del cerebro se le presentó un conjunto de cinco cuadros que representaban a un lobo persiguiendo a un niño en un claro del bosque nevado. En uno de los cuadros se ve al niño subido en un árbol, alrededor del cual están los lobos. «Mira qué travieso, se ha subido al árbol, ¿a por manzanas o qué?», dice el enfermo, casi sin prestar atención al cuadro. Después de la insistente petición del experimentador de que se fijase mejor, el enfermo describe correctamente el contenido.

Por consiguiente, los datos citados demuestran que en las alteraciones gnósticas de los enfermos descritos desempeña un papel sustancial la alteración del subcontrol, la imposibilidad de confrontar sus acciones con el resultado propuesto. Dicho de otro modo, los responsables de las alteraciones «pseudoagnósticas» en estos enfermos son la alteración de la voluntariedad y la imposibilidad de corrección. Esta espontaneidad se manifiesta también en otro fenómeno singular, en estos enfermos no se observa el reemplazo entre figura y fondo en las figuras reversibles de Rubin. Como se sabe, si la imagen queda fija durante largo rato, el proceso de intercambio entre figura y fondo llega por sí solo; en caso contrario, es suficiente sugerir al experimentado la posibilidad de este cambio para provocar voluntariamente este proceso. En los enfermos descritos es imposible provocar voluntariamente el proceso de intercambio entre figura y fondo. Tampoco formulan ninguna hipótesis al mostrarles las manchas de Rorschach. Por consiguiente, la naturaleza de las pseudoagnosias observadas en los enfermos con síndrome frontal es una manifestación de la espontaneidad de estos enfermos e indica de alguna forma su alteración de personalidad. Es preciso subrayar que nuestra interpretación no es casual, ya que concuerda con los datos de la investigación general psicológica experimental y con los datos de los historiales clínicos, que calificaban el estado de estos enfermos como espontáneo.

Actualmente, varios psicólogos americanos han desarrollado la tesis del «enfoque personal» de la percepción. Se pueden destacar las siguientes tendencias principales que caracterizan este enfoque: 1) la percepción se considera un proceso selectivo, que queda determinado por la relación entre las cualidades objetivas del estímulo y los factores internos de motivación (escuela New Look).

Así, J. Bruner y L. Postman /120/ distinguen entre factores autóctonos y directivos de percepción. Los primeros quedan determinados directamente por las propiedades del aparato sensorial del hombre, gracias a las cuales se forma la imagen de las cualidades relativamente sencillas del objeto. Los factores directivos de la percep-

ción reflejan la anterior experiencia del individuo, sus estados emocionales, conceptos y necesidades.

En la teoría cognitiva de la percepción, propuesta por los autores, el papel de factor directivo interno es desempeñado por la «hipótesis», y en las concepciones de otros autores por «conceptos», «esperanzas», «esquemas», etcétera. La acción de estos factores fundamenta la selectividad, sensibilización o desfiguración de la percepción. Como ejemplo se pueden citar los conocidos experimentos de A. Shafer y G. Marfi, en los cuales, taquiscópicamente, se presentaba la conocida figura de Rubin, formada por dos «medias lunas», cada una de las cuales puede ser vista como un perfil, formando figura sobre el fondo. El experimento se presentaba en forma de juego: el experimentado recibía una recompensa si veía una de las caras y era multado si veía la otra (en el taquistoscopio se mostraba varias veces cada una de las caras por separado). Cuando después inesperadamente se presentaba la figura anfibiológica, el experimentado percibía como figura el rostro que generalmente se premiaba. Dicho de otro modo, las «esperanzas» del sujeto determinaban la elección de los elementos de la figura-fondo.

Otra tendencia, representada por H. Witkin /138/ y sus colaboradores es la que ha planteado el problema de la relación existente entre el modo de percepción de la persona y su organización personal. Según la opinión de los representantes de esta escuela, los experimentados, al realizar distintas tareas de percepción, manifiestan algunos procedimientos característicos para la percepción. Así, al ejecutar una tarea en la cual era imprescindible la correcta percepción de un elemento del campo perceptivo, unos experimentados tomaban como punto «de partida» las sensaciones propiamente percibidas por el cuerpo, otros se orientaban primordialmente sobre impresiones recibidas del campo visual «externo». H. Witkin denominaba a esta particularidad de percepción dependencia (independencia) del «campo», la cual, según opinión del autor, está relacionada con determinada estructura personal. Además, se subrayaba que en la percepción de los enfermos mentales la dependencia o independencia del «campo» se manifiesta con especial claridad.

A la tercera tendencia pertenecen los trabajos de autores extranjeros, los cuales intentan demostrar que la percepción garantiza la adaptación de la persona al mundo externo y refleja el nivel de su adaptación.

Este planteamiento de la función desempeñada por la percepción se basa en la concepción de la personalidad admitida en la psicología americana. Con el término «personalidad» se designa en la psicología americana un sistema integral, que garantiza la unidad y estabilidad en el comportamiento del individuo y que siempre está sometida al peligro de destrucción, tanto por parte de los deseos instintivos prohibidos como por parte de las exigencias impuestas por el mundo externo. La existencia de este conflicto, constantemente activo, crea un determinado nivel de ansiedad. Cuando este nivel aumen-

ta excesivamente entran en acción los mecanismos de «defensa psicológica», cuya finalidad estriba en alejar la fuente de inquietud y devolver a la persona el estado de bienestar. Sin detenernos en el problema de la defensa psicológica (que por primera vez la describieron S. Freud y A. Freud), la cual exige un estudio especial, examinaremos sólo una de sus formas, por la que se interesan actualmente los investigadores extranjeros de la percepción y se denomina «defensa perceptiva». La activación del mecanismo de «defensa perceptiva» está relacionada, según subrayan muchos autores, con el nivel de estructuración del material perceptivo. Una situación confusa, conflictiva o desconocida, que exige una reestructuración de los esquemas de comportamiento y una adaptación a las nuevas relaciones coyunturales puede conducir a la elevación del nivel de ansiedad. «Lo insoportable de la incertidumbre» provoca una defensa perceptiva.

El principal defecto de los estudios, descritos brevemente, consiste en el eclecticismo de las posturas metodológicas de los autores, que intentan sintetizar las concepciones de la gestaltpsicología y el psicoanálisis. Para estos autores, el componente personal de la percepción se compone de tendencias agresivas, sentido de ansiedad y malestar. El psicoanálisis deja fuera de su esfera la actividad del sujeto como forma fundamental en la manifestación de la personalidad, no tiene en cuenta el papel desempeñado por los motivos sociales que se han formado en el transcurso de esta actividad, ni su escala de valores, contenido y función racionalizadora.

En cambio, de las teorías defendidas por la psicología soviética se deduce que la función racionalizadora de la motivación también interviene en el proceso de percepción. Los estudios de A. N. Leontiev y E. P. Krinchik /59/ demuestran que la introducción de estímulos, que pueden tener distinto sentido para el experimentado, influye de manera heterogénea en el tiempo de la reacción. Ellos han determinado el carácter activo que tiene el proceso de elaboración de datos realizados por el hombre, lo que ha encontrado su expresión en la captación de los rasgos estadísticos del objeto y en la optimización de la actividad del experimentado al construir el posible modelo. El acto de percepción incluye en sí el rasgo fundamental de la psique humana, «la parcialidad» (A. N. Leontiev). Por esto es de suponer que el proceso de percepción no sólo tiene distinta estructura, según sean los motivos que incitan y dirigen la actividad de los experimentados, sino que también debe ser distinta la estructura de la actividad perceptiva en las personas sanas y las enfermas, cuyos diagnósticos clínicos indican determinadas modificaciones en la personalidad.

En un estudio experimental, específicamente dirigido, se consiguió aislar el papel desempeñado por el componente motivador /88/. La investigación tenía los objetivos siguientes: 1) mostrar la relación existente entre la percepción y el carácter de la motivación en la actividad experimental; 2) determinar las particularidades de la percepción relacionadas con la función racionalizadora del motivo.

La metodología experimental consistía en lo siguiente: se mostraban cuadros de complejo contenido y cuadros mostrando situaciones determinadas bajo condiciones de variada motivación, la cual se creaba en primer lugar mediante variadas instrucciones y, en segundo lugar, a través del distinto grado de indeterminación en el contenido de los cuadros presentados. Los cuadros empleados en el experimento representaban situaciones más o menos complejas (una madre bañando al niño, un grupo de mujeres alteradas por algo, etcétera), o confusos retratos de objetos (flores, una calzada mojada, las manchas de Rorschach).

Las instrucciones se diferenciaban en lo siguiente: en la variante «A», las tarjetas-cuadro se entregaban con la instrucción «sorda» de describir lo dibujado. En la variante «B» se comunicaba que la meta del experimento consiste en el estudio de la imaginación. En la variante «C», los experimentados eran advertidos que la meta del estudio consiste en la determinación de sus capacidades mentales. Para que la motivación de la tarea fuese más convincente, previamente se les presentaba una serie de problemas, donde el experimentador fingía valorar el intelecto de los experimentados. En cada variante se mostraban distintas colecciones de cuadros. Por consiguiente, en las tres variantes de la investigación la meta era inalterable, se modificaba sólo su motivación. La indeterminación del material perceptivo era el incentivo directo para la actividad y la instrucción desempeñaba el papel de motivo racionalizador.

En el experimento participaron sujetos sanos, enfermos de epilepsia y enfermos de esquizofrenia. Los datos aportados por los historiales clínicos y por el estudio psicológico general demostraron que en el cuadro clínico de la enfermedad en primer lugar aparecían las alteraciones de la personalidad, características para los enfermos de los grupos nosológicos escogidos. Los enfermos analizados no se diferenciaban mucho entre sí por su edad y educación.

La mayoría de los experimentados (tanto en la norma como en la patología) formulan hipótesis al mostrarles las tarjetas-cuadros. En la percepción de cuadros estructurales (sin argumento determinado) los experimentadores intentan determinar a qué pueden parecerse las imágenes.

En la variante «A», el proceso de percepción no queda experimentalmente determinado por la motivación dada. A pesar de esto, la actividad de los experimentados en general va dirigida hacia una interpretación del sujeto de los cuadros y se realiza mediante el proceso de formulación de hipótesis. Esto conduce a la suposición de que el problema experimental ha actualizado determinados motivos, que existían en los experimentados potencialmente, en forma de determinada disposición u orientación. Uno de estos motivos podría ser el «motivo de peritaje», que casi siempre se actualiza en el experimento psicológico clínico. Al estar dirigido a la personalidad del experimentado, a su nivel de pretensiones, este motivo proporciona a

cualquier estudio psicológico «un significado personal». Esta particularidad de la situación experimental fue subrayada ya por K. Lewin /130/, el cual consideraba que es precisamente la existencia de una determinada postura en el experimentado lo que crea la propia posibilidad de un estudio psicológico objetivo. Además del «motivo de peritaje», la actividad de los experimentados era estimulada por el propio motivo de percepción (PMP). Al ser determinado por las propiedades del material perceptivo, el PMP es como si estuviese presente en el propio acto de percepción, estimulando la actividad orientativa, que va dirigida al análisis del carácter del estímulo.

Por consiguiente, la actividad de los experimentados quedaba determinada por la influencia de dos motivos —el motivo «del peritaje» y el PMP. Estos motivos mantienen una escala de prioridad: el motivo de «peritaje» está formado y mantenido por planteamientos sociales y personales de los experimentados. Este motivo no sólo provoca actividad, sino que le proporciona un sentido personal². El propio motivo de percepción juega el papel de estímulo complementario. La acción conjunta de ambos motivos ha garantizado la interpretación enjundiosa de los cuadros. En algunos casos, la función racionalizadora del motivo de «peritaje» podía estar insuficientemente manifiesta. A consecuencia de esto, la finalidad inmediata de la actividad —una interpretación enjundiosa— no alcanzaba por sí sola la necesaria fuerza estimulante. En estos casos, el proceso de interpretación se manifestaba en respuestas formales. Este fenómeno se manifestó con mayor claridad en los enfermos de esquizofrenia.

Fueron cualitativamente distintos los resultados obtenidos en las variantes «B» y «C», donde las instrucciones-motivos creaban una determinada tendencia en la actividad.

Ante todo, se destaca el cambio de actitud en relación con el experimento. En la norma, esto se manifiesta en que los experimentados muestran interés por el problema y la valoración del experimentador. Se modifica también el carácter expresivo de las hipótesis; éstas se hacen más extensas y tienen mayor contenido emocional. En la descripción de cuadros con argumentos, el lugar central es ocupado por el análisis del mundo interno de los personajes. Desaparecen las contestaciones formales.

En los enfermos de epilepsia se observa una completa reestructuración de actividad, al modificarles las instrucciones. Los enfermos inician el trabajo gustosamente, la descripción es larga y entusiasta. Disminuye drásticamente la cantidad de las contestaciones formales. Las hipótesis adquieren un grado considerablemente mayor de emotividad y frecuentemente van acompañadas de largos razonamientos. En sus contestaciones, los enfermos, no tanto dan una interpretación

² Esto no quiere decir que en determinados casos los experimentados no pudiesen ser estimulados por otros motivos, sin embargo, nosotros suponemos que el motivo expuesto es el predominante.

de los cuadros, como intentan demostrar su punto de vista sobre los acontecimientos y personajes. Frecuentemente, esto se consigue adscribiendo a los personajes determinados papeles. Los largos y rebuscados monólogos de los personajes son comentados por «el autor», junto con la descripción del argumento se da una valoración a los personajes y acontecimientos. Las hipótesis se convierten en «escenificaciones dramáticas». La utilización del estilo directo, la entonación melodiosa, a veces el ritmo y el intento de rimar dan a las contestaciones una extraordinaria emotividad. Citaremos como ejemplo un fragmento del protocolo del enfermo G.

Enfermo G. -ov E. K., año de nacimiento 1939, de profesión zootécnico. Diagnóstico: epilepsia con alteraciones de personalidad. Está enfermo desde 1953, cuando aparecieron los primeros ataques convulsivos. En los últimos años se observaba pérdida de memoria, disforias, irritabilidad. El pensamiento del enfermo se caracteriza por ser muy concreto, con tendencia al detalle. Sociable, ante el experimento se muestra interesado, manifiesta que «siempre le ha gustado fantasear».

Al mostrarle tarjetas con imágenes confusas del reflejo de faros en la calzada, el enfermo dice: «Llega la tarde, me dispongo a ir a pasear y sólo deseo encontrar a mi amada, vamos al parque a bailar. Y nos encontramos, y vamos hacia el lugar preferido, donde siempre nos encontrábamos, cerca del parque, donde se reflejan las luces».

Algunas modificaciones también se han observado en la actividad de los enfermos de esquizofrenia. Comparando con la variante anterior, disminuyen aproximadamente hasta la mitad el número de contestaciones formales; en algunos enfermos se logró obtener interés por descubrir el contenido del cuadro. Sin embargo, el 30 por 100 de los enfermos mantenían las contestaciones formales y las negativas. En los enfermos de esquizofrenia no se observaba la marcada combinación de reacciones emocionales, que es lo que precisamente caracteriza la actividad.

Los datos obtenidos en la variante «C» («instrucción intelectual») demostraron que en los sujetos sanos la actividad adquiere la forma de solución detallada del problema perceptivo. Surge la búsqueda de elementos «informativos» en la imagen, su comparación, elaboración y comprobación de hipótesis. Las descripciones formales e hipotéticas inadecuadas surgen sólo cuando hay dificultad en la comprensión del contenido de los cuadros y representa una etapa intermedia en la interpretación. Citaremos la descripción realizada por un experimentado sano del cuadro en el que se representa a un grupo de mujeres excitadas por algo:

«Lo primero que llama la atención es la cara de una mujer, posiblemente una madre. Hacia ella tiende los brazos un niño, su rostro recuerda la expresión de la cara de la mujer, la madre. A la derecha está una mujer madura, posiblemente la madre; ella dice algo, intenta tranquilizar... Una mancha en la espalda del niño... ¿es sangre? En tal caso, se comprende por qué hay tanta desesperación en las mi-

radas... ¿por qué en el primer plano están las mujeres con los niños, y los hombres están a su lado? Si esto fuese un conflicto, ¿por qué con las mujeres y los niños? Al mismo tiempo, la cabeza del niño se apoya con mucha naturalidad sobre el hombro de la mujer, así que esa versión no sirve... Más bien parece un momento cuando a las personas las están privando de algo muy querido. Es posible que los estén desahuciando... Sin embargo, por una casa no se sufre tanto. Es posible que algo haya sucedido con los hombres... Sí, me parece que es una estación, y a los hombres se los llevan a algún sitio, por esto las mujeres tienen esta expresión.»

La hipótesis formulada por el experimentado es, por tanto, el resultado de un largo y escalonado proceso de razonamientos.

Es interesante comparar estos datos con el resultado del estudio de enfermos de epilepsia. Los enfermos daban gran importancia al estudio experimental, consideraban los problemas como un original «peritaje de inteligencia». La presentación de los cuadros les provoca una concienzuda y detallada descripción de las imágenes. Pero conjuntamente, con los elementos informativos, sobre los cuales puede levantarse la hipótesis, se tienen en cuenta detalles que no aportan nada nuevo al sentido.

Enfermo O-v, año de nacimiento 1930, formación: siete clases *. Diagnóstico: epilepsia de génesis traumático, con alteración de personalidad de tipo epiléptico. Estado psíquico: pegajoso, inerte, hablador, asentado, predispuesto a filosofar.

Reproducimos las manifestaciones del enfermo al examinar el cuadro ya mencionado:

«En este cuadro se representan varias personas. A la izquierda hay una mujer; junto a ella, otra. Sus cabellos son oscuros. Tiene los brazos cruzados sobre el pecho y llora. Hacia ella corre un niño con los brazos en alto, como si quisiera tranquilizarla... Detrás del niño hay una mujer con un niño en brazos, o el niño está sentado sobre algo, se aprieta contra ella, abrazándola con la mano derecha... En el ángulo izquierdo hay dos mujeres más», etcétera.

Este ejemplo muestra cómo una actividad que en principio iba dirigida a la interpretación enjundiosa del cuadro se transforma en una escrupulosa descripción de algunos fragmentos. En algunos casos, esto retrasa el proceso de formación de hipótesis, conduciendo a contestaciones formales.

La actividad de los enfermos de esquizofrenia presenta un cuadro distinto. A pesar de la orientación «intelectual» del estudio, los enfermos no muestran interés por la tarea, no reaccionan a la valoración del experimentador, no corrigen sus fallos. La actividad de los enfermos se caracteriza por su brevedad, falta de búsqueda, tan manifiesta en la norma. Las manifestaciones de los enfermos son extraordinariamente lacónicas, muy poco expresivas y sólo de forma gene-

* Equivalente al antiguo Bachillerato Elemental (nota del traductor).

ral constatan el contenido argumental o de imagen del cuadro: «Una desgracia», «Un hombre meditando».

El análisis de los resultados de las variantes «A», «B», y «C» ha permitido determinar que la modificación en la motivación fundamenta la distinta estructura de la actividad y, en consecuencia, varía el lugar y contenido del proceso de percepción. Al introducir motivos racionalizadores se forma una nueva estructura motivadora, distinta en la norma y la patología.

PSICOLOGIA



**MAESTRIA EN
NEUROPSICOLOGIA**

CAPITULO V

ALTERACIONES DE LA MEMORIA

La mayoría de los enfermos se quejan de alteraciones de la memoria. Ya Laroshfooko observó que las personas, con frecuencia, se quejan de las alteraciones de la memoria y, sin embargo, nadie se queja de falta de razonamiento. Y es así verdaderamente. Los enfermos raramente comentan la insuficiencia o inadecuación de su pensamiento, pero casi todos observan los defectos de su memoria. La causa de esto consiste en parte en que no resulta ofensivo reconocer su insuficiencia en el área de memorizar, pero nadie manifiesta este grado de autocritica con relación a su pensamiento, conducta y sentimientos. Al mismo tiempo, las alteraciones de la memoria son verdaderamente un síntoma frecuente en las enfermedades cerebrales. Además, varias alteraciones de la actividad psíquica, como la alteración en la capacidad de trabajo, o alteraciones en la esfera motivadora, se manifiestan al propio enfermo y a los que lo observan como alteraciones de la memoria.

El problema de las alteraciones de la memoria siempre ha estado en el centro de la atención de los estudios psiquiátricos y psicopatológicos. El motivo de esto es no sólo el hecho de que las alteraciones de la memoria son, según hemos indicado, un síndrome frecuente, sino también porque el problema de la memoria es el más estudiado en la literatura psicológica clásica.

Ya I. M. Sechenov /99, 136/ indicó que la memoria es la «piedra angular del desarrollo psíquico», que «la teoría sobre las condiciones fundamentales de la memoria es la teoría sobre la fuerza que unifica y aglutina todo lo anterior con todo lo posterior. Por consiguiente, la actividad de la memoria abarca todos los reflejos psíquicos». La principal peculiaridad de la memoria humana consiste, según Sechenov, no en la reproducción fotográfica, no en la impresión «de espejo», sino en la elaboración de lo percibido, en la clasificación y selección de las imágenes percibidas. Y es precisamente esta peculiaridad

la que condiciona la posibilidad del desarrollo psíquico. A I. M. Sechenov /99, 64/ se debe la extraordinaria observación según la cual la memoria es una compleja actividad generalizadora: «Las más simples observaciones nos convencen de que los condicionamientos en el almacén intelectual del adulto no están dispuestos de cualquier manera, sino en un determinado orden, como los libros en una biblioteca». La estructura del proceso de memorización y reproducción es compleja; las peculiaridades que son inherentes a cualquier forma de actividad humana, como el carácter indirecto, orientación hacia unos fines o motivación, abarcan también la memoria (L. S. Vygotsky, A. N. Leontiev, I. P. Zinchenko, A. A. Smirnov, L. V. Zankov, etcétera). Por esto, también la disgregación de la actividad de la memoria adquiere formas distintas. El análisis de las alteraciones de la memoria adquiere especial actualidad, gracias al inicio del estudio «por niveles» de la actividad psíquica del hombre (A. N. Leontiev). El estudio de la memoria como actividad motivada, dirigida e indirecta es una concretización de este enfoque.

Los estudios dedicados a la patología de la memoria siguen distintas direcciones: a) vía clínica (S. S. Korsakov, J. Griuntalle, V. A. Guilarovsky, R. J. Golant, S. G. Zhislin, M. A. Marzaganova). Sus representantes relacionan las alteraciones de la memoria con determinados síndromes y unidades nosológicas, sin plantearse el problema de descubrir sus mecanismos psicológicos; b) tendencias psicofisiológica y neuropsicológica (V. Penfield, V. Skowil y B. Milner, J. Barbise, L. T. Popova, M. Klimkovsky, D. Taland, A. R. Luria, E. N. Sokolov, L. P. Latash, N. K. Kiaschenko, etcétera). En los trabajos de los representantes de esta tendencia hallamos el análisis de los fundamentos psicofisiológicos de la memoria, se analizan la naturaleza de las alteraciones de la memoria en las lesiones focales del cerebro; c) la tendencia psicológica, que fundamentalmente estudia los problemas de organización de la memoria y sus alteraciones. Las posturas teóricas y metodológicas, en las que se basan los representantes de esta tendencia son extremadamente heterogéneas y, a veces, contradictorias. A esta tendencia se adhieren varios investigadores extranjeros, que se limitan a constatar la existencia o falta de organización en la memorización cuando existen alteraciones psíquicas (G. Berkson y G. Cantor, V. Osborn, V. Walas y V. Andervidt, etcétera). A esta tendencia pertenecen los estudios que sintetizan los conceptos fundamentales de la gestaltpsicología con las ideas teórico-informativas (G. Spitz). En esta misma línea se encuentran los trabajos de nuestros psicólogos, que analizan las alteraciones de la memoria partiendo de la teoría sobre la actividad de objetos (A. N. Leontiev, G. V. Birenbaum, R. I. Meerovich, B. V. Zeigarnik, A. R. Luria, B. I. Bezhanishvili, L. V. Bondarova, etcétera).

Los estudios sobre la patología de la memoria tienen importancia teórica, ya que permiten determinar qué estructuras y factores participan en la actividad de la memoria y comparar los datos sobre los

eslabones alterados en la actividad de la memoria con el sistema teórico de formación de los procesos en esta área, elaborado por los psicólogos nacionales.

El estudio de las alteraciones de la memoria también es importante para poder resolver los problemas prácticos de una clínica psiquiátrica. Es frecuente que los datos sobre la alteración de la memoria, obtenidos en un experimento psicopatológico, no coincidan con la opinión que tiene el propio enfermo sobre la memoria. Por ejemplo, los enfermos se quejan de pérdida de memoria, que les entorpece el trabajo, en cambio, el estudio psicológico no detecta estas alteraciones. Y al revés, algunos enfermos desempeñan satisfactoriamente sus obligaciones laborales, las cuales exigen retención en la memoria de datos, mientras que los datos del experimento psicológico detectan alteraciones en los procesos de la memoria. El análisis de estas diferencias es muy importante para poder resolver problemas de peritaje en las recomendaciones laborales y la elección de trabajos correctores. Además, su importancia también estriba en que facilitan el adecuamiento de los conceptos de la psiquiatría y la psicología.

Estos hechos demuestran que las alteraciones de la memoria se basan en distintos factores que deben someterse al análisis psicológico. Los resultados de este estudio pueden ser útiles al formular un diagnóstico en la determinación de los síndromes y en la práctica de recuperación con los enfermos.

En el estudio de la patología de la memoria, los problemas más importantes son los siguientes:

- a) La estructura de la actividad de la memoria, de la memorización directa e indirecta, voluntaria e involuntaria.
- b) El dinamismo del proceso memorizador.
- c) El componente motivador de la memoria.

Es preciso subrayar que no siempre se logra aislar estos rasgos en un determinado y concreto síndrome amnésico, en la mayoría de los casos se presentan entrelazados; sin embargo, experimentalmente se consigue frecuentemente determinar el papel predominante de uno de estos componentes.

El análisis del síndrome amnésico aún se complica más por el hecho de que los denominados síntomas «nucleares», provocados directamente por el estado morbo del cerebro, se unen con síntomas secundarios, que se superponen a los primeros. En las alteraciones de la memoria se manifiesta con especial claridad la afirmación de L. S. Vygotsky, según la cual las funciones «cultas» y «naturales» de los procesos psíquicos se entrelazan; los estudios experimentales en esta área permiten determinar el valor primordial funcional de estos síntomas.

Síndrome de Korsakov. Una de las alteraciones más estudiadas en la memoria inmediata consiste en la falta de memoria sobre acontecimientos del día, quedando relativamente intacta la memoria sobre acontecimientos del pasado; es el denominado síndrome de Korsakov, en las graves intoxicaciones alcohólicas. Esta clase de alteración de la memoria frecuentemente va combinada con tergiversaciones de los acontecimientos del momento y desorientación en el tiempo y espacio. Los dos últimos síntomas pueden estar poco manifestos, pero el primero de ellos siempre se manifiesta con extrema claridad y compone el rasgo fundamental de esta dolencia (el olvido de los acontecimientos del momento).

Posteriormente, se comprobó que el síndrome de Korsakov puede también detectarse en otras lesiones difusas del cerebro de génesis no alcohólico (K. Gampf, I. Deley), y también en las lesiones de determinados sistemas orgánicos del cerebro (V. M. Behterev, G. Griuntal, B. Milner). Los enfermos que padecen estos fenómenos amnésicos no recuerdan, como ya hemos dicho, los acontecimientos del pasado reciente, pero reviven los acontecimientos sucedidos hace muchos años. Así, un enfermo de este tipo puede narrar correctamente acontecimientos de su infancia y vida escolar, recuerda fechas de la vida social, pero no puede recordar si ha comido o no hoy, si lo visitaron ayer los parientes, si ha conversado el médico con él, etcétera. A la pregunta de si lo han visitado hoy los parientes, el enfermo frecuentemente contesta: «No lo recuerdo, pero en los bolsillos tengo cigarrillos; quiere decir que ha estado mi mujer». Estos enfermos saludan varias veces, repiten la misma pregunta, formulan varias veces la misma petición y producen la impresión de personas muy pesadas.

Al estudiar la estructura del síndrome de Korsakov, se plantea el problema de si el olvido del pasado reciente es por defecto de reproducción o de retención del material.

Una serie de datos experimentales confirma que se trata de una mala reproducción. Ya en 1911, E. Clapared describió unos hechos muy interesantes, que se manifestaron en estos enfermos. E. Clapared, durante varios días seguidos, al saludar a un enfermo, lo pinchaba con una aguja que llevaba escondida. El enfermo dejó de alargar la mano a E. Clapared, sin embargo, no lo reconocía, no recordaba ni el propio hecho del pinchazo ni que lo hubiese saludado.

A. N. Leontiev (1935) elaboró en un grupo de estos enfermos el reflejo condicionado a un irritante doloroso, aunque los enfermos no recordaban ni reconocían el hecho en sí. Estos datos indican que en los enfermos se altera el proceso de reproducción. En nuestro laboratorio se efectuaron los siguientes experimentos con un enfermo, que, después de un fuerte tifus abdominal, desarrolló un síndrome semejante al de Korsakov. El enfermo tenía que apretar un timbre durante algún rato, al encenderse una bombilla verde. Al día siguiente el enfermo, al entrar en el despacho, no sólo no recordaba que había esta-

do el día anterior, sino que negaba este hecho; no reconoció al experimentador, sin embargo, cuando se encendió la luz verde empezó a apretar el timbre, y no realizaba esta acción al encenderse alguna luz de otro color. Al preguntarle por qué hacía esto, el enfermo se encogía de hombros: «No lo sé». Estos y muchos otros hechos experimentales demuestran que el proceso de asimilación no estaba alterado en los enfermos.

Los datos obtenidos por los investigadores de la escuela georgiana de psicólogos también confirman la opinión de que en el síndrome de Korsakov se dificulta el proceso de reproducción y no es que se debilite la formación de pistas. El estudio realizado por B. I. Bezhanishvili /10/, bajo la dirección de I. T. Bzhalava ha demostrado el carácter inestable, tosco e irradiador de la orientación óptica en los enfermos del síndrome de Korsakov.

Estos datos concuerdan con las deducciones de A. R. Luria y N. K. Kiaschenko, según las cuales los mecanismos neurofisiológicos del síndrome de Korsakov consisten en alteraciones de la inhibición retroactiva y no en la debilidad de las pistas formadas.

El estudio psicológico experimental de la memoria inmediata detecta un techo sin crecimiento.

Una de las particularidades más curiosas del síndrome de Korsakov consiste en las confabulaciones, o sea, en rellenar los vacíos de la memoria con acontecimientos inexistentes. Así, uno de los enfermos manifestó que «hoy he ido al bosque a buscar setas», y otro dijo que «ayer estuve en casa y en la fábrica, donde me organizaron un gran recibimiento». Como muestra, reproducimos un fragmento del historial clínico del enfermo B-k.

Enfermo B-k, de treinta y tres años (historial clínico realizado por la doctora Belousova). Ingresó en la clínica psiconeurológica número 4, el 20 de febrero de 1944; falleció el 13 de mayo de 1944. No había estado enfermo anteriormente. Carácter vivo, activo. 23-II-1943 fue herido por un fragmento de mina en la región frontal derecha. Los primeros catorce días después de recibir la herida permaneció en estado grave, la conciencia confusa, fuerte excitación motora.

Radiografía del 6-III-1943. Se aprecia un defecto óseo de 4×3 centímetros en la región frontal-parietal. Destrucción del seno frontal con penetración de varias esquirlas y dos trozos de metralla a una profundidad de 1-4 centímetros.

Estado psíquico: orientación inexacta. Dice correctamente el año, no sabe el mes ni la fecha. En una conversación llama la atención ante todo la euforia. El enfermo siempre está de buen humor, no se disgusta por nada; todos los disgustos, incomodidades, la herida recibida y la enfermedad le parecen insignificantes, carentes de interés. Siempre se sonríe ampliamente, recibe amistosamente al médico, pero siempre afirmando que se encuentra «perfectamente», que está completamente sano. Constantemente acompaña sus palabras con una fuerte risa. Riendo narra su permanencia en la clínica psiquiátrica y riendo comenta su dejadez. Considera todos estos hechos insig-

nificantes, no esenciales. Tiene la herida sólo en el cráneo, pero el «cerebro está sano». Se asombra de que lo retengan en la clínica y lo «obliguen a comer el pan sin ganárselo». Periódicamente, suplica al médico que lo deje ir a casa, sin embargo, no se siente incómodo en la clínica. La euforia indicada aparece predominantemente durante la conversación, sin embargo, el resto del día el enfermo permanece pasivo, en la cama, sin decir palabra y tapado hasta la cabeza, sin reaccionar al medio que lo rodea.

Contesta a las preguntas con rapidez, sin detenerse a pensar, pero las contestaciones son casi siempre casuales. Sobre este fondo destacan manifiestas alteraciones de la memoria sobre acontecimientos del momento. El enfermo no recuerda qué había desayunado el mismo día, no sabe qué pregunta acaba de formularle el médico. Después de escuchar una transmisión de radio, el enfermo no sólo no puede explicar su contenido, sino que no recuerda el propio hecho de haber escuchado la transmisión. Tampoco recuerda que su compañero de habitación le ha leído un artículo del periódico. Durante la conversación con el experimentador el enfermo, sin querer, ha volcado la tinta, manchándose la manga de la bata. Al preguntarle cómo han aparecido las manchas de tinta en la mesa y en la manga, el enfermo contesta: «No lo sé, seguramente me han dado así la bata». Afirma que había ido a pasear al bosque de abedules. Las mencionadas manifestaciones confabulatorias son mantenidas por el enfermo tenazmente, las repite en la misma variante, manteniéndose firme, sin dejarse convencer. Con la misma tenacidad y persistencia niega hechos reales. Sin embargo, el enfermo recuerda acontecimientos y hechos de su pasado, el inicio de la guerra, el año de su casamiento.

El enfermo no se da cuenta de la alteración que sufre su memoria y afirma que «tiene una memoria excelente».

En las últimas dos-tres semanas aumenta la atonía y falta de espontaneidad, se acentúan los síntomas neurológicos: manifiesto síntoma bilateral de Körnig, rigidez en la nuca. Los reflejos de la rodilla aumentan más en el lado derecho. El enfermo está ensordecido, indolente, contesta lentamente a las preguntas. A pesar del grave estado somático, sigue afirmando que se siente «estupendamente». 13-V-1944: el enfermo fallece.

Diagnóstico patoanatómico: absceso con pus en el área orbital frontal, con derrame en los ventrículos lateral derecho y cuarto del cerebro. Leptomeningitis difusa, primordialmente basilar, paquimeningitis orgánica en los lugares defectuosos del hueso frontal.

Datos del estudio psicológico experimental del enfermo B-k. El enfermo no muestra ningún interés por el experimento, se ha establecido la falta de meta que guíe las acciones del enfermo. No es capaz de ejecutar tareas que precisen la referencia de acciones anteriores. Así, al clasificar las tarjetas, forma varios grupos homónimos. Después de que el enfermo formase dos grupos de animales, el experimentador llama su atención sobre este hecho, y el enfermo se asombra: «¿Ya había reunido a los animales?». En cambio, el enfer-

mo efectúa las tareas que no requieren memoria para los acontecimientos recientes: explica correctamente el sentido figurado de un refrán o una metáfora, supera la prueba del «método de eliminación», pero a los tres minutos ya no recuerda lo que estaba haciendo.

Se detectan profundas alteraciones de la memoria; de cinco palabras presentadas, después de repetirlas cinco veces, recuerda sólo la última. El enfermo recuerda 1, 2, 0, 1, 1 palabra. La aplicación de alguna referencia (según el método de Leontiev) tampoco ayuda. De diez palabras recuerda sólo dos (a pesar de que el propio proceso de referencia le es en principio asequible). El enfermo tampoco es capaz de reproducir el argumento de un relato sencillo («La chova y las palomas»).

Experimentador: «¿Por qué la chova voló hacia las palomas?»

El enfermo: «¿Y cómo se puede saber? Lo quiso y voló.»

El experimentador: «¿Y no es posible que haya oído que las palomas tenían buena comida?»

El enfermo: «Es posible. Las chovas son muy glotonas, pero a las palomas también les gusta picar.»

El experimentador: «¿Y quién ha echado a quién del nido? ¿Quién se ha teñido?»

El enfermo: «Nadie ha echado a nadie. ¿Qué tiene que ver el tinte? No comprendo, ¿de qué me está hablando?»

A los diez minutos el enfermo niega el mismo hecho del experimento, dice que nunca ha visto al experimentador.

Es frecuente que las alteraciones de la memoria referente a acontecimientos recientes no alcancen un nivel tan manifiesto. El síndrome de Korsakov puede manifestarse en una reproducción inexacta de lo visto u oído y en una orientación deficiente. A veces, aparece una reproducción falseada sin profundas confabulaciones: es frecuente que los enfermos se den cuenta del defecto de su memoria e intenten llenar sus lagunas inventando una variante inexistente de los acontecimientos. Por consiguiente, la alteración de la memoria referente a acontecimientos recientes se combina en estos enfermos con una orientación insuficiente en el medio circundante; los acontecimientos reales pueden reproducirse claramente en la conciencia del enfermo para después entrelazarse caprichosamente con acontecimientos imaginarios; la imposibilidad de reproducir la información del momento presente conduce a la imposibilidad de organizar el futuro, en realidad, a los enfermos se les altera la posibilidad de entrelazar los distintos fragmentos de su vida.

No es casual que varios investigadores (A. R. Luria, V. A. Guillarovsky) enlacen el síndrome de Korsakov con alteraciones de la conciencia. A. S. Shmarian (1948), también indica que las alteraciones en el proceso gnóstico de espacio y tiempo forman uno de los mecanismos del desarrollo del síndrome amnésico semejante al de Korsakov, que se observa en los profundos traumas cerebrales.

Las alteraciones de la memoria en el síndrome de Korsakov ad-

quieren una forma específica cuando se desarrollan sobre el fondo de evidente falta de espontaneidad, o sea, en las profundas alteraciones de la esfera motivadora, como sucede en los enfermos con lesiones en las secciones frontalo-basales del cerebro. Al observar junto con J. B. Rozinsky (1948) a estos enfermos, pudimos determinar que estas alteraciones de la memoria se detectan sobre un fondo de estado tanto apático como eufórico.

En un estado apático, la actividad de los enfermos está falta de voluntad y de orientación; para estos enfermos es imposible la elección, el cambio espontáneo de un objeto de actividad a otro, la manifestación de iniciativa, no sienten la necesidad de terminar el trabajo iniciado. En el estado eufórico, con frecuencia se observa la desinhibición, un comportamiento superficial y alocado al afrontar la crítica.

Los enfermos suplen la falta de memoria con manifestaciones fantásticas. Hemos observado a enfermos, los cuales, en lugar de describir los dibujos que se les presentaban hablaban de lo que fuese, menos de lo que se les proponía. Les era considerablemente más fácil inventarse cualquier variante, que no correspondía a la situación, que narrar adecuadamente lo visto u oído. Debido a la desorientación, tienen alterada la valoración adecuada del medio circundante. No lograban relacionar el pasado y el presente en el plano temporal de los acontecimientos. Como ejemplo citamos el historial clínico del enfermo E.

Enfermo E., nacido en el año 1941, electricista (historial clínico del doctor J. B. Rozinsky).

Datos anamnésicos. Según los familiares, nació y se desarrolló con normalidad. En la infancia no tuvo ninguna enfermedad. Siempre tuvo un carácter sociable, vivo, activo, con iniciativa. Estudiaba bien y mostraba interés por los estudios. Se casó a los 24 años, aprendió el oficio de electricista. Siempre activo, fue un productor ejemplar. En casa era muy atento, cuidadoso y cariñoso. Dedicaba mucho tiempo a los libros, «amante de la lectura».

El 21 de septiembre, el paciente (había sido atropellado por el tren) ingresó en la clínica Perov, donde estuvo hasta el 25 de septiembre. Diagnóstico al ingresar: fractura de base de cráneo, una herida en la frente al golpearse. Después de limpiar la sangre se observa en el área del hueso frontal, en la parte izquierda, una herida lineal de cinco centímetros de largo, con los bordes desgarrados. La herida llega hasta el hueso. Tiene otra herida lineal en la ceja izquierda de dos centímetros de longitud. Bajo la piel de la bóveda craneal, un extenso hematoma, que abarca el área frontal, casi la mitad de la temporal y de la parietal. Se ha efectuado una operación. La tensa y dura membrana cerebral se ha seccionado en forma de cruz. Por el corte empezó a fluir sangre líquida con coágulos. La herida había sido suturada.

26 de octubre. Está desorientado. Dice que el trauma sucedió hace cuatro años. Nació en 1941, pero tiene cuarenta y cuatro años. Está de acuerdo en que no puede tener cuarenta y cuatro años, «es pre-

ciso consultar la hoja de servicio». No puedo determinar el mes: «septiembre, octubre, noviembre, escoja cualquiera».

No reconoció a la esposa e hija, que vinieron a visitarle. En la segunda visita, transcurridos dos meses, su estado había mejorado, reconoció a los familiares, pero su visita lo dejó indiferente, ya que considera que está en casa y que los familiares no están de visita, sino que siempre están con él. Inmediatamente olvida todo lo que le han dicho y lo que ha dicho él mismo. Nunca formula deseos ni peticiones. Permanece completamente indiferente ante la marcha de los familiares, no les ha formulado ninguna pregunta.

21 de noviembre. Ha sido trasladado a la clínica neuropsiquiátrica del Instituto Central de Psiquiatría.

Estado neurológico. Se mueve poco, permanece estático, en posturas uniformes, anda a pasos pequeños. Carece de mímica. Tiene ligeramente aplastada la mitad izquierda del hueso frontal, allí mismo se localiza el defecto óseo, se ven las pulsaciones. La pupila derecha es de forma incorrecta, está ensanchada, no reacciona a la luz. Ligera inestabilidad en la postura de Romberg. No padece hipercinesia. Los reflejos abdominales son inferiores en la parte izquierda en comparación con la derecha. Tiene muy marcados los reflejos de tendones y periostales en las extremidades superiores. Los reflejos de rodillas y de tendón de Aquiles están igualados, pero elevados de tono. No tiene reflejos patológicos.

Estudio radiológico. Rotura de la bóveda y base del cráneo, desarrollándose una pneumocefalón espontáneo, basado en la porencefalia traumática.

Análisis del líquido cefalorraquídeo. Cytosis 152/3, albumen 0,5 por 100, reacción Nonne-Apelt positiva, reacción de Veihbrodt débilmente positiva, reacción de Langer 11122100. Las reacciones de Wasserman, de Zaks-Vitebsky y de Kane, negativas.

Estado psíquico. El enfermo está desorientado, inerte, yace pasivamente en la cama sin cambiar de postura. Carece de mímica. Al ser descuidado con la orina, puede permanecer largo rato con la ropa mojada, por iniciativa propia nunca pide nada. A las preguntas contesta con palabras sueltas, después de prolongadas pausas, y a veces, ni siquiera contesta.

Los datos del estudio psicológico y de las observaciones clínicas han demostrado que el comportamiento del enfermo y sus respuestas dependen del ambiente y los objetos concretos que lo rodean. Al entrar en el despacho del médico se acerca a la mesa y empieza a mirar los papeles que hay en ella. Al ver una carpeta abierta, la cierra. Al darse cuenta de que hay un lápiz, lo coge y empieza a escribir sobre lo que tiene delante, la carpeta, un papel, un libro o simplemente sobre la mesa. Coge el libro que tiene delante y empieza a leerlo. Al preguntarle de qué trata el libro, contesta que «escriben sobre el autor».

Sobre el fondo de esta conducta de situación destacan profundas alteraciones de la memoria. El enfermo no es capaz de reproducir los

acontecimientos sucedidos antes del trauma, ni después de él, como tampoco el propio hecho del trauma. El enfermo no recuerda el argumento del relato que le han contado: «Me ha explicado algo». De diez palabras, después de múltiples repeticiones, no recuerda ni una: «Usted no me ha dicho nada». No recuerda los nombres de los médicos, ni de los enfermos que lo rodean. Después de salir de su habitación es incapaz de encontrarla de nuevo; en la sala no encuentra su cama. No puede decir cuántas personas comparten con él la habitación; es por completo incapaz de indicar la hora del día: por la mañana puede decir que es la tarde y al revés, ni siquiera el desayuno o la cena son para él indicativos del tiempo. A la misma pregunta contesta cada vez de modo diferente, sin detenerse a pensar. Tiene cinco, cuatro o dos hijos, sus nombres son distintos cada vez. El se encuentra ya en la escuela, ya trabajando. Aparecen manifestaciones confabulatorias. Ha estado en el bosque recogiendo setas y bayas. A la pregunta de cómo es que hay setas y bayas en diciembre, el enfermo contesta: «Así es este bosque». Al preguntarle por el año, mes, fecha o tiempo del año, cada vez da una respuesta distinta. A veces las contestaciones son imprecisas. Es frecuente que conteste esquivando la pregunta. Por ejemplo, al preguntarle qué es lo que él sabe del inicio de su enfermedad, contesta: «Lo mismo que ustedes». «¿Y qué es lo que nosotros sabemos?» «Lo que sabemos todos juntos». A la pregunta de qué es lo que sabemos todos juntos, el enfermo contesta: «Nada». Con frecuencia, el paciente está de acuerdo en que sus respuestas no concuerdan con la realidad, pero inmediatamente afirma que todo lo dicho es «correcto plenamente». La evidente contradicción no lo afecta en absoluto. De la memoria del enfermo ha desaparecido todo el período desde el accidente y el anterior al mismo. Narra correctamente los acontecimientos más lejanos. Nombra correctamente su profesión, comunica algunos datos sobre sus estudios y conocimientos, memorizados en la primera época.

Amnesia progresiva. Las alteraciones de la memoria abarcan frecuentemente no sólo los acontecimientos del momento, sino también el pasado: los enfermos no recuerdan su pasado, lo confunden con el presente; confunden el orden de los acontecimientos; se detecta una desorientación en el tiempo y el espacio. Puede suceder que estas alteraciones de la memoria adquieran un carácter grotesco. Así, una enferma estaba convencida de que vivía a principios de este siglo, que acababan de terminar la primera guerra mundial y había iniciado la revolución de Octubre.

V. A. Guilarovsky describe en los años treinta a una enferma que pensaba estar viviendo en casa de un terrateniente y temía «a la señora dueña», porque «no había tenido tiempo de lavar la ropa».

En esta desorientación amnésica, con frecuencia aparecen los antiguos hábitos profesionales. Así, uno de nuestros enfermos (en el pasado, camarero en un restaurante) consideraba que él servía la comida a los visitantes y exigía que éstos (los enfermos) le pagasen por la comida, o, si no, tendría que llamar al «dueño». Estas alteraciones

de la memoria se observan frecuentemente en las enfermedades psíquicas en edad evanzada y se basan en una destrucción progresiva y cualitativamente peculiar de la corteza cerebral. Clínicamente, la enfermedad se caracteriza por alteraciones de la memoria constantemente en progreso: al principio, desciende la capacidad de recordar los acontecimientos recientes, desaparecen de la memoria los acontecimientos de los últimos años y, en parte, de los tiempos ya lejanos. Al mismo tiempo, el pasado lejano que se ha conservado en la memoria parcialmente adquiere una acentuada actualidad en la conciencia del enfermo. Vive no en la actual situación real, que no es asimilada por él, sino en fragmentos de situaciones, actos y estados que se desarrollaron en el pasado lejano. Esta profunda desorientación, trasladando al pasado lejano no sólo las ideas sobre el medio circundante y personas allegadas, sino también sobre la propia persona se desarrolla gradualmente con el debilitamiento mental de la edad senil.

Estas alteraciones de la memoria, que se caracterizan por «vivir en el pasado», por un reconocimiento falso de las personas que rodean al individuo y por un comportamiento adecuado a esta falsa orientación, aparecen principalmente en la enfermedad mental de la vejez. Estas alteraciones son provocadas fundamentalmente por un proceso de desarrollo regular, de atrofiamiento de la corteza cerebral.

S. G. Zhislin expresa la suposición que la confusa percepción del mundo en el debilitamiento mental senil está fundamentada por la desinhibición de las diferenciaciones adquiridas y por un debilitamiento general de las funciones analizadoras de la corteza. Los procesos nerviosos que se han hecho inertes no pueden captar la sucesión de los acontecimientos reales y fijan sólo determinadas partes, fracciones del ambiente y de las situaciones. Todos los fenómenos descritos transcurren sobre el fondo de un empobrecimiento intelectual, provocado por el perecimiento de gran cantidad de células cerebrales.

En nuestro laboratorio se ha efectuado un estudio psicológico de un grupo de enfermos comprendidos entre las edades de sesenta hasta ochenta y tres años. El estudio de los procesos cognoscitivos se efectuó por los métodos siguientes: memorizar diez palabras, memorización indirecta por el método de A. N. Leontiev, reconstrucción de relatos, determinación de analogías simples, explicación de metáforas y refranes. Lo primero que se determinó fue una insuficiencia en la actividad del proceso de memorización. De hecho, los enfermos no aceptaban la tarea de «memorizar». Esto queda demostrado por el hecho de que ni una sola enferma fue capaz de reproducir ni una palabra en la memorización indirecta (según A. N. Leontiev). En lugar de esto, los enfermos nombraban los objetos dibujados en las fichas, a pesar de que con frecuencia era adecuada la relación que establecían entre la palabra a recordar y el dibujo. El volumen de memoria es en estos enfermos muy reducido y, por término medio, abar-

ca cuatro palabras. Las curvas de memorización tienen la forma de techo (dib. 1).

Algunos enfermos tienen las curvas de memorización en forma de zig-zag, lo que demuestra la inestabilidad y agotamiento de los procesos de la memorización en estos enfermos.

La memorización es muy poco sólida. Ni un solo enfermo pudo recordar ni una palabra de las diez memorizadas, al intentar reproducirlas de modo inmediato. Desde este punto de vista, también es indicativa la reconstrucción de relatos. Algunas veces los enfermos, al llegar a la mitad del relato, se daban cuenta que no recordaban el final y alteraban su contenido. La mínima distracción, una pausa entre la presentación y reproducción del relato, alguna frase, una mirada hacia el lado, todo contribuye a un olvido rápido. Una enferma que había empezado a narrar correctamente el relato, con dificultad recuerda de qué se hablaba en él, y al cabo de un minuto afirma que no había oído ningún relato, que «nosotros simplemente estamos conversando de varias cosas».

El nivel de logros mentales de estos enfermos varía durante el experimento, sobre todo al efectuar tareas que exigen un prolongado mantenimiento en la dirección del pensamiento y una constante desinhibición de las conexiones inadecuadas (simples analogías, establecer la relación entre la palabra y la ficha en el método de memorización indirecta). El grupo de enfermos analizados se caracteriza por una distracción excesiva y deslizamiento del pensamiento por asociaciones secundarias. Así, una enferma que había iniciado correctamente efectuar la tarea propuesta, propone repentinamente una solución absurda por completo, u, olvidándose de lo que tenía que hacer, se distrae y empieza a hablar de cosas ajenas al asunto. Seguidamente renueva la tarea y la sigue correctamente.

Como ejemplo, reproducimos un fragmento del historial médico de la enferma Z. A.

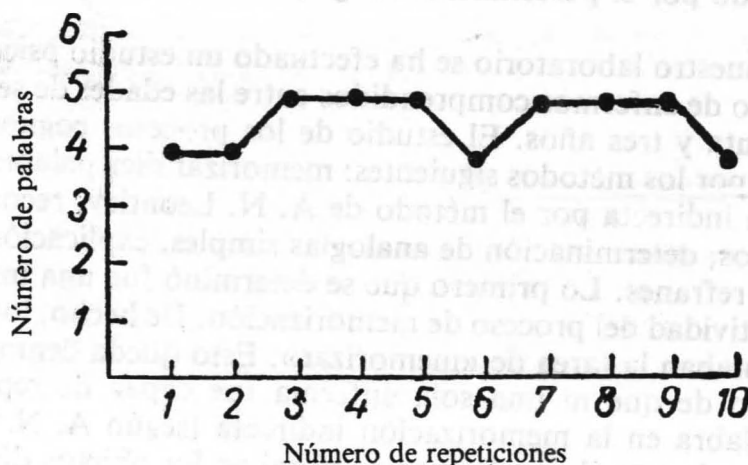


FIG. 1. Reproducción de palabras

Enferma Z. A., nacida el año 1905; diagnóstico: imbecilidad senil. El heredamiento no está sobrecargado. Terminó el liceo, trabajó de secretaria-mecanógrafa, posteriormente se dedicó al hogar. Estuvo casada. No tuvo hijos.

Los últimos ocho años se quejó de dolores en el corazón, se le hinchaban los pies. En 1966 se sometió a chequeo en una clínica somática; diagnóstico: arteriosclerosis, alteraciones en el metabolismo líquido-salino y de grasas.

Según la opinión de los vecinos, a partir de 1966 empezó a cambiar de carácter, se hizo irritable, maligna. Casi todo el dinero de la pensión lo gastaba en dulces, que repartía entre los conocidos. Cuidaba muy mal de sí misma, la ayudaba una hermana. Dormía mal de noche y llamaba a casa del vecino diciendo que tenía miedo, que le estaban robando a través del postigo. El 25 de febrero de 1967 fue ingresada en la clínica Gannushkin por orden del psiquiatra del dispensario psiconeurológico.

En la clínica, durante el primer tiempo se queja de que los vecinos la persiguen, porque quieren robarle las llaves de la habitación y el televisor, y con un cuchillo hacen agujeros en la puerta y blasfeman. Con frecuencia presenta quejas por escrito a la encargada del departamento, denunciando a otros enfermos, que, según ella, le han robado muchas cosas: una cacerola, un armario, prendas de vestir, ropa blanca, una mesa, vajilla, etcétera. No efectúa ninguna clase de crítica a sus manifestaciones, es desordenada y glotona. Esconde en la cama restos de comida; se excita y llora cuando le quitan esta comida. Le molesta tener que estar en la clínica, pide que le den de alta. El 12 de noviembre de 1967 es dada de alta y entregada a los cuidados de la hermana.

Al cabo de unos meses su estado empeoró de nuevo. Se queja de que los vecinos, con frecuencia, hablan de ella por teléfono, la calumnian. En marzo de 1968 empezó a afirmar que en la habitación contigua nombran constantemente su apellido por radio y magnetófono y la amenazan con desahuciarla en tres días. Se hizo sospechosa, maligna, no dormía por las noches, andaba por el piso, encendía la luz, llamaba a la puerta de los vecinos. El 27 de mayo fue llevada de nuevo a la clínica Gannushkin.

Estado psíquico.—Mantiene la orientación, participa gustosamente en la conversación, habla en voz baja. Gustosamente escribe las contestaciones sobre un papel. Extremadamente pusilánime. Los primeros días se queja de la persecución por parte de los vecinos. Dice que incluso en la clínica había oído los primeros días, como por radio, que hablaban de su desahucio. Ultimamente, el comportamiento en la clínica se ha normalizado. No es visible el delirio, niega las alucinaciones. No le molesta permanecer en la clínica. Todo el tiempo libre permanece sentada en su sitio preferido, junto a una ventana, tras la mesa; no permite que nadie se acerque, se enfada mucho si alguno de los enfermos ocupa el sitio. Con el médico se comunica gus-

tosamente, con los enfermos no mantiene ninguna comunicación. En las horas de la terapia laboral trabaja.

Protocolo del estudio experimental psicológico de la enferma Z. A.—De diez palabras, la enferma reproduce cinco, dos, cinco, tres, cuatro palabras. En la reproducción aplazada, tres palabras. No puede transmitir el contenido de una tarea sencilla. No entiende el significado simbólico de las metáforas y proverbios, no logra realizar el más simple dibujo en el método de Coos. Con dificultad capta el contenido de un cuadro.

Explicación de refranes y metáforas

Metáforas y refranes	Explicación de la enferma
Corazón de piedra.	Una persona desatenta, inculta; se ha enamorado de él, no la quiere, se ha casado, la engaña. La mujer generalmente sufre. Las mujeres, en general, son mejor que los hombres. Los hombres son incultos, desatentos, bastos...
Cabeza de oro.	La puede tener tanto un hombre como una mujer. Y todos son estupendos. Inteligentes. Audaces. Libres. Y se quieren toda la vida. Se ha enamorado, pero él está casado. También sucede esto. ¡Qué desgracia!...
No te metas donde no te llaman.	No seas tan descarado, sin educación, gamberro. No vayas a donde no debes.
El hierro se forja en caliente.	Trabaja, ama el trabajo, sé culto y bien educado. Hazlo todo deprisa y bien. Ama a la persona. Hazlo todo por ella.
Cabeza de oro.	Las rubias también pueden tener cabellos de oro.

Reproducción de relatos

Experimentador	Enferma
1. «La chova y las palomas». Explíquelos.	(Permanece callada, el ceño fruncido.) (Solioza.) Me da pena la chova. Qué mal han actuado. Unos y otros la echan. ¡Y a nadie le importa! ¡Pobrecita!
¿Por qué todos la echan?	No lo sé. No se puede echar a nadie. No está bien. Se debe perdonar. Hay que ser cariñoso... (llora).
2. «La hormiga y la paloma».	La hormiga ha mordido al cazador. ¿Por qué?

Reproducción de relatos *Continuación*

Experimentador	Enferma
¿Por qué mordió al cazador?	Siempre muerden. Son pequeñas, pero muerden. Yo también lo pregunto, ¿para qué? El cazador incluso gritó, pobrecito (llora).
¿En el relato había alguna paloma?	No lo recuerdo. La había. Pobre cazador.
	A los tres días
1. «La chova y las palomas».	Cantidad de palomas... Sí, esto está bien. Cada pájaro tiene su nido, sus costumbres. Hay nidos de cornejas, de chovas, de gorrión...
2. «La hormiga y la paloma».	La hormiga se ahogaba y la paloma la salvó. No recuerdo qué más... ¡hormiga! (expresión de repugnancia en el rostro). Son unos insectos desagradables, peligrosos, muerden. Si hay muchas hormigas, pican a la persona por los pies. Es peligroso andar descalzo entre ellas.

Memorización indirecta (método de A. N. Leontiev)

Palabra	Ficha	Explicación de la relación	Reproducción
Lluvia	Farola	No hay ninguna lluvia. Farola. Recordar así: cuando es oscuro, hay una farola.	Farola
Reunión	Casa	Muchas personas. Hay varios problemas, aquí se reunirán.	Panadería, artículos de pastelería, keks, hojaldre, calorías...
Incendio		Hace poco, en la vecindad, tuvimos un incendio... Se precisa un dibujo con cerillas, bencina, petróleo, fuman, cigarrillos, borrachos, no tienen cuidado...	
El experimenta-	Chimeneas	(Con espanto) ¿Es	Una fábrica

Memorización indirecta (método de A. N. Leontiev) Continúa

Palabra	Ficha	Explicación de la relación	Reproducción
dor muestra chimeneas		posible que esto sea un incendio?	
Día	Gallo	La mañana, el principio. Hablan del tiempo... que hace en las dachas.	Gallo (una gallina sin cola)
Teatro	Caballo	Escenario, cortinas, platea, gallinero. ¿Hay palcos? Perros amaestrados, caballos.	Caballito
Pelea	Cuchillo	Restaurante, juerga, gamberros. Suceden asesinatos. O te dan con un palo en la cabeza (ríe).	
Fiesta	Esfera	¿El 1.º de Mayo? No, no, espere; no es el 1.º de Mayo. Año Nuevo, el 8 de marzo, día de la mujer. En todo el mundo es fiesta. Esfera, en todo el mundo. Y también va bien la copa.	Una esfera sobre un soporte
Trabajo	Camisa	La cosí yo misma.	Chaqueta
Encuentro	Reloj	Lo importante es el reloj. Cita debajo de un reloj.	Reloj

Los protocolos reproducidos detectan profundas alteraciones de la memoria. El proceso de memorización con referencias no mejora la reproducción. La enferma nombra las fichas. La enferma puede parcialmente captar el sentido figurado del refrán, pero no lo retiene en la memoria y se distrae. El razonamiento de la enferma no es estable, ideas correctas se entrelazan con ideas inadecuadas. En cambio, las alteraciones de la memoria tienen un carácter estable, la enferma no sólo no recuerda acontecimientos pasados, sino que tampoco recuerda el presente.

2. ALTERACIÓN DEL DINAMISMO DE LA MEMORIA

Las alteraciones de la memoria descritas tenían fundamentalmente carácter estable. A pesar de que el grado de su manifestación podía variar, su raíz fundamental (alteración en el tiempo y desorientación amnésica) permanecía estable.

En otros casos, la memoria de los enfermos mentales puede resultar alterada en su dinamismo. Los enfermos, durante cierto tiempo, memorizan y reproducen bien el material; sin embargo, transcurrido un corto espacio de tiempo, ya no lo pueden hacer. En primer lugar, se destacan las oscilaciones de su memoria. Si a un enfermo de esta clase se le propone memorizar diez palabras (en diez presentaciones) y anotar el número de palabras reproducidas en un gráfico, éste tendrá la forma de una línea quebrada. El enfermo es capaz de recordar seis-siete palabras después de la segunda o tercera presentación, después de la quinta presentación, sólo tres, pero después de la sexta de nuevo reproduce seis-ocho palabras.

Los términos «la memoria del enfermo ha descendido» o «la memoria del enfermo no está alterada» son adecuados para la valoración de la memoria de estos enfermos. La reproducción de un texto lleva el mismo carácter lábil. Los enfermos, a veces, reproducen detalladamente el contenido de una fábula o relato, y a veces no son capaces de narrar un argumento más sencillo. Es frecuente que las alteraciones en la memoria coincidan con lagunas amnésicas en el habla: los enfermos repentinamente olvidan la denominación de algunos objetos o fenómenos, y al cabo de poco rato los recuerdan espontáneamente. Dicho de otro modo: los procesos de la memoria tienen en estos enfermos un carácter discontinuo. Se altera el dinamismo de la memoria. Estas alteraciones de la memoria se manifiestan en los enfermos con dolencias vasculares en el cerebro, en las personas que han sufrido un trauma cerebral (en una etapa lejana de la enfermedad), en algunas intoxicaciones y enfermedades laborales.

Llama la atención el hecho de que estas alteraciones en el dinamismo de la memoria casi nunca se presentan como un monosíntoma aislado. El estudio psicológico experimental demuestra que todas las formas de su actividad tienen un carácter, abarcando las esferas cognitivas y afectivo-emocional.

Al realizar problemas intelectuales, que exigen un prolongado y direccional mantenimiento de objetivo y razonamiento consecuente se manifiesta la inestabilidad en la producción mental de los enfermos. Así, en el experimento de «clasificación de objetos» las oscilaciones de la actividad mental pueden manifestarse en la alternación de las soluciones generalizadas y de situación. Razonamientos y acciones incorrectas también aparecían ocasionalmente al utilizar otros procedimientos metodológicos. Con frecuencia, una realización adecuada del problema quedaba interrumpida por las nacientes oscilaciones de la esfera efectiva del enfermo.

Por consiguiente, la alteración en el dinamismo de la memoria se

manifiesta en combinación con la discontinuidad de todos los procesos psíquicos del enfermo y, en realidad, no es una alteración de la memoria, en el sentido estricto de la palabra, sino un indicador de la inestabilidad de la capacidad mental en su totalidad, de su agotamiento.

El concepto de capacidad mental abarca una serie de conceptos y factores: es la actitud ante el mundo circundante y sí mismo, es la postura que adopta la persona en una situación determinada, es la direccionalidad y estabilidad de los esfuerzos, es la capacidad de luchar contra el agotamiento y la saciedad. En los casos de los que estamos hablando se trata fundamentalmente de la influencia ejercida por el factor agotamiento sobre la actividad de la memoria.

Se puede considerar que la alteración del dinamismo de la memoria se manifiesta con especial frecuencia como indicador del agotamiento de la capacidad mental, como una manifestación de su inestabilidad.

Es preciso indicar que una de las características de la alteración de la memoria consiste en la posibilidad de su mejoramiento mediante la aplicación del método de referencia. En su vida cotidiana, los enfermos recurren por sí mismos a este método y comentan: «He empezado a hacerme señales para recordar algo», «Me fijo en algo que me haga memoria». Esto se manifiesta con especial claridad en el experimento psicológico.

Sin embargo, en algunos casos tienen lugar hechos paradójicos: la operación de referencia (por ejemplo, el método de pictogramas) conducía no al mejoramiento, sino al empeoramiento del proceso de reproducción. Se sabe que la utilización de referencias en sus acciones es una cualidad adecuada de la persona adulta y que uno de los índices del desarrollo psíquico del niño es el aprendizaje de secundar con referencias sus acciones. Sin embargo, esta mediación no ofusca el contenido de la acción. A pesar de que el acto de utilizar referencias requiere un esfuerzo por parte de la persona, éste (el acto de mediación) no destruye ni la asimilación ni la percepción del hombre, ni el desarrollo lógico de sus razonamientos y deducciones. En el grupo de enfermos observados por nosotros, el acto de mediación conducía a un fenómeno paradójico —impedía su actividad fundamental—. En los enfermos se desarrolló una excesiva tendencia a utilizar referencias, estaban excesivamente preocupados en hallar el significado condicional, temían que el dibujo no fuese suficiente para memorizar la palabra. «¿Cómo podría representarlo más exactamente? Dibujaré algo más». El resultado es que el enfermo reproduce las palabras referidas sólo aproximadamente; el proceso de reproducción deja de ser diferenciado. Por lo visto, el esfuerzo que el enfermo realizó para efectuar la operación de mediación condujo a un mayor agotamiento del ya debilitado estado de vigilia de los procesos corticales del mismo.

La alteración del dinamismo de la memoria también puede ser consecuencia de la inestabilidad afectivo-emocional del sujeto. La

desorganización afectiva del sujeto, que acompaña a muchas enfermedades orgánicas (de génesis postraumático o infeccioso, etcétera) puede manifestarse en la falta de memoria, en la inexactitud de asimilación, elaboración y reproducción del material. Del mismo modo puede actuar la preocupación efectiva del enfermo, que conduce al descuido de los propósitos, a una percepción y retención no diferenciada del material. En todos estos casos puede resultar afectado precisamente el componente de la memoria.

La clasificación correcta de las alteraciones del dinamismo de la memoria y la determinación del nivel de estas alteraciones tiene gran importancia para las más diversas secciones de la práctica psiquiátrica, sobre todo en los problemas de recuperación laboral y recomendaciones de trabajo. Es frecuente que los enfermos vean en la pérdida de memoria la causa del descenso de su capacidad mental, esto se da con especial frecuencia al disminuir los éxitos en el estudio. Los enfermos intentan «entrenar» su memoria, «memorizar» muchas veces, «repasar» el material. Sin embargo, y como acabamos de demostrar, esta pérdida de memoria no es un monosíntoma, sino que es una manifestación de la alteración en la capacidad mental en conjunto. La labor correctora en estos casos debe consistir, bien en la creación de las condiciones que prevengan el agotamiento, bien en hallar el modo de poder compensar la imposibilidad de mantener el objetivo.

3. ALTERACIONES DE LA MEMORIA MEDIATA

Los estudios de los psicólogos soviéticos han demostrado que la memoria es una compleja actividad organizada, que depende de muchos factores: del nivel en los procesos cognoscitivos, de la motivación y de los componentes dinámicos (L. S. Vygotsky, A. N. Leontiev, P. I. Zinchenko, etcétera). Por esto hay que suponer que la enfermedad psíquica, al modificar estos componentes, destituye por distintos caminos también los procesos de la memoria. De los trabajos de A. N. Leontiev se deduce que la introducción del factor de mediación mejora la reproducción de las palabras. En los enfermos, el factor de mediación que mejora la memorización en la norma, frecuentemente no sólo no cumple su misión, sino que, según ya se ha indicado, se convierte en un estorbo. Este hecho fue por primera vez descrito por G. V. Birenbaum, ya en 1934. Observando a enfermos de distinta nosología, ella demostró, utilizando el método de pictogramas, que los enfermos pierden la capacidad de recurrir a la mediación en el proceso de memorización.

Como es sabido, este método, sugerido por A. R. Luria, consiste en lo siguiente: el experimentado debe memorizar 14 palabras. Para mejorar la memorización, él debe idear y dibujar en el papel algo que en lo sucesivo pueda reproducir en la memoria las palabras propuestas. No se permite realizar ninguna anotación o inscripción con

etras. Se advierte a los experimentados que no tiene mayor importancia la calidad de su dibujo. Tampoco se tiene en cuenta el tiempo utilizado en la realización de la tarea.

Por el método de pictograma, la tarea puede efectuarse por dos caminos. El primer procedimiento consiste en que la imagen representa simbólicamente el concepto encerrado en la palabra. Por ejemplo, para recordar la palabra «desarrollo» se puede dibujar cualquier figura (un cuadrado o un círculo) de tamaño pequeño y otra de tamaño mayor, la palabra «duda» se representa con un signo de interrogación. Este método es de fácil aplicación cuando los enfermos tienen suficiente nivel cultural. En el segundo procedimiento, convencionalmente se representa un concepto menos amplio que el presentado para la memorización; el primer concepto debe servir de signo convencional para el segundo. Por ejemplo, la misma palabra «desarrollo» puede estar representada por un término menos amplio, como «desarrollo de la industria», «desarrollo mental», «desarrollo físico», etcétera. La imagen de cualquier objeto relacionado con este concepto menos amplio (una fábrica, un libro o de algún aparato deportivo) puede desempeñar el papel de signo que convencionalmente represente al concepto «desarrollo».

Por consiguiente, el problema exige la capacidad de relacionar un concepto, representado por una palabra, con cualquier otro concepto más concreto, y esto sólo es posible cuando el experimentado es capaz de abstraerse de la gran variedad de valores concretos que abarca el concepto representado por la palabra propuesta, cuando consigue desinhibir todos los conceptos parciales relacionados con la misma. Dicho de otro modo, el cumplimiento de esta tarea es posible cuando existe un determinado nivel de generalización y abstracción y permite juzgar el nivel de generalización y contenido de las experimentaciones formadas.

Por regla general, los sujetos sanos experimentados ejecutan con facilidad la tarea; aunque no hayan terminado la escuela secundaria. Incluso en los casos cuando el problema presenta cierta dificultad, es suficiente dar un ejemplo de cómo debe efectuarse para que el experimentado resuelva correctamente el problema propuesto.

G. V. Birenbaum, que estudió mediante este método la alteración de conceptos en los enfermos mentales, indica que la dificultad fundamental en la ejecución de la tarea por el método de pictogramas consiste en la realización de la operación intelectual. La autora indica que el círculo de significados que tiene la palabra es mayor del que se puede indicar en un dibujo. Al mismo tiempo también el significado del dibujo es más amplio del sentido de la palabra; el significado de la palabra y del dibujo deben coincidir sólo en algunas de sus partes. Precisamente en esta capacidad de captar lo que tienen de común la palabra y el dibujo consiste el mecanismo principal de la formación activa del significado convencional. Y a pesar de que esta operación de mediación se realiza con bastante facilidad, incluso por adolescen-

tes sanos, en las alteraciones patológicas del pensamiento resulta difícil la formación de estas relaciones convencionales.

La propia tarea de formar una relación convencional para memorizar la palabra crea ciertas dificultades, aunque sea porque en la creación del dibujo existe un elemento de convencionalismo, que exige cierta libertad en las operaciones mentales. Además, el convencionalismo del dibujo puede ser tan amplio e indefinido, que deje de reflejar el contenido real de la palabra (G. V. Birenbaum, B. V. Zeygar-nik); el convencionalismo del dibujo contribuye a la actualización de las propiedades latentes de los objetos (J. F. Poliakov, T. K. Mel-shko, S. V. Longuinova).

Citaremos algunos ejemplos:

En un grupo de enfermos de epilepsia, este experimento provocó considerables dificultades. Así, al tener que idear un dibujo para la memorización de la palabra «desarrollo», el enfermo K. dice: «¿Qué desarrollo? Este puede ser muy distinto: desarrollo muscular y desarrollo mental. ¿Cuál de ellos quiere usted?». Este enfermo tiene dificultad en realizar un dibujo para memorizar la palabra «despedida». «Las despedidas son muy distintas; se puede despedir de la amada, o el hijo se va a la guerra, o simplemente se despiden los amigos. No comprendo, ¿qué se puede dibujar?». Otro enfermo tiene dificultades en idear un dibujo para las palabras «mujer enferma». Intenta dibujar una cama, pero inmediatamente afirma que este dibujo no sirve, porque no siempre la mujer enferma debe estar en la cama: «Puede tener la gripe y puede soportarla de pie». Seguidamente, el experimentado decide dibujar una mesita con medicamentos, pero tampoco esto le satisface: «Es que no es obligatorio que la mujer enferma tome medicinas».

Algunos enfermos intentan representar en el dibujo casi fotográficamente la situación real. Así, para memorizar la expresión «fiesta alegre», el enfermo dibuja a gente bailando, una mesa puesta, flores; al lado dibuja una bandera.

El resultado es que los enfermos recuerdan peor las palabras cuando intentan utilizar la mediación. El proceso de mediación tampoco ayuda demasiado a los enfermos que establecen relaciones excesivamente formales, relaciones por consonancia (por ejemplo, palabras que coincidan en sus dos primeras sílabas, o para la palabra «amistad» dibujaban dos triángulos).

El trabajo de L. V. Bondariova /15/ está dedicado al problema de las alteraciones en la memorización mediata. El objeto de su estudio consistió en la determinación y análisis de los variados y múltiples eslabones, cuya alteración forma la base del proceso patológico de mediación, en la determinación de los factores «responsables» de la incapacidad de utilizar los medios auxiliares, la utilización de los cuales modifica la estructura de los procesos de la memoria y los convierte en específicamente humanos (L. S. Vygotsky, A. N. Leontiev, A. A. Smirnov). Analizó a enfermos de epilepsia (este grupo se dividía en dos subgrupos: enfermos de «epilepsia sintomática» y en-

fermos de «dolencia epiléptica») y a enfermos con lesiones locales del cerebro (enfermos con disfunción de las secciones mediobasales de los lóbulos frontales del cerebro y enfermos con lesiones de hipófisis y áreas adyacentes). Como procedimientos metodológicos se utilizaron la memorización directa y el método de memorización indirecta (según A. N. Leontiev y A. R. Luria).

El resultado fundamental del trabajo de L. V. Petrenko ha consistido en la determinación del descenso de efectividad de la memorización mediata en comparación con la directa en determinados grupos de enfermos, hecho que se contradice con los resultados obtenidos en el estudio de personas sanas, adultos y niños (A. N. Leontiev). Además, en los distintos grupos de enfermos eran distintas las alteraciones de la memoria mediata: mientras en los enfermos de epilepsia sintomática la mediación sólo en cierto grado contribuía a la elevación de los resultados de memorización, en el grupo de los enfermos de dolencia epiléptica la aplicación del proceso de mediación incluso frenaba la reproducción, disminuyendo su productividad.

Para poder comprender este fenómeno, L. V. Petrenko se dedicó a analizar cómo se realiza el proceso de mediación. El índice fundamental que permite juzgar hasta qué punto se utilizan los distintos medios que perfeccionan la estructura de la memorización consiste en el análisis de las conexiones creadas por el enfermo en el estudio de la memoria mediata.

L. V. Petrenko destaca dos categorías de relaciones formadas por los enfermos de epilepsia al aplicar la metodología de A. N. Leontiev. La primera está formada por las relaciones efectuadas según el contenido, en la determinación de las cuales los enfermos se han guiado por las propiedades objetivas de los objetos y fenómenos y su significado objetivamente fijado. El principal parámetro de las relaciones de la segunda clase está formado por el aspecto exterior, la impresión del experimentado, sobre la cual influyen bien las peculiaridades en la presentación del material, bien los factores emocionales subjetivos.

El segundo parámetro está formado por el dinamismo de los procesos de mediación, por el análisis de sus factores temporales. Este parámetro podía ser: a) dinámicamente adecuado, basado en una manipulación consecutiva de los distintos elementos; b) no enfocado hacia el objetivo, cuando los enfermos no se detienen en el eslabón de mediación determinado, sino que continúan ensartando detalles y enumerando propiedades secundarias de los elementos de conexión. Como tercer parámetro en el estudio de la memoria mediata fue escogido el análisis del propio proceso de reproducción.

El fenómeno más frecuente en la reproducción errónea en los dos grupos de enfermos consiste en nombrar las palabras o frases que reflejan el significado del propio medio utilizado: la reproducción actualizaba lo que sólo tenía que servir de eslabón de enlace, de puente entre la palabra dada y la ficha escogida, o al revés de la ficha a la palabra. Así, por ejemplo, para mediar la memorización de la palabra

«paseo» el experimentado escoje una ficha con el dibujo de un árbol, y al reproducir dice: «Un árbol, parece un pino»; otra enferma, para memorizar la misma palabra, escoje una ficha con el dibujo de una verja y explica: «Yo siempre paseo hasta la verja de la casa vecina», al reproducir la palabra verja dice: «Vecino». Si para exponer el proceso de memorización mediata utilizamos el esquema de A. N. Leontiev A-X-A, donde A representa la palabra propuesta para la memorización, y X, la relación establecida para la memorización, podemos afirmar que la modificación patológica de los procesos de memorización conducía frecuentemente a la reproducción del tipo A-X-X o A-X-Y.

L. V. Petrenko /79/ formuló la hipótesis de que la alteración de la memorización mediata en los grupos estudiados por ella está relacionada con la totalidad de la estructura de la actividad alterada de los enfermos. Esta hipótesis queda confirmada por el estado general psicológico de estos enfermos, el cual fue determinado mediante un minucioso estudio experimental (se utilizaron las metodologías de «clasificación de objetos», de eliminación, cálculo por el método de Kraepelin, análisis del nivel de pretensiones y del proceso de saturación, etc. Mientras, en los enfermos de epilepsia sintomática las alteraciones de la mediación están relacionadas con las oscilaciones de su capacidad mental, en los enfermos de dolencia epiléptica están basadas en su pronunciada inercia, en el deseo hipertrofiado de reflejar todos los detalles. Estos datos concuerdan con el resultado del estudio realizado por I. T. Bzhalava y N. V. Ruhadze, los cuales subrayan que los enfermos de epilepsia actúan basándose en un objetivo previamente fijado, que se caracteriza por su carácter inerte e intermodal.

4. ALTERACIONES DEL COMPONENTE MOTIVADOR DE LA MEMORIA

Los dos datos que hemos citado en los apartados anteriores y que se relacionan con la alteración de la memoria han demostrado que en las distintas formas de esta alteración se refleja de modo distinto la modificada estructura de la actividad. Hemos demostrado que la alteración de los procesos de generalización, mediación y dinamismo influyen sobre la reconstrucción y modifican la relación entre la memoria inmediata y la mediata.

En este apartado nos detendremos en el papel que desempeña el componente motivador en la estructura de la actividad de la memoria.

La psicología actual no es ya una ciencia sobre funciones psíquicas aisladas. Nuestros procesos psíquicos deben considerarse como distintas formas de actividad psíquica que se forman en la ontogenia. Según sea el problema a la resolución del cual vaya dirigida nuestra actividad, ésta adopta la forma de un proceso determinado (percepción, memoria). Por esto, a todos nuestros procesos debe

aplicarse la misma cualificación con la cual caracterizamos la actividad en conjunto; en otras palabras, al analizar estos procesos se debe tener en cuenta su componente motivador personal. Ya en 1927 nosotros demostramos esto en un estudio experimental de la memoria (el denominado «fenómeno de reproducción de acciones inacabadas» /104/).

El experimento consistía en lo siguiente: al experimentado se le propone resolver una serie de problemas (de 18 a 22). Eran problemas muy diversos: dibujar un monograma, formar con cerillas una figura determinada, ensartar un collar, escribir un verso, recortar de papel una espiral, hacer una cajita de cartón, cálculo invertido (por escrito), dibujar un jarrón, formar figuras con trozos de papel, multiplicación con números de tres cifras, con un alambre hacer una figura, resolver un crucigrama, componer un paisaje (se le dan árboles, animales, casas, figuras humanas, realizado todo en cartón de colores), etcétera. Instrucción: «Se os propondrán una serie de problemas, procuren realizarlos con la mayor exactitud y rapidez posible». La mitad de los problemas se realizaban en su totalidad, la otra mitad eran interrumpidos por el experimentador antes de concluirse. La interrupción se realizaba proponiendo al sujeto experimentado un trabajo nuevo. (Cuando el experimentado preguntaba qué debe hacer con el trabajo no concluido, el experimentador hacía ver que no oía la pregunta o que está ocupado con el protocolo, en cualquier caso el experimentado no recibía una contestación clara y precisa). Del mismo modo quedaba indeterminado para el experimentado el orden de los trabajos acabados o inacabados. En cuanto se concluía el último problema, el experimentador preguntaba: «Dígame, por favor, ¿qué problemas ha realizado usted?».

Es preciso subrayar que la realización del experimento, la manera y procedimiento de la «interrupción» forman un problema muy complejo y es preciso realizar una preparación meticulosa y muy pensada de todos los eslabones del experimento.

El tiempo durante el cual el experimentado enumera los problemas no está limitado. El experimentador anota los problemas realizados en el mismo orden en el que se van nombrando.

La reproducción al principio transcurre suavemente, después de lo cual con frecuencia llega una pausa en la enumeración. El experimentado empieza a «buscar» activamente, «rebusca» en su memoria, los datos numéricos aportados se refieren principalmente a la etapa de reproducción «suave». Al concluir el experimento se pregunta qué tareas le han parecido interesantes o agradables. El experimentador también tiene en cuenta las manifestaciones espontáneas durante el experimento.

Con el fin de evitar la influencia que pudiese ejercer la estructura de los distintos problemas y sus diferencias individuales, los experimentados, como también los problemas, se dividieron en dos grupos, que iban intercambiando los sitios.

Los datos de los experimentos demostraron que los experimenta-

dos recordaban mejor los actos no concluidos. La relación entre la reproducción de actos inacabados /BH/ y actos acabados /B3/ es de 1,9

$$\left(\frac{BH}{B3} = 1,9\right)$$

lo que quiere decir que los actos inacabados se recordaban en un 90 por 100 mejor que los acabados.

El predominio de los actos inacabados sobre los acabados no era solamente numérico, este predominio también se manifestaba en que los actos inacabados se nombraban en primer lugar.

La regla establecida de la mejor reproducción de los actos inacabados puede comprenderse del siguiente modo. En cualquier sujeto experimentado sano, la situación del experimento provoca una determinada reacción personal hacia la misma. En algunos sujetos el experimento provoca el deseo de comprobar sus propias posibilidades; en estos casos la situación experimental adquiere el carácter de «peritaje», de control. En otros, el experimento provoca un cierto ardor («deseaba demostrarles a ustedes y a mí mismo que puedo resolver correctamente los problemas»). Por fin, los terceros efectuaron lo requerido por el experimento por «deber» y «cortesía». Sea como fuese, en todo experimentado surgía un motivo por el cual realizaba las tareas presentadas. La ejecución de la tarea se convierte en un propósito motivado. Al no culminar la acción, el propósito no se realiza y se crea determinada actividad afectiva (en términos utilizados por K. Lewin, «sistema dinámico»), la cual se manifiesta en otro aspecto de la actividad, en este caso la reproducción. F. V. Bassin /4, 290/ aproxima este fenómeno al concepto de enfoque elaborado por la escuela de D. N. Uznadze, y dice que: esta «actividad, que es regulada por un determinado enfoque, al encontrar en el camino de su desarrollo ciertos obstáculos deja huella en el estado de las formaciones nerviosas que la producen, huella que no es percibida como tal».

Refiriéndonos a los datos aportados, podemos decir que la actividad de la memoria actualiza la disposición afectiva que se formó gracias a la actitud personal del experimentado hacia el experimento. Esta hipótesis queda confirmada por los siguientes hechos: 1) el predominio de la reproducción de actos inacabados no se manifiesta si se modifican las condiciones del experimento de la siguiente manera: en lugar de la pregunta neutral «Diga, por favor, qué problemas ha realizado usted», se le hace al experimentado la siguiente indicación: «El experimento se ha realizado con el fin de comprobar su memoria; por esto le ruego que enumere los problemas que ha realizado». Con este planteamiento quedaban igualados en la reproducción los actos terminados y no terminados. La indicación de que la finalidad del experimento era comprobar su memoria modificaba para el experimentado el sentido de la situación: se actualizaba un motivo completa-

mente nuevo, demostrar o comprobar para sí mismo sus posibilidades de memorización.

Este nuevo motivo, por el cual el experimentado tenía que realizar ahora el «acto de recordar», no es solamente el objetivo, sino también un incentivo; el experimentado tiene ante sí una meta, reproducir el mayor número posible de acciones. Con este enfoque los problemas quedan igualados. La predisposición afectiva para concluir los actos retrocede ahora a un segundo plano ante el nuevo motivo «reproducir el mayor número posible de problemas». Por tanto, la acción de reproducir fue motivada en la nueva situación de modo distinto; la nueva motivación produjo un resultado nuevo.

El otro grupo de hechos que muestran el papel desempeñado por el componente motivador en la estructura de la memoria es el siguiente: si este experimento se efectuaba con experimentados en estado de cansancio o de saturación, tampoco se manifestaba la tendencia de predominio de los actos inacabados en el proceso de reproducción, lo que es debido a que en esta situación no se forma la tendencia a la culminación de la acción.

El material patológico también confirma la tesis de que la memoria es una actividad motivada. Efectuamos el experimento de reproducción de acciones acabadas e inacabadas con enfermos que mostraban distintas formas patológicas de la esfera motivadora. Las tendencias de la reproducción variaban según las formas de estas alteraciones. Así, por ejemplo, en los enfermos de esquizofrenia, cuyo estado psíquico se caracteriza por indolencia emocional y falseamiento de los motivos, no obtuvimos el efecto de una mejor reproducción de los actos inacabados. En los enfermos con rigidez de los enfoques emocionales, con su hipertrofia (por ejemplo, en algunas formas de dolencia epiléptica) se manifiesta el predominio de los actos inacabados en la reproducción. Así, mientras en los sujetos sanos la rela-

ción de reproducción de actos inacabados y acabados $\frac{BH}{B3}$ es de

1,9; en los enfermos de esquizofrenia (forma simple) es de 1,1; en los enfermos de epilepsia, de 1,8; y en los enfermos con síndrome asténico es de 1,2.

Por consiguiente, la comparación de los resultados de la reproducción de las acciones inacabadas en los enfermos con distinta patología de la esfera motivadora también confirma el papel desempeñado por ésta en la actividad de la memoria.

* * *

En el trabajo de L. V. Petrenko, ya expuesto, también se ha puesto de manifiesto el papel que desempeña la modificación del factor motivador en la estructura de los procesos de la memoria. Al analizar la estructura de la alteración de la memorización mediata, el autor observa que esta alteración se manifiesta con especial claridad en los enfermos con lesiones en las secciones mediobasales de las áreas

frontales del cerebro, en el estado psíquico se observa falta de espontaneidad, desinhibición y anosoglosia con respecto a su enfermedad. L. V. Petrenko subraya que los enfermos de este grupo no escogían la ficha que correspondiese a la palabra propuesta, sino que cogían sin pensar la primera que les pareciese. Al tener que recordar por la ficha la palabra propuesta por el experimentador para ser memorizada, el problema de la reproducción exacta no se les planteaba como tal a estos enfermos. Lo más frecuente era que los enfermos nombrasen el objeto representado en la ficha o cualquier palabra o frase casualmente relacionada con el dibujo.

Esta actitud no es motivada por las dificultades o la imposibilidad de realizar el problema experimental, ya que, situados en condiciones rígidas (el experimentador insiste: «Piense, escoja con atención»), lo efectúan correctamente. La alterada actitud hacia el mundo circundante y sus propias posibilidades conduce a la disgregación estructural de la actividad psíquica, la cual ha sido descrita en varias ocasiones por A. R. Luria /65/, S. J. Rubinstein /92/, E. D. Homs-kaya /109/, B. V. Zeygarnik /26/, V. V. Lebedinsky /55/, etcétera.

Por consiguiente, la alteración del subcontrol y de la selectividad de los procesos psíquicos, la sustitución del enfoque hacia un objetivo en la acción por actos estereotipados o casuales y fragmentarios son los factores que obstaculizan el proceso de mediación y que lo convierten prácticamente en irrealizable.

Los datos aportados por el estudio de L. V. Petrenko también han demostrado que en las alteraciones de la memoria se reflejan las distintas modificaciones estructurales en la esfera motivadora de los enfermos. El componente motivador es inalienable de la estructura y desarrollo de los procesos de la memoria.



CAPITULO VI

ALTERACIONES DEL RAZONAMIENTO

Las alteraciones del razonamiento forman uno de los síntomas más frecuentes de las enfermedades mentales. Son extraordinariamente diversas las variantes clínicas de la alteración del razonamiento. Algunas de estas variantes se consideran típicas para determinadas enfermedades. Al establecer el diagnóstico de la dolencia, el psiquiatra frecuentemente se orienta por la existencia de determinados aspectos en la alteración del razonamiento. Por esto, en todos los manuales y monografías de psiquiatría dedicadas a los más diversos problemas clínicos, encontramos manifestaciones referentes a la alteración del razonamiento. También en la literatura psicológica son muchos los trabajos dedicados a la alteración del razonamiento. Sin embargo, no existe una calificación o principio unificado para el análisis de estas alteraciones; la causa de esto está en que la descripción y el análisis de las alteraciones del razonamiento se basan en distintas teorías psicológicas del pensamiento, en los distintos postulados filosóficos-metodológicos.

La psicología del pensamiento es una de las más elaboradas de toda la ciencia psicológica, siempre forma el problema central y es precisamente en esta parcela de la psicología donde con mayor claridad se manifiestan las diferentes posiciones teóricas de las que parten los investigadores. A causa del progreso técnico, la psicología experimenta la influencia de las investigaciones cibernéticas. Se está formando un nuevo concepto sobre el razonamiento, al considerarlo como una actividad que dirige la búsqueda de soluciones a los problemas. A pesar de que este concepto del razonamiento ha enriquecido en muchos aspectos la ciencia psicológica, se han formado conceptos equivocados referentes a la naturaleza del propio pensamiento humano. Algunos científicos extranjeros han formulado la tesis según la cual el razonamiento puede ser reducido a elementales procesos informativos, a manipulaciones con símbolos /132/. El programa para la solución de problemas en máquinas calculadoras electrónicas (IBM) se presen-

ta como la teoría del pensamiento. Por esto, en la actualidad se plantea un nuevo problema: determinar los rasgos específicamente humanos que tiene la dirección en la búsqueda de soluciones para los problemas.

El estudio del pensamiento creador del hombre, realizado por O. K. Tihomirov /107/ sobre extenso material experimental, ha demostrado la imposibilidad de describir la verdadera naturaleza del pensamiento humano con el sistema de conceptos cibernéticos.

El estudio de los rasgos específicamente humanos en el funcionamiento del pensamiento se ha convertido en principal tarea.

El análisis de las distintas formas patológicas del razonamiento proporciona valiosísimo material para demostrar que el pensamiento humano es específico, los datos de los estudios psicológico-experimentales demuestran claramente que el razonamiento debe ser considerado como una forma de la actividad humana (L. S. Vygotsky, P. J. Galperin, A. N. Leontiev, S. L. Rubinstein).

Según ya hemos indicado, el análisis de las alteraciones del razonamiento se efectúa mediante los conceptos psicológicos dominantes en la actualidad. El problema del razonamiento surgió como objeto de la psicología a principio de los años veinte del presente siglo en la escuela psicológica de Wurzburg. La psicología asociativa que había dominado hasta entonces no se planteaba el problema de analizar el proceso del razonamiento. El pensamiento se reducía a una sucesión de asociaciones. Se consideraban reales solamente las sensaciones y sus copias.

El análisis psicológico del pensamiento consistía en la determinación de las reglas de asociación, por las cuales ideas o imágenes simples forman otras complejas. Uno de los fundadores de la psicología asociativa, A. Ben, considera que las asociaciones por semejanza desempeñan el papel predominante en el razonamiento. A pesar de que la metodología experimental, introducida por V. Wundt en la psicología, jugó un papel progresivo en la historia de la ciencia psicológica, los estudios psicológicos realizados por él y sus seguidores, se basaban en la psicología asociativa.

E. Ebbinghaus, G. Muller y T. Tsiguen, conocidísimos representantes de la psicología experimental de su tiempo, consideraban que las reglas de la asociación son leyes universales. Así, los conceptos, razonamientos y deducciones se determinan como asociaciones de representaciones. Otros representantes de la psicología experimental asociativa consideran que el pensamiento se reduce a la actualización de las asociaciones.

La reproducción de las ideas se convirtió en la piedra angular de la teoría asociativa del pensamiento. El propio pensamiento se empezó a denominar reproductivo. Es frecuente que el razonamiento se considere como una función derivada de otras funciones psíquicas, memoria y atención. Sobre estas concepciones se basaban los trabajos del laboratorio psicológico en la clínica psiquiátrica del célebre psiquiatra alemán E. Kraepelin.

Estas tesis de la psicología asociativa determinaron en gran medida las investigaciones en el área de la patología del pensamiento. Las alteraciones del razonamiento se deducían de las alteraciones de las denominadas premisas del intelecto, la memoria y la atención. Así, por ejemplo, la alteración del razonamiento en los enfermos de epilepsia se explicaba por la alteración de las capacidades combinatorias (E. Kraepelin, K. Guelbrunner, M. J. Sereisky) y la inestabilidad de la atención (V. P. Osipov).

La esencia de la alteración del razonamiento en los enfermos seniles se reducía a la alteración de la memoria, a la incapacidad de retener lo percibido (V. A. Guilarovsky, M. O. Gurevich, S. G. Zhislin, etcétera).

Al explicar las alteraciones del razonamiento en los traumas cerebrales, algunos autores (R. J. Golant, M. O. Gurevich, V. A. Guilarovsky, R. S. Povitskaya) se inclinaban por la opinión de que en estos casos la causa de las alteraciones intelectuales se encontraban en las alteraciones de la atención.

Sobre los estudios psicopatológicos en el área del razonamiento tuvieron gran influencia también las tesis de la escuela psicológica de Wurzburg. Como se sabe, los representantes de esta escuela (O. Külpe, N. Ah, O. Zelts, etcétera) formularon la tesis que el razonamiento no puede reducirse al proceso de asociaciones, que tiene su propia específica, la cual no puede ser reducida al contenido intuitivo-figurativo de sensaciones y percepción. Según su opinión, el mecanismo del pensamiento consiste en la tendencia determinante que parte de la representación del objetivo y que no es percibida por el propio sujeto.

Al formular por primera vez el concepto de «meta» o «problema», los seguidores de esta escuela contrapusieron por primera vez el mecanismo del pensamiento al conocimiento sensitivo. El razonamiento es considerado como un acto de razón «pura», no relacionado ni con la experiencia pasada ni con el conocimiento.

Partiendo de estas concepciones una serie de psiquiatras alemanes llegaron a la conclusión de que la esquizofrenia se basa en la insuficiencia de la «estructura espiritual primaria». Según la teoría de I. Brtse, que es el más claro exponente de esta tesis, esta estructura primaria está formada por el «tonus de conciencia» (el «yo» activo), el cual resulta alterado en la esquizofrenia («hipotonía de la conciencia»). La «hipotonía de la conciencia», que no se manifiesta por sí sola y se puede detectar sólo intuitivamente, determina todos los síntomas psicopatológicos, incluyendo la alteración del pensamiento.

A esta concepción se acerca también la teoría de G. V. Grule, que determina la alteración del pensamiento en la esquizofrenia como una alteración de la «tensión», la cual, a su vez, se basa en la alteración de la personalidad activa. También se muestran solidarios con estas concepciones I. Beringuer, que presenta la teoría del debilitamiento del «arco intencional», lo que causa alteraciones en el razonamiento

del enfermo de esquizofrenia, y E. Stransky, que menciona el «atasco intrapsíquico» de los enfermos.

Las alteraciones del pensamiento son explicadas como manifestaciones secundarias de la alteración de una «actividad» específica, de la intensidad de la psique. En el artículo dedicado a la psicología de la esquizofrenia (tomo IX del «Manual» de Bumke) G. V. Grule expuso en forma metafórica la tesis que durante mucho tiempo determinó la vía de las investigaciones referentes al pensamiento en la esquizofrenia, diciendo que la máquina permanece intacta, pero no puede ser dirigida o dirigida con gran dificultad. El enfermo de esquizofrenia conserva la capacidad de realizar operaciones mentales dirigidas a acciones prácticas, tampoco tiene alteradas la memoria ni la atención, sin embargo no está en condiciones de sintetizar determinadas conclusiones que son correctas por sí mismas.

Esta concepción del pensamiento como una clase específica de «actividad espiritual» se manifiesta con especial claridad en los trabajos de C. Jaspers, al contraponer el intelecto al razonamiento. Mientras el pensamiento era determinado como manifestación de la actividad intrapsíquica, el intelecto era considerado como una combinación de capacidades; la memoria, la atención y el habla desempeñan el papel de «premisas del intelecto». Esta división penetró también en la psiquiatría de nuestro país. Son muchos los trabajos en los que se puede leer que «el enfermo conserva el intelecto, pero tiene alterado el razonamiento».

Esta contraposición del intelecto al pensamiento condujo a que los investigadores intentaban encontrar un génesis distinto para las alteraciones del pensamiento en las graves dolencias orgánicas, por ejemplo, en los traumas, se determinaban con alteraciones del «intelecto» o de «las premisas del intelecto»; la alteración de los procesos cognoscitivos superiores en la esquizofrenia se consideraban como alteraciones del pensamiento propiamente dicho.

La concepción que contrapone el «intelecto» al «pensamiento» y reduce este último a una determinada esencia alcanzó gran difusión al escribir la actividad psíquica de los enfermos de esquizofrenia. Los investigadores empezaron a destacar en los enfermos de esquizofrenia una «alteración fundamental» (Grundstörung), de la cual se deducían todas las particularidades en la modificación de su psique. Además, se indicaba que el razonamiento de estos enfermos es «incomprensible» y caprichoso, sin explicación posible. Este punto de vista se basa en los conceptos de I. Dilthey y E. Shpranger, los cuales consideraban que no se puede explicar la psique.

Una gran difusión alcanzó el punto de vista, según el cual la «alteración fundamental» del enfermo de esquizofrenia es su autismo que produce la disgregación de su pensamiento. El problema del razonamiento autístico fue planteado por el psiquiatra alemán E. Bleyler. Nos detendremos más detalladamente en el análisis de su monografía, dedicada especialmente al razonamiento autístico.

E. Bleyler /12/ contrapone al razonamiento real, que refleja la

realidad existente, el razonamiento autisténico, que no depende de la realidad ni de la lógica y no es dirigido por ellos, sino por las «necesidades afectivas». Por «necesidades afectivas», Bleyler entiende el deseo del hombre de sentir placer y evitar vivencias desagradables.

E. Bleyler considera que mientras el pensamiento lógico real es la reproducción mental de las relaciones que nos proporciona la realidad, el pensamiento autisténico es dirigido por deseos y afectos y no tiene en cuenta ni la lógica ni la realidad.

E. Bleyler contrapone los razonamientos lógico y autisténico también por su génesis. Considera que el debilitamiento del pensamiento lógico conduce al predominio del autisténico, que el pensamiento lógico, el cual funciona mediante los cuadros del recuerdo, se adquiere por la experiencia, en cambio el autisténico sigue los mecanismos innatos /12/.

La teoría de E. Bleyler tiene determinado valor histórico: en contraposición a la psicología y psicopatología formal e intelectualista de su tiempo, él subrayó el condicionamiento afectivo del razonamiento, mejor dicho, la relación existente entre el enfoque del pensamiento y las necesidades del hombre. El hecho de que E. Bleyler subraye el papel desempeñado en el razonamiento por los deseos afectivos, de que relacione el pensamiento con las necesidades (a pesar de que limite su análisis a una sola necesidad, y además en su nivel biológico) es, a nuestro entender, más bien un mérito y no un defecto del libro de Bleyler. La objeción principal, que es importante en la crítica del concepto de pensamiento autisténico de Bleyler, consiste en que el autor elija el pensamiento denominado real y el condicionado afectivamente. Y a pesar de que E. Bleyler indica que el pensamiento real refleja toda la realidad, en esencia él aísla esta clase fundamental de razonamiento de las emociones, deseos y necesidades.

Es falso el intento de E. Bleyler de dividir el único proceso de conocimiento racional en sus dos clases de razonamiento, opuestas genética y estructuralmente, e introducir en la psicopatología el término de pensamiento autisténico, o sea, independiente de la realidad.

Una gran influencia sobre los estudios del razonamiento han tenido los trabajos de la escuela de gestaltpsicología. En los trabajos de V. Köler, M. Wertgueimer y K. Dunker el razonamiento es considerado como una «comprensión» de la situación repentina y no preparada por la experiencia anterior. Según su opinión, la actividad del razonamiento consiste en que las distintas partes («configuraciones») de la situación problemática se reestructuran; se forma un nuevo «entero», un nuevo «gestalt». Los distintos elementos de la situación problemática son percibidos en sus nuevas relaciones, que dependen del nuevo «gestalt». Y la propia reestructuración sucede mediante una captación repentina —él «insite».

A pesar de que los gestaltpsicólogos, en las personas de K. Dunker y N. Mayer, plantearon el problema de la productividad del pensamiento, no lograron descubrir su carácter específico y efectuaban el análisis del mismo trasplantando los principios estructurales de la

percepción o lo deducían de los fenómenos de la conciencia; los seguidores de la gestaltpsicología consideraban que no existe objeto fuera de la conciencia.

Es preciso indicar que los principios de la gestaltpsicología referentes al pensamiento no tuvieron gran influencia sobre las investigaciones psicopatológicas. Sólo se aplicaron algunos estudios, más bien de carácter metodológico.

La psicología soviética ha superado las tesis que consideran al razonamiento como un proceso innato y de desarrollo inherente o como un acto de asociaciones «encadenadas». Una de las principales tesis de los psicólogos soviéticos (L. S. Vygotsky, P. J. Galperin, A. N. Leontiev, S. L. Rubinstein) consiste en que el razonamiento es un proceso de asimilación del sistema de operaciones y conocimientos elaborados en un proceso histórico-social.

En la psicología soviética, el razonamiento es determinado como un reflejo generalizado y mediato de la realidad, que está estrechamente relacionado con la percepción sensitiva del mundo y la actividad de los hombres.

Al describir la vía dialéctica del conocimiento del mundo objetivo, V. I. Lenin /1-152-153/ escribía: «De la contemplación viva el pensamiento abstracto y de éste a la práctica; ésta es la vía dialéctica para conocer la realidad objetiva».

El conocimiento racional no se limita a reflejar lo individual o particular, sino que refleja conexiones de la realidad más sustanciales. El proceso del conocimiento consiste no sólo en que tiene que pasar del conocimiento sensitivo al racional, sino que además debe regresar a la práctica. Este proceso, que refleja con la máxima amplitud la realidad, es posible sólo gracias al habla, que es, según palabras de K. Marx /2, 448/, «la realidad inmediata del pensamiento».

Estas tesis generales de la filosofía marxista-leninista forman la base de las teorías de la psicología soviética sobre la naturaleza de los procesos psíquicos, incluyendo el pensamiento. El razonamiento es una forma de la actividad humana que se forma en la práctica, cuando ante el hombre surge la necesidad de resolver algún problema.

Para poder comprender la naturaleza del pensamiento tiene gran importancia el estudio de su génesis.

Las propiedades psíquicas se forman en el proceso del desarrollo ontogénico. L. S. Vygotsky intentó con sus estudios impugnar la interpretación de los procesos psíquicos, incluyendo el razonamiento, como propiedades internas espirituales, como funciones espirituales encerradas en sí mismas. En más de una ocasión manifestó el pensamiento de que los procesos psíquicos surgen en la actividad conjunta de los hombres y en su comunicación mutua, que la acción, dividida al principio entre dos personas, se convierte en medio del comportamiento personal del sujeto.

A. N. Leontiev y P. J. Galperin fueron los que más consecuentemente desarrollaron la tesis según la cual la actividad psíquica se for-

ma de la actividad exterior. En los trabajos de P. J. Galperin se indica que todo proceso de asimilación empieza por una acción concreta con objetos. Posteriormente, la acción pierde el carácter de acto externo con objetos y se efectúa en el habla externa y después «para sí mismo», «mentalmente». Gracias a esto se abstrae de las condiciones concretas de los objetos y adquiere un carácter más generalizado. Tiene lugar, según expresión del autor, una «abreviación del proceso», específica, su automatización y transformación en estereotipo dinámico.

A. N. Leontiev ve en este momento la formación del mecanismo de la correspondiente función psíquica, indicando más adelante que muchos eslabones del proceso resultan sobrantes, no se refuerzan, se inhiben y desaparecen. Junto con esta reducción del proceso se efectúa el reforzamiento de las correspondientes conexiones reflectorias del «sistema reducido».

A. V. Zaporozhets desarrolla este concepto basándose en el estudio experimental de la formación de movimientos voluntarios en el niño.

Es preciso indicar que también algunos psicólogos progresistas extranjeros (J. Piaget, A. Vallon) mantienen el punto de vista de que los procesos psíquicos se desarrollan de la actividad externa.

Las tesis desarrolladas en la psicología soviética, según las cuales la actividad teórica se desarrolla de la actividad exterior y las propiedades psíquicas, tanto generales como específicas, son producto del desarrollo ontogénico, se basan en la teoría de I. M. Sechenov y I. P. Pavlov sobre la naturaleza reflectora de la psique. En los «Elementos del pensamiento», I. M. Sechenov /99, 251-252/ dice que el pensamiento se inicia con la formación de unas nociones sobre el objeto, e inmediatamente pasa «al área extrasensitiva»: «El paso del pensamiento del área experimental a la extrasensitiva se efectúa mediante un prolongado análisis, prolongada síntesis y prolongada generalización. En este sentido representa una prolongación natural de la fase anterior del desarrollo, que no se diferencia de la misma por los métodos y, por tanto, tampoco por los procesos de razonamiento».

La tesis de la psicología soviética, según la cual el razonamiento es una actividad que ha nacido de la práctica y se ha formado durante la vida del individuo, encuentra su fundamento en la teoría de I. P. Pavlov, la cual afirma que el razonamiento se basa en la actividad de reflejos condicionales, que se forma en la experiencia individual.

Por tanto, al formular la tesis de que el pensamiento tiene naturaleza condicional reflectoria, los psicólogos soviéticos rechazan el postulado de la psicología empírica idealista, que determina el razonamiento como una capacidad innata, como una función que sólo se aumenta cuantitativamente al desarrollarse el cerebro.

El estudio psicológico del pensamiento, su planteamiento y des-

arrollo consiste, como indica S. L. Rubinstein, en el descubrimiento de sus leyes como actividad analítico-sintetizadora.

El descubrimiento del fundamento reflectorio de todos los actos psíquicos, incluso los elementales, puso de manifiesto la estructura de sus procesos. Incluso los más elementales actos psíquicos del hombre, como, por ejemplo, las sensaciones o la percepción, pueden considerarse como procesos en el sentido de que se desarrollan en el tiempo y poseen un determinado dinamismo variante. Este se manifiesta en su grado máximo en todo acto del pensamiento humano.

El razonamiento consiste no sólo en la capacidad de conocer los fenómenos que nos rodean, sino además en la capacidad de actuar adecuadamente con el fin planteado. El pensamiento es un proceso activo, adecuadamente dirigido hacia la resolución de un problema concreto y con motivaciones personales.

Al resumir todo lo dicho, es preciso subrayar que el razonamiento es una actividad que se apoya sobre el sistema de conceptos, se propone la resolución de los problemas, está supeditada a una finalidad y tiene en cuenta las condiciones, en las que se realiza el problema.

Para resolver satisfactoriamente el problema planteado es imprescindible mantener constantemente el objetivo, realizar un programa de operaciones y comparar el desarrollo de las mismas con el resultado esperado. Basándose en esta comparación se efectúa la corrección de los pasos equivocados.

Estas tesis de la psicología soviética sobre la estructura del razonamiento deben formar la base del análisis de las distintas formas patológicas del pensamiento.

Las alteraciones del pensamiento que se presentan en la práctica psiquiátrica son de carácter muy variado. Es difícil ponerlas en un esquema rígido, clasificarlas. Se puede tratar de parámetros, alrededor de los cuales se agrupan distintas variantes de alteraciones del pensamiento, que presentan los enfermos psíquicos.

Consideramos que es posible distinguir las siguientes tres clases en la patología del pensamiento:

- 1) Alteración del aspecto operacional del razonamiento.
- 2) Alteración del dinamismo del pensamiento.
- 3) Alteración del componente motivador del pensamiento.

Desde luego que no siempre es posible clasificar en los límites de un tipo de estas alteraciones las particularidades de razonamiento que presenta cada enfermo concreto. Es frecuente que en la estructura del razonamiento patológicamente modificado de los enfermos se observen combinaciones más o menos complejas de las distintas clases de alteraciones. Así, por ejemplo, la alteración del proceso de generalización en unos casos se combina con la alteración de la direccionalidad del razonamiento y, en otros casos, con distintas subclases de la alteración de su dinamismo.

1. ALTERACIÓN DEL ASPECTO OPERACIONAL DEL RAZONAMIENTO

El pensamiento, como reflejo generalizado y mediato de la realidad, se presenta en la práctica como asimilación y utilización de conocimientos. Esta asimilación transcurre no en forma de simple acumulación de hechos, sino como un proceso de sintetización, generalización y abstracción, y como aplicación de nuevas operaciones intelectuales. El pensamiento se basa sobre un conocido sistema de conceptos, que brindan la posibilidad de reflejar la acción en formas generalizadas y abstractas.

Según indica correctamente S. L. Rubinstein en su trabajo «Sobre el razonamiento y las vías de su estudio» /90/, la generalización es consecuencia del análisis que descubre las relaciones existentes entre los fenómenos y los objetos. Representa una nueva actitud ante el objeto y la posibilidad de establecer conexiones distintas entre los objetos. Por otro lado, también representa la posibilidad de establecer una relación entre los propios conceptos. Los sistemas de relaciones establecidos y generalizados en la experiencia anterior no se anulan, la generalización transcurre no sólo mediante nuevas generaciones de objetos individuales, sino también mediante la generalización de las generaciones ya establecidas anteriormente. Esto fue indicado por L. S. Vygotsky. La generalización está dada en el sistema de lenguaje, el cual sirve para transmitir la experiencia de todos los hombres y permite sobrepasar las impresiones individuales.

En algunas formas patológicas de la actividad psíquica, los enfermos pierden la capacidad de utilizar el sistema de operaciones de generalización y abstracción.

El análisis del razonamiento de los enfermos, que padecen distintas enfermedades cerebrales, ha establecido que la alteración del aspecto operacional del razonamiento adquiere formas distintas. A pesar de su gran variedad, estas formas pueden reducirse a dos variantes extremas: a) descenso del nivel de generalización, b) desfiguración del proceso de generalización.

Descenso del nivel de generalización. La capacidad de operar con propiedades generalizadas caracteriza el razonamiento como una actividad analítico-sintetizadora.

El descenso del nivel de generalización consiste en que en el razonamiento de los enfermos predomina la imagen directa de los objetos y fenómenos, la operación con propiedades generalizadas concretas entre los objetos. En el transcurso del experimento estos enfermos no son capaces de seleccionar entre todos los rasgos los que más plenamente reflejan el concepto.

Por esto, las alteraciones del tipo de la combinación de situación concreta se manifiestan con mayor frecuencia al ejecutar tareas, en las que esta operación mental se plantea claramente.

Esta clase de razonamiento patológico se manifiesta con especial

claridad mediante la metodología de clasificación de objetos¹. En este experimento, uno de los enfermos se niega a unificar en un mismo grupo a la cabra y al lobo, «porque son enemigos»; otro enfermo no quiere juntar al gato con el escarabajo, porque «el gato vive en la casa, en cambio el escarabajo vuela». Las propiedades parciales, como «vive en el bosque» o «vuela» son más determinantes en el razonamiento de los enfermos que el concepto más amplio de «animales».

Cuando el nivel de descenso en la capacidad de generalización es muy acentuado, el enfermo es incapaz de realizar un problema de clasificación; para el experimentado los objetos resultan tan diferenciados por sus propiedades particulares que no pueden unificarse en grupos. Ni siquiera la mesa y las sillas pueden pertenecer al mismo grupo, ya que «la silla es para sentarse y la mesa para trabajar o comer». En algunos casos, los enfermos forman cantidad de grupos pequeños, basándose en conexiones extremadamente concretas entre los objetos, por ejemplo: llave y candado, hilo y agujas, libreta y lápiz. A veces, los enfermos unifican objetos como elementos de algún argumento, pero no efectúan clasificación alguna. Por ejemplo, un grupo está formado por un huevo, una cuchara y un cuchillo; otro grupo lo forman la libreta, la pluma y el lápiz. Además, el enfermo imagina un cuento: «El ha llegado del trabajo, con la cucharilla ha comido el huevo, ha cortado pan, después se sienta a estudiar un poco, coge la libreta, la pluma y el lápiz...».

Nosotros denominamos esta clase de soluciones como de situación concreta. Estas se manifiestan fundamentalmente en los oligofrénicos y también en algunos enfermos que han sufrido graves formas de procesos difusos orgánicos de distinta etimología.

En el estado psíquico de estos enfermos por regla general no se detectan síntomas psicóticos (delirio, alucinaciones, alteraciones de la conciencia). Los enfermos pueden realizar trabajos sencillos, siempre que sus condiciones estén limitadas y severamente establecidas. La modificación de las condiciones provoca dificultades y acciones equivocadas en los enfermos. En la clínica se someten fácilmente al orden del día, participan en los procesos laborales, ayudan al personal, sin embargo frecuentemente entran en conflicto con los que los rodean, no admiten bromas, discuten con otros enfermos mentales. La operación de clasificación resulta dificultosa para estos enfermos, ya que se basa en la capacidad de distinguir la propiedad generalizadora del objeto y de abstraerse de multitud de sus otras propiedades y particularidades concretas.

Fueron análogos los resultados obtenidos en este grupo de enfermos al efectuar la tarea de «exclusión de objetos».

Al experimentado se le presentan fichas, en cada una de las cuales están representados cuatro objetos, seleccionados de tal manera que

¹ La descripción de esta metodología, como la de las otras que se citarán, se encuentran en el libro de S. J. Rubinstein, «Métodos experimentales de la psicopatología», Moscú, edic. Medicina, 1970.

tres de ellos se relacionan entre sí y el cuarto no mantiene esta relación. El experimentado debe determinar cuál de estos objetos debe excluirse. Por ejemplo, en la ficha se representan los siguientes objetos: termómetro, báscula, reloj, gafas. En este caso deben excluirse las gafas, ya que todos los otros objetos son instrumentos de medición.

La esencia psicológica de este método consta en que el experimentado debe ante todo comprender que toda la operación es en cierto modo convencional. Sólo si el experimentado es capaz de hallar el principio generalizador de tres objetos podrá excluir el cuarto objeto.

Esta metodología también demuestra si el experimentado es capaz de encontrar la adecuada fórmula verbal para fundamentar el principio de exclusión que ha escogido. También permite detectar la posibilidad de modificar el procedimiento adoptado para resolución del problema. Citaremos unos ejemplos de soluciones a este problema. El enfermo K. (diagnóstico-dolencia epiléptica), al mostrarle los objetos «termómetro, reloj, báscula, gafas» manifiesta que debe excluirse el termómetro, ya que «lo precisa sólo una persona enferma». Otra enferma del mismo grupo propone unificar el reloj, el termómetro y las gafas, ya que «si la persona es corta de vista, mira el termómetro y el reloj, a través de las gafas».

Al presentarles cuatro objetos, de los cuales tres corresponden a fuentes de luz artificial (lámpara de keroseno, vela y bombilla eléctrica) y el otro es fuente de luz natural (el sol), los enfermos con frecuencia consideran como «sobrante» la lámpara de keroseno y fundamentan esta decisión indicando que ahora ya no se utiliza, que «incluso en los más remotos lugares existe la electricidad». Otros enfermos excluyen la vela, y lo hacen por los mismos motivos.

En la tabla 1 se reproducen algunas respuestas típicas de los enfermos, que demuestran que éstos operan con propiedades de los objetos y determinan relaciones entre los mismos que no son substanciales para la ejecución del problema.

Es frecuente que los enfermos enfoquen la imagen de los objetos desde el punto de vista de su utilidad cotidiana y no comprendan la acción teórica, el carácter convencional que se oculta en el problema.

Inmediatamente después de escuchar las instrucciones, los enfermos protestan: «Aquí no hay nada que sobre, todos los objetos son necesarios». Así, la enferma D., al presentarle el dibujo de una bota alta, un zapato, un botín y un pie, dice: «Perdone, pero aquí no sobra nada. Es un pie humano, se le puede poner tanto un zapato como un botín o una bota, y también una media... Sí, aquí falta la media... Si el pie es femenino, entonces el zapato... Al hombre le va mejor la bota, creo yo». Cuando el experimentador propone excluir el pie, porque es parte del cuerpo, y los restantes tres objetos son formas de calzado, la enferma ríe: «¡Está bromeando, supongo! ¿Cómo se puede excluir el pie? Si la persona no tuviese pie, ¿para qué necesita el calzado?». Esta incompreensión del carácter convencional se ha-

ce especialmente patente cuando los enfermos intentan explicar los refranes y metáforas.

TABLA 1
Respuestas típicas de los enfermos con descenso del nivel
de generalización en el experimento por el método de exclusión

Fichas presentadas	Enfermo	Respuesta del enfermo
Lámpara de kerosene, vela, bombilla eléctrica, el sol	K. (oligofrenia)	Debe excluirse la vela, no es necesaria, hay una bombilla.
	D. (epilepsia)	Hay que quitar la vela, se consume muy de prisa, no es ventajosa, además te puedes dormir, puede encenderse todo.
	S. (epilepsia)	No es precisa la lámpara de kerosene, ahora en todas partes hay electricidad. ¿Quizá también se tenga que quitar la vela? No, hay que dejarla, por si se estropea la electricidad. En casa sucede a menudo, entonces hay que tener de reserva una vela.
	K-n (epilepsia)	Si es de día hay que quitar el sol, de todos modos es claro, bueno, y si es de noche (el enfermo medita)... Por la noche de todos modos no hay sol... No, no es correcto, de día hay que quitar la vela y dejar el sol, pero por la noche no se necesita el sol.
Báscula, reloj, termómetro, gafas.	K. (epilepsia)	No se necesita el termómetro, aquí no hay médico, no hay clínica.
	K. (epilepsia)	No se necesita la báscula. Esta es precisa en la tienda, cuando hay que pesar algo.
	S-v (oligofrenia)	Debe excluirse el termómetro, sólo es preciso en el hospital.
	R-v (epilepsia)	No lo sé, todo es necesario. El reloj para el tiempo, el termómetro para medir la temperatura.

TABLA 1 *Continuación*

Fichas presentadas	Enfermo	Respuesta del enfermo
		Quizá, las gafas, si la persona ve bien, pero si es corto de vista, las necesita. La báscula no siempre es necesaria, pero también es útil en casa.

Como es sabido, los refranes son un género de folklore, en el cual la generalización, el razonamiento general se transmite mediante la indicación de algún hecho aislado individual en una situación concreta. El verdadero sentido del refrán sólo se puede comprender cuando nos abstraemos de los hechos concretos narrados en el mismo, cuando los fenómenos concretos e individuales adquieren carácter de fenómenos generales. Sólo en este caso se puede transmitir el contenido del refrán a otras situaciones. Esta transmisión se efectúa por mecanismos similares a los que actúan al aplicar la solución de un problema a otro problema. Al analizar la operación de transmisión, S. L. Rubinstein /90/ subrayaba que detrás de la transmisión está la generalización, y detrás de ésta el análisis conectado con la síntesis. Esta operación se manifiesta con especial claridad al relacionar frases con refranes. Destacamos dos variantes de este método.

Variante A. Explicación de refranes y metáforas.—Se ruega al experimentado que explique refranes y metáforas de uso frecuente. En algunos casos se le propone dar algún ejemplo cotidiano, al cual puede aplicarse el refrán comentado, o bien escribir un pequeño relato adaptado al contenido del refrán.

El experimento se realiza en forma de conversación, y el experimentador desempeña un importante papel activo, ya que mediante distintas preguntas puede comprobar la corrección y profundidad con las que el enfermo abarca el sentido figurado y determinar las dificultades a las que se enfrenta el enfermo. Por esto las preguntas deben formularse con cautela.

En este caso la alteración del razonamiento más profunda consiste en la plena incompreensión del sentido figurado, una interpretación literal del refrán o metáfora.

Son varios los trabajos de investigadores tanto nacionales como extranjeros, los que están dedicados a analizar la comprensión del sentido figurado. Así, en los trabajos del L. S. Vygotsky y J. Piaget se descubre la relación existente entre la comprensión de los sentidos figurados y el nivel de formación de conceptos.

La dificultad en comprender el sentido figurado de los refranes y metáforas depende no solamente del descenso del nivel de generalización, sino que juegan también otros factores (postura inadecuada del enfermo ante el problema planteado, dinamismo del razonamiento

alterado, conocimiento del enfermo). Sin detenernos en todos estos factores (de ellos se hablará más adelante), aquí sólo queremos indicar que los enfermos que no supieron destacar el síntoma generalizador en el experimento de clasificación de objetos, frecuentemente tampoco pudieron explicar el sentido figurado de los refranes. «El hierro se forja en caliente» significa, según la opinión de uno de los enfermos, que «es imposible forjar el hierro cuando está frío». Otro enfermo manifiesta: «No existe una mano de hierro. Si se trata de una prótesis —la hacen de madera y no de hierro». Al comentar el refrán «No te sientes en el trineo que no es tuyo», el enfermo dice: «¿Y para qué hay que sentarse en un trineo ajeno? ¿Cómo es eso? No está bien meterse en un trineo ajeno». El experimentador intenta explicar que este refrán puede aplicarse a otras cosas que no sea un trineo. El enfermo no se conforma: «¿Cómo puede suceder que alguien se siente en un trineo que no es el suyo? Quizá alguien estuviese pensativo y por despiste se marchase en un trineo ajeno».

Sin embargo, no siempre una interpretación correcta o equivocada de los refranes caracteriza un determinado nivel de generalización del experimentado. Algunos refranes pueden resultar tan familiares para el experimentado que la explicación correcta indica en estos casos sólo el conocimiento del significado de estos refranes y no el proceso de generalización de un material nuevo. Resulta mucho más representativa la metodología que exige relacionar frases con refranes.

Variante B. Relación de frases con refranes. Al experimentado se le entrega un cuadro con los textos de algunos refranes y unas fichas con frases; el sentido de algunas frases no corresponde al sentido de los refranes, pero incluyen palabras utilizadas en los refranes. Al experimentado se le propone combinar los refranes y las frases de manera que cada refrán tenga sólo una frase, adecuada al mismo. Existen varias series de estos refranes y frases con distinto nivel de dificultad. Como ejemplo reproducimos la primera serie, la más fácil de ellas.

Refranes:

1. No se puede ocultar una lezna en un cazo.
2. El hierro se forja en caliente.
3. No todo es oro lo que reluce.
4. De cada uno un hilo, una camisa para el desnudo.
5. Cuando te dieren el anillo pon el dedillo.

Frases:

1. El oro es más pesado que el hierro.
2. El zapatero cose con una lezna las botas.

3. No todo lo que nos parece ser bueno, lo es.
4. Si has emprendido el camino, ya es tarde regresar.
5. El herrero ha trabajado hoy todo el día.
6. Con el esfuerzo común es fácil vencer cualquier dificultad.
7. Es imposible ocultar la verdad.
8. No aplices las cosas para mañana.

La variante del método que estamos examinando posee algunas peculiaridades, comparada con la variante A (explicación de los refranes). La comprensión del sentido figurado del refrán se facilita en este método, ya que si el experimentado comprende aunque sea confusamente el sentido del refrán, la frase que se presenta debe actuar como ayuda. Sin embargo, el método tiene otra clase de dificultad: se crea una amplia posibilidad de actualización del sentido aproximado, pero la utilización de las mismas palabras en los refranes y las frases «provocan» fácilmente un acercamiento no crítico de explicaciones inadecuadas. La dificultad, por tanto, se transfiere entera y consiste no en la capacidad en sí de comprender la abstracción, sino en la posibilidad de desinhibir lo que no corresponde al sentido del refrán. Por tanto, la comparación de ambas variantes permite determinar no sólo el nivel de abstracción, sino también la estabilidad de esta operación.

El descenso del nivel de abstracción se manifiesta también en la aplicación del método que va dirigido al estudio del proceso de mediación en los enfermos. Este método se conoce con el nombre de «método de los pictogramas».

Según ya hemos indicado en el capítulo V, este método fue propuesto por A. L. Luria para estudiar la memorización mediata con ayuda de dibujos. Posteriormente se aplicó también, con algunas modificaciones, al estudio de los procesos del razonamiento. El experimento se plantea de manera que el experimentado suponga que se está estudiando su memoria, mientras el experimentador analiza fundamentalmente las particularidades de su pensamiento.

Ya en el mencionado trabajo de G. V. Birenbaum /11/ se demostró que la elección del dibujo y la determinación de relaciones puede servir de indicador no sólo para la alteración de la memoria, sino también del razonamiento. La autora demostró que los dibujos de los enfermos de esquizofrenia se caracterizan por ser muy esquemáticos y de un simbolismo vacío, mientras que las imágenes creadas por los enfermos de dolencia epiléptica tienen el carácter de situación concreta.

S. V. Longuinova /62, 63/ realizó un estudio de las alteraciones del razonamiento utilizando el método de pictogramas. La autora, utilizando un extenso material, demostró que los dibujos de las personas sanas se caracterizan por la proximidad del contenido del dibujo y de la palabra a memorizar, y por un simbolismo adecuado (estos datos fueron confirmados en la tesina no publicada por L. I. Zyraeva). En consecuencia, las imágenes creadas por personas sanas resultan adecuadas en la mediación al reproducir las palabras.

Son completamente distintos los resultados obtenidos por S. V. Longuinova con los enfermos de epilepsia. La autora subraya que en estos enfermos la imagen generalizada es sustituida por multitud de nociones concretas, las cuales ellos intentan reflejar con toda pedantería y detalle.

En el trabajo ya citado, G. V. Birenbaum indica que a los enfermos de epilepsia les es tan difícil la ejecución de esta tarea que a veces los enfermos no pueden decidirse por ningún dibujo concreto y determinado, ya que ninguno de ellos refleja con suficiente exactitud y plenitud el contenido de las palabras. Datos análogos se han observado también en los estudios realizados por nuestro equipo en 1962 /26/. Citaremos unos ejemplos típicos de cómo los enfermos de epilepsia realizan los pictogramas.

Enfermo A. Una alegre fiesta. ¿Cómo representarla? Uno puede divertirse de varias maneras. A algunos les gusta el día de fiesta ir al cine, es una distracción para ellos. Otros..., bueno, beber. Esto, claro, no está bien... Para otro, la distracción consiste en que pasea con su familia, los niños... o va con ellos al circo. ¿Cómo representar esto? Bueno, también se puede enfocar de otro modo, desde el punto de vista social. Tenemos fiestas nacionales, para todos, por ejemplo, *el Primero de Mayo*: se puede dibujar una manifestación, en tal caso se necesitan muchas banderas (el enfermo dibuja una bandera, pero no queda satisfecho). Una bandera no es suficiente, se necesitan muchas, multitud, pero yo no sé dibujar...

Enferma M-va. Trabajo pesado. Bueno, esto es imposible de representarlo, tantas cosas pueden ser un trabajo pesado. Para algunos son pesadas las matemáticas. A mí nunca me han gustado, nunca se me han dado bien. A otros no se les da bien la literatura. También sucede que para una persona débil resulta pesado el trabajo físico. Son muchas las cosas que pueden ser pesadas... Dibujaré unas piedras, es pesado mover piedras. Aunque ahora existen grúas elevadoras, con ellas se pueden levantar pesos... No, no son piedras lo que hay que dibujar, será mejor que dibuje un martillo, como en la herrería, pero ahora tampoco existen los herreros, esto también lo hacen ahora con ayuda de la técnica. No sé cómo, doctor. Bueno, que sea una piedra y un martillo.

Por consiguiente, la comparación de datos obtenidos mediante distintos métodos (clasificación de objetos, método de exclusión, explicación de refranes y métodos de pictogramas) puso de manifiesto el descenso del proceso de generalización en distintos enfermos (epilépticos, oligofrénicos), lo que se expresa en el carácter de situaciones concretas que adquiere su razonamiento, la incompreensión de traslado del significado y del convencionalismo. Los enfermos son incapaces de destacar las propiedades sustanciales de los objetos, no pueden descubrir las relaciones entre el significado de los mismos.

L. S. Vygotsky prestó gran atención al estudio del problema de mediación. Al enfocar desde el punto de vista histórico el proceso del

desarrollo psíquico y al considerar que los procesos psíquicos del hombre se desarrollan partiendo de la actividad exterior, L. S. Vygotsky subrayó más de una vez el carácter mediato de los procesos psíquicos. Las relaciones entre las personas, que se forman en el proceso de producción de bienes materiales, median en la actividad del hombre y forman su psique. L. S. Vygotsky, además de indicar el papel que desempeñó la utilización de instrumentos en el desarrollo de la psique, atribuía gran importancia a la expresión verbal. La palabra, según Vygotsky, es un fenómeno de la realidad objetiva, que se forma en el transcurso de la práctica social y que se utiliza primeramente como forma de comunicación y posteriormente se convierte en medio para organizar las propias acciones. Esta posibilidad de mediación va incluida en el sentido de las palabras, o sea, en el sistema de relaciones y conexiones de la experiencia social, el cual se realiza en el proceso de comunicación con otras personas.

Al asimilar en su desarrollo el sentido de las palabras, el hombre generaliza las relaciones objetivas y dirige su comportamiento. La palabra como medio de comunicación y medio de generalización forma en su desarrollo una unidad y sirve de base a la mediación.

Los estudios que hemos efectuado han demostrado que una serie de enfermos tienen alterado el proceso de mediación.

El descenso del nivel de generalización y la alteración del proceso de mediación significan que queda sin revelarse la propia situación problemática que aparece siempre en la investigación experimental.

S. L. Rubinstein indicaba que la situación se convierte en problemática precisamente porque los elementos que la componen son inadecuados a las relaciones en las que se manifiestan en ese momento. La propia situación problemática debe someterse a análisis; sólo entonces aparece ante el hombre la fórmula del problema. El razonamiento utiliza los conocimientos adquiridos y los procedimientos para resolver problemas, pero esta utilización debe ir precedida del análisis de las condiciones del problema: se utilizan nuevos procedimientos si los viejos son ineficaces.

Los enfermos que nosotros describimos no pueden analizar la situación problemática que tienen planteada ante sí; ellos razonan con cada uno de sus elementos, sin embargo, no aparece el problema teórico que se espera de ellos. El razonamiento de los enfermos está muy limitado en sus posibilidades, refleja la realidad de modo incompleto e imperfecto; los enfermos pueden actuar correctamente sólo en condiciones rígidamente preestablecidas. Sobre esto escribió en su tiempo A. A. Tokarsky (1896); a diferencia de muchos psicólogos de su tiempo, él consideraba que razonar correctamente significa ver cómo se han modificado las condiciones, utilizar el procedimiento adecuado de reacción y saber dudar de la corrección de sus actos. En el artículo «Acerca de la tontería» /108/, A. A. Tokarsky expone un ejemplo de descenso de la capacidad de razonamiento (en su terminología «tontería»): un tonto vio un incendio y empezó a bailar, le pegaron. En otra ocasión vio el tonto que estaban chamus-

cando un cerdo. Cogió un cubo con agua y apagó el fuego. Le pegaron de nuevo.

A. A. Tokarsky analiza este caso: el tonto asimiló el consejo, o sea, que no tenía alterada la memoria. El formuló la conclusión de que «cuando hay fuego, éste debe apagarse». Pero tuvo un fracaso, porque no supo distinguir dos casos distintos —el «incendio» y el «chamuscado del cerdo»— y aplicó al segundo caso la solución correspondiente al primero. Según la opinión de A. A. Tokarsky, el tonto asimiló un número insuficiente de síntomas, o sea, que percibió la realidad incompleta.

El rasgo fundamental de la «tontería», según Tokarsky, consiste en que «las acciones no corresponden a las exigencias de la realidad». A. A. Tokarsky ve la causa de la «tontería» /108, 691/, en que la persona tonta «tiene alterado el proceso psíquico en su mismo origen, del cual sale toda nuestra riqueza psíquica, o sea, en la percepción de la realidad inmediata. El tonto percibe sólo una pequeña parte de la realidad». A. A. Tokarsky caracteriza a los tontos como personas que aplican con frecuencia el patrón en el lugar inadecuado, que no saben buscar nuevas relaciones ni aplicar de manera nueva las ya conocidas y que además no dudan de sus razonamientos.

El tonto percibe poco de lo que lo rodea, recuerda poco de lo que ha percibido y al final no puede entender a qué caso se refiere su recuerdo. Su principal rasgo consiste en la «pronunciada descoordinación entre nociones y conceptos, por un lado, y la realidad por el otro» /108, 692/.

De estas manifestaciones de A. A. Tokarsky se deduce que él concebía el razonamiento como una actividad que inevitablemente incluía el análisis, síntesis y generalización. La incapacidad de distinguir dos casos que se asemejan por un solo síntoma y la percepción incompleta de las condiciones en las que se desarrolla la situación, fenómenos indicados por A. A. Tokarsky, son las que forman la insuficiencia en la actividad analítica y sintetizadora. La aplicación del patrón inadecuado, o sea, la trasposición incorrecta, significa una generalización incorrecta.

En los trabajos dedicados a la psicología del niño retrasado mental se reproducen datos experimentales indicadores de que el niño retrasado mental no está en condiciones de reconocer los rasgos comunes en la gran diversidad de fenómenos individuales. Ya en los años treinta, L. S. Vygotsky y Zh. I. Shif determinaron que el niño retrasado mental, aunque asimile los evidentes sistemas de relaciones, no está en condiciones de sistematizar su experiencia mediante la generalización y la abstracción.

Resumiendo, se puede afirmar que el razonamiento de estos enfermos refleja de modo imperfecto los objetos, fenómenos y las relaciones entre ellos. Al indicar que el conocimiento humano representa un paso de la contemplación sensitiva al razonamiento abstracto y de éste a la práctica, V. I. Lenin /1, 330/ subrayaba que el acto de generalización consiste en el alejamiento de lo concreto: «La concepción

del cerebro (humano) sobre un objeto determinado, el obtener su copia (concepto) *no es* un acto sencillo, directo e inerte, como en el espejo, sino que es un acto complejo, dividido, en forma de zig-zag y que *incluye en sí* la posibilidad de que la fantasía se aparte de la vida....».

En nuestros enfermos está extremadamente dificultado este «apartarse» de las relaciones individuales. Los enfermos tienen alterado el pleno valor del proceso de reflejar las propiedades objetivas y leyes de desarrollo de las cosas, que presupone la capacidad de abstraerse de los detalles concretos.

Alteración del proceso de generalización. Las alteraciones del sistema de abstracción y generalización pueden adoptar otras características, formando como si fuese la antípoda de los que acabamos de describir.

Mientras los razonamientos de los enfermos ya descritos no sobrepasan los límites de las relaciones particulares e individuales, en los enfermos de los cuales hablaremos ahora, por el contrario, la «separación» de las relaciones concretas se manifiesta de forma en extremo exagerada. Su razonamiento refleja sólo el lado casual de los fenómenos, y no las relaciones sustanciales entre los objetos.

Al resolver problemas experimentales, se actualizan asociaciones casuales, desligadas de la experiencia concreta del enfermo. Las relaciones, con las que opera el enfermo, no reflejan ni el contenido de los fenómenos, ni las relaciones sustanciales entre ellos. Así, por ejemplo, al realizar la tarea de «clasificación de objetos», los enfermos se guían por síntomas demasiado amplios y por relaciones reales, pero inadecuadas entre los objetos. Por ejemplo, el enfermo M. reúne en un mismo grupo el tenedor, la mesa y la pala, guiándose por el principio de «dureza»; la seta, el caballo y el lápiz forman, según él, un solo grupo por el «principio» de relación «entre lo orgánico y lo inorgánico». Estas alteraciones del razonamiento las denominamos *alteración del proceso de generalización*. Se observa con mayor frecuencia en enfermos de esquizofrenia simple, de desarrollo lento y en un desarrollo de la enfermedad con alucinaciones paranoicas, pero también pueden observarse en otras formas de la enfermedad.

Estos enfermos viven en el mundo de sus propias vivencias delirantes, se interesan poco por el medio circundante real e intentan enfocar «desde el punto de vista teórico» los insignificantes acontecimientos cotidianos. En una conversación son capaces de discutir problemas generales, pero frecuentemente no pueden contestar a una pregunta concreta. Así, por ejemplo, al hablar del armario uno de estos enfermos lo denomina «parte orgánica del espacio»; al mencionar a su amigo, al cual había caracterizado como persona buena, observa: «El concepto del bien es relativo, positivo y negativo, como el problema de los electrones en el universo. Lo malo es una vertiente cualitativa, o sea, que hay que buscar la buena. Pero lo malo puede aceptarse como bueno, lo opuesto no existe». Al comparar dos conceptos, «luna» y «tintero», otro enfermo dice: «Ambos sujetos con-

tienen algo; la luna contiene algo y el tintero también. La luna está compuesta de algo, y el tintero, también. Ambos son redondos y ambos tienen orificios: en el tintero, el cuello; en la luna, los cráteres. Aún tienen otro parecido: la luna brilla, y si en el tintero ponemos tinta y escribimos, la tinta brilla. El saber escribir es la luz. También hay una diferencia: la luna no se puede poner sobre la mesa, en cambio el tintero lo puedes tener donde quieras».

En la tabla 2 se exponen los ejemplos más representativos de cómo estos enfermos realizan el problema de clasificación. Esta operación la efectúan o basándose en aspectos tan generales (solidez, movimiento), que sobrepasan los límites del contenido, o guiándose por síntomas meramente externos, insustanciales (orificio).

La falta de contenido en el razonamiento de ciertos enfermos se manifiesta con especial claridad en la realización de la tarea «composición de pictogramas». Así, uno de los enfermos, para memorizar las palabras «viento templado» dibuja dos triángulos, y para las palabras «cena animada», dos círculos. Otro enfermo de este grupo, para memorizar la palabra «duda», dibuja un siluro, y para la palabra «despedida», una cebolla *.

Mientras los enfermos con un disminuido nivel de generalización tienen dificultad en componer los pictogramas, debido a que no pueden abstraerse de determinados significados concretos de las palabras, los enfermos que describimos ahora realizan esta tarea con gran facilidad, pueden formar cualquier conexión sin relación alguna con el contenido de la tarea planteada. El convencionalismo del dibujo es tan amplio y abstracto, que no refleja el contenido real de la palabra, en cuya memorización debe mediar; los enfermos sin meditar proponen cualquier esquema para la expresión figurada de la palabra.

En la tabla 2 se citan ejemplos típicos en la realización de este ejercicio del tipo de relaciones formales y faltos de contenido. En el experimento sobre la determinación y comparación de conceptos se manifiesta una alteración no menos pronunciada. Con especial claridad estas alteraciones se manifiestan en la comparación de pictogramas (tabla 3).

En el ya mencionado trabajo de S. V. Longuinova se presenta el análisis de dibujos esquemáticos y faltos de contenido. La autora tiene toda la razón al afirmar que el convencionalismo en los dibujos de estos enfermos llega hasta lo absurdo, son plenamente esquemáticos. El resultado es que los dibujos no contienen nada del concepto que se pide; no puede servir en el proceso de mediación. Reproducimos algunos ejemplos que fueron cedidos amablemente por S. V. Longuinova (dib. 2).

Como ejemplo, citaremos los datos del enfermo T (historial médico del doctor Grosman).

* En ruso, hay similitud fonética entre las palabras. (Nota del traductor.)

TABLA 2

**Ejemplos de realización de la tarea «clasificación de objetos»
del tipo de relaciones formales, faltas de contenido**

Objetos reunidos en un grupo	Enfermos	Explicaciones
Armario, cacerola	M. (esquizofrenia, forma paranoica) V. P. (esquizofre- nia, forma para- noica)	Ambos tienen abertura.
Cerdo, cabra, mari- posa		Son peludos.
Armario, botín		¡Semejanza! Estos ob- jetos tienen agujeros, clavos, tornillos.
Golondrina, arbus- to	El mismo	Golondrina y hojitas en el árbol. Suenan y cantan al aire, ¡y vuelan como lilas al cosmos en un cohete!
Automóvil, cucha- ra, carro	G-n (esquizofrenia, forma paranoica)	Por el principio del movimiento. La cucha- ra también se mueve hacia la boca.
Escarabajo, pala	G-n (esquizofrenia, forma paranoica)	Con la pala se remueve la tierra, el escarabajo también se remueve en la tierra.
Flor, cuchara, pala	D-n (esquizofrenia)	Todos son objetos alargados.
Ganso, tocino	K-v (esquizofrenia)	El ganso no puede ser compañero del toci- nillo.
Pala, caballo	E-n (esquizofrenia, forma paranoica)	Empiezan por la misma letra **.
Reloj, bicicleta	M. (esquizofrenia)	El reloj mide el tiempo, y cuando se va en bi- cicleta se mide la dis- tancia.

** En ruso, ambas palabras empiezan por la letra «л». (Nota del traductor).

Enfermo T., año de nacimiento, 1940. Diagnóstico: esquizofre-
nia, forma sencilla. Dos veces estuvo internado para observación y
tratamiento en la clínica Ganushkin —desde el 18-VII hasta el 20-
VIII y desde el 5-II hasta el 4-IV de 1964. Existe el factor hereditario:
el hermano del padre sufre de esquizofrenia. Su desarrollo fue nor-
mal. Inició la escuela a los siete años, hasta el 5.º grado estudió bien.
En los años escolares fue quieto, obediente y asustadizo. Le gustaban

TABLA 3

**Ejemplos de realización de pictogramas
por el tipo de relaciones formales y faltas de contenido**

Palabras para la memorización	Enfermos	Dibujos de los enfermos y explicaciones
Desarrollo	M-v (esquizofrenia)	Dos flechas
Desarrollo	O-ov (esquizofrenia)	Una cuerda. Puede desrizarse *
Despedida	M-v (esquizofrenia)	Cebolla. Empieza por «C» **
Duda	E-n (esquizofrenia)	El pez siluro ***
Duda	S-v (esquizofrenia)	Un montón de arcilla. «Glinca tiene una romanza "Duda". —Que sea un montón de ardilla» *
La niña tiene frío	R-v (esquizofrenia)	Dos cuadrados. «Usted ha dicho dos palabras»
La niña tiene frío	K-v (esquizofrenia)	Puntos y triángulos. «Representa la nieve. Que el triángulo sea la niña»
Tristeza	L-na (esquizofrenia)	Estufa. Empieza por la letra E ***

* En ruso, juego de palabras.

** En ruso, la palabra «cebolla» empieza por «l», y esta letra destaca mucho en la palabra «despedida».

*** Las palabras empiezan por la misma letra. (Notas del traductor.)

mucho los libros de viajes y aventuras, era bondadoso y sensible, quería fielmente a su madre.

A partir del 5.º grado empeoraron drásticamente sus estudios. Entendía mal las explicaciones, sobre todo en matemáticas. Se hizo reservado, taciturno, se irritaba fácilmente y se peleaba con los compañeros. Cambiaron sus relaciones con la madre. Empezó a «examinarla críticamente», según las palabras del propio enfermo. Dejó de llamarla mamá. Se comportaba muy extrañamente: en lugar de ir a la escuela podía ir al mercado y pasarse el día recogiendo papeles de caramelos, utilizando una escopeta infantil disparaba contra los muebles y las farolas en la calle. El comportamiento en la escuela provocaba el reproche de los maestros. Se dejaba influenciar fácilmente. En casa se hacía «insoportable». Odiaba a los padres. Sus relaciones con ellos, sobre todo con la madre, eran de animosidad. Se negaba a lavarse y a cambiarse de ropa.

En 1957 su comportamiento se hizo aún más extraño. Decía a su

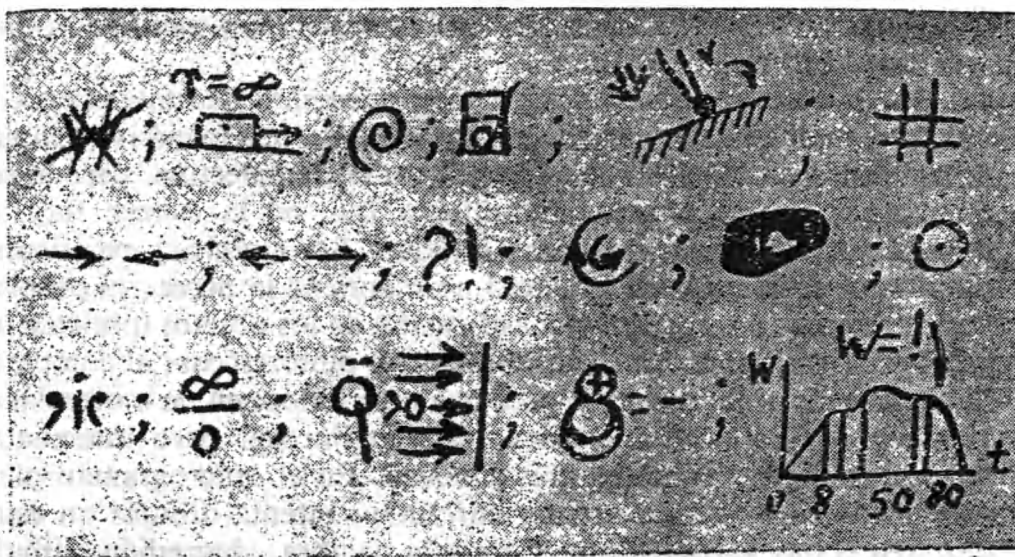


Fig. 2. Ejemplos de imágenes formales y vacíos de contenido en la realización del ejercicio «método de pictogramas» (datos de S. V. Longuinova).

madre que «ella se estaba descomponiendo», que de ella «se desprendía un hedor terrible» y le tiraba objetos. Fue inscrito como estudiante libre en la facultad. Sus estudios iban extremadamente mal. Se quejaba de que como comprende mal el material y no puede asimilarlo. En casa, seguía siendo insoportable. Durante horas permanecía tumbado en la cama, escupía a los objetos que lo rodeaban, se balanceaba en la silla y se pellizcaba la mejilla. Trabajó de geodesta, albañil, tipógrafo, pero abandonaba pronto el trabajo o lo despedían por mal comportamiento y alteración del orden.

A petición de su madre, se dirigió a la clínica Ganushkin, donde estuvo un mes. En la sección se mostró reservado, apartándose de los enfermos, y poco crítico en relación con su estado. La mayor parte del tiempo la pasaba sentado, observando sin interés alguno lo que lo rodeaba. No leía, ya que «los pensamientos se interrumpían y no podía concentrarse». No se dedicaba a nada. Tratamiento con insulina.

Al darlo de alta no volvió al trabajo. Sus estudios mejoraron algo, pero se cansaba con facilidad, le era difícil pensar, decía que «algo le sucede en la cabeza». Era incapaz de organizar su día laboral, la mayor parte del cual lo pasaba vagando por las calles y molestando a los transeúntes. Fue internado por segunda vez en la clínica Ganushkin, donde permaneció desde el 5-II hasta el 4-III de 1964.

Estado psíquico. Se orienta plenamente en el espacio y el tiempo. No se considera enfermo. No formula queja alguna. Comunica los datos sobre sí mismo sin seguir ningún orden, no mantiene ninguna actitud crítica con respecto a sus manifestaciones o comportamiento. Da explicaciones absurdas con respecto a su comportamiento, inten-

ta fundamentar sus relaciones con la madre mediante una «teoría» inventada. «El hombre es un ser con un nivel de organización más elevado», etcétera.

Extracto del estudio psicológico experimental. Durante el experimento, el enfermo no formula ninguna queja, por iniciativa propia, referente a su estado de capacidad de trabajo intelectual, pero al ser interrogado insistentemente, manifiesta que en la cabeza hay un «vacío», que es «aburrido» leer y estudiar. Los ejercicios experimentales los realiza con rapidez, pero no mantiene la necesaria postura crítica ante sus errores. En la clasificación de los objetos unifica a un niño y una mariposa, ya que «son dibujos pintorescos»; al comparar los conceptos «plato-barca», dice que «se componen de moléculas»; al comparar «gorrión-ruiseñor», dice «pájaros», pero inmediatamente añade: «Constan de tres sílabas». En el «pictograma» para memorizar la expresión «mujer enferma», intenta dibujar un estadio; «en él hay aficionados» *. Para la palabra «despedida» dibuja una cebolla.

Por consiguiente, al realizar los ejercicios experimentales, los enfermos relacionan de cualquier modo los objetos y fenómenos, aunque éstos no sean adecuados a los concretos hechos vitales. En cambio, las diferencias y semejanzas reales no son tomadas en cuenta por los enfermos, no las utilizan de control y comprobación para sus razonamientos y acciones. Es preciso indicar que en estos enfermos el hablar no facilita el cumplimiento de los ejercicios, sino que lo dificulta: las palabras pronunciadas por los enfermos frecuentemente despiertan nuevas asociaciones, muchas veces casuales, que no son evitadas por ellos. Aunque en realidad resuelvan correctamente el ejercicio, los enfermos hacen razonamientos absurdos referentes al mismo.

L. S. Vygotsky escribió sobre las alteraciones del razonamiento en los enfermos de esquizofrenia. Formuló la suposición de que en estos enfermos se disgrega la función de formar conceptos —éstos descienden hasta el nivel de complejos, o sea, razonamientos concretos— y que esta alteración se basa en la modificación del sentido de las palabras.

Aun estando de acuerdo con L. S. Vygotsky de que en los enfermos de esquizofrenia puede, con frecuencia, manifestarse una alteración del sentido de las palabras, no podemos considerar estos casos de descenso del nivel de comprensión hasta alcanzar las soluciones del complejo (en el concepto de L. S. Vygotsky, la solución del complejo significa una generalización de fenómenos basándose en relaciones concretas, en conceptos concretos). Nuestros experimentos han demostrado que esto sucede sólo en un número muy limitado de enfermos de esquizofrenia y son los que se encuentran en el denominado estado de partida, o sea, en estado de defecto. En la mayoría de

* En ruso, juego de palabras.

los casos, su razonamiento está alterado no porque operan con relaciones concretas, sino porque, al contrario, en sus razonamientos dominan, según ya hemos indicado, relaciones inadecuadas a las situaciones concretas vitales. Incluso en los casos cuando sus razonamientos son concretos, éstos no reflejan las verdaderas relaciones reales entre fenómenos u objetos, sino que más bien significan una combinación o concentración de algunos de sus rasgos y propiedades casuales. Esta combinación se efectúa no por la alteración del nivel de comprensión, sino porque los enfermos pierden la orientación sobre el contenido objetivo de los fenómenos y objetos. Son numerosos los autores que han descrito esta «originalidad» en el razonamiento de los enfermos de esquizofrenia. Algunos de ellos, como N. Cameron /121/, D. Chapman /122/ y R. Payne /133/, buscan la explicación de las alteraciones en el razonamiento de los enfermos de esquizofrenia en que estos enfermos utilizan un amplio círculo de propiedades de los objetos que no corresponden a la información sobre los mismos. Otros autores, como J. F. Poliakov /83/ y T. K. Meleshko /73/, indican que la alteración en el razonamiento de los enfermos de esquizofrenia está relacionada con que en ellos se actualizan los conocimientos que no tuvieron mayor importancia en la experiencia pasada. En este sentido, tienen particular interés los trabajos de J. F. Poliakov y T. K. Meleshko, los cuales han elaborado una serie de métodos (modificaciones del método de exclusión y de comparación de conceptos) para el estudio del razonamiento de los enfermos de esquizofrenia. Ellos han demostrado que los enfermos, en el ejercicio de comparar conceptos, utilizan las propiedades no estandarizadas de los objetos 2, 5 veces más que los sujetos sanos.

Por consiguiente, los estudios de muchos autores conducen por distintos caminos a la afirmación de que el razonamiento de los enfermos de esquizofrenia, que según nuestra denominación tienen alteraciones en el proceso de generalización, no refleja las relaciones reales entre objetos y fenómenos. Esta patología del razonamiento se puede analizar si consideramos que el pensamiento es una actividad motivada, en cuya estructura se incluye el componente personal (ver apartado 3).

2. ALTERACIÓN DEL DINAMISMO DEL RAZONAMIENTO

Al admitir la naturaleza reflectoria del pensamiento, aceptamos la consideración de éste como proceso. Esto lo indicó ya I. M. Sechenov /99/, al decir que un pensamiento tiene origen concreto, desarrollo y final.

Si no estudiamos el lado procesional del razonamiento, no conseguiremos analizar adecuadamente las leyes internas del pensamiento ni investigar la estructura de las operaciones mentales por las cuales transcurre el reflejo de las propiedades objetivas del objeto. La utili-

zación de procedimientos generalizados en la solución de problemas y la actualización de los conocimientos adecuados sobre los objetos requiere no sólo la conservación de las operaciones intelectuales, sino también un dinamismo en el razonamiento. S. L. Rubinstein subrayó en más de una ocasión que reducir el pensamiento a su vertiente operativa, descuidando su lado procesal, significa eliminar el propio pensamiento.

La determinación del pensamiento como proceso es aplicable no sólo a la característica teórica general del pensamiento, sino también a cada acto por separado. Para una realización correcta del acto intelectual es imprescindible destacar los adecuados sistemas de conexión, eliminar los secundarios y valorar cada operación del razonamiento según se va realizando.

Las particularidades en la ejecución de esta actividad compleja y multiescalonada por su estructura constituyen su caracterización dinámica.

Según ya hemos indicado, una de las peculiaridades del pensamiento como etapa superior del conocimiento consiste en su mediación. Es natural que la realización de esta mediación se garantice por la correcta estructura de los conceptos. El conocimiento de hechos ocultos a la percepción inmediata sólo es posible cuando el hombre es capaz de analizar y generalizar los hechos percibidos. Sin embargo, la realización de esta mediación, el paso de unas opiniones a otras se relaciona también con la existencia de una cadena, más o menos larga, de deducciones. Es precisamente la cadena de deducciones la que, al pasar al razonamiento, forma la verdadera manifestación del pensamiento como proceso. Por esto, en el estudio del pensamiento, de su formación y disgregación, no es suficiente detenerse en el análisis de la formación y disgregación de conceptos, en la caracterización sólo de las operaciones intelectuales. Nuestros estudios /26/ demuestran que las alteraciones del proceso de generalización no son la única variante en la alteración del razonamiento. Es más, las alteraciones del razonamiento más frecuentes no se reducen a la disgregación de conceptos; los estados morbosos del cerebro conducen con mayor frecuencia a alteraciones dinámicas del pensamiento.

Hay pocos trabajos dedicados al estudio de la alteración en el dinamismo del razonamiento. En muchos estudios psiquiátricos se menciona el carácter dinámico de algunas alteraciones del razonamiento; sin embargo, bajo este término se entiende su reversibilidad.

En el capítulo V, dedicado a las alteraciones de la memoria, se indicó que en algunos enfermos (por ejemplo, enfermedades vasculares del cerebro) las oscilaciones en la capacidad de trabajo intelectual conducían a oscilaciones en la memoria, las cuales dependían no de la dificultad del ejercicio a realizar, sino del agotamiento del neurodinamismo cortical de los enfermos. Estas oscilaciones, que se manifestaban en apreciaciones inconsecuentes, también se observaron en el razonamiento de los enfermos.

Inconsecuencia de las apreciaciones. La peculiaridad más característica de esta alteración consiste en la inestabilidad del procedimiento utilizado en la ejecución del ejercicio. El nivel de generalización, por lo general, no estaba disminuido en los enfermos; ellos generalizaban correctamente el material; no estaban alteradas las operaciones de comparación y trasposición. Sin embargo, según hemos indicado, no era estable el carácter adecuado de las apreciaciones.

Nos detendremos un poco más en los procedimientos utilizados por estos enfermos en la realización del ejercicio «clasificación de objetos».

Los enfermos asimilan fácilmente las instrucciones, aplican el procedimiento adecuado a las condiciones del ejercicio, empiezan a colocar las fichas por el rasgo generalizado, pero, transcurrido cierto tiempo, abandonan la vía correcta de solución. A pesar de conseguir en algunos casos altos índices de generalización, los enfermos, periódicamente, realizan combinaciones incorrectas y casuales. Estas oscilaciones tienen distintas características.

1. Con frecuencia, se observa una alternación de combinaciones generalizadas y de situación concreta. Pondremos algunos ejemplos:

Enfermo M-v (trauma cerrado del encéfalo), que empezó colocando las fichas por síntomas generalizados, formando grupos de animales o plantas, repentinamente empieza a dudar dónde debe colocar la seta «matamoscas»: «Es que es venenosa, la dejaré a un lado». Tampoco sabe dónde debe colocar al escarabajo: «Lo juntaré con el libro y la libreta, ya que lo estudian en el colegio». Después de que el experimentador le rogase trabajar con mayor atención, él, algo distraído, dijo: «Espere. Aquí tengo cacharros, vegetales... Claro, aquí debe estar la seta, sin tomar en cuenta si es venenosa o no, y el escarabajo lo pondré con los animales». Al final del ejercicio, el enfermo ha obtenido los siguientes grupos: personas, animales, plantas, vajilla, muebles, objetos escolares, objetos domésticos. El experimentador pide que unifique algunos grupos. El enfermo: «¿A los hombres con los animales? ¿Sí? Plantas... Bueno, ¿y qué más? Lo demás no se puede unificar. ¿Cómo se puede combinar cacharros de casa con objetos de escritorio?»

El enfermo está visiblemente cansado, le tiemblan ligeramente las manos, está sudoroso. El experimentador inicia una conversación que no tiene ninguna relación con el experimento. A los cinco minutos, el enfermo, por sugerencia del experimentador, renueva la tarea e inmediatamente la realiza correctamente, utilizando la generalización.

La enferma Šh. (arteriosclerosis cerebral), habiendo formado correctamente el grupo de instrumentos, incluye en el mismo al herrero, «ya que está dibujado con un martillo en la mano, y además trabaja con muchos instrumentos». (Hay que indicar que con anterioridad la enferma había formado el grupo humano.) A la pregunta del experimentador: «¿Qué tiene usted en este grupo?», la enferma

contesta: «Personas», e inmediatamente por sí sola coloca allí al herrero.

Los ejemplos citados indican que en estos casos las oscilaciones en la actividad mental de los enfermos se manifestaron en la alternación de las resoluciones generalizadas y de situaciones concretas.

2. Las equivocaciones de los enfermos consistían también en que las conexiones lógicas eran sustituidas por combinaciones casuales. Así, la correcta ejecución del ejercicio de clasificación de objetos quedaba interrumpida cuando los enfermos incluían en el mismo grupo objetos por el motivo de que sus fichas estaban juntas. Frecuentemente ellos mismos se daban cuenta del error y lo corregían.

3. Las soluciones equivocadas de los enfermos consisten en la formación de grupos homónimos: frecuentemente los enfermos reúnen los objetos siguiendo el síntoma generalizador correcto, pero inmediatamente empiezan a formar un grupo análogo por su contenido. Así, por ejemplo, el enfermo puede formar un grupo humano, en el que incluye al médico, a un niño, a la mujer de la limpieza, e inmediatamente forma otro grupo humano en el cual incluye a un marinero, un esquiador, etcétera. Nos detendremos sólo en algunos casos, frecuentes en la práctica clínica.

Razonamiento lábil. La alteración en el dinamismo del razonamiento consistente en la alteración de soluciones adecuadas e inadecuadas. Esto sólo altera por algún tiempo el correcto discurrir de las apreciaciones de los enfermos y, por lo visto, representa una alteración de la capacidad laboral intelectual de los enfermos (ver capítulo VIII).

En cambio, en otros casos la alteración en el dinamismo del razonamiento tiene una naturaleza más estable y modifica la propia estructura del pensamiento. El carácter lábil de las opiniones se convierte en módulo constante del razonamiento de los enfermos. Este permanente carácter lábil del razonamiento se observa en los enfermos de psicosis maniaco-depresiva, en la fase maniacal de la enfermedad.

El estado maniacal se caracteriza por un elevado estado de ánimo y disposición y por la excitación psicomotora de los enfermos. Los enfermos constantemente hablan en voz alta, ríen, bromean, acompañan sus palabras con gestos y mímica viva y expresiva. Se distraen muy fácilmente. Cada impresión nueva, cada palabra pronunciada y cada objeto percibido dirige sus pensamientos y representaciones, las cuales se suceden con tanta rapidez que los enfermos no logran dar cuenta de ellas en sus palabras. Los enfermos no tienen tiempo de formular un pensamiento, cuando ya pasan a otro; a veces sólo gritan palabras sueltas. Para los enfermos en estado maniacal es característico que, a pesar de la gran facilidad con que se distraen y de la disposición de su atención, observen con viveza todo lo que sucede a su alrededor, sorprendiendo frecuentemente con su ingeniosidad y la sutileza de algunas observaciones.

Por regla general, resulta imposible realizar experimentos con en-

fermos en estado maniaco, debido a su gran facilidad de distracción, lo que excluye la posibilidad de fijación en la situación experimental. Al estudio experimental los enfermos se someten sólo en distintos grados del estado hipomaniaco, en el cual se pueden determinar algunas modificaciones patológicas en su razonamiento.

En estos enfermos, con frecuencia no están alteradas ni la capacidad de comprender la situación, ni la posibilidad de análisis y síntesis, sin embargo, la realización de ejercicio experimentado provoca en ellos una organización estratégica de su razonamiento. Los enfermos no meditan sobre las preguntas dirigidas a ellos, no tratan de comprender el significado del ejercicio. Ellos inician su realización impulsivamente. A la pregunta de qué tienen en común y en qué se diferencian los conceptos «silla» y «mesa», uno de los enfermos (con instrucción media) contesta: «De común tienen que tanto la silla como la mesa tienen cuatro patas, y se diferencian en que la silla tiene respaldo y la mesa no». En el ejercicio de colocación consecutiva de fichas, estos enfermos, a pesar de haber comprendido el argumento, colocan las fichas en desorden.

Las asociaciones surgidas tienen un carácter caótico y no se desinhiben. Algunas palabras despiertan pensamientos nuevos, que son inmediatamente manifestados por los experimentados; la aparición de cualquier representación, cualquier vivencia emocional recibe su inmediato reflejo en las palabras del enfermo. Los enfermos se concentran en el ejercicio experimental sólo por cortos períodos de tiempo. Los enfermos no pueden explicar el sentido del refrán, a pesar de entenderlo. Es frecuente que algunas palabras del refrán provoquen una «cadena» de asociaciones; a veces los enfermos, sin explicar el refrán, dan un ejemplo adecuado, sacado de su propia vida; éste les recuerda algo más, y el pensamiento de los enfermos transcurre por cauces casuales. Por ejemplo, un enfermo en estado hipomaniaco explicó de la siguiente manera el refrán «No es oro todo lo que reluce»: oro es un estupendo reloj de oro que me regaló mi hermano, es muy bueno mi hermano. Cuando estudiábamos juntos, discutíamos mucho, pero después fuimos amigos. A mi hermano le gustaba mucho el teatro, vimos junto la obra...», etcétera. El carácter caótico de las asociaciones impidió la explicación correcta del refrán, la palabra «oro» provocó inmediatamente toda una cadena de asociaciones. Pero también son posibles otras variantes, cuando los enfermos, en sus explicaciones, omitan algún eslabón. Así, por ejemplo, otra enferma comprendió inmediatamente el significado de este refrán y como ejemplo quería exponer el caso, según se pudo determinar posteriormente, cuando una manzana es bonita a la vista, pero resulta podrida por dentro. Sin embargo, la enferma no expuso este caso, sino que inmediatamente empezó a decir: «Las manzanas, evidentemente, pueden tener gusanos. Hay, por ejemplo, clases de manzanas que no parecen tenerlos... Nuestra vecina tiene manzanas de Michurin. Desde luego, que el desarrollo de la teoría de Michurin tiene gran importancia...» Siguen varios recuerdos sobre seguidores

de esta teoría, conocidos de la enferma, etcétera. Otro enfermo en estado hipomaniacal, al formar un grupo humano, o sea, realizando el ejercicio a nivel de generalizaciones correctas, repentinamente, al ver al herrero, empieza a recitar: «Somos herreros y nuestro amigo es el martillo... Me gustan... las viejas canciones revolucionarias... La canción es nuestra amiga. ¿Hay entre las fichas algunas que recuerden la canción y en general el arte? Si... las fichas están mal dibujadas, ¿quién las ha dibujado? ¿Un dibujante?» El enfermo ríe, mantiene entre las manos la ficha y no realiza el ejercicio. Cuando el experimentador le ruega renovar el ejercicio, recordándole que debe encontrar el principio de clasificación, el enfermo observa: «Sí, yo quería separar a las personas de los animales», y sigue clasificando por el rasgo generalizador.

Al enfermo le era asequible el significado del ejercicio, pero cualquier palabra dicha por él o el experimentador, cualquier objeto distraían al enfermo y lo apartaban del ejercicio. Resultaba inadecuado el propio desarrollo del razonamiento. Con la ayuda direccional del experimentador, la producción intelectual del enfermo podía resultar incluso adecuada al objetivo (al final los enfermos distribuían correctamente las fichas o determinaban los conceptos), pero todo el camino de pensamiento escogido por el enfermo era inestable.

«*Repercusión*». La inestabilidad en los procedimientos de ejecución del trabajo alcanza en algunos enfermos formas muy exageradas: no sólo no están en condiciones de mantener la marcha de sus razonamientos en la dirección anteriormente establecida, sino que empiezan a reaccionar a cualquier irritante no dirigido a ellos. Así, al oír como otro enfermo dice que para desayunar le habían dado embutido, el enfermo que estaba reconstruyendo el relato de cómo la chova, después de teñirse, voló al palomar, dice: «Y las palomas la obsequiaron con embutido».

Con especial claridad el fenómeno de «repercusión» se manifiesta en el experimento de asociación. Como reacciones de respuesta frecuentemente aparecían las denominaciones de los objetos que se hallaban ante la vista de los enfermos («entrelazados»); al presentarle la palabra «canción», el enfermo contesta con la palabra «mesa»; a la palabra «rueda», con la palabra «gafas», etcétera. Esta tendencia de nombrar los objetos que tenían ante la vista se observa también en enfermos de otros grupos; sin embargo, era suficiente una indicación del experimentador para que los enfermos empezasen a efectuar correctamente la instrucción. En cambio, en nuestros enfermos las observaciones del experimentador provocaban reacciones correctas sólo por corto espacio de tiempo; al cabo de poco rato, los enfermos, de nuevo, empezaban a nombrar los objetos que estaban en su campo de visión.

Esta tendencia se manifestaba también en la variante del experimento asociativo, en la cual la instrucción predeterminaba la dirección de las respuestas y, en particular, en la que se exigía nombrar un

determinado número de objetos de un color concreto (rojo, verde). Este ejercicio puede despertar ciertas dificultades incluso en sujetos sanos; presupone un activo «desecho» de las palabras que no corresponden al sentido de la instrucción. En estos casos, los experimentados recurren a distintos procedimientos que deben facilitar la memorización de las palabras necesarias (por ejemplo, miran a su alrededor, observan los objetos que los rodean), pero éstos no son utilizados en las contestaciones si las palabras no corresponden a las instrucciones. Estas adquieren un valor determinante; las contestaciones de un sujeto sano durante el experimento dependen de las condiciones del ejercicio, de las exigencias del experimentador.

Nuestros enfermos en este experimento de vez en cuando nombraban los objetos que tenían ante sí, aunque no tuviesen los colores exigidos. Las indicaciones del experimentador provocaban acciones dirigidas al objetivo sólo por corto espacio de tiempo. Cualquier objeto o cualquier frase oída casualmente podían provocar en los enfermos acciones inadecuadas a la actividad que estaban realizando, alteraban la marcha de sus razonamientos.

Inercia del razonamiento. A la alteración descrita se contrapone otra clase de alteración del razonamiento que se basa en la *inercia de las conexiones de la experiencia pasada*. En estos casos los enfermos no son capaces de modificar el método de su trabajo, cambiar la marcha de sus razonamientos o pasar de una actividad a otra.

Estas alteraciones se presentan con frecuencia en los enfermos de epilepsia, a veces en enfermos con lejanas reminiscencias de graves traumas cerebrales y en algunas formas de retraso mental.

Estos enfermos a veces están en condiciones de trabajar, pero sufren frecuentes fracasos, y pierden su antigua categoría y efectúan trabajos que no exijan adquisición y utilización de nuevos conocimientos. Ingresan en clínicas psiconeurológicas, debido a la descompensación de su estado. En sus historiales clínicos se subraya que estos enfermos participan en los procesos laborales, leen periódicos y se interesan por los asuntos del departamento; sin embargo, la calidad de su producción mental es baja y son lentos en el trabajo.

El estudio psicológico experimental pone de manifiesto la lentitud y pesadez de sus procesos intelectuales. Incluso en los casos cuando logran generalizar el material (determinar el rasgo fundamental en el experimento de clasificación de objetos, comprender el convencionalismo de las instrucciones) llegan a soluciones erróneas si se ven obligados a modificar el procedimiento de solución del problema. El cambio de condiciones dificulta su trabajo.

Esta pesadez del razonamiento conducía a que los enfermos no lograban realizar ni los ejercicios más elementales, si éstos exigían algún cambio. Por ejemplo, un enfermo en el experimento donde tenía que medir su proceso de memorización y reproducción de palabras con ayuda de dibujos (composición de pictogramas), era capaz de idear un signo convencional para la mediación de palabras, siempre que se pudiera dibujar a un «hombre»; en cambio, no era capaz de

idear nada en los casos cuando le parecía improcedente dibujar la figura humana.

Los enfermos también demuestran dificultad de modificación en el experimento sobre la mediación en la memorización por el método de A. N. Leontiev. Una vez que han escogido una tarjeta determinada para la memorización de una palabra, los enfermos no son capaces de encontrar otra tarjeta para la misma palabra. Por tanto, los enfermos son capaces de resolver el problema siempre que se utilice el mismo procedimiento.

Esta inercia de las relaciones formadas en la experiencia anterior, que es una manifestación de la alteración en el dinamismo del razonamiento, conduce al descenso de la operación de generalización y abstracción. Al efectuar el ejercicio de «clasificación de objetos», los enfermos no sólo no unifican en el mismo grupo a los animales salvajes y los domésticos, sino que cada uno de los animales domésticos es considerado por ellos como ejemplar único. El resultado es que el ejercicio de clasificación no puede realizarse ni siquiera a nivel concreto. A estos enfermos les es muy difícil el proceso de elección y clasificación, el cual exige la desinhibición de algunos elementos y la comparación con otros, o sea, una cierta elasticidad en la operación y capacidad de modificación. Así, un enfermo, después de formar el grupo humano, lo subdivide en dos: personas dedicadas al trabajo físico y personas dedicadas al trabajo intelectual (y con estas últimas incluye al esquiador).

El experimentador propone unificar algunos grupos, por ejemplo, los animales domésticos y salvajes, a las personas de distintas profesiones. El enfermo acepta, empieza de nuevo el proceso de clasificación de las tarjetas, pero, en definitiva vuelve al anterior procedimiento, lo defiende.

La misma dificultad de modificación se observa en el experimento de «exclusión de objetos». Así, un enfermo, al mostrarle una ficha en la que se representan una mesa, una silla, un sofá y una lámpara de sobremesa, dice: «Claro, todo esto son muebles, seguro, pero la lámpara no es un mueble. Pero sobre la mesa debe haber una lámpara si es de noche, o aunque sea al anochecer... Bueno, en invierno oscurece muy pronto, en este caso es mejor excluir el sofá... Como hay una silla, nos podemos pasar sin sofá». A la observación del experimentador: «Si usted mismo ha dicho que la lámpara no es un mueble», el enfermo contesta: «Claro, lo correcto es unificar los muebles, pero la lámpara es de sobremesa y está encima de la mesa. Yo propondría excluir el sofá». A pesar de que el propio enfermo no sólo ha captado, sino que ha indicado el principio generalizador (mueble), en la acción real —clasificación de objetos— cada vez reafirma la propiedad subrayada por él: «La lámpara es de sobremesa, debe estar encima de la mesa». El enfermo no es capaz de modificar la decisión tomada por él.

Las relaciones concretas establecidas en la experiencia anterior

dominan de modo inerte el razonamiento de los enfermos y determinan todo el posterior desarrollo de sus pensamientos.

A causa de esta inercia de las conexiones anteriores los enfermos frecuentemente no omiten ni un detalle, ni una sola propiedad de los objetos, y el resultado es que no consiguen ni la más elemental generalización. A causa de este deseo de puntualizar, de agotar en la solución de cualquier problema toda la variedad de relaciones reales aparece la peculiar manera epiléptica de «filosofar», que se manifiesta en la excesiva detallización y que en la clínica metafóricamente se denomina «viscosidad» del razonamiento.

Esta inercia en las conexiones de la experiencia anterior se manifiesta con especial frecuencia al realizar el ejercicio que exige una explicación más amplia en la determinación de conceptos. Como ejemplo, citaremos una determinación típica de un concepto sencillo.

Enfermo B-n (epilepsia). Armario. «Es un objeto en el que se guarda algo... Pero en el aparador también se guarda la vajilla, comida en cambio en el armario; los vestidos, aunque también en el armario, a veces se guarda comida. Si la habitación es pequeña, y en ella no cabe un aparador, o simplemente no hay aparador, en el armario se guarda la vajilla. En nuestra casa hay un armario; a la derecha un gran espacio vacío, a la izquierda, cuatro estanterías; en ella hay vajilla y comida. Claro, que esto no es civilizado, con frecuencia el pan huele a naftalina, que son unos polvos contra las polillas. También hay armarios para libros, estos son menos profundos. Sus estantes son más estrechos, hay muchos estantes. Ahora los armarios se empotran en las paredes, pero siguen siendo armarios».

El ejemplo muestra cómo el enfermo empezó a determinar correctamente el concepto «armario», pero inmediatamente citó las posibles variantes de su determinación, puntualizándolas todas. El resultado de todas estas puntualizaciones y descripciones es que el enfermo no puede detenerse en una determinación concreta. El propio enfermo queda insatisfecho de sus explicaciones, porque le parecen poco completas.

La inercia de las conexiones concretas procedentes de la experiencia anterior se pone también de manifiesto en el experimento de asociación bajo la instrucción de contestar con la palabra de significado opuesto.

Los datos obtenidos demuestran que el período latente es bastante importante y, por término medio, representa 6,5 segundos, y en algunos enfermos llega a veces hasta los 20-30 segundos.

Llama la atención el gran número de respuestas «retrasadas»: los enfermos responden no a la palabra presentada, sino a la anterior. Por ejemplo, habiendo replicado a la palabra «canto» con la palabra «silencio», el enfermo a la siguiente palabra «rueda» contesta con la palabra «calma»; habiendo replicado a la palabra «engaño» con la palabra «fe», a la siguiente palabra «voces» el enfermo contesta «mentira».

Las respuestas «retrasadas» de nuestros enfermos representan

una sustancial desviación del curso normal del proceso asociativo. Estos «retrasos» indican que el irritante de pista tiene mayor valor de señalización que el actual. Para poder puntualizar el mecanismo de estas particularidades es preciso analizar la estructura del experimento asociativo.

La palabra con la cual el experimentado reacciona a la palabra irritante no es la única asociación que surge en su mente. Sin embargo, el que reaccione con una sola palabra es debido a que la instrucción del experimentador, o sea, el ejercicio, presupone dar una sola palabra, y además la primera que se le ocurra. Las restantes conexiones surgidas se inhiben. La presentación de otra palabra provoca nuevas asociaciones, dicho de otro modo, la contestación del enfermo está cada vez fundamentada por la palabra que se acaba de pronunciar. La actualización del irritante depende del problema planteado, de la situación.

Los psicólogos soviéticos, en sus trabajos han analizado la relación existente entre la formación de conexiones asociativas y las condiciones y contenido de la actividad. A. N. Leontiev y T. F. Rozanova han demostrado que al variar el sentido del ejercicio (la instrucción) los mismos irritantes provocan distintas relaciones asociativas. El fortalecimiento y reproducción de las relaciones asociativas depende precisamente del ejercicio planteado.

Refiriéndonos a nuestra situación experimental, esto debe significar que sólo las palabras pronunciadas en este momento debían provocar relaciones asociativas, que sólo ellas debían servir de señal para la reacción de contestar. En cambio, las asociaciones provocadas por palabras pronunciadas anteriormente no debían actualizarse; los irritantes anteriores debían permanecer neutrales, ya que habían perdido su valor de señal.

En nuestros enfermos, las palabras pronunciadas en el momento no adquirirían valor de irritante. Debido a la inercia de las conexiones de la experiencia anterior, los enfermos contestan a la palabra que ya había pasado.

El razonamiento adquiere su pleno valor no sólo cuando la persona está en condiciones de efectuar una determinada operación mental, analizar y sintetizar el material y destacar lo fundamental, sino cuando además esta capacidad de realizar las operaciones correctamente es su modo actual de actuación.

En una situación experimental, como en cualquier situación de la vida, destacan todos los nuevos rasgos de los objetos y fenómenos, se modifican las condiciones de actuación. Para poder comprender correctamente estas distintas relaciones y para actuar en consonancia con las condiciones modificadas, la persona debe saber sustituir un modo de actuar por otro, no debe operar automáticamente con anteriores operaciones y procedimientos ya consolidados.

El pensamiento refleja adecuadamente la actualidad objetiva cuando se mantiene íntegra, no sólo su lado operativo, sino también su dinamismo.

3. ALTERACIÓN DEL COMPONENTE MOTIVADOR DEL RAZONAMIENTO

El pensamiento es una forma de actividad compleja y autorreguladora. Queda determinado por el objetivo, por el problema planteado. Una fase sustancial del razonamiento consiste en la comparación de los resultados obtenidos con las condiciones del problema y los resultados esperados. Para que este acto de comparación se realice, el pensamiento humano debe ser activo, enfocado hacia la realidad objetiva. La pérdida del objetivo en el razonamiento conduce no sólo a que los conceptos sean superficiales e incompletos, sino también a que el pensamiento deje de ser el regulador de la actividad humana.

Sin embargo, la tesis de que el pensamiento es el regulador de los actos no debe comprenderse como si el razonamiento fuese la fuente, la fuerza motriz del comportamiento. F. Engels /2, 493/ decía: «Las personas se han acostumbrado a explicar sus actos partiendo de su pensamiento, en lugar de explicarlos por sus necesidades (las cuales, desde luego, se reflejan en la cabeza, se perciben), y por este camino con el tiempo surgió la concepción idealista que ha dominado los cerebros, sobre todo desde la destrucción del mundo antiguo».

Por lo tanto, el promotor de los actos humanos consiste en las necesidades que han sido percibidas y que se han formado como consecuencia de la actividad sociolaboral del hombre. La necesidad, percibida por el hombre, se formula para él como objetivos y problemas vitales concretos. La actividad real del hombre, dirigida a conseguir estos objetivos y resolver estos problemas, es regulada y corregida por el razonamiento. El pensamiento, surgido de una necesidad, se convierte en regulador del acto; para que el razonamiento pueda regular el comportamiento debe tener un objetivo, ser crítico y tener motivaciones personales.

No existe pensamiento desligado de las necesidades, motivos, aspiraciones, orientación y sentimientos del hombre, o sea, de la persona en su totalidad. Esto es comentado por S. L. Rubinstein /90, 87/ en el libro «Sobre el pensamiento y vías de su estudio»: «El problema de los motivos, de los móviles del análisis y síntesis del pensamiento en general... es en esencia el problema de los orígenes de tal o cual razonamiento».

L. S. Vygotsky subrayaba constantemente que el pensamiento no es la última instancia, que la propia idea no nace de otra idea, sino de la esfera motivadora de nuestra conciencia, la cual abarca nuestros deseos y necesidades, nuestros intereses y motivaciones, nuestros afectos y emociones.

P. J. Galperin, al exponer su teoría sobre la formación escalonada de los actos mentales, también indica que ante todo es preciso que exista un motivo para la acción.

En los últimos años se ha formado un concepto del pensamiento, según el cual éste es una actividad dirigida a la búsqueda de solu-

ciones. A pesar de que este aspecto, producido por las investigaciones cibernéticas resultó, sin discusión alguna, fructífero para la psicología del pensamiento, provocó al mismo tiempo en algunos investigadores un análisis unilateral del proceso; el razonamiento empezó a considerarse como análogo al funcionamiento de los cerebros electrónicos. Empezó a reducirse a elementales procesos informativos, a manipulaciones con símbolos. O. K. Tihomirov /107, 31/ observa: «Mientras la expansión de la cibernética ha conducido a que la atención se concentre en el esquema general fundamental de toda actividad, el problema de las particularidades específicamente humanas ha resultado inmerecidamente postergado a un segundo plano».

Sin embargo, al hablar de la «parcialidad» que caracteriza toda actividad humana, A. N. Leontiev /56, 281/ dice que «el sentido personal expresa precisamente su (del sujeto B. Z.) actitud ante los fenómenos objetivos percibidos».

Es natural que el sentido personal alterado debe jugar un papel fundamental en la estructura y desarrollo del pensamiento.

La relación que tiene la alteración del pensamiento con la modificación de la motivación se observa en distintas formas de enfermedades mentales. Ya en el análisis de la alteración patológica del razonamiento que hemos denominado «alteración del nivel de generalización» podemos en realidad hablar de la modificación del componente motivador del pensamiento. Como ya se ha indicado, los enfermos que presentaban esta alteración se basaban en sus razonamientos en síntomas y peculiaridades, que no reflejaban las relaciones reales entre objetos.

Con especial claridad, estas alteraciones se manifiestan en las pruebas experimentales que exigen la determinación y selección de síntomas, basándose en los cuales se puede realizar la síntesis y la generalización (por ejemplo, en las distintas variantes de clasificación de objetos). Ya hemos expuesto los métodos de clasificación utilizados por estos enfermos, cuando la cuchara podía unificarse con el automóvil «por el principio de movimiento», el armario se juntaba con la cacerola, porque «ambos tienen un orificio». Con frecuencia los objetos se unificaban por su color, disposición en el espacio o estilo del dibujo. Otros investigadores también detectaron esta actualización, elevada y aligerada, de asociaciones formales y combinaciones inadecuadas. Por ejemplo, J. F. Poliakov y T. K. Meleshko, citan un ejemplo de un enfermo que ve similitud entre un lápiz y una bota, consistente en que «ambos dejan huella». Al describir estos fenómenos, ambos autores ven la explicación de los mismos en que las conexiones casuales y poco frecuentes se actualizan en los enfermos con la misma frecuencia que las reforzadas. Esta tesis es correcta. Sin embargo, es preciso clarificar algunos conceptos desde el punto de vista psicológico, tales como «sustanciales», «reformados», «significativos» o, al revés, síntomas o propiedades casuales de objetos.

Para el hombre es significativo o sustancial lo que ha adquirido sentido en su actividad vital. No es la frecuencia con la que aparece tal

o cual síntoma o cualidad del objeto lo que lo hace significativo o sustancial, sino en la asimilación, el papel que este síntoma ha desempeñado en la vida de la persona. La esencia del síntoma o propiedad, el valor del propio objeto o fenómeno dependen del *sentido* que éstos vayan adquiriendo para el sujeto. Los fenómenos, objetos y acontecimientos pueden adquirir distinto significado en diferentes situaciones vitales, aunque el conocimiento sobre ellos es el mismo. A. N. Leontiev indica directamente que el fenómeno se modifica por su «significado para el sujeto».

Al mismo tiempo, el conocimiento de los objetos, el conjunto de nuestros conocimientos sobre ellos, permanece estable. A pesar de que el enfoque personal y el contenido de los motivos pueden diferenciarse, la actividad práctica fundamental configura la estabilidad del significado objetivo de las cosas.

Nuestra percepción del mundo incluye tanto nuestra postura significativa ante él, como su valor objetivo. En circunstancias determinadas prevalece un aspecto u otro, pero ambos mantienen una unidad armónica.

Es evidente que una modificación de las emociones o afectos muy fuertes puede conducir incluso a una persona sana a ver los objetos y sus propiedades desde un punto de vista nuevo. Sin embargo, en una situación experimental, por muy significativa que sea para el enfermo, los objetos se presentan con un solo significado. La vajilla siempre es vajilla y los muebles son muebles. Por grandes que sean las diferencias individuales —distinta instrucción, diversidad de motivos e intereses—, una persona sana, al tener que clasificar los objetos, no considera la cuchara como «un objeto en movimiento». La clasificación puede realizarse en un plano más o menos generalizado, pero el valor material del objeto, con el cual la persona está realizando una operación determinada, permanece estable. Por esto, los síntomas, sobre cuya base se efectúa la clasificación, las propiedades del objeto que se actualizan en este proceso tienen hasta cierto punto un carácter estandarizado y banal. En algunos de nuestros enfermos de esquizofrenia se alteraba esta estabilidad del valor objetivo de las cosas.

Es evidente que también ellos elaboraban conocimientos sobre objetos y fenómenos que eran comunes a los nuestros. Su concepto del mundo en lo fundamental coincide con el nuestro. Comen con cuchara y como medio de desplazamiento utilizan el trolebús; en el momento de realizar el ejercicio intelectual —clasificación de objetos—, estos mismos enfermos podían considerar la cuchara como cubierto, y el armario, como mueble, pero al mismo tiempo la cuchara podía presentarse como objeto en «movimiento». Simultáneamente, con la actualización de propiedades y síntomas, de relaciones entre objetos y fenómenos corrientes, fundamentados en toda la vida anterior, pueden revivir conexiones y relaciones inadecuadas (desde el punto de vista de nuestras concepciones del mundo), las cuales han adquirido un significado determinado sólo a través de los

alterados conceptos y motivos de los enfermos. La unidad en la que se encerraba el significado del objeto y nuestra valoración del mismo se pierde por la alteración aparecida en la esfera de motivos y conceptos. La modificación del componente personal se manifiesta con especial claridad en las alteraciones del razonamiento que nosotros denominamos «diversificación de planos en el razonamiento».

Diversificación de planos en el razonamiento. La alteración del razonamiento que denominamos «diversificación de planos» consiste en que las apreciaciones de los enfermos sobre un fenómeno determinado se desarrollan a niveles distintos. Los enfermos pueden asimilar correctamente la instrucción. Pueden generalizar el material que se les propone; la actualización de los conocimientos sobre los objetos puede ser adecuada; la comparación de los objetos la realizan basándose en las propiedades de los objetos que son sustanciales y están reforzados por la experiencia pasada. Sin embargo, los enfermos no realizan el ejercicio en la dirección indicada: sus razonamientos transcurren por cauces distintos.

No se trata del enfoque multilateral, que es propio del razonamiento de una persona sana, al analizar un fenómeno, en el cual los actos y los juicios siguen fundamentándose en el objetivo, en las condiciones del ejercicio y los principios personales.

Tampoco se trata de las oscilaciones en el nivel y contenido de los razonamientos que aparecen como resultado del variante dinamismo del razonamiento. Según ya hemos indicado, cuando los juicios no son consecuentes, el enfermo pierde, por cierto espacio de tiempo, la capacidad de razonar correcta y adecuadamente. Sin embargo, esto no significa la pérdida del objetivo en el razonamiento como tal. Los actos del enfermo no son adecuados al objetivo y a las condiciones formuladas por el experimentador (por ejemplo, el enfermo abandona el método generalizado y empieza a clasificar los objetos, basándose en un síntoma concreto), pero sus actos se desarrollan en el plano de la clasificación: él conjunta los objetos basándose en las propiedades y síntomas de los *propios objetos*. Cuando existe diversidad de planos en el razonamiento, la propia base de la clasificación no es unitaria. Los enfermos, en el transcurso del mismo ejercicio, cambian de base de clasificación, pasando del criterio de las propiedades de los objetos al criterio de gustos personales. El proceso de clasificación transcurre en los enfermos por cauces distintos (tabla 4).

Citamos como ejemplo algunos ejercicios realizados por el enfermo G-n (esquizofrenia, forma paranoica).

De la tabla citada se ve que el enfermo G-n conjunta los grupos, basándose ya en un síntoma generalizador (muebles, vajillas, animales), ya en el material del que están hechos los objetos (hierro), ya en el color (las tarjetas son azules o rojas). Otros objetos son clasificados por el enfermo basándose en sus principios morales y teóricos (el grupo «de los que barren lo malo de la vida», el grupo que «reafirma la fuerza del pensamiento humano», etcétera).

TABLA 4

**Realización del ejercicio «clasificación de objetos»
por el enfermo G-n con «diversidad de planos» del razonamiento**

Objetos conjuntados por el enfermo en grupos	Explicaciones del enfermo
Elefante, caballo, oso, mariposa, escarabajo y otros animales.	Animales.
Pala, cama, cuchara, automóvil, avión, barco.	Son de hierro. Son objetos que confirman la fuerza del cerebro humano (el avión es sustraído del grupo de los voladores).
Avión, mariposa.	Grupo de voladores (la mariposa es eliminada por el enfermo del grupo de los animales).
Flor, cacerola, cama, mujer de la limpieza, sierra, cereza.	Objetos coloreados en rojo y azul.
Elefante, esquiador.	Objetos de espectáculo. A los hombres les es propio desear pan y espectáculos, esto lo sabían los antiguos romanos.
Armario, mesa, estantería, mujer de la limpieza, pala.	Muebles. Es el grupo de los que barren lo malo de la vida. La pala es un símbolo del trabajo, y el trabajo no es compatible con la tunantería.
Flor, arbustos, árboles, verduras y frutas.	Vegetales.
Vaso, taza y cacerola.	Vajilla.

Algunos enfermos, al realizar el ejercicio, se guían por sus gustos personales, por fragmentos de recuerdos. Así, el enfermo S-v (forma paranoica de esquizofrenia), al realizar el ejercicio de «clasificación de objetos», intenta formar grupos de animales y plantas, inmediatamente añade: «Pero si lo miro desde el punto de vista de mis gustos personales, a mí no me gustan las setas, quitaré esta tarjeta. Una vez me intoxicqué con setas. Y este vestido tampoco me gusta, no es elegante, lo dejaré a un lado. En cambio, el marinero me gusta, y acepto el deporte (conjunta al marinero con el esquiador)».

Por consiguiente, el enfermo pierde el objetivo del ejercicio no por agotamiento, sino porque realiza la clasificación partiendo del gusto «personal» o basándose en el recuerdo de que «se había intoxicado con setas».

Otro enfermo, K-n (esquizofrenia), descrito por nosotros junto con P. J. Galperin, al realizar la clasificación de objetos no aceptaba incluir al perro en el grupo de los animales domésticos: «Yo no voy a comer carne de perro». Se pierde la tendencia hacia el contenido objetivo de la acción, al lado de juicios adecuados aparece la «diversificación de planos» del razonamiento. Esta diversificación fue detectada por nosotros en el ejercicio «exclusión de objetos».

Citaremos algunos ejemplos del experimento realizado con una enferma de esquizofrenia (en su forma simple), reproduciéndolos en la tabla 5.

TABLA 5

**Realización del ejercicio «exclusión de objetos»
(enferma con «diversificación de planos» en el razonamiento)**

Tarjetas presentadas	Comentarios de la enferma
Lámpara de petróleo, vela, bombilla eléctrica, sol.	Hay que excluir el sol, es un astro natural, los demás objetos son de alumbrado artificial.
Balanza, termómetro, reloj, gafas.	Excluiré las gafas, no me gustan las gafas, me gustan los quevedos. ¿Por qué no se usan? Chejov los usaba.
Tambor, pistola, gorra militar, paraguas.	El paraguas no es necesario, ahora se llevan impermeables. El paraguas es un objeto pasado de moda, yo soy partidaria del modernismo.

Según se deduce de la tabla, la enferma puede realizar el ejercicio a nivel generalizador; ella excluye el sol como astro natural, pero inmediatamente excluye las gafas basándose en sus gustos personales: «a ella no le gustan», no las excluye por no ser instrumento de medición. Por la misma razón excluye el paraguas.

El resultado de esta coexistencia, este entrelazado de los distintos aspectos y variados enfoques del problema consiste en que los juicios, determinaciones y deducciones de los enfermos no se convierten en una realización planificada y dirigida del ejercicio. En el razonamiento de los enfermos se entrelazan apreciaciones lógicas, fragmentos de representaciones y elementos de recuerdos y deseos.

Alteraciones análogas del pensamiento también fueron observadas por G. V. Birenbaum en su estudio de los enfermos de esquizofrenia. Ella indicaba que en estos enfermos el razonamiento es como si «transcurriese simultáneamente por distintos cauces». G. V. Birenbaum denomina este síntoma «evitar lo sustancial», y

subraya que los enfermos con frecuencia sustituyen la realización del ejercicio por una manifestación de su postura personal ante el mismo (exposición verbal).

Al realizar cualquier ejercicio, aunque sea el más simple, los enfermos no lo enfocaban desde la postura fundamentada por la situación concreta del experimento, sino que se guiaban por la relación modificada, por la orientación vital alterada. En algunos casos podía no existir el aporte directo del síntoma psicopatológico a la situación experimental (por ejemplo, el enfermo no «entrelazaba» elementos de delirio en la realización del ejercicio). Sin embargo, junto a las asociaciones adecuadas revivían otras que tenían alguna relación con la orientación morbosa del enfermo y que en una determinada situación concreta aparecían como «caprichosas». El valor objetivo de las cosas se hace en la misma situación lógica inestable, a veces contradictoria².

Este relacionar inadecuadamente cosas que no tienen ninguna conexión entre sí tiene lugar porque el enfermo es capaz de examinar las cosas más cotidianas en sus aspectos inadecuados a la situación.

Los datos citados concuerdan con muchos datos clínicos. El análisis del historial clínico de estos enfermos y la observación de su comportamiento en sociedad y en el hospital demostraron que eran inadecuadas sus orientaciones vitales y paradójicos sus motivos y reacciones emocionales. El comportamiento de los enfermos se apartaba de las normas generales. Los intereses y conceptos anteriores retroceden a un segundo plano ante los morbosos e inadecuados planteamientos. El enfermo puede despreocuparse de sus allegados y manifestar gran preocupación por «la ración alimenticia» de su gato; en otro caso un enfermo fue capaz de abandonar su profesión cualificada y, sometiendo a privaciones a su familia, se dedicó días enteros a colocar cosas ante el aparato de fotografiar, ya que, según su opinión, «el ver desde distintos ángulos de toma conduce a la ampliación del horizonte intelectual».

La orientación paradógica de estos enfermos y el desplazamiento de su sentido lógico conduce a una profunda modificación en la estructura de cualquier actividad tanto práctica como intelectual. Como sustancial se destaca lo concordante con la modificada orientación paradógica del enfermo. Al realizar ejercicios experimentales que exijan la comparación y selección de propiedades en los objetos, este desplazamiento del pensamiento lógico conduce a que el enfermo opere con propiedades inadecuadas.

Si el enfermo que consideraba que el sentido de la vida consiste en disponer ante la máquina fotográfica distintos objetos, clasificaba

² Con esta «diversificación de planos» está estrechamente relacionado el simbolismo en el razonamiento de algunos enfermos de esquizofrenia. Es precisamente por la diversificación de los planos del razonamiento y por la saturación emocional por lo que los objetos cotidianos se presentan como símbolos.

los objetos basándose en su disposición en las fichas, este principio de clasificación era lógico para él.

En los casos cuando el enfermo sufre vivencias delirantes, la «diversificación de planos» en el razonamiento se manifiesta claramente también en la conversación clínica. En situaciones afectivamente no saturadas, la «diversificación de planos» del razonamiento puede manifestarse sólo en su forma rudimentaria. Sin embargo, según ya hemos indicado, puede aparecer con gran nitidez en situación experimental. En estos casos, el desplazamiento de la lógica conduce a la actualización de propiedades insignificantes (S. L. Rubinstein), que coexisten con las adecuadas. El razonamiento pierde su objetivo.

En la conferencia pronunciada en el XVIII Congreso Internacional de Psicólogos de Moscú, en 1966, «Necesidades, motivos y conciencia», A. N. Leontiev decía que «los valores asimilados por el hombre pueden ser más o menos amplios, más o menos adecuados, pero en cualquier caso éstos conservan su carácter objetivo, como sobrepersonal /57, 9/. Por lo visto, en los enfermos que estamos describiendo se pierde este carácter «sobrepersonal» de los valores.

«*Filosofar*». El papel desempeñado por la alteración del concepto personal se manifiesta aún más claramente en la estructura del razonamiento patológico denominado clínicamente como «*filosofar*».

Esta alteración es determinada por los médicos como «tendencia a una filosofía improductiva», como tendencia a prolongados y vacíos razonamientos. Al estudiar este síntoma, nosotros descubrimos (1962) que las opiniones filosóficas de los enfermos se determinan no tanto por la alteración de sus operaciones intelectuales cuanto por una elevada afectividad, por una relación inadecuada y el deseo de fundamentar cualquier fenómeno, aunque sea el más insignificante, con una «concepción».

No es raro que se observen razonamientos inadecuados incluso en enfermos en los que el experimento no ha detectado alteración alguna de los procesos cognoscitivos. Así, un enfermo de psicopatía, que en el experimento de «pictogramas» escoge las conexiones adecuadas para memorizar la palabra «desarrollo», dibuja a dos personas que se dirigen a lados opuestos y explica: «Es una despedida. La despedida conduce al perfeccionamiento, ya que la despedida es tristeza, y este sentimiento ennoblece al hombre, lo despoja de la coraza burguesa de autosuficiencia». Otra enferma, al presentarle el refrán «No es oro todo lo que reluce», dice: «Quiere decir que hay que prestar atención al mundo interno, y no a la forma externa», e inmediatamente añade: «Sin embargo, debo decir que, desde el punto de vista dialéctico, esto no es del todo correcto, ya que existe la unidad de forma y contenido, o sea, que también se debe prestar atención a la forma externa».

Nuestra colaboradora T. I. Tepenitsina /106/ dedicó un estudio especial a la descripción psicológica del síntoma de «*filosofar*». Como mostraron los resultados de sus estudios, el carácter inadecuado, filosófico de los razonamientos de los enfermos, su locuacidad se

manifiesta cuando existe un predominio afectivo, excesiva disminución de motivos para razonar y elevada tendencia a los «razonamientos de valoración». T. I. Tepenitsina /106, 72/ escribe que «la manía de filosofar se manifiesta en la pretenciosa postura de valoración adoptada por el enfermo y su tendencia a generalizar excesivamente el pequeño objetivo de sus razonamientos».

Como ejemplo reproducimos los datos del historial clínico y de los protocolos de la enferma V. P.

Enferma V. P., año de nacimiento, 1940. Instrucción media. Diagnóstico: Esquizofrenia, forma paranoica.

La primera etapa del desarrollo transcurrió sin particularidades. Inició la enseñanza escolar a los siete años. Estudiaba bien. Era una niña tozuda y brusca. Entre los niños era el «cabecilla». Procuraba ser la primera en todo.

Al terminar la escuela ingresó en la escuela comercial, la cual también terminó con éxito. En los años 1959-1960 se hizo excesivamente «activa», su estado de ánimo siempre era «exaltado», con facilidad hacia nuevas amistades.

En 1961 ingresó en una escuela superior. Estudiaba mucho. Por primera vez se dejó notar la desconfianza, antes impropia en ella.

Se hizo maliciosa, ordinaria. Empezó a sospechar de su marido «actos malos». Lo denunció a la policía. En la policía ella fue examinada por un psiquiatra y se la ingresó en una clínica psiquiátrica. Al llegar a la clínica se mostró esquiva, maliciosa, excitada. Consideraba que los enemigos, de acuerdo con su marido, están relacionados con hombres malvados, que «contaminan a las personas con cáncer». En la clínica estuvo veinticuatro días. Era tratada con clorpromacina e insulina. Al darle de alta su estado era correcto. En casa se encontraba bien. Se examinó con éxito. Al poco tiempo el estado empeoró. Se alteró el sueño. De nuevo aparecieron las sospechas. Echó de casa a su marido. Apareció el miedo.

En noviembre de 1963 fue ingresada de nuevo. Al ingresar se mostró amanerada, haciendo tonterías y manteniendo una sonrisa inadecuada. Dijo que oía «voces del espacio», experimenta sobre sí una influencia externa. Alguien «actúa en sus pensamientos», «nota que algo se le contrae en distintas partes del cuerpo». A veces, está excitada, intenta correr a algún sitio. A veces llora, a veces ríe. Es agresiva con los demás enfermos. Durante la cura con estelacina, su estado mejoró. Se tranquilizó y su comportamiento era más correcto. No se determinó estado patológico en sus órganos internos ni en el sistema nervioso central.

Datos del estudio psicológico experimental general. (Datos de T. I. Tepenitsina.) Durante la investigación, la enferma está animada, contenta. Se expresa en tono puerilmente elevado. Ríe mucho y sin causa. Es amanerada, habla mucho. Tiene buena memoria. De diez palabras reproduce las diez, casi en el mismo orden; puede repetir palabra por palabra textos complicados.

Reproducimos como ejemplo los protocolos de su realización de

los ejercicios experimentales: la tendencia a «manifestaciones pretenciosas», se manifiesta con especial claridad en el ejercicio de clasificación de objetos. Por ejemplo, al reunir en un grupo los siguientes objetos, sierra, vaso, botella y chaqueta, la enferma dice: «Objetos de uso doméstico e instrumentos»; «el gallo, el marinero y la mujer» —«El gallo es orgulloso; el marinero, esbelto, y la mujer, guapa»; «Árbol y escarabajo»: «el árbol se puede juntar con la cucaracha, porque nadie sabe cómo se han formado los árboles y nadie sabe de dónde vienen las cucarachas»; «Bicicleta, cama, mesa»: «la técnica; se ha utilizado el mismo trabajo para hacer la bicicleta... La mesa también, ya que también se ha gastado trabajo concreto»; «Pájaro y perro»: «el pajarito y el perrito, con los animales: respiran. También se puede añadir el marinero y la mujer, ya que provienen del mono»; «Vaso, gallo (lo transfiere del primer grupo)»: «de común, ¡es la vida! Porque si no existiese el gallo, tampoco habría gallinas, ¡y no habría huevos! Si se saca el huevo, queda la cáscara, queda un vaso, ¡y se puede llenar!»; «Reloj, barco»: «en primer lugar, es técnica; en segundo lugar, el barco vive por hora Moscú. La hora Moscú funciona por el principio de Om, de Arquímedes, de Plutarco. Este barco no naufragará, si se sirve del reloj».

El intento del experimentador de intervenir, de ayuda a la enferma, de dirigir su trabajo por el cauce adecuado no conduce a nada. La clasificación de objetos queda sin concluirse.

Resultados análogos se obtienen en la determinación de las palabras «amistad», la enferma contesta: «¡Amis-tad! ¡Qué sentimiento es!... Es un gran, gran sentimiento que inspira a las personas actos buenos... Es cuando las personas se ayudan mutuamente en los momentos difíciles, es incluso, en cierta manera, un sentimiento de amor. Se puede tener amistad no sólo... La amistad existe no sólo entre personas, existe también entre animales. La amistad ¡es buena! La amistad es un sentimiento bueno, que experimentan hombres y animales, y que hace posible que los hombres se hagan el bien mutuamente...»; «Cabeza»: «La cabeza es parte del cuerpo sin la cual no se puede vivir. ¡Es im-po-si-ble! Es, como dice Mavakovsky, el cerebro de la clase, la fuerza de la clase. En la cabeza se sitúa el cerebro, el cerebro del cuerpo, la fuerza del cuerpo, esto es la cabeza. Sin brazos se puede vivir, sin pierna también, pero sin cabeza no se recomienda».

Citamos ejemplos de comparación de conceptos. La enferma debe comparar los conceptos: «Reloj y termómetro»; ella dice: «¡Es la vida! El termómetro es vida. Y el reloj también es vida. Ya que se precisa el termómetro para medir la temperatura de los hombres, y el tiempo se mide con el reloj. No existiría la vida si no existiesen el termómetro y el reloj; si no existiese el termómetro no tomarían la fiebre a los enfermos y no medirían la temperatura del aire; si no se midiese la temperatura del aire no se podría predecir el tiempo, no existiría la predicción del tiempo, y si no existiese el reloj los hombres serían como rebaño: no siempre saldrían al trabajo, sólo se guiarían

por el sol, pero el sol no siempre se ve; en invierno no se ve». «Pájaro y avión»: «Semejanza, que tienen alas. Porque el que ha nacido para arrastrarse no puede volar. El hombre también vuela, tiene alas. El gallo también tiene alas, pero no vuela. El respira. ¡El nacido para arrastrarse no puede volar!»

T. I. Tepenitsina subraya que la afectividad se manifiesta incluso en la propia forma de hablar: dando importancia a lo dicho, con énfasis inadecuado. A veces, es sólo el tono empleado por el enfermo lo que permite determinar sus manifestaciones como «filosofía», ya que algunas expresiones que verbalmente son altisonantes al ser transcritas, junto con la entonación, pierden su acento filosófico.

La estructura gramatical de las frases de estos enfermos refleja las particularidades emocionales del «filosofar». Es peculiar la estructura sintáctica y es peculiar el léxico empleado en las expresiones «filosóficas». Los enfermos frecuentemente recurren a la inversión.

4. ALTERACIÓN DEL SENTIDO CRÍTICO DEL PENSAMIENTO

La alteración del pensamiento puede surgir por pérdida del constante control sobre sus propios actos y corrección de los errores. Esta clase de alteración puede determinarse como alteración del sentido crítico del pensamiento.

El problema referente al sentido crítico del pensamiento se ha planteado en la psicología sólo en su aspecto general. S. L. Rubinstein subraya que sólo en el razonamiento, mediante el cual el sujeto más o menos conscientemente compara los resultados del pensamiento con los datos objetivos, puede surgir el error, y que la posibilidad de percibir el error es privilegio del pensamiento. Al subrayar las cualidades de la inteligencia, B. M. Teplov menciona la capacidad crítica y la determina como la capacidad de valorar severamente el funcionamiento del pensamiento, sopesar cuidadosamente todos los pros y contras de la hipótesis formulada y someter estas hipótesis a un control exhaustivo. L. S. Vygotsky subrayó en más de una ocasión que las capacidades de percibir y asimilar van conjuntas. L. S. Vygotsky considera que el principal defecto de la teoría de Kurt Lewin consiste precisamente en que no toma en consideración la posibilidad de asimilar sus propios actos y razonamientos.

El problema de la capacidad crítica ha sido estudiado también por A. G. Spirkina, E. V. Shorohova, L. I. Bozhovich y sus colaboradores en el análisis de la formación de la conciencia y autoconciencia.

El concepto de capacidad crítica en la psicopatología no es unilateral: frecuentemente se refiere al aspecto crítico con referencia al delirio, alucinaciones y otras vivencias morbosas. En este apartado analizamos la capacidad crítica que se refiere a la capacidad de actuar racionalmente, comprobar y corregir sus actos en concordancia con las condiciones objetivas.

En la realización de los ejercicios experimentales se destacó un grupo especial de errores, que se pueden determinar como manipulación irreflexiva con los objetos. Por ejemplo, en el experimento de clasificación de objetos, los enfermos, sin escuchar atentamente las instrucciones y dando sólo una rápida ojeada a las tarjetas, empiezan a clasificar los objetos por grupos, sin hacer comprobación alguna del resultado. Por ejemplo, uno de los enfermos empieza a reunir en un solo grupo las tarjetas colindantes: «oso», «termómetro», «pala», «armario»; en otro grupo conjunta las tarjetas situadas por los extremos: «seta», «pájaro», «bicicleta».

A decir verdad, el enfermo no se planteó el ejercicio como tal. Después de la indicación del experimentador que los grupos deben clasificarse con sentido, que las tarjetas deben complementarse, el enfermo escoge correctamente las tarjetas y forma los grupos por su rasgo generalizado (animales, muebles, personas, plantas).

Esta indiferencia con relación a sus errores alcanza en algunos enfermos límites absurdos. Así, por ejemplo, un enfermo que había conservado el hábito del cálculo al calcular la edad de su hija cometió un error tan grande que la hija resultó sólo dos años más joven que él. Cuando el experimentador llamó su atención sobre lo absurdo de su cálculo, él, sin inmutarse, dijo: «Todo es posible». Por ejemplo, otro enfermo al que se le mostraron las tarjetas que representaban el ataque de los lobos a un niño que iba a la escuela, dijo, casi sin mirar los dibujos: «El niño se sube al árbol, seguramente quiere coger manzanas». Experimentador: «Mire con más atención». El enfermo: «El niño se salva de los lobos». Otro enfermo, en cuanto escuchó la súplica del experimentador de explicar el refrán «El hierro se forja en caliente», dice: «Sí, sí, el hierro debe estar fundido, de otro modo no se puede forjar», e inmediatamente da la explicación correcta: «No se deben aplazar los asuntos».

Los enfermos son capaces de asimilar el contenido de una fábula y el sentido convencional de la instrucción, comprender el significado figurado de un refrán, destacar el síntoma generalizador, pero al mismo tiempo pueden cometer errores muy graves, actuar sin seguir las instrucciones y relacionar incorrectamente la frase con el refrán. Por tanto, los enfermos son capaces de comprender las condiciones del ejercicio y, al mismo tiempo, actuar en contradicción con estas instrucciones.

Al problema de alteraciones del carácter crítico en los enfermos psíquicos está dedicado el trabajo de I. I. Kozhuhovskaya /42/. Las distintas manifestaciones de la alteración del carácter crítico que fueron detectadas por la autora, le proporcionaron material suficiente para realizar cierta clasificación de las mismas.

Entre las distintas formas de falta de crítica, I. I. Kozhuhovskaya destacó un aspecto que tiene relación directa con el fenómeno que estamos describiendo y que denominamos «alteración del carácter crítico del razonamiento».

En los capítulos anteriores en más de una ocasión hemos indicado

que la postura del enfermo ante el experimento siempre está motivada por la comprensión del motivo del estudio en sí. El enfermo situado en una institución psiconeurológica siempre está dirigido por motivos más o menos significativos. Por esto, generalmente los enfermos también manifiestan distintas reacciones ante sus faltas. I. I. Kozhuhovskaya subraya que precisamente la gradación de las reacciones del enfermo ante los errores cometidos puede hasta cierto punto servir de índice del carácter crítico del razonamiento de los enfermos. Ella ha demostrado que la capacidad crítica de los enfermos se manifiesta de distintos modos: algunos se corregían ellos mismos

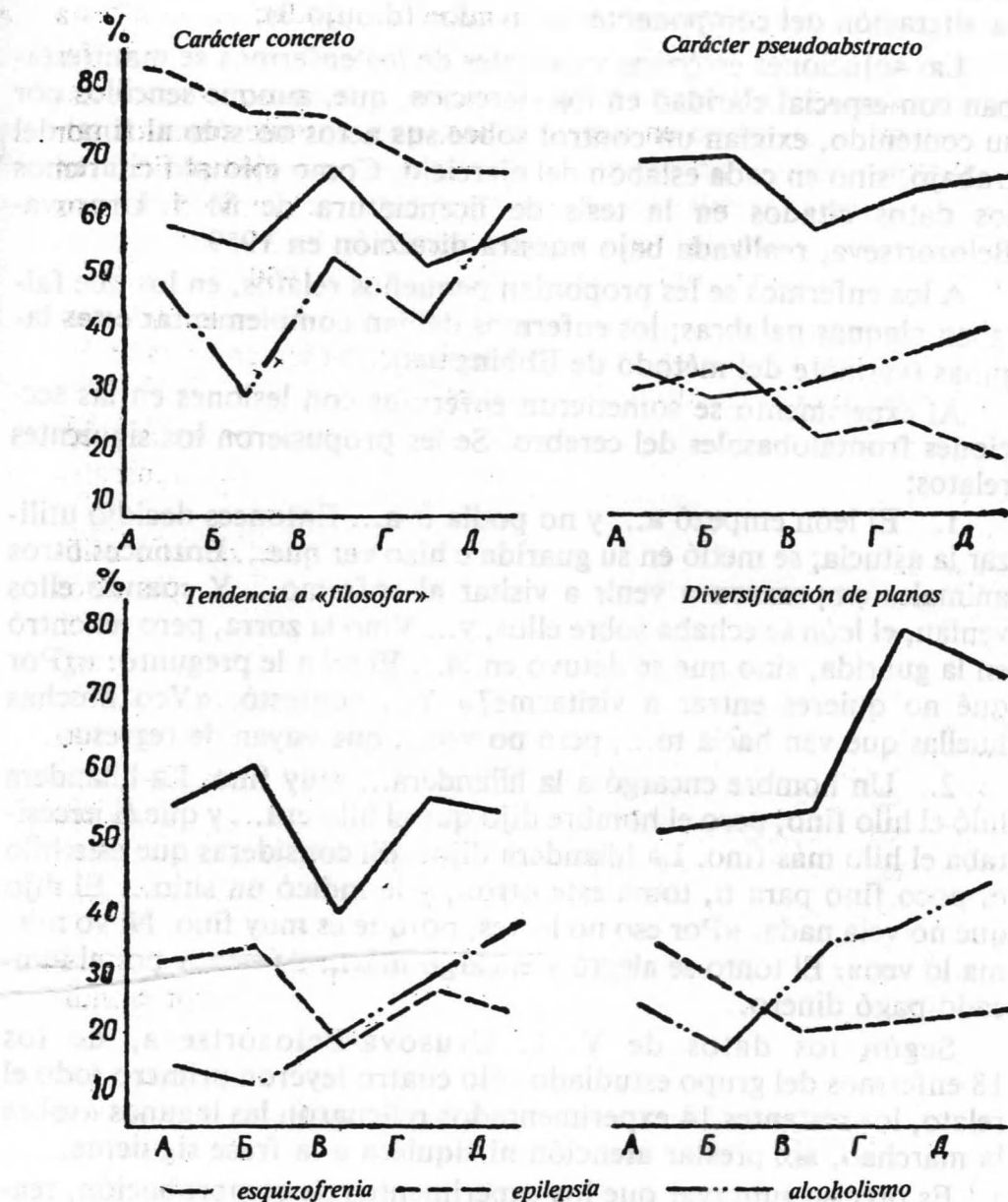


Fig. 3. Manifestaciones de algunas clases de alteraciones del razonamiento en distintas variantes del método de exclusión (datos de Talat Mansur Gabrial).

los errores, otros lo hacían bajo la «presión» del experimentador y los terceros defendían sus decisiones. I. I. Kozhuhovskaya subrayaba un hecho muy interesante, y es que fundamentalmente no se sometían a corrección los errores relacionados con la diversificación de planos en el razonamiento. Dicho de otro modo, no se someten a corrección las alteraciones del razonamiento que se relacionan con la modificación de la esfera motivadora de los enfermos. Este hecho, determinado por I. I. Kozhuhovskaya, tiene capital importancia y además cierta semejanza con las deducciones a las que llega en su trabajo nuestro aspirante Talat Mansur Gabrial /19, 20/, el cual también determinó que es precisamente en la estructura de planos diversificados del razonamiento donde con especial claridad se manifiesta la alteración del componente motivador (dibujo 3).

Las soluciones erróneas y casuales de los enfermos se manifestaban con especial claridad en los ejercicios, que, aunque sencillos por su contenido, exigían un control sobre sus actos no sólo al final del trabajo, sino en cada eslabón del ejercicio. Como ejemplo citaremos los datos citados en la tesis de licenciatura de M. I. Urusova-Belozortseva, realizada bajo nuestra dirección en 1959.

A los enfermos se les proponían pequeños relatos, en los que faltaban algunas palabras; los enfermos debían complementar estas lagunas (variante del método de Ebbinghaus).

Al experimento se sometieron enfermos con lesiones en las secciones frontolobasales del cerebro. Se les propusieron los siguientes relatos:

1. El león empezó a... y no podía ir a... Entonces decidió utilizar la astucia; se metió en su guarida e hizo ver que... Entonces otros animales empezaron a venir a visitar al enfermo... Y cuando ellos venían, el león se echaba sobre ellos, y... Vino la zorra, pero no entró en la guarida, sino que se detuvo en la... El león le preguntó: «¿Por qué no quieres entrar a visitarme?» Y... contestó: «Veo muchas huellas que van hacia tu..., pero no veo... que vayan de regreso».

2. Un hombre encargó a la hilandera... muy fino. La hilandera hiló el hilo fino, pero el hombre dijo que el hilo era... y que él necesitaba el hilo más fino. La hilandera dijo: «Si consideras que este hilo es poco fino para ti, toma este otro», y le indicó un sitio... El dijo que no veía nada. «Por eso no lo ves, porque es muy fino. Ni yo misma lo veo». El tonto se alegró y encargó más... de éste y por el indicado pagó dinero.

Según los datos de V. I. Urusova-Belozortseva, de los 18 enfermos del grupo estudiado sólo cuatro leyeron primero todo el relato, los restantes 14 experimentados rellenaron las lagunas «sobre la marcha», sin prestar atención ni siquiera a la frase siguiente.

Es preciso subrayar que los experimentos de comprobación, realizados con enfermos que tenían disminuido el nivel de generalización, pero con enfoque crítico hacia sí mismos, presentaron un cuadro distinto: incluso los enfermos que tenían dificultad en realizar

el ejercicio ante todo leían el relato y meditaban cada palabra que ponían.

Reproducimos algunos ejemplos de realización de estos ejercicios por los enfermos del mencionado grupo³.

Enfermo T.: «Un hombre encargó a la hilandera finas *manos* (hilo). La hilandera hiló el hilo fino, pero el hombre dijo que el hilo *no* era (grueso) y que él necesitaba el hilo más fino. La hilandera dijo: «Si consideras que este hilo es poco fino para ti, toma este otro», y le indicó un sitio *distinto* (vacío). El dijo que no veía nada. «Por eso no lo ves, porque es muy fino, ni yo misma lo veo». El tonto se alegró y encargó más *manos* (hilo) y por el indicado pagó dinero.

Enfermo T.: El león empezó a *rugir* (envejecer) y no podía ir a *cazar*. Entonces decidió utilizar la astucia; se metió en su guarida e hizo ver que *estaba dormido* (estaba enfermo). Entonces otros animales empezaron a venir a visitar al enfermo *ciervo* (león). Y cuando ellos venían, el león se tiraba sobre ellos y *se los comía*».

Al analizar las palabras erróneamente intercaladas, V. I. Urusova-Belozortseva destaca los siguientes tipos de faltas: a) las palabras intercaladas por el enfermo sólo se podían utilizar en combinación con las más cercanas palabras, pero fuera de todo el contexto en su conjunto; b) las palabras intercaladas tienen un carácter completamente casual; c) las palabras intercaladas son cogidas de otros relatos.

En los ya citados estudios de I. I. Kozhuhovskaya /41, 42/ se analiza la influencia que ejerce la valoración del experimentador sobre la postura crítica del enfermo hacia el producto de su actividad. Con este fin se utilizó el método de Ebbinghaus en la variante de Urusova-Belozortseva, pero con instrucción modificada: después de que el experimentado completase el texto se le comunicaba que había hecho algunas faltas y que debía corregirlas.

La observación del experimentador actuó de modo distinto en la opinión de los experimentados sobre su trabajo. Los experimentados sanos (grupo de referencia) atentamente examinaban el texto y corregían los errores. Parte de los enfermos, con sentido crítico hacia la situación experimental, también corregían los errores e incluso manifestaban un fenómeno paradójico: estaban tan preocupados por la corrección, ponían tanto empeño en ello, que su esfuerzo les provocaba nuevos errores, y sólo una pequeña parte de los enfermos permanecía indiferente a la corrección, ellos no se motivaban para la corrección. Eran enfermos de esquizofrenia, en cuyo cuadro clínico se manifestaban síntomas de indolencia y desinterés. El estudio psicológico experimental efectuado con estos enfermos también demostró que tenían alterados no tanto los procesos cognoscitivos, en cuanto a la esfera motivadora. Esto también queda confirmado por los datos cuantitativos que se dan en los trabajos de I. I. Kozhuhovskaya.

³ Entre paréntesis se dan las palabras que *debían* ser puestas; en letra cursiva se indican las palabras que fueron puestas por los enfermos.

Resumiendo, se puede afirmar que las alteraciones del razonamiento descritas en este apartado y denominadas por nosotros como «alteraciones del sentido crítico del razonamiento» en realidad sobrepasan los límites de los procesos cognoscitivos y deben terminarse como la imposibilidad de percibir y valorar su comportamiento en conjunto, o sea, como falta de sentido crítico hacia su propia personalidad, como consecuencia de la alteración del subcontrol del comportamiento, en el sentido amplio de la palabra. Los datos aportados demuestran que no es posible analizar la actividad psíquica a través de las alteraciones de sus procesos por separado: memoria, atención, percepción y razonamiento. Esta tesis, que es bien conocida en la psiquiatría nacional, se manifiesta con especial claridad, al intentar resolver cualquier problema en la práctica psiquiátrica. Por ejemplo, al realizar un peritaje laboral o judicial frecuentemente se plantea el problema de si la alteración es de la memoria o del razonamiento. En cambio, el estudio psicológico experimental demuestra que lo que en realidad está alterado es el control sobre sus actos. La alteración del subcontrol del comportamiento adopta formas distintas, y entre ellas la alteración del razonamiento.

PSICOLOGIA



MAESTRIA EN NEUROPSICOLOGIA

CAPITULO VII

ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD

1. ALTERACIÓN EN EL PROCESO DE MEDIACIÓN Y EN EL ORDENAMIENTO DE LOS MOTIVOS

En el estado actual de nuestras investigaciones no estamos en condiciones de proponer ninguna clasificación estable y sólida de las alteraciones de personalidad. Por este motivo nos detendremos en las alteraciones de personalidad, cuyo análisis se puede realizar dentro de los conceptos teóricos más elaborados en la psicología soviética, entre los cuales está el concepto de actividad. El análisis de la actividad, como en más de una ocasión indicó A. N. Leontiev, debe realizarse estudiando las modificaciones de los motivos.

Hasta ahora, la modificación de los motivos se estudiaba psicológicamente o en el curso del desarrollo ontogénico del niño, o era provocado experimentalmente (L. I. Bozhovich /14/, M. S. Neymark /75/, L. S. Slavina /100/, etcétera). Sin embargo, también observamos alteración de los motivos en personas que padecen algunas formas de enfermedades psíquicas. Opinamos que el análisis psicológico de los motivos alterados es un procedimiento adecuado para estudiar la actividad, y, por consiguiente, la personalidad del enfermo. Además, y esto es especialmente importante, el material patológico permite en algunos casos no sólo analizar la modificación de los motivos y necesidades, sino además seguir el *proceso de formación de estas alteraciones*.

Este seguimiento exige la puntualización de los fundamentales rasgos motivadores, en los cuales se puede basar el análisis psicológico. Entre estos rasgos se encuentra el carácter mediador y jerárquico de los motivos.

A. N. Leontiev /57, 6/ subraya la estrecha relación que existe entre motivos y necesidades. Al subrayar que el análisis de las necesidades puede realizarse mediante el descubrimiento de su contenido concreto, él indica que esto transforma el problema psicológico de

las necesidades en problemas de «motivos de la actividad». Y esto significa el reconocimiento de la compleja relación entre los motivos y las distintas necesidades, el reconocimiento de su estructura jerárquica.

La complejidad de los motivos, su mediación y estructura jerárquica se inicia en la edad preescolar del niño y sigue desarrollándose durante toda la vida: los motivos pierden su carácter directo y empiezan a mediar con un motivo conscientemente planteado, unos motivos se someten a otros. Por ejemplo, el deseo de adquirir una determinada profesión como motivo general de conducta incluye en sí una serie de motivos particulares: adquirir los conocimientos necesarios, asimilar determinados hábitos y muchos otros. Cada uno de estos objetivos, a su vez, se divide en la actividad real en otras más pequeñas, que son las que en cada caso concreto determinan la conducta del hombre. Por esto, la actividad del hombre responde siempre no a una, sino a varias necesidades y, a su vez, es estimulada por varios motivos. Sin embargo, en la concreta actividad humana se puede destacar el motivo predominante. Es precisamente este motivo el que proporciona a todo comportamiento un sentido determinado.

La existencia de motivos predominantes no evita la necesidad de motivos complementarios, que estimulen directamente el comportamiento, sin embargo, son los motivos predominantes los que determinan el sentido personal de la actividad. Es precisamente este motivo predominante el que garantiza la posibilidad de mediación y de estructura jerárquica de los motivos. La estructura jerárquica de los motivos es relativamente estable, y en esto se fundamenta la relativa estabilidad de toda la personalidad, sus intereses, puntos de vista y valores. El material patológico permite establecer las leyes de modificación de la esfera motivadora del hombre, las cuales conducen a la alteración de los puntos de vista, intereses y valores de la personalidad. Somos de la opinión de que estas leyes se pueden determinar con mayor claridad en las personas con enfermedades mentales, en las cuales el proceso de alteración de motivos, conceptos y valores transcurre con suficiente amplitud como para establecer sus distintos eslabones. Uno de los modelos adecuados para el análisis son las alteraciones de la personalidad, que se manifiestan en el alcoholismo crónico. Como demostración reproducimos los datos del trabajo de nuestro aspirante B. S. Bratusia /16/.

Como procedimiento metodológico en este trabajo fue aplicado el método propuesto por nosotros en 1965, consistente en el análisis psicológico de los historiales clínicos en combinación con un estudio psicológico experimental.

En el análisis de B. S. Bratusia existen dos grupos de hechos: uno de ellos se refiere a la alteración de la estructura jerárquica de los motivos; el otro grupo se refiere al procedimiento para la formación de una necesidad nueva (patológica).

Antes de analizar estos hechos citaremos como ejemplo los datos del historial clínico presentado por B. S. Bratusia.

Datos del historial clínico del enfermo G., nacido en 1924. Diagnóstico: alcoholismo crónico con degradación de la personalidad (historial clínico del doctor G. M. Entin).

En la infancia, el desarrollo fue normal. Era un niño inteligente, le gustaba leer. Estudió en la escuela desde los ocho años, estudiaba bien. De carácter era comunicativo y alegre. Paralelamente a la escuela estudiaba en el estudio de aficionados de la Casa de los pioneros. Actuaba en los clubs y en las fiestas escolares. Desde 1943 prestó servicio en el ejército. No tuvo heridas o contusiones serias. Después de la guerra, G. se convierte en actor de teatro dramático ambulante. Interpretaba los papeles principales y tenía éxito entre los espectadores. Posteriormente ingresó en la filarmónica regional como actor-recitador. Tenía muchos amigos, era «el alma del grupo». Se casó en 1948, no tiene hijos.

La afición al alcohol se inició en 1945. Al principio bebía de vez en cuando —en las fiestas y en grupo—. Desde 1951 se acentuó la afición a la bebida. Cambia de carácter. G. es irritable, exigente con los que lo rodean, y, sobre todo, con los familiares, cínico y grosero. En 1952 lo abandona la esposa a causa de su afición al alcohol. Al cabo de poco tiempo se casó por segunda vez.

Se altera su comportamiento en el trabajo. Mientras antes cada recital era, según palabras de G., una fiesta, ahora se presenta en estado de embriaguez. Por este motivo recibió una severa repulsa como advertencia.

Cambió también de modo de beber: se apartó de los antiguos amigos, y en la mayoría de los casos se emborracha solo. Se gasta en bebida toda la mensualidad, no da dinero en casa; al revés, le coge dinero a su mujer «para despejarse». En verano de 1952 vendió para poder beber su abrigo de pieles.

En 1958, por consejo de su esposa, se dirigió a un psiquiatra, con la petición de que le tratase contra el alcoholismo. Pero sin esperar el inicio de la cura empezó a beber. Por insistencia de la esposa se dirigió al psiquiatra por segunda vez y fue enviado a la clínica Ganushkin. Durante la visita, el enfermo es franco al hablar de sí y pide ayuda. Está afectado por el ambiente en la sección, insiste en ser dado pronto de alta, promete no beber más.

Después de salir de la clínica, G. se va de la filarmónica regional y va destinado a otra filarmónica. Pero el enfermo no fue y empezó a beber de nuevo. En casa organizaba escándalos, exigía dinero para vodka. Para poder beber vendió los vestidos de la mujer y de la madre de ésta. Para interrumpir la bebida ingresó de nuevo en la clínica Ganushkin. Esta vez no demuestra sentido crítico hacia su borrachera, acusa de ella a la esposa y las circunstancias.

Después de la cura, G. cambió de profesión, se hizo chófer. Pronto empezó de nuevo a tomar alcohol. En 1954 le abandona su segunda esposa, se queda solo. En estado de embriaguez padece alucinaciones terribles, siente miedo. En este estado fue de nuevo ingresado en la clínica psiquiátrica de Ganushkin. En la sección no se ocupa de

nada. Tiene un círculo de intereses muy reducido, no lee periódicos, no escucha la radio, comprende lo malo que es el alcoholismo, pero siempre encuentra causas «objetivas» a cada borrachera.

Al ser dado de alta, G. empieza a beber de nuevo. Los ingresos en la clínica se hacen más frecuentes. En el período de 1953 hasta 1963 estuvo en la clínica 39 veces, cada dos-tres meses.

Con dificultad se coloca a trabajar como cargador, de donde le despiden por borracho. Vive solo, la habitación está en condiciones antihigiénicas, en la cama no tiene ni sábanas. No es visitado por nadie, no tiene amigos. Durante la dipsomanía vende sus prendas de vestir. En 1958 vendió para poder beber la ropa que le había comprado con su dinero el psiquiatra del distrito. En estado de embriaguez se muestra cínico y agresivo, provoca escándalos en la calle.

No le molesta estar en la clínica. Exige respeto hacia sí, tiene una elevada opinión de sí mismo: considera que tiene talento como actor, que es una persona extraordinaria. Es grosero con el personal de la clínica y con el médico que lo lleva, no mantiene las distancias en el comportamiento. No se interesa por nada, establece relaciones seleccionadamente, prefiriendo la compañía de los enfermos alcohólicos y psicópatas. En su último ingreso, en 1963, tiene mala influencia sobre otros enfermos, convenciéndoles de que empiecen a beber en cuanto salgan de la clínica, alimenta la animosidad entre el personal de la clínica.

Estos datos indican cómo iba modificándose la esfera personal del enfermo. Antes de enfermar era una persona activa con vena artística, animado y comunicativo. Ya en la escuela se dedica al teatro, después de la guerra se hace actor, tiene éxito entre el público, tiene muchos amigos.

Como resultado de la bebida palidecen estos intereses. El trabajo de actor deja de ser «una fiesta» para convertirse en simple obligación, el enfermo abandona a la familia y los amigos. Cambia el carácter: se hace irritable, exigente con los que le rodean, y sobre todo con los familiares, se hace cínico y grosero.

Se abandona. Si antes le gustaba ir bien vestido y rodearse de amigos, ahora es descuidado y bebe solo.

Se modifica también la postura vital del enfermo. Actor en el pasado, ahora con dificultad lo admiten como cargador, y cada vez le despiden por borracho.

Ha cambiado el aspecto moral del enfermo. Con el fin de obtener dinero para vodka, roba los vestidos de la esposa, vende las prendas compradas para él por el psiquiatra del distrito.

En los años de la enfermedad también cambia el comportamiento de G. en la clínica. Mientras en los primeros ingresos se muestra disgustado por su comportamiento, mantiene el sentido crítico hacia sí y pide ayuda; posteriormente, el sentido crítico disminuye y, al fin desaparece del todo. Al enfermo no le molesta ingresar con frecuencia en la clínica psiquiátrica, en la sección no muestra interés por nada,

es grosero con el personal, autosuficiente, convence a los demás enfermos para que no se sometan a la cura.

Por los datos del historial clínico, podemos deducir el descenso de la personalidad hasta su completa degradación. B. S. Bratusia tiene razón al indicar que este descenso transcurre en primer lugar por la esfera de necesidades y motivos, destruyendo los planteamientos anteriores a la enfermedad y reduciendo el círculo de intereses. El estudio psicológico experimental no descubre profundas modificaciones en los procesos cognoscitivos: el enfermo es capaz de efectuar ejercicios que exigen generalización y mediación (clasificación de objetos, métodos de exclusión, pictogramas). Sin embargo, en la ejecución de los ejercicios experimentales que exigen una prolongada concentración de la atención, esfuerzos mentales y rápida orientación en el material nuevo, se observa un insuficiente mantenimiento del enfoque en el razonamiento y falta de sentido crítico: el enfermo no siempre se da cuenta de los errores cometidos, y, lo que es más importante, no reacciona a la corrección y observaciones del experimentador, las valora a la ligera y no las tiene en cuenta en el trabajo posterior.

En el experimento destinado a la determinación del «nivel de pretensiones» se observa una excesiva autovaloración; al mismo tiempo la línea de elección de ejercicios según su complejidad es variable: el enfermo no manifiesta ningún sentimiento por el fracaso o éxito.

* * *

Como ya hemos indicado al principio del capítulo, el análisis de los historiales clínicos puede resultar útil en la determinación de dos problemas: a) la formación de una necesidad patológicamente modificada; b) la alteración en la jerarquía de los motivos.

Empezaremos por el primer problema. Está claro que la utilización del alcohol no se encuentra entre las necesidades naturales del hombre y por sí solo no tiene fuerza estimulante. Por esto, inicialmente su utilización es motivada por otras causas (conmemorar el cumpleaños, celebrar la boda). En las primeras etapas la utilización del alcohol provoca un estado de ánimo elevado y activo, el estado de embriaguez atrae a muchos también como medio de facilitar los contactos. Con el tiempo puede aparecer el deseo de experimentar de nuevo y repetidamente este estado agradable, el cual puede materializarse en el alcohol, y la persona se siente atraída no por los acontecimientos (la fiesta, un encuentro de amigos), sino por la posibilidad de utilizar alcohol. La bebida se convierte en motivo independiente del comportamiento, estimulando una actividad independiente, y entonces los acontecimientos se convierten en excusas. Tiene lugar el proceso que A. N. Leontiev denomina «desplazamiento del motivo hacia el objetivo», se forma un motivo nuevo que provoca una actividad nueva y, por consiguiente, una necesidad nueva (en el alcohol). El desplazamiento del motivo hacia el objetivo provoca la percepción de este motivo, ya que con respecto a la actividad el motivo desempe-

ña el papel de formador del sentido. La utilización de alcohol adquiere un determinado sentido personal. Por consiguiente, el mecanismo de formación de la necesidad patológica es común al mecanismo de su formación normal. Sin embargo, la enfermedad crea condiciones diferentes, que en el desarrollo normal, para su posterior desarrollo.

Es evidente que el contenido de esta nueva necesidad no es indiferente para toda la actividad posterior del hombre. En este caso este contenido contradice las normas sociales.

Los problemas y necesidades de la sociedad, organizadas en un solo sistema y encarnadas en determinadas normas morales, dejan de ser para nuestros enfermos motivos y organizadores del comportamiento. Y debido a que la estructura de los intereses, sentimientos y aspiraciones del hombre depende de lo que induce al hombre, las modificaciones en el contenido de las necesidades significa al mismo tiempo una modificación en la estructura de la personalidad.

En los enfermos se altera no sólo el contenido de las necesidades y motivos, sino también su estructura: todos ellos se hacen más inmediatos. L. I. Bozhovich /14, 435/ tiene toda la razón al decir que «las necesidades se distinguen no sólo por su contenido y propiedades dinámicas (fuerza, estabilidad, etcétera), sino también por su estructura: unas de ellas tienen un carácter directo, inmediato, otras tienen la mediación del objetivo o una disposición conscientemente adoptadas». En el descrito grupo de enfermos la incitación conduce a una acción directa e inmediata.

Sólo cuando la necesidad tiene carácter mediato (la mediación consiste en un objetivo conscientemente planteado) puede ser dirigida conscientemente por parte del hombre. En nuestros enfermos no existe, según ya hemos indicado, la posibilidad de mediación con un objetivo consciente, por esto sus necesidades son ingobernables y éstas adquieren la estructura de pasiones.

Por la psicología general conocemos que la mediación de las necesidades y los motivos está relacionada con su estructura jerárquica. Cuanto más acentuado es el carácter mediador de los motivos y las necesidades tanto más manifiesta es su estructura jerárquica. Esta relación ya fue indicada en su tiempo por K. Lewin, cuando escribió que el acto de sustitución puede manifestarse cuando los motivos tienen estructura jerárquica (en la terminología de K. Lewin se trataba de la «comunicación de cuasinecesidades»). En estos casos no tiene lugar una fijación rígida, basándose en la satisfacción de la necesidad.

Por el historial clínico podemos observar cómo bajo la influencia del alcoholismo en los enfermos se destruye la anterior jerarquía de los motivos. A veces, en ellos aparece el deseo de trabajar, la aspiración de comunicarse con los antiguos amigos; el enfermo realiza determinados actos, movido por la antigua jerarquía de motivos, pero todas estas incitaciones no son estables. El motivo predominante, que dirige toda la actividad del enfermo, consiste en la satisfacción de su ne-

cesidad de alcohol. La reestructuración de la jerarquía de los motivos en los enfermos se manifiesta con especial claridad en los procedimientos utilizados para satisfacer las necesidades de alcohol y el modo de obtener los medios para ello.

Empiezan a manifestarse una serie de actos complementarios. Con el tiempo toda la actividad consciente del enfermo va destinada a la ejecución de estos actos. En ellos se refleja la nueva postura ante el mundo circundante; esto conduce a valorar de modo distinto las situaciones y a los hombres. B. S. Bratusia, con razón, indica que con el tiempo todos los problemas se resuelven a través del alcohol y con su ayuda, y que el alcohol se convierte en el motivo central del comportamiento.

Con el desarrollo de la enfermedad el alcohol se convierte en el sentido de la vida, y los anteriores conceptos e intereses pasan a un segundo plano. El trabajo pierde interés para el enfermo —es necesario sólo como fuente de dinero—. La familia, en lugar de ser objeto de cuidados, se convierte en freno para poder satisfacer su pasión. B. S. Bratusia /16/ subraya que se trata del punto central en el proceso de degradación de la personalidad en el alcoholismo crónico o sea, la gradual alteración de la antigua jerarquía de necesidades, motivos y valores, que se había formado antes de la enfermedad, y su sustitución por una jerarquía nueva. Se desplazan y destruyen las necesidades principales y conceptos de la persona. Como reflejo de este proceso se estrecha el círculo de intereses. Los enfermos se convierten en llanos, inactivos, pierden sus antiguas relaciones sociales con el mundo, ya que la personalidad, alterada por el alcohol, es inadecuada a estas relaciones. Por esto también se deteriora la línea profesional de los enfermos, y esto está motivado en primer lugar no por la degradación intelectual, sino por la alteración de los motivos personales.

La alteración de la jerarquía y mediación de los motivos significa la pérdida de la compleja organización de la actividad humana. La actividad pierde su rasgo específicamente humano: de motivada se convierte en impulsiva. Desaparecen los motivos a largo plazo, la necesidad de alcohol se convierte en pasión dominante en la vida del enfermo.

En el estudio psicológico experimental también se establecieron las alteraciones en la esfera motivadora de los enfermos. Conjuntamente con B. S. Bratusia realizamos un estudio psicológico-experimental comparativo de los enfermos con encefalopatía alcohólica (II-III estado de alcoholismo, según A. A. Portnov) y enfermos con encefalopatía traumática (enfermos que habían soportado graves traumas cráneo-cerebrales con masivas hemorragias subaracnoidales, hematomas intercraneales y focos de golpes de variada localización, predominantemente convexital). Ambos grupos mostraron características parecidas en las alteraciones de la actividad cognoscitiva. En la aplicación de varios métodos —cálculo según Kraepelin, búsqueda de números, prueba de corrección— se podía observar que el dinamismo en las oscilaciones de la atención era común para am-

terno. En la mayoría de los casos la enfermedad se inició en la adolescencia. Todas las niñas eran algo gruesas (pero no gordas). En la escuela, los otros niños bromeaban y las hacían rabiar llamándolas «gorditas», «buñuelos», etcétera.

Además, todas estas niñas estaban rodeadas de adultos que constantemente subrayaban «lo importante que es para una mujer tener una figura bonita». El resultado fue que este grupo de niñas se formó un determinado «ideal de mujer bonita». Así, una quería parecerse a Natasha Rostova, otra soñaba en una «figura de estrella de cine». Las niñas empezaron a preocuparse de su físico y a buscar medios para mejorarlo.

Es preciso indicar una circunstancia: el deseo de corrección surgió en estas enfermas en los años de la adolescencia. Como se sabe, los estudios de D. B. Elkonin (114) han demostrado que es precisamente en los años de la adolescencia cuando se desarrolla una actividad peculiar consistente en determinar las posturas personales entre adolescentes, se establece una peculiar actividad de comunicación, en la que el adolescente compara su comportamiento y sus posibilidades con las de sus compañeros, surge el motivo de autodeterminación y el deseo de asimilar las formas del «comportamiento adulto». Es precisamente en el proceso de esta comunicación donde tiene lugar primordialmente la formación de la autoconciencia y autovaloración. Muchos autores (L. I. Bozhovich /14/, M. S. Neymark /75/) han indicado que la imposibilidad de alcanzar las exigencias establecidas por los que nos rodean o el «ideal» elaborado por uno mismo conduce a sufrimientos afectivos.

En nuestras enfermas, estos sufrimientos afectivos surgieron por la inconcordancia de su «ideal de belleza» en el propio físico.

Inicialmente, los medios de corrección de su físico eran adecuados (las niñas excluyeron de su alimentación determinados productos). Los que las rodeaban empezaron a decir que las niñas se habían hecho «más esbeltas». Posteriormente, ellas recurrieron a una dieta más drástica.

Es preciso subrayar en la biografía de las niñas otra peculiaridad. Casi todas ellas estudiaban bien, y esto contribuyó a su autoafirmación. En los cursos superiores les fue más difícil estudiar. En gran medida esto era causado por la astenia, consecuente de la dieta tan drástica. Los familiares y allegados empezaron a controlar la dieta alimenticia de las niñas y, como es natural, impedían por todos los medios la abstinencia. Las niñas entran en conflicto con la familia, ocultan que se abstienen de comer deliberadamente, aducen falta de apetito.

Debido a que el régimen escogido no siempre resultaba eficaz, las muchachas recurren a otros procedimientos: comen una vez al día si no resisten la sensación de hambre, se provocan artificialmente vómitos, se administran grandes dosis de laxante, se dedican durante horas a la gimnasia y realizan esfuerzos físicos agotadores. Los

alteraciones del razonamiento, «como diversificación de planos», o la tendencia a la actualización de propiedades y conexiones no reforzados en la experiencia anterior son manifestaciones de la modificación de su componente motivador. Los estudios psicológico-experimentales han demostrado que bajo distintas alteraciones en la esfera motivadora aparecen distintas formas del razonamiento alterado (B. V. Zeigarnik, Talat Mansur Gabrial). Dicho de otro modo, el «factor responsable» de numerosas manifestaciones de la actividad cognoscitiva consiste en el «desplazamiento del motivo» en los enfermos. Este hecho tiene capital importancia: demuestra que todos nuestros procesos son distintas formas de actividad, mediadas y con motivación personal.

B. El segundo punto teórico de importancia generalizada, para cuya solución parece razonable la utilización del material patológico, consiste en el problema de la relación entre lo biológico y lo psicológico en el desarrollo del hombre, problema que en la actualidad se discute ampliamente en numerosos simposios y conferencias. Somos de la opinión que el estudio de las distintas formas anómalas puede ser útil para la solución de este problema. Detengámonos en dos clases de alteraciones de la actividad psíquica, que fueron expuestas en el capítulo VII. Los datos aducidos demuestran que, a pesar de que las particularidades biológicas de la enfermedad y las leyes psicológicas del desarrollo participan en la formación de los síntomas patológicos, por ejemplo, los motivos o necesidades patológicas, su papel es completamente distinto.

La formación de la personalidad del sujeto enfermo se basa en leyes psicológicas (mecanismos), que se asemejan en mucho a las leyes del desarrollo psíquico normal. Sin embargo, el proceso morboso (encefalopatía alcohólica, inercia creciente en la epilepsia, etcétera) crea condiciones especiales, que no tienen analogía en el desarrollo normal, para el funcionamiento de los mecanismos psicológicos, y conducen a un alterado desarrollo patológico de la personalidad.

Por esto mismo las particularidades biológicas de la enfermedad no son la causa directa e inmediata de las alteraciones psíquicas. Ellas modifican el desarrollo de los procesos psíquicos, o sea, desempeñan el papel de condiciones en las que se desarrolla el proceso psicológico propiamente dicho, el proceso de formación de una personalidad anómala. Esta deducción concuerda con las tesis generales de la ciencia de nuestro país. A. N. Leontiev subraya que las propiedades heredadas biológicamente son sólo una (aunque muy importante) de las condiciones para la formación de las funciones psíquicas. La condición principal para su formación consiste en la asimilación del mundo de objetos y fenómenos creados por la humanidad. Las mismas condiciones actúan en el desarrollo patológico, pero su relación se modifica considerablemente. Como subraya, S. L. Rubinstein, las causas exteriores se interpretan a través de las condiciones internas. Sin embargo, mientras en el desarrollo normal las causas externas (la acción social, en el sentido amplio de la palabra) conducen a un reflejo

noció que siempre tuvo ganas de comer, que «el apetito era muy fuerte, pero no comía por miedo de no poderse aguantar y comer mucho y empezar de nuevo a engordar».

En esta época demuestra interés en la preparación de la comida. Le gusta escoger la vajilla, ha comprado para sí platos y cubiertos especiales, le gusta ir al mercado a comprar.

A partir de enero de 1974 se inicia el tratamiento psiquiátrico, al principio en ambulatorio y después en la clínica número 12. Al ingresar pesaba 35 kilos. Aseguraba al médico que no sólo está completamente sana, sino también plenamente dichosa. «¡He conseguido todo lo que deseaba!». En los intentos de hacerla comer insultaba al personal, hacía ver que comía, pero tiraba la comida, se provocaba vómitos después de la comida.

Fue trasladada a la clínica Soloviev. *Estado físico:* estatura, 161 centímetros; peso, 38,5 kilos; casi no existe la capa subcutánea de grasa, las capas cutáneas son blanquecinas. Los órganos internos, sin síntomas patológicos. *Estado neurológico:* Le tiemblan los dedos de las manos, vivos reflejos de tendones. *Estado psíquico:* Al ingresar se quejaba de debilidad, apatía, excesivo cansancio e irritabilidad. Estaba indignada de que la hubiesen trasladado a la clínica Soloviev, insistía en ser dada de alta. No le gustaba hablar de su estado, aseguraba que casi estaba curada. Como demostración decía que su peso había aumentado en tres kilos.

Después de un prolongado tratamiento medicamentoso empezó a comer mejor. Fue dada de alta con 50 kilos de peso.

A las dos semanas alcanzó los 56,5 kilos. Empezó a inquietarse por el «exceso de peso», de nuevo empezó a limitar su alimentación, temía «estar gorda».

Con esta enferma se efectuó un estudio experimental-psicológico. Reaccionó con tranquilidad al hecho del estudio. Intenta conocer lo mejor posible las instrucciones, admite y utiliza bien la ayuda del experimentador. Las faltas las corrige ella misma o con ayuda, además se disculpa por ellas. Intenta efectuar lo mejor posible los ejercicios.

No se hallaron alteraciones en la esfera cognoscitiva; la memoria y razonamiento corresponden al nivel adecuado a la edad e instrucción. Se cansa con rapidez y tiene dificultades en cambiar el centro de la atención.

La autovaloración de la enferma refleja su estado. Determina su salud de la siguiente manera: «Cuando pesaba 35 kilos estaba enferma, no podía negarme, ahora estoy entre los muy sanos». Considera que tiene buen carácter, se enorgullece de él: «Soy persistente, me avengo mucho con las personas». En la aplicación del método TAT no se toca el tema de la comida y el adelgazamiento, se manifiesta el conflicto en la familia y en el amor.

El ejemplo citado demuestra que el motivo de adelgazamiento inicialmente no tenía carácter patológico. La abstinencia al principio era un acto para conseguir un cierto objetivo espiritual y valioso, «ser bonita», «tener una bonita figura». Sin embargo, posteriormen-

te, estos actos de adelgazamiento entran en contradicción con la natural necesidad orgánica de alimentarse. Además, los actos antivitales no sólo no cesan, sino que ellos mismos se convierten en motivo (desplazamiento del motivo al objetivo de la acción). Es más, este motivo se convierte en el dominante, en el de mayor significado en la jerarquía de los motivos. El estudio, al que antes la niña prestaba mucha atención, queda desplazado a un segundo plano, cediendo su lugar a la actividad de adelgazamiento.

Nos parece que los hechos citados tienen gran importancia y pueden servir para confirmar la tesis de A. N. Leontiev, según la cual las necesidades humanas (y por tanto, también los motivos) se forman por vías diferentes que las de los animales. Es la vía de «desligar» las necesidades humanas del estado orgánico del cuerpo.

Teniendo en cuenta lo dicho, consideramos de interés el hecho siguiente, indicado por M. A. Kareva. Los enfermos que practicaron una prolongada y pertinaz abstinencia, llegando a la inanición, gustosamente se dedicaban a todo lo que tiene alguna relación con la comida: preparaban distintos platos sofisticados, iban a la compra al mercado o a la tienda, examinaban los productos, cuidaban de que sus familiares comiesen, «empachaban» a sus hermanos pequeños, según se indica en los historiales clínicos, y muchos de ellos querían escoger una profesión relacionada con la alimentación.

Consideramos que esto demuestra que el propio medio de satisfacer la necesidad natural sufre una determinada alteración: aparece cierta apariencia de satisfacción, determinada «cuasisatisfacción» de la necesidad orgánica. Esto significa una alteración de la propia naturaleza de la necesidad.

2. ALTERACIÓN EN LA FORMACIÓN DE SIGNIFICACIONES

En este apartado nos proponemos enfocar la patología de los motivos desde otro aspecto, la relación existente entre sus funciones de significación y motivación. El caso es que las funciones de significación y motivación, que destaca A. N. Leontiev, no siempre pueden separarse. Con frecuencia sucede que la persona percibe el motivo por el cual debe realizarse la acción, pero este motivo sigue siendo «percibido» sin estimular la acción. L. I. Bozhovich y sus colaboradores han demostrado que este fenómeno se encuentra con frecuencia en los niños de edad preescolar. Por ejemplo, el niño sabe que para asimilar la futura profesión se debe estudiar bien, sin embargo, el motivo para estudiar no tiene la suficiente fuerza estimuladora y es preciso recurrir a motivos adicionales. L. I. Bozhovich /14, 418/ subraya que también los motivos «conocidos» desempeñan cierto papel, aunque sea relacionándose con los motivos adicionales, pero sus funciones significadora y estimulante resultaron insuficientes.

Sin embargo, en condiciones determinadas, los motivos «conocidos» pueden transformarse en directamente actuantes. Este paso de

los motivos «conocidos» en «incitación» se relaciona con la formación ideológica del adolescente. Por su mecanismo de acción, los motivos en la edad adulta no son «directamente actuantes», sino que se forman sobre una finalidad conscientemente establecida y su propósito adoptado también conscientemente. S. L. Rubinstein /89, 469/ también subraya que en sus formas superiores los motivos se fundamentan en el reconocimiento por el hombre de sus deberes y de los problemas que le plantea la vida en sociedad.

Y es precisamente la unión de estas dos funciones del motivo —incitadora y significadora— lo que proporciona a la actividad humana el carácter de actos conscientemente regulados. El debilitamiento y alteración de estas funciones —incitadora y significadora— conduce a la modificación de la actividad.

En algunos casos esto se manifiesta en que la función significadora del motivo se debilita, y éste se transforma en simple motivo conocido. Por ejemplo, el enfermo sabe que se debe tratar bien a los familiares, pero ofende y pega a su madre.

En otros casos destaca el estrechamiento del círculo de formaciones significativas. Esto se manifiesta en que el motivo, aun conservando hasta cierto grado su fuerza incitadora, atribuye sentido a un círculo relativamente menor de fenómenos de lo que era antes de la enfermedad. El resultado es que mucho de lo que antes tenía para el enfermo sentido personal (por ejemplo, el estudio, el trabajo, la amistad, las relaciones con los padres, etcétera) lo va perdiendo paulatinamente. En consecuencia, se pierde también la fuerza incitadora del motivo.

Con el fin de investigar los mecanismos de la alterada formación de significados, en los enfermos de esquizofrenia, nuestro aspirante M. M. Kochenov /48/ realizó un estudio psicológico-experimental especial, el cual consistía en lo siguiente: el experimentado debe realizar por elección propia tres de los diez ejercicios propuestos por el experimentador en un plazo máximo de siete minutos. Se proponía dibujar cien cruces, realizar diez líneas del ejercicio de corrección (según Bourdon), ocho líneas de cálculo (según Kraepelin), componer uno de los dibujos del método Coos, formar un «pozo» con cerillas, hacer una «cadena» de clips de oficina, resolver tres rompecabezas. De este modo, el sujeto experimentado se veía en la obligación de escoger precisamente las tres acciones que más corresponden a la finalidad principal.

Para que se consiga este fin en la conciencia del experimentado debe formarse una jerarquía de significados con relación a las acciones a realizar.

Al ensayar este método sobre los experimentados sanos, M. M. Kochenov determinó que para alcanzar la meta propuesta es imprescindible una orientación activa en los ejercicios (a veces, por el método de pruebas). La actividad de buscar los actos más lógicos, los ejercicios más «ventajosos» refleja el proceso de reasimilación, que se desarrolla en la conciencia del experimentado.

Esta etapa de orientación estaba claramente marcada en los experimentados sanos. Además de que cada experimentado escogía no menos de tres ejercicios (cuando el tiempo asignado no era suficiente, se le añadían algunos minutos más, permitiendo siempre realizar la tercera prueba), realizaban algunas pruebas orientativas.

Todos los experimentados manifestaron que en la selección de ejercicios se guiaban por el nivel de complejidad de los mismos, procurando escoger los que precisaban menos tiempo para su realización. Todos manifestaron que intentaron no sobrepasar los siete minutos asignados.

Por consiguiente, en esta prueba se determinó que en los experimentados sanos, durante el experimento, los distintos actos se estructuran en un comportamiento dirigido a conseguir la finalidad propuesta.

El comportamiento era distinto en los enfermos de esquizofrenia (forma sencilla de desarrollo lánguido). En estos enfermos no existe la etapa orientativa. Ellos no escogen los ejercicios «ventajosos», con frecuencia escogen los que evidentemente no se pueden realizar en siete minutos. Algunos enfermos mostraron interés no por el experimento en general, sino por determinados ejercicios, que realizaron con sumo cuidado sin tomar en consideración que habían agotado el tiempo. La cantidad de pruebas complementarias en los enfermos quedó reducida al mínimo. La distribución de la frecuencia en la elección de los ejercicios demuestra una actitud menos diferenciada que en los experimentados sanos.

Es preciso indicar que todos los enfermos también sabían que el tiempo asignado era de siete minutos, pero esto no servía de regulador en su comportamiento. Incluso a veces, espontáneamente, comentaban que «debían concluir el trabajo en siete minutos», pero no modificaban el procedimiento de su trabajo. Por consiguiente, el estudio realizado por M. M. Kochenov ha demostrado que la modificación en la actividad de este grupo de enfermos estaba basada en la alteración de la esfera motivadora. Al convertirse en simplemente «conocido», el motivo pierde tanto su función significadora como la incentiva.

El autor tiene razón al afirmar que la reducción de motivos conduce al empobrecimiento de la actividad de los enfermos. A su vez, el empobrecimiento de la actividad tiene una influencia «revertida»: no se forman motivos nuevos.

El estudio de los historiadores clínicos ha confirmado el debilitamiento de la función incentiva de los motivos y la transformación de los mismos en simplemente «conocidos». Estas modificaciones no son de carácter. M. M. Kochenov ha conseguido determinar varias clases de alteraciones del significado.

1. Estabilidad paradójica de determinado círculo de formaciones de significados. Por ejemplo, el enfermo H. se negó a percibir el salario, porque él «despreciaba los bienes terrenales»; el enfermo M., durante años, se negó a trabajar, viviendo a costa de su anciana

madre, a la que «trataba muy bien». Este mecanismo quedó claramente determinado en el estudio psicológico-experimental general y de comprobación, cuando el enfermo permanecía «neutral» con relación a la investigación.

2. Disminución del círculo de formaciones significativas. Se manifiesta en que el motivo, a pesar de conservar hasta un cierto grado la fuerza incitativa, proporciona significado a un círculo relativamente menor de fenómenos en comparación con el período anterior a la enfermedad. El resultado es que mucho de lo que antes tenía para el enfermo un sentido personal (por ejemplo, el estudio, el trabajo, la amistad, las relaciones con los padres, etcétera) lo pierde paulatinamente.

Lo más importante en la estructura de esta actividad modificada de los enfermos consiste en que ellos saben lo que deben hacer y pueden demostrar el modo de actuar en cada caso determinado. Y esto es precisamente la causa de muchos actos extraños e inadecuados y de razonamientos, que dan pie para hablar del carácter paradójico de la psique esquizofrénica y de la alteración de la selectividad en sus actos.

Por tanto, el desplazamiento de la función significadora de los motivos, la separación de la función activa de la de «conocimiento» es lo que ha alterado la actividad de los enfermos y es la causa de la degradación de su comportamiento y personalidad.

* * *

Para analizar cómo se va formando la alteración patológica de la personalidad se pueden también citar algunos datos que se refieren a la formación de los rasgos patológicos del carácter.

Por la práctica psiquiátrica se sabe que en los enfermos de epilepsia (siempre que la enfermedad se haya iniciado en la infancia) tiene lugar una alteración de personalidad, que generalmente se determina como una combinación de brutalidad, servilismo y pedantería. Se ha convertido en tradicional la imagen de los enfermos de epilepsia, que se describe en los manuales de psiquiatría y que fue dada por el clásico de la psiquiatría alemana A. Kraepelin: «Con la Biblia en las manos y una piedra en el seno». Generalmente, se relacionan estas peculiaridades con la enfermedad en sí, con los ataques, pero en ningún sitio se analizan las condiciones bajo las cuales se forman estas peculiaridades en la personalidad.

Y, sin embargo, se podrían aclarar muchos puntos si analizáramos la vida del niño, el cual, a causa de una lesión orgánica del cerebro, ha empezado a sufrir ataques; si observáramos la reacción de los otros niños a estos ataques, y la reacción del maestro ante las dificultades en el estudio que tiene este niño en la escuela. Este niño intenta compensar sus deficiencias y despertar las buenas relaciones de sus compañeros, utilizando para ello medios no siempre apropiados: solicitud, adaptación a los demás niños. Debido a la inercia, que es

inherente a estos enfermos, estos modos se fijan posteriormente y se convierten en métodos de comportamiento.

En relación con esto, es interesante examinar la formación también de otro rasgo característico del epiléptico: su pedantería y pulcritud.

En las etapas iniciales de la enfermedad, las peculiaridades indicadas aparecen como medio para compensar los defectos primarios. Experimentalmente, se ha demostrado que sólo mediante la realización esmerada y consecutiva de todos los elementos que componen el problema planteado el enfermo consigue su correcta solución (G. V. Birenbaum, A. N. Zalmanzon, B. V. Zejgarnik, S. V. Longuinova, etcétera).

La esmerada realización de los distintos eslabones del ejercicio exige del enfermo epiléptico cada vez mayor atención, según va avanzando la enfermedad, hasta que al final se convierte en el punto central de su trabajo.

Tiene lugar la transferencia del motivo de una actividad amplia a la realización de una acción auxiliar. Esto fue demostrado experimentalmente en la tesis de licenciatura de N. K. Kalita, la cual examinó el nivel de pretensiones de los enfermos de epilepsia mediante un método original: a los enfermos se les mostraba tarjetas que se diferenciaban entre sí por el número de elementos representados. Se pedía establecer estas diferencias en un tiempo determinado. Según el estudio de N. K. Kalita, en la mayoría de los enfermos de epilepsia no llegaba a formarse el nivel de pretensiones. Ellos se atascaban en cada ejercicio concreto, y gustosamente empezaban a buscar las diferencias en las tarjetas, encontrando las más insignificantes, no percibidas por los experimentados sanos.

Los resultados obtenidos no significan que los enfermos no tienen en absoluto nivel de pretensiones, pero mientras para los sujetos sanos esta combinación de ejercicios era sólo un motivo para manifestar su nivel de pretensiones, en los enfermos la propia realización del ejercicio se convierte en el significado del trabajo.

Por tanto, en la epilepsia tiene lugar una compensación de los defectos primarios, la cual frecuentemente conduce a la alteración de la mediación.

Es conocido que para compensar un defecto deben, ante todo, elaborarse procedimientos y medios adecuados para su superación. Es más, se debe no sólo encontrar los medios para superar el defecto, sino además llegar a asimilarlos hasta determinado grado de enrollamiento y automatización. El hábito libera al sujeto del centro sobre el desarrollo de la acción y con esto brinda la oportunidad de transferir la orientación a un campo de actividad más amplio (P. G. Galperin).

Debido a la creciente inercia, los procedimientos de compensación en los enfermos epilépticos no llegan a enrollarse y automatizarse, sino que, al revés, el enfermo «se atasca» en la etapa de control de

la realización del acto auxiliar, y el motivo se desplaza cada vez más de una actividad amplia a otra cada vez más estrecha.

Junto con el desplazamiento del motivo se desplaza también el sentido de la actividad. La actividad compleja y mediada no tiene sentido para el enfermo, lo importante para él es la realización de determinadas operaciones, que en la norma desempeñan el papel de procedimiento técnico.

La afectación, que es inherente al epiléptico, en sentido primario, satura este sentido, convirtiéndolo no simplemente en actitud, sino en actitud activa. Los enfermos no soportan la menor infracción del orden establecido. En el transcurso de la enfermedad, la pulcritud y la pedantería pasan de ser una simple compensación inadecuada a ser un medio acostumbrado de acción, una determinada actitud hacia el mundo circundante, una postura social determinada, o sea, un rasgo del carácter.

Con determinadas variaciones, pero en lo fundamental por los mismos mecanismos, se forman los demás rasgos patológicos en el carácter epiléptico. Su formación también se fundamenta en la compensación inadecuada, en la transferencia de una actividad amplia a otra más estrecha y en la disminución de las unidades significativas de la actividad.

3. ALTERACIÓN DEL SUBCONTROL DEL COMPORTAMIENTO

Una de las manifestaciones más claras de la alteración de la personalidad consiste en la alteración del subcontrol del comportamiento, en la falta del sentido crítico sobre el comportamiento. La alteración del sentido crítico puede adoptar distintas formas y manifestarse en la estructura de distintos procesos: razonamiento, percepción (E. A. Evlahova, B. V. Zeigarnik). Puede manifestarse en la valoración equivocada de su personalidad y de sus actos (B. V. Zeigarnik, S. J. Rubinstein), puede manifestarse en la falta de crítica en relación con sus vivencias psicopatológicas. I. I. Kozhuhovskaya estudió la alteración de la crítica en los enfermos mentales. Después de analizar distintos aspectos de la alteración en el sentido crítico, I. I. Kozhuhovskaya demostró la importancia que tiene este aspecto para muchos problemas psicológicos. Ella demostró que independientemente de la forma que adoptase la falta de sentido crítico, ésta significa la alteración de toda la actividad. La autora afirma que el sentido crítico forma la «cúspide de los valores personales del hombre». Los procedimientos destinados al estudio del sentido crítico son los más adecuados para analizar las peculiaridades de la persona /41, 42/.

En este apartado, nos detendremos en las alteraciones del sentido crítico, que consisten en la incapacidad de actuar premeditadamente, de controlar sus actos y corregirlos, adecuándolos a las condiciones reales.

La falta de sentido crítico puede manifestarse de modo distinto en el comportamiento de los enfermos: algunos de ellos se desinhiben, otros se muestran inactivos (B. V. Zeigarnik /27/).

Como ya se ha indicado (capítulo VI, apartado 4), los enfermos, cometiendo gran número de faltas durante la realización del ejercicio, no se dan cuenta de la inconcordancia entre las distintas partes del relato, no intentan analizar el material, y cuando se dan cuenta de la contradicción, no procuran encontrar y corregir el error. Cuando el experimentador les indica que la solución es errónea, ellos están de acuerdo: «Aquí se precisa alguna otra cosa, aquí algo va mal», pero no corrigen sus faltas. Resultó imposible crear en los enfermos un enfoque hacia la correcta solución del ejercicio, hacia una actitud adecuada con respecto al producto de su trabajo.

Este hecho fue objeto de un estudio especial, realizado por S. J. Rubinstein /92/. En su tesis de Candidato «Rehabilitación de la capacidad laboral después de traumas cerebrales de guerra», S. J. Rubinstein analiza psicológicamente la capacidad laboral de los enfermos con distintas afecciones cerebrales. Ella demostró convincentemente que incluso los enfermos con considerables lesiones cerebrales asimilaban los hábitos indispensables para la adquisición de una nueva profesión. S. J. Rubinstein tiene mucha razón al subrayar que estos enfermos mantienen un punto de vista adecuado sobre el trabajo; ellos valoraban correctamente los conocimientos que adquirían y preveían que les serían útiles en la vida posteriormente.

Era completamente distinto el proceso de asimilación de hábitos en los enfermos con lesiones en los lóbulos frontales del cerebro. S. J. Rubinstein demostró que a estos enfermos no les era difícil asimilar determinados procedimientos laborales, dominaban con facilidad las operaciones técnicas; en ellos no se observaba el agotamiento que disminuye la capacidad laboral de otros enfermos. Sin embargo, fueron precisamente estos enfermos (con traumas en los lóbulos frontales del cerebro) los únicos que no adquirieron los hábitos necesarios. Al analizar la causa del fracaso en la tentativa de adiestrar a los enfermos con lesiones en los lóbulos frontales del cerebro, S. J. Rubinstein indica que este grupo de enfermos no tenía una actitud estable con relación al producto de su actividad, no mantenía una actitud crítica con respecto a sí mismos. Según indica la autora, los enfermos no realizaban la corrección interior de sus actos.

Este hecho fue también observado en condiciones de aprendizaje en laboratorio. Con el fin de estudiar la estructura de los actos durante el aprendizaje, hemos destacado un grupo de enfermos con múltiples lesiones en las secciones posteriores del hemisferio izquierdo (regiones temporal y parietal-occipital). Durante dos semanas, estos enfermos realizaron sistemáticamente ejercicios, en los cuales se incluía la memorización de una poesía, la realización de un mosaico, siguiendo el ejemplo dado y la clasificación del material propuesto por el enfermo.

Los enfermos con lesiones en las secciones posteriores (gnósticas)

del cerebro experimentaban visibles dificultades en el aprendizaje, pero mediante ejercicios sistemáticos alcanzaban notorios progresos. Ellos asimilaban los procedimientos racionales del aprendizaje.

En cambio, los enfermos con lesiones múltiples de los sistemas frontales se comportaban de otros modo distinto completamente. Ellos no sólo no adoptaban ningún procedimiento activo que pudiera ayudarles en la asimilación racional del problema propuesto, sino que ni siquiera retenían el procedimiento que se les había enseñado.

Por ejemplo, al componer el mosaico sin plano, sin tener en cuenta las líneas fundamentales de la muestra propuesta, continuando pasivamente líneas equivocadas y casualmente compuestas, ellos no asimilaban los procedimientos de trabajo explicados, y después de haber recibido una lección iniciaban la siguiente sin modificación alguna. Un cuadro análogo se presentaba en la memorización de la poesía y en otros experimentos. Los enfermos carecían de motivación estable y consciente, y es precisamente esto lo que alteraba el enfoque de los actos y razonamientos de los enfermos (B. V. Zeigarnik /26/).

Con las preguntas de comprobación y la organización externa del trabajo por parte del experimentador, el enfermo era capaz de asimilar incluso problemas más complejos. Por consiguiente, la actividad de los enfermos se caracterizaba por falta de autocontrol e indiferencia hacia lo que hacían. Como ejemplo, citaremos extractos del historial clínico y datos del estudio psicológico-experimental de dos enfermos, ya descritos por nosotros en 1966.

Enfermo M., año de nacimiento, 1890. Diagnóstico, parálisis progresiva. El desarrollo fue normal. Terminó con éxito la facultad de medicina, trabajó como cirujano. A los 26 años sufrió de sífilis. A la edad de 47 años se manifestaron los primeros síntomas de la enfermedad mental: al practicar una operación hizo una falta imperdonable (cosió el intestino grueso dentro del estómago), lo que costó la vida a la enferma. En el peritaje psiquiátrico-judicial se estableció el diagnóstico: «parálisis progresiva». Después de someterse a una cura intentó trabajar, pero no se pudo mantener en el puesto.

Estado psíquico: Se orienta correctamente, es asequible. Habla-dor, con los enfermos a veces charlatán. Sabe que tiene parálisis progresiva, pero reacciona ante este hecho con gran ligereza. Constantemente repite que padece «fenómenos residuales después de haber superado la parálisis progresiva», pero éstos son «insignificantes», son «pequeñeces», que no le impedirán trabajar como cirujano. Al recordar su gravísimo error quirúrgico, dice sonriendo y sin darle la menor importancia que «se equivocó en algo, a todos les suceden casualidades». En la actualidad se considera sano («como un toro», dice el enfermo). Está convencido de que puede trabajar como cirujano, de médico jefe de una clínica. Al mismo tiempo, da los consejos más absurdos a los compañeros de sección. Sin sentir vergüenza, explica a todos que conoció a su mujer en una cervecería.

Ya en la realización de los ejercicios más sencillos el enfermo comete faltas graves, sin hacer ninguna tentativa de corregirlas. Por

ejemplo, el enfermo comprende correctamente el sentido de un refrán, pero inmediatamente lo relaciona con una frase inadecuada: «Me he equivocado un poco, ¿y qué?».

El ejercicio de «clasificación de objetos» lo inicia sin escuchar las instrucciones: «Bueno, es como el dominó», e intenta enfocar el ejercicio como el juego del dominó, pero inmediatamente pregunta: «¿Y cómo saber quién de nosotros ha ganado? Además, no jugamos dinero, porque yo no tengo dinero». Después de escuchar por segunda vez las instrucciones, realiza correctamente el ejercicio.

Al realizar el ejercicio «determinación del orden de los acontecimientos», inicialmente intenta explicar cada dibujo, inventándose además argumentos que no se deducen de los dibujos. El experimentador interrumpe al experimentado, rogándole que disponga las tarjetas en el orden que se deduce del argumento. El enfermo realiza correctamente el ejercicio.

Al establecer la correspondencia entre frases y refranes, el enfermo explica correctamente los refranes: «No es oro todo lo que reluce» y «Mídelo siete veces antes de cortar», pero relaciona mal las frases: «El oro es más pesado que el hierro» y «Si has cortado mal, no culpes a las tijeras».

El estudio de la memorización mediata, utilizando el método de pictogramas, demostró lo siguiente: el enfermo no presta atención a las instrucciones del ejercicio: «¿Usted quiere que yo represente en dibujos sus palabras? Pero yo no soy pintor». El experimentador le explica de nuevo el contenido del ejercicio y le ruega que escuche atentamente las instrucciones. El enfermo dice: «O sea que tengo que representar un emblema. Esto es fácil». Para formar conexiones de carácter bastante generalizado, para recordar «fiesta alegre», dibuja una bandera; para las palabras «noche oscura», sombrea un cuadrado; para recordar «hombre hambriento», dibuja a un hombre muy flaco. Sin embargo, el enfermo constantemente se distrae del trabajo e intenta entablar una conversación con el médico sobre cosas que no tiene ninguna relación con el ejercicio.

A pesar de que el experimentador constantemente subraya que la finalidad del experimento consiste en comprobar la memoria del enfermo, éste no muestra ninguna señal de asombro cuando el experimentador, dando por concluido el experimento, se despide del enfermo sin pedirle que reproduzca las palabras propuestas para la memorización.

Estos enfermos no se inmutan cuando en la comprobación se determina que recuerda sólo un pequeño número de palabras (de catorce, sólo cinco). A la observación del experimentador de que ha memorizado pocas palabras, él contesta sonriendo: «La próxima vez recordaré más».

Enfermo K. (historial clínico del hospital militar 3.120; datos del estudio realizado por S. J. Rubinstein), año de nacimiento, 1922. El desarrollo fue normal, terminó la escuela primaria rural, estudió en

un cursillo para manipular grúas, trabajó en una fábrica manipulando la grúa. El 23 de marzo de 1943 una bala le atravesó ambos lóbulos frontales. Se observó en los orificios de entrada y de salida derrame de líquido encefálico.

Al día siguiente de recibir la herida se le practicó una operación para limpiar de múltiples esquirlas óseas la sustancia encefálica del polo frontal izquierdo. El postoperatorio transcurre uniformemente. Al mes y medio, en su *status neurológico*, se observa lo siguiente: alteración de la convergencia, sobre todo por el lado izquierdo, del instagma espontáneo al mover el globo del ojo, alisamiento del pliegue faringopalatino derecho. Los reflejos de tendones son elevados en la parte derecha, no hay reflejos patológicos. Todos los aspectos de la sensibilidad están dentro de la norma. La coordinación es normal.

Estado psíquico: El enfermo se orienta correctamente en el espacio, tiempo y ambiente circundante. Narra correctamente los acontecimientos del pasado. Sabe que ha sido herido, pero considera que la herida fue leve; no observa ninguna consecuencia negativa ni en su estado físico ni en el mental. Presupone que será enviado de nuevo a su unidad de combate.

Es asequible, hablador, despreocupadamente alegre, gustosamente se somete al reglamento, pero si los compañeros le proponen alguna actividad que va contra el reglamento también los sigue sin discutir. Por petición de los compañeros, frecuentemente toca la balalaica y canta, pero abandonado a su propia iniciativa, permanece sentado sin decir ni hacer nada.

Por prescripción del médico, el enfermo empezó a trabajar en los talleres de terapia laboral. Gustosamente realizaba cualquier trabajo, incluso el más pesado, de tal modo que se le tenía que vigilar y prohibirle ciertos trabajos, como también indicarle cuando debía dejar el trabajo. Sin embargo, al realizar por indicación del instructor determinadas tareas, K. nunca se interesaba por los resultados de todo el trabajo en conjunto, no se interesaba por la calidad del trabajo realizado. Frecuentemente, después de iniciar algún trabajo, él salía del taller para fumar un cigarrillo y ya no regresaba al trabajo. Continuamente estropeaba material y rompía instrumentos, pero no porque no supiera utilizarlos, sino por su actitud irresponsable y despreocupada en el trabajo; no se enfadaba ni disgustaba cuando el instructor o los compañeros le reprochaban el mal trabajo. Por ejemplo, una vez después de coser en la máquina dos partes de una prenda, de tal modo que una estaba del derecho y la otra del revés, como contestación al reproche se rió y dijo: «¡Puede pasar!».

Después de pasar por el reconocimiento médico militar, K. fue dado de baja y reconocido como inválido del tercer grupo; él quería ir a casa de su tío, pero después decidió ir a visitar a un compañero de habitación. Sin vacilar aceptó la propuesta de quedarse en el hospital como enfermero. Desde que fue dado de alta se hizo evidente la incorrección de su comportamiento. Mientras antes, en condiciones de horario establecido y garantizada alimentación clínica, el enfermo no

se destacaba de entre los enfermos, ahora su comportamiento ha resultado plenamente inadecuado. Mientras los demás heridos según se aproximaba el que iban a abandonar el hospital se preocupaban activamente de la organización de sus vidas, K. permanecía plenamente indiferente.

Las obligaciones de K. como enfermero consistían en que él, junto con otros, trasladaban a los enfermos de pabellón a pabellón. El realizaba el trabajo muy bien, sin escatimar esfuerzos, mientras era observado, pero era suficiente que alguien llamase su atención para que dejase la camilla «por un instante» y después no regresase. Lo trasladaron poniéndole al cargo de la caldera, pero el primer día de este trabajo se fue al cine con un amigo, después se puso a dormir y dejó el trabajo por hacer. Durante algunos meses, mientras actuaba «bajo control», trabajó bien, se ganó las simpatías de los que lo rodeaban por su constante bondad y genio tranquilo. En cambio, a la menor independencia demostraba su irresponsabilidad y comportamiento inadecuado, por lo cual sufría él mismo y sus compañeros de trabajo: olvidó recoger las cartillas de racionamiento, repartió una caja de productos ajenos, abandonaba durante el día el trabajo para realizar encargos absurdos de los enfermos mentales. Sin embargo, en la familia, bajo vigilancia de los mismos, su comportamiento era relativamente completo.

Citaremos algunos datos del estudio experimental del enfermo. En el experimento de clasificación de objetos, K., sin escuchar hasta el final las instrucciones, empieza a colocar las tarjetas en pilas bien ordenadas, las examina. Sin embargo, después de repetirle insistentemente las instrucciones varias veces, realiza bien el ejercicio. Las peculiaridades en el comportamiento del enfermo se manifestaron con especial evidencia en el ejercicio de «determinación del orden de los acontecimientos». El enfermo describe el primer dibujo que le cae entre manos, coloca los dibujos sin ningún orden, pero al cabo de algún tiempo y después de la petición del experimentador de prestar mayor atención al trabajo, realiza correctamente el ejercicio. Si se consigue enfocar la atención del enfermo hacia la realización del ejercicio, éste lo puede efectuar, aunque el ejercicio requiera un análisis bastante complejo (el enfermo entiende el sentido figurado de los refranes, establece analogías en las relaciones, etcétera).

Esta alteración en la actitud modifica radicalmente la estructura de los actos de estos enfermos, destruyendo su comportamiento y despojándolos de objetivo. Por esto, los enfermos pueden continuar un trabajo, a pesar de su evidente innecesidad, y al mismo tiempo pueden interrumpir la ejecución de un importante ejercicio a la menor distracción externa. No adquieren hábitos laborales y no los adquieren no porque les falte la capacidad para entender las explicaciones del investigador o el instructor, sino porque no fijan su atención en el trabajo, porque no están enfocados hacia él y no captan en él ningún sentido.

Esta alteración en la actitud hacia el mundo circundante, hacia su

propio «yo» no sólo era causa de su alterado comportamiento, sino que además, en cierto modo, modificaba el propio carácter de los enfermos. Su descuido, despreocupación e irresponsabilidad aparecen precisamente como manifestaciones de la profunda alteración de su personalidad. Precisamente esta falta de criterio es lo que podía hacer que el enfermo K. dejase sobre la nieve la camilla con un enfermo y siguiese a un desconocido que lo había llamado; precisamente por esto los enfermos no se disgustaban por su propia incapacidad, no se preocupaban de la valoración de su trabajo; precisamente esta falta de actitud es lo que conducía a que los enfermos no controlasen sus acciones.

Como ejemplo reproducimos un extracto del historial clínico y de los protocolos del enfermo P-v.

Enfermo P-v (historial clínico de la doctora M. T. Belousova), año de nacimiento, 1897; instrucción, cinco años de escuela. Ingresó en la clínica Ganushkin el 12/X de 1944, falleció el 10/X de 1945.

Al ingresar no se queja de nada. Afirmó estar sano, sólo le preocupaba que sentía cierta debilidad.

Recibió la actual herida el 4/IV de 1944. La bala le perforó la región frontal. El mismo día fue llevado a la unidad sanitaria. Por la tarde, en grave estado, ingresa en el hospital de campaña. A los dos días de haber recibido la herida es operado. Con anestesia local se ha practicado un ensanchamiento de las heridas superficiales en ambas regiones frontales. La duramadre está afectada en concordancia con la lesión ósea.

En el período postoperatorio, ligeros síntomas meningeales, conciencia confusa con inquietud motora. En los últimos días de abril se observa un reblandecimiento de la masa encefálica por el lado derecho, apareciendo algo más tarde una ligera licuación.

Posteriormente se indica que el enfermo está extremadamente inerte, no muestra interés por nada, manteniendo profunda indiferencia hacia todo. No se queja de nada. Profundamente desorientado en el espacio y tiempo.

En este estado ingresa en el hospital militar el 8/VIII de 1944. En su *status neurológico* se indica que presenta alisamiento del pliegue faringopaladino izquierdo y ligera debilidad en la mano izquierda. El enfermo no puede decir nada de su herida, está desorientado en el espacio, el tiempo y el ambiente circundante. Extremadamente inerte, profundamente indiferente hacia todo. Estado de ánimo despreocupado, frecuentemente con ligero matiz de euforia.

Por consejo del profesor A. S. Shmarian, el enfermo fue trasladado a la clínica psiconeurológica número 4 Ganushkin.

Status neurológico: Amimia, pupilas ensanchadas, de forma correcta y al mismo tamaño. La reacción a la luz y la convergencia es satisfactoria. Ligeramente alisado el pliegue faringopaladino. La punta de la lengua se inclina hacia la izquierda. Ligero descenso de la fuerza muscular en la mano izquierda y parcialmente en la pierna iz-

quierda. Los reflejos de tendones elevados, en la parte izquierda más elevados que en la derecha. Vivos reflejos abdominales, algo más elevados en la parte derecha. Inclínación de la rótula derecha. A veces, insinuación del síndrome de Babinsky en la parte izquierda. Síndrome de Mayer en ambos lados. En la parte derecha manifiesta prueba de palma-barbilla. En la postura de Romberg muestra inestabilidad. No presenta alteraciones afásicas ni apráxicas. Radiografía del cráneo: en el hueso frontal derecho, defecto postoperatorio de $2,5 \times 4$ centímetros; en el izquierdo, de $2,5 \times 2$ centímetros. En el encefalograma del 27/II de 1945, hidrocefalia claramente manifiesta. En el electroencefalograma del 9/II de 1945, delta ritmo patológico en el área frontal izquierda.

Status psíquico: El enfermo se orienta erróneamente en el espacio, tiempo y ambiente. Por ejemplo, en algunos casos dice que es el año 1940; en otros afirma que es el año 1942 o 1947.

Después de permanecer varios meses en la clínica, manifiesta que está aquí hace unos días, en otros casos dice que hace mucho tiempo que llegó, más de tres años. Lo más frecuente es que afirme estar en algún lugar cercano a Moscú, que permanece en una institución de funciones múltiples, primordialmente productivas, y que él ha sido enviado para un curso de perfeccionamiento. Al personal de la clínica los considera encargados de talleres, pedagogos, instructores y personas de negocios. En cambio, a veces admite que es una institución médica.

Sus conocimientos anamnésicos son contradictorios. Por sus palabras, sólo se puede determinar con precisión el lugar de su nacimiento y el número de miembros de su familia. Determina correctamente su profesión y la fecha en la que fue llamado a filas, pero no puede indicar en qué combates participó ni narrar las circunstancias en las que fue herido. Con ayuda de preguntas indicadoras dice que fue herido en la cabeza.

En la clínica se pasa todo el día en la cama. Horas enteras permanece en la misma postura, inmóvil, con indiferencia y desinterés hacia todo lo que lo rodea. Nunca se dirige a nadie por iniciativa propia, pero contesta instantáneamente a las preguntas formuladas, sin meditar su contenido. Con la misma rapidez ejecuta las acciones elementales que se le proponen.

El enfermo no penetra en la esencia de las preguntas planteadas y no se da cuenta de las contradicciones. Por ejemplo, al indicar la edad de sus familiares y la suya propia, manifiesta que él, su esposa y los niños nacieron en 1916, teniendo en cuenta que la hija nació tres meses antes que el hijo. En otra ocasión manifiesta que él tiene cincuenta años, nació en 1916, y los hijos nacieron en 1937, pero cada uno de ellos tiene no menos de treinta-cuarenta años. No se da cuenta de lo absurdo de su respuesta. Al darse cuenta del asombro del médico, comenta: «En nuestro pueblo siempre ha sido así».

Se deja convencer con facilidad. Sin duda alguna admite cualquier afirmación, incluso la más absurda, y con la misma facilidad la

niega. Por ejemplo, admite que debajo de la ventana fluye un río y en el huerto hay una gruesa capa de nieve (en realidad, hace un cálido y soleado día). Un día, al ser preguntado por el motivo de la animación general en el departamento, dijo: «Debe ser que entierran a alguien». A la observación de que no es ésta la causa, replica: «También puede ser una boda», etcétera.

Con frecuencia, bajo la influencia de adecuadas preguntas indicadoras, surgen manifestaciones confabulatorias. Por ejemplo, a la pregunta de por qué duerme tanto, contesta: Me he cansado, estoy descansando». Y explica su cansancio con frecuentes desplazamientos para realizar trabajos especiales.

No tiene en absoluto conciencia de su enfermedad. Se considera muy sano. Está dispuesto en cualquier momento a regresar al frente. No duda de poder cumplir las órdenes de los superiores. Admite que, debido a su falta de fuerzas, no puede ser ametrallador, pero «con un arma más ligera no tendrá problema alguno». Niega tener defectos óseos en la región frontal y fallos en la sustancia encefálica. Dice que son chichones aparecidos hace poco, después de una pelea con los amigos, pero que pronto desaparecerán.

El estado de ánimo es despreocupado, en la conversación se anima, ríe. No está preocupado por su estado. No le molesta su permanencia en la clínica. Manifiesta que nunca piensa en el futuro: «Todo está pensado hace mucho tiempo». Nunca menciona a los familiares y por iniciativa propia nunca lee las cartas recibidas de casa. Sin embargo, cuando alguien le lee la carta, el enfermo escucha atentamente y con frecuencia llora. No puede explicar la causa de su llanto: «Por algo caen las lágrimas, pero no sé por qué».

Con frecuencia resulta descuidado. No reacciona a los comentarios del personal y los demás enfermos referente a su descuido aspecto. Considera que esto es un problema al que no se debe prestar atención.

Manifiesta un apetito exagerado, sin embargo, el propio enfermo nunca pide que le den de comer.

Sobre el fondo de los fenómenos indicados, a veces se consigue del enfermo alguna respuesta correcta. A veces, establece correctamente el mes en curso, la fecha de instauración del régimen soviético, del inicio de la gran guerra patria, etcétera. El comportamiento del enfermo frecuentemente es desenfocado. Por ejemplo, al salir del despacho ve colgados un abrigo, un sombrero y un paraguas; sin dudarle ni un momento se tira sobre los hombros el abrigo, se pone el sombrero y con el paraguas abierto regresa a la sala. No puede explicar su comportamiento.

Desde la segunda mitad de 1945, a pesar del tratamiento aplicado, visiblemente aumenta la espontaneidad, la inercia, dinamismo y la somnolencia. El 10/X de 1945 el enfermo fallece. Hasta el último día, a pesar de su estado crítico, no se quejaba, comía con gusto y sólo manifestaba que se sentía débil y por esto estaba en la cama.

En la autopsia se determinó la existencia de leptomeningitis difu-

sa con pus, paquimeningitis primordialmente basal en el área de los defectos óseos, absceso en el lóbulo frontal derecho con derrame al sistema del ventrículo.

El estudio patológico estableció la existencia en la corteza frontal (campos 46, 44 y 10) un derrame subaracnoidal, focos de reblandecimiento con formación de bolas granuladas y un proceso purulento con infiltración limfoide-plasmocitárica. Esta infiltración se localiza en el área de los ganglios subcorticales y del bulbo raquídeo. En la restante superficie cortical sólo se observa un abultamiento de las células nerviosas. La estructura cortical no está alterada. Las células nerviosas tienen bien determinada la sustancia de Nissl. Epéndimo con superficie cavernosa y abultamientos. Se observa un proceso progresivo en la neuroglia astrocitaria. Acidofilia. Estos fenómenos también se manifiestan con mayor fuerza en la sección izquierda del cerebro.

Datos del estudio psicológico-experimental: Con el enfermo se realizaron tres estudios psicológico-experimentales: dos en enero de 1945 y el tercero en junio de 1945.

En los dos primeros casos, el comportamiento del enfermo fue tranquilo, se sometía dócilmente al experimentador, en más de una ocasión, iniciando el ejercicio sin terminar de escuchar las instrucciones. A la observación del experimentador que es preciso escuchar hasta el final las instrucciones, él, sin molestarse en absoluto, respondía: «Diga, diga le estoy escuchando», e inmediatamente se distraía con irritantes ajenos al experimento. Todo el comportamiento del enfermo, todos sus actos carecían de enfoque hacia un objetivo. Por ejemplo, al mostrarle un cuadro que representa a un hombre que ha caído en un agujero hecho en el hielo del río, a personas que corren en su ayuda y un poste junto al agujero con el letrero «peligro», el enfermo dice: «Hay un alboroto, los chicos corren, puede ser que van a atacar, la guerra». Observación del experimentador: «Fíjese detenidamente, ¿es que estas personas parecen soldados?» El enfermo: «Sí, tiene razón, no son soldados, son civiles, bueno, pueden ser partisanos; ellos se vestían de varias maneras».

Experimentador: «Mire con más atención».

El enfermo se fija en el hombre que ha caído en el agujero: «Ah, sí, se está ahogando un hombre, y éstos se apresuran en su ayuda» (pero el enfermo no siente vergüenza por su error, no reacciona a él).

El experimentador: «¿O sea, que usted se ha equivocado?».

El enfermo: «¿Y quién lo sabe? Sí, seguramente me he equivocado. Sucede que uno se equivoca».

El enfermo no reacciona a la observación del experimentador, no manifiesta asombro ni disgusto por el error cometido.

El ejemplo citado ilustra la estructura específica de las alteraciones en la actividad cognoscitiva del enfermo: ésta no se reduce a las operaciones intelectuales y es indicador de un «radical» más generalizado, su espontaneidad, pérdida de la capacidad de regular sus acciones. El enfermo puede realizar un ejercicio experimental, que

exige de él efectuar una generalización, por ejemplo, puede clasificar los objetos basándose en un rasgo determinado o reproducir el contenido de un texto, sin embargo, este módulo de ejecución no es estable, se altera con facilidad y es sustituido por la actualización de asociaciones casuales, las cuales no son elaboradas ni analizadas por el enfermo.

A. R. Luria /65/ indica que estos enfermos no están en condiciones de analizar sistemáticamente las condiciones del ejercicio. El dice que estos enfermos tienen defectuosa la actividad orientativo-analizadora previa. El desarrollo lógico del razonamiento es sustituido por trozos de frases y por conexiones y asociaciones fragmentarias. A favor de esta tesis hablan también los datos del estudio de la percepción en nuestro enfermo, en el cual se detectó un fenómeno extremadamente curioso. El enfermo, que no padecía alteraciones agnósticas en algunos casos, se comportaba como un agnóstico: no reconocía con exactitud los objetos dibujados, si éstos estaban sombreados o dibujados a trazos; bajo la insistencia del experimentador de que se fijase atentamente, el enfermo reconocía los objetos dibujados.

Un fenómeno análogo se manifestaba en nuestro enfermo al mostrarle las figuras de Rubin, en las cuales el fondo y la figura se sustituyen alternativamente al intentar fijarlas.

Se sabe que si el proceso de sustitución de la figura y el fondo tarda en producirse, es suficiente llamar la atención del experimentado sobre la posibilidad de esta sustitución para que él pueda voluntariamente provocar este proceso. Nuestro enfermo no logró provocar este proceso. Al ver en la figura un «jarrón», ya no podía ver en ella el «perfil». «¿Qué dice, doctor? ¿Dónde están las caras?». Este enfermo tampoco supo ver ninguna clase de imágenes en las manchas de Rorschach. «Unos borrones», «manchas negras, blancas y rosas, nada más».

Por tanto, vemos que la alteración de la voluntad, la imposibilidad de dirigir sus actos se manifiestan en este enfermo en cualquier estudio. Resultados análogos se obtuvieron en otros enfermos del mismo grupo. El comportamiento despreocupado de los enfermos en la clínica y en ambiente laboral, la falta de valoración de su trabajo, todo esto indica que los actos de los enfermos no están sometidos a fines personales y no son regulados por éstos.

La ejecución de cualquier tarea, incluyendo la experimental, presupone el comprender qué valor tiene el trabajo realizado en una determinada situación concreta. La realización de la acción presupone también el conocimiento de los medios del trabajo, pero lo más importante es que el hombre debe saber valorar hasta qué punto sus propias acciones corresponden al problema planteado. Y para que pueda realizarse esta valoración es imprescindible que la persona comprenda sus fines y sus posibilidades y que actúe por motivos reconocidos. Esto lo indicó muy bien I. M. Sechenov /99, 167/: «Cuando la persona intenta inventar algo o se esfuerza en recordar algo (son expresiones figurativas), significa que la idea que está bus-

cando le es necesaria para alguna cosa, de otro modo sería un loco; esta cosa es, por tanto, el motivo que determina los oscuros procesos que figurativamente se denominan búsqueda o esfuerzo por inventar o recordar». Por tanto, I. M. Sechenov considera que el pensamiento y los actos de una persona sana deben estar dirigidos por asuntos, motivos.

Los enfermos del grupo descrito no tenían motivo, por el cual realizar un ejercicio determinado o realizar un acto concreto.

Sus actos eran en la misma medida no meditados y no motivados. Su comportamiento no estaba condicionado por una postura adecuada ni ante el ambiente circundante ni ante sí mismos. Ellos no asimilaban ni sus actos ni sus pensamientos, padecían anosognesia no sólo con relación a su enfermedad, sino también con relación a su comportamiento.

La imposibilidad de valorarse a sí mismos y a los demás destruyó de modo más grotesco la actividad de los enfermos; es el indicador de la profunda alteración de su personalidad.

Para concluir el análisis de la espontaneidad, quisiéramos detenernos en un fenómeno, a nuestro juicio, paradójico. Es frecuente que la descrita superfacilidad de distracción se combine en los enfermos con la tendencia a la perseveración. El síntoma de perseveración fue descrito por A. R. Luria en 1943 en los enfermos con alteraciones en la zona cerebral premotora. Al realizar algún componente de un movimiento complejo, los enfermos no podían pasar a otro componente del mismo movimiento. A. R. Luria describe los fenómenos de perseveración (en la esfera motora y el habla) observados también en los enfermos con lesiones múltiples en los lóbulos frontales del cerebro. El escribe que «la retención de las vías selectivas de la instrucción verbal resulta en estos casos tan difícil, y la influencia de los actos por inercia, provocados por la instrucción anterior, es tan fuerte, que la correcta realización del ejercicio resulta sustituida por fragmentos de acciones anteriores» /65, 243/.

Nosotros también pudimos observar esta clase de perseverancias en los enfermos observados. Conjuntamente con J. B. Rosinsky, analizamos a un enfermo, que, al seguir con el dedo el curso de un río en un mapa geofísico, continuaba esta acción hasta formar un agujero en el mapa; al intentar dibujar un círculo, continúa este movimiento circular hasta que lo paran; al alternar el ejercicio —dibujar círculo y cuadrado alternativamente—, obtuvimos una confusa mezcla de uno y otro: el cuadrado se redondeaba y en el círculo se incrustan fragmentos de lados rectos.

Si el enfermo dibujaba seguidamente varios círculos, le era difícil pasar a dibujar un triángulo; después de dibujar varias veces una casa no puede dibujar un círculo.

Las perseveraciones se manifestaban en la escritura. Al enfermo se le propone escribir: «Hoy hace buen tiempo». En lugar de esto, escribe: «Hoh haacee e bueb tiempopo».

Junto con las perseveraciones en este enfermo se manifiesta clara-

mente el comportamiento de situación en forma de respuesta: cuando el experimentador le ruega alargar la caja de cerillas a otro enfermo, él coge la caja, saca una cerilla y la enciende. No efectúa la acción referida a él. Cuando piden al enfermo que sirva un vaso de agua, él se bebe el agua. Al ver unas tijeras sobre una mesa, las coge y empieza a cortar el mantel.

Podría parecer que la conducta de situación y la tendencia a la perseverancia se contradicen, ya que esta última tendencia se basa en el mecanismo de la inercia, en cambio el comportamiento de situación contiene la tendencia a un cambio excesivamente rápido de creaciones. Pero en la realidad estos dos fenómenos contradictorios se unen. Sólo son dos manifestaciones distintas de la espontaneidad. Dicho de otro modo, ambos fenómenos son indicadores de que la actividad del enfermo está falta de sentido, el cual es sustituido por actos que carecen de motivo significativo. Llevada hasta su apogeo la espontaneidad, destruye radicalmente la estructura de la actividad.

CAPITULO VIII

ALTERACIONES DE LA CAPACIDAD MENTAL

Las alteraciones de la actividad psíquica de los enfermos mentales adopta, según hemos demostrado en los anteriores capítulos, formas distintas. En las investigaciones psicológicas se analizan primordialmente las alteraciones en los procesos cognoscitivos (principalmente del razonamiento), un reducido número de trabajos está dedicado a analizar las alteraciones de la personalidad.

Sin embargo, es preciso subrayar que el análisis de la alteración psíquica en los parámetros de las esferas cognoscitiva y personal no es completo. No es correcto reducir la gran variedad de alteraciones psíquicas a la modificación del sistema de los procesos cognoscitivos o a la alteración de los motivos.

En varios enfermos el experimento psicológico no detectó ninguna alteración en el sistema de los conceptos; los enfermos comprendían los ejercicios que exigían realizar, la síntesis y la generalización, las asociaciones de los enfermos eran adecuadas; tampoco existía la alteración en la reacción del enfermo ante el experimento. Sin embargo, los enfermos no eran capaces de mantener prolongadamente el procedimiento correcto de acción en un trabajo concreto y cometían errores. En estos casos se puede hablar de la alteración de la capacidad laboral intelectual de los enfermos.

En un plano más amplio a este problema están dedicados los trabajos de los psicólogos del Instituto de Peritaje de la Capacidad Laboral, los cuales han determinado distintos factores, en los que se basan las alteraciones de la capacidad mental del enfermo. Ya en 1936, V. M. Kogan formuló la tesis de que en muchos enfermos el factor principal en la disminución de la capacidad laboral consiste en el descenso del volumen de la atención, la incapacidad de valorar simultáneamente distintos influjos ambientales. Sin embargo, los enfermos conservaron en lo fundamental los hábitos y conocimientos indispensables para acciones mentales unitarias. Este hecho sirvió de

punto de partida para buscar especiales procedimientos experimentales en la investigación.

A la alteración de la capacidad laboral está dedicado un interesante estudio de E. A. Korobkova /45/, en el cual ella define la capacidad laboral como la capacidad de mantener prolongadamente una actividad sistemática y socialmente útil, y efectúa una clasificación de las alteraciones que se manifiestan en este campo: alteración en el enfoque hacia un objetivo, alteración del sentido voluntario de la actividad, alteración en el volumen y regulación de los esfuerzos y alteración en el dinamismo de la actividad.

En este capítulo queremos detenernos no en la capacidad laboral en el sentido amplio de la palabra, sino en las alteraciones de la capacidad laboral intelectual, que surgen como consecuencia del agotamiento (en la clasificación de E. A. Korobkova es lo que se aproxima más a la alteración del dinamismo de la actividad). Es frecuente que se conserven íntegramente los hábitos adquiridos en la experiencia pasada y las operaciones intelectuales del hombre; sin embargo, el enfermo no está en condiciones de realizar trabajos intelectuales que exijan prolongados y persistentes esfuerzos.

La alteración de la capacidad laboral intelectual encuentra su manifestación en una serie de fenómenos y frecuentemente se presenta como alteraciones de algunos procesos determinados: memoria, oscilaciones de la atención. Si a estos enfermos se les propone aprenderse diez palabras y representamos el número de palabras memorizadas en forma de gráfico, la última tendrá carácter quebrado.

Se obtuvieron resultados análogos en el estudio de los enfermos mediante la prueba de Kraepelin. La línea que representa el número de errores cometidos tiene la forma quebrada, mostrando así la discontinuidad e inestabilidad de la productividad de los enfermos.

Estas oscilaciones se manifiestan tanto en el estudio de formas complejas de la actividad psíquica como al analizar sus manifestaciones elementales, por ejemplo en el ritmo de las reacciones sensoriomotoras. Nuestra estudiante V. I. Vasilieva, en su tesis de licenciatura, utilizó, para determinar las peculiaridades del ritmo de las reacciones sensoriomotoras, el método de buscar los números en la «tabla de Shult». Al enfermo se le presentan sucesivamente cinco tablas, en las que se encuentran en desorden los números del 1 al 25. El enfermo tiene que indicar y nombrar los números en orden.

V. I. Vasilieva demostró que el tiempo total dedicado a la búsqueda de los números es mucho más elevado en comparación con la norma, que en los enfermos con dolencias vasculares del cerebro. Sin embargo, un estudio detallado del tiempo dedicado a cada operación de búsqueda demuestra que este retraso general es debido a la existencia de actos extremadamente lentos aparejados con otros de ritmo normal.

Al buscar los números, los enfermos, por regla general, siguen un ritmo normal, hasta que repentinamente «pierden» el siguiente número, o sea, que «lo miran, pero no lo ven», llegando a afirmar que

este número no está en la tabla. En otras palabras, la lentitud general en la realización del ejercicio es en realidad el resultado de una extrema irregularidad en el ritmo de algunas operaciones.

Otro indicador sensible de las alteraciones en las reacciones sensoriomotoras de los enfermos son los datos obtenidos en el estudio de su coordinación visual-motora. Este estudio fue realizado por S. J. Rubinstein, con ayuda de su propio método, consistente en que el experimentado debía aprender a calcular muy exactamente sus presiones sobre una pera de goma para poder realizar el movimiento indicado bajo control visual. El registro de los movimientos se efectuaba con tinta en la cinta de un quimógrafo.

Se pudo determinar que en los enfermos, cuyos datos clínicos muestran alteraciones de génesis arteriosclerótico, la línea se dibujaba a impulsos. Los enfermos realizaban correctamente el movimiento indicado por su fuerza y velocidad; sin embargo, sus presiones no eran regulares.

S. J. Rubinstein /96/ indica que la caracterización de la línea a impulsos refleja un retraso y que la fuerza de los impulsos correctores no es proporcional a las condiciones externas.

Esta discontinuidad de los procesos psíquicos y la inestabilidad de su dinamismo, debida, seguramente, a las oscilaciones del tono cortical, conduce frecuentemente a alteraciones también en formas más complejas de la actividad intelectual, a razonamientos incoherentes.

La particularidad característica de esta alteración consiste en la inestabilidad del nivel en la realización del ejercicio. El nivel de generalización, en la mayoría de los casos no estaba disminuido; los enfermos comprendían bien la instrucción, analizaban y sintetizaban correctamente el material y comprendían el sentido figurado de las metáforas y refranes. Sin embargo, el carácter adecuado de sus razonamientos no era estable. Al realizar el ejercicio experimental, los enfermos no mantenían durante largo tiempo el procedimiento adecuado de acción; los procedimientos correctos se alternaban con los erróneos en la realización del ejercicio (ver capítulo VI, apartado 2).

Estas oscilaciones en el nivel de actuación fueron determinadas, según ya se ha descrito, utilizando el método de «clasificación de objetos», en la realización del cual el carácter generalizado de las soluciones se alternaba con soluciones de situación. Por ejemplo, la enferma K-va determina correctamente el grupo humano y las plantas, pero inmediatamente separa una flor y el escarabajo para formar otro grupo, y explica: «El siempre está en las flores». Del mismo modo, después de formar el grupo de muebles, añade la botella y el vaso: «Están en el armario». A la observación del experimentador: «Piénselo bien», separa el vaso de los muebles: «Es vajilla». Ella misma quita el escarabajo del grupo de las flores y lo pone con los animales, motivando: «En el mismo grupo se pueden incluir peces y pájaros, todos son animales».

En otros enfermos los errores eran motivados por su falta de memoria. Así, después de formar correctamente un grupo, siguiendo el

principio de generalización, empiezan a formar otro grupo análogo. Por ejemplo, el enfermo K-v, después de formar un grupo de «vegetales», en el cual se incluyeron también las verduras, las flores y las frutas, empieza inmediatamente a formar otro grupo de plantas. Estas formaciones de grupos homónimos son las más frecuentes. Análogos actos y razonamientos erróneos se presentaban a veces también en la realización de otros procedimientos metodológicos, en la determinación de relaciones análogas.

Es frecuente que la realización correcta y adecuada del ejercicio sea interrumpida repentinamente por alteraciones en la esfera emocional de los enfermos. El pequeño error cometido o la inoportuna observación del experimentador con referencia al mismo desorganiza la correcta realización del ejercicio.

Las oscilaciones en la capacidad de trabajo intelectual conducían a los enfermos a soluciones incorrectas de los problemas y razonamientos equivocados. Sin embargo, éstos aparecían periódicamente y no indicaban un constante descenso en los procesos intelectuales de los enfermos o la disgregación de su actividad sintetizadora. Los errores de razonamiento surgían en los enfermos porque algunas apreciaciones correctas no se llevaban hasta el final; éstas se interrumpían, se omitían algunos eslabones y no se llegaba a formar la cadena continua de razonamientos.

Estas alteraciones no pueden ser explicadas por la modificación del sistema de conceptos, su procedencia está en el dinamismo; los enfermos marcan correctamente la vía del razonamiento, el cual, durante algún tiempo transcurre en los límites del programa preestablecido, sin embargo el enfermo no es capaz de mantenerlo firmemente; los irritantes ajenos al ejercicio interrumpen fácilmente el cumplimiento del programa adecuado de acciones.

Es preciso indicar que no en todos los ejercicios experimentales se manifiestan estas oscilaciones en los logros intelectuales de los enfermos. Las oscilaciones pueden no manifestarse en la realización de actos que sean difíciles, pero unitarios, y se manifiestan con mucha mayor frecuencia en la solución de problemas que incluyen múltiples acciones y que requieren la anotación y retención de varios indicios. En esta dirección también apuntan los datos del estudio realizado por V. M. Kogan /40/. El autor determinó que en las enfermedades vasculares del cerebro tienen lugar la disminución del volumen de percepción, lo que conduce a dificultades cuando es preciso la retención de varios síntomas.

Cuando esta dolencia no es aún muy manifiesta, es factible mejorar la inconsecuencia del razonamiento. Frecuentemente es suficiente que el experimentador pregunte al enfermo qué está haciendo y atraer su atención sobre los errores, para que él fácilmente y sin ayuda los corrija.

Las oscilaciones en el nivel de soluciones se manifestaban con especial brusquedad al realizar tareas que requerían un prolongado mantenimiento en el enfoque del pensamiento y una constante

desinhibición de las conexiones inadecuadas. Al analizar la naturaleza de las oscilaciones en el nivel de logros intelectuales, ante todo se plantea el problema de su conexión con la complejidad del problema a resolver.

Sin embargo, múltiples estudios (B. V. Zeigarnik, V. M. Kogan, E. A. Korobkova) demuestran que la irregularidad en los éxitos intelectuales de los enfermos no es producida por la complejidad del material, ni por las dificultades en su organización. Cualquier aspecto de actividad puede ser por tiempo determinado asequible al enfermo, y al cabo de cierto tiempo su realización puede encontrar mayores o menores dificultades. El mismo experimento puede obtener intermitentemente un alto nivel de logros y sostenimiento lógico en el razonamiento del enfermo por un lado, y, por el otro, inconsecuencia en el pensamiento.

Opinamos que estos hechos tienen capital importancia. Ellos demuestran que las oscilaciones en los logros intelectuales, al realizar distintos problemas son la manifestación de una alteración más amplia de la inestabilidad en la capacidad de trabajo mental del enfermo. Son precisamente las oscilaciones en la capacidad laboral intelectual las que conducen a que los mismos sujetos nos puedan parecer personas completas, con actos y razonamientos adecuados, o personas cuyas acciones están desprovistas de finalidad alguna. Estas alteraciones se manifiestan con mayor frecuencia en las enfermedades vasculares del cerebro en las primeras etapas de la enfermedad.

Estas oscilaciones son, por lo visto, una manifestación del rápido agotamiento y de los procesos psíquicos en los enfermos. Este agotamiento es peculiar y debe distinguirse del agotamiento normal que se observa en una persona sana. En este último caso se observa una disminución del ritmo de trabajo y aumento del número de faltas hacia el final del experimento. Esto queda demostrado por los experimentos realizados con sujetos sanos (adultos y niños). Así, si un sujeto sano está cansado, realizará más lentamente la clasificación de objetos, pero lo hará en un nivel adecuado para él. En cambio, el agotamiento de los procesos psíquicos de nuestros enfermos condiciona temporalmente la modificación de propia cualidad de sus logros intelectuales, del nivel de su actividad mental.

Se puede suponer que este agotamiento de los procesos se basa en el debilitamiento del estado funcional del dinamismo cortical y en la disminución del tono cortical, que se manifiesta en una inhibición difusa, el cual era determinado por I. P. Pavlov como «protector». Este estado inhibitorio tiene carácter funcional, es pasajero, pero, sin embargo, conduce a la disminución de la capacidad mental de la persona.

Varios síntomas clínicos, que aparecen como alteraciones de determinados procesos psíquicos, son en realidad distintas manifestaciones de la alteración en la capacidad mental del sujeto. Por ejemplo, cuando los enfermos se quejan de que olvidan lo que han leído o que olvidan realizar un encargo, esto parece una alteración de

la memoria; cuando los enfermos observan que sucesos laterales de poca importancia (una conversación de los vecinos, una radio o poco volumen) les impiden trabajar, esto parece una «dispersión» de la atención. En realidad, todos estos síntomas son manifestación de una sola alteración, un agotamiento excesivamente rápido, que conduce a la alteración de la capacidad mental.

La capacidad de realizar trabajo intelectual puede también ser alterada por una excesivamente rápida «saturación», fenómeno que en su manifestación se acerca al agotamiento, pero tiene distinta característica psicológica. Este concepto fue introducido por Lewin para indicar el estado cuando en la persona se le agota la necesidad de continuar la acción iniciada, mientras las circunstancias lo obligan a hacerlo.

En estos casos, según los datos de la colaboradora de Lewin A. Karsten, aparecen modificaciones en la actividad del experimentado, «variaciones» de la acción propuesta. Por ejemplo, si el experimentado tenía que realizar un ejercicio monótono, como dibujar trazos, esta acción se interrumpía por introducción de variaciones; los experimentados temporalmente se distraían del objetivo principal del ejercicio, realizaban otras acciones que no tenían relación alguna con el ejercicio (empezaban a silbar o cantar, si modificaba la forma externa de la actividad; los trazos se hacían mayores o menores, cambiaban su forma). A. Karsten consideraba a estas variaciones como índices de la cercana saturación, o sea, como factor que interrumpe la direccionalidad de la acción.

El síntoma de saturación no está relacionado con el agotamiento. Se ha escrito mucho sobre la relación existente entre agotamiento, capacidad de trabajo y enfermedad. El primero en plantear este problema fue E. Kraepelin, quien determinó la importancia de factores como entreno, habituación y cansancio para el análisis de la capacidad de trabajo de la persona. Con sus investigaciones, E. Kraepelin y los continuadores de su escuela han demostrado que en cualquier trabajo se pueden distinguir varias etapas: habituación a la tarea, entreno y agotamiento. Los síntomas de saturación no pueden reducirse a estos factores destacados por E. Kraepelin. Según indica en sus primeros trabajos V. N. Miasischev /174/ y sus colaboradores R. I. Merovich y K. M. Kondratskaya /71/, la saturación pertenece a los fenómenos psicológicos, a los cuales se puede aplicar la descripción de la postura personal hacia el trabajo realizado. Esto queda demostrado también por los estudios de la propia A. Karsten. Al modificar el sentido del trabajo (por ejemplo, si se daba una nueva indicación de que con este experimento se estudiaba el «aguante» del experimentado), las variaciones desaparecían.

Según han demostrado los estudios de A. Karsten, los síntomas de saturación (variaciones y acciones adicionales) no se manifiestan con carácter inmediato en los sujetos sanos. Se manifiestan al cabo de algún tiempo, más o menos prolongado. En algunas enfermedades los síntomas de saturación aparecen con bastante rapidez. Esto queda de-

mostrado en los estudios de E. A. Korobkova /45/, realizados con neuróticos; de R. I. Meerovich y K. M. Kondratskaya /71/, realizados con enfermos de parálisis progresiva, y nuestras propias investigaciones realizadas con enfermos en estado asténico de variada etiología /27/.

Las oscilaciones de la capacidad mental pueden aparecer como consecuencia de la alteración de un factor completamente distinto, la tendencia a una excesiva mediación.

El caso es que los enfermos en los que se observaba una descenso en la capacidad de trabajo intelectual no tenían alterada fundamentalmente la personalidad. Ellos se daban cuenta de sus errores e intentaban compensarlos. En este proceso surgía a veces un excesivo deseo de aplicar la mediación en sus actos y comportamiento. Con especial claridad esto se manifestó en el experimento de memorización por mediación, aplicando el método de pictogramas.

El propio hecho de utilizar la mediación en una determinada acción es propiedad adecuada de la actividad psíquica en un sujeto sano. A pesar de que el hecho en sí de la mediación distrae esfuerzos del sujeto, ésta (la mediación) no destruye ni la unidad del asimilamiento, ni el desarrollo lógico del razonamiento, ni las deducciones del sujeto.

En cambio, en nuestros enfermos los esfuerzos están tan intensamente dirigidos hacia los medios de compensación, a la continua búsqueda de «muletas», que se altera la unidad de la percepción, el desarrollo armónico del proceso intelectual en el enfermo. El elevado deseo del enfermo de utilizar la mediación y corregir sus acciones dificulta la realización del trabajo intelectual y lo convierte en discontinuo, hecho que ya hemos descrito en el capítulo V.

La alteración en la capacidad mental tiene gran importancia para la resolución de los problemas prácticos en clínica y pedagogía. Es frecuente que las malas notas en el colegio o la baja productividad en el trabajo tengan su causa no en el bajo nivel de conocimientos, no en el deterioro de los hábitos ni en la falta de enfoque personal, sino tan sólo en la modificación de la capacidad mental del individuo (la cual puede restablecerse con la aplicación de acciones terapéuticas y correctivo-pedagógicas). A causa de las temporales oscilaciones en el tono de la actividad se altera el carácter adecuado de los actos. Además, este problema tiene cierto interés teórico: un análisis más detallado de la alterada capacidad de trabajo, permite enfocar el complejo problema de la relación existente entre la actividad psíquica y la regulación del comportamiento, y puede servir de indicador en el trabajo rehabilitador al formar hábitos laborales y en la psicoterapia.

CAPITULO IX

VALOR DE LAS INVESTIGACIONES PSICOPATOLOGICAS PARA LOS PROBLEMAS DE PSICOLOGIA GENERAL

Las investigaciones en el campo psicopatológico tienen gran importancia para muchos problemas teóricos de la psicología general. Nos detendremos sólo en algunos de ellos.

A. Uno de estos problemas consiste en el papel que desempeña el componente personal en la estructura de la actividad cognoscitiva. La psicología moderna ha superado el concepto de la psique como conjunto de «funciones psíquicas». Los procesos cognoscitivos —percepción, memoria, razonamiento— se consideran como distintas formas de la actividad objetiva, o como frecuentemente la denominan, «asimilada» del sujeto. En los trabajos de A. N. Leontiev se demuestra que cualquier actividad adquiere su carácter a través de la motivación. Por tanto, el papel desempeñado por el factor motivador (personal) debe ser incluido en la estructura de todos nuestros procesos psíquicos. P. J. Galperin, que ha creado la teoría de la formación escalonada de las acciones mentales, determina como primera etapa la formación del motivo para la solución del problema. Todos estos postulados de la psicología soviética se han visto reflejados en los conceptos teóricos generales. Sin embargo, como ya hemos indicado, es difícil demostrarlos experimentalmente, ya que tratamos con procesos ya formados. Es más factible realizar esto en el plano genético (P. J. Galperin, A. V. Zaporozhets). En cierto modo, esta posibilidad también se presenta al analizar las distintas formas de la alterada actividad psíquica.

Esto fue determinado muy claramente en el estudio de la patología de la percepción, realizado por E. T. Oyzerman /77/. Se demostró cómo bajo la influencia de instrucciones distintamente motivadas el proceso de percepción aparecía como actividad, acto u operación. El propio proceso de formulación de hipótesis y su mismo contenido varía bajo la influencia de la motivación.

Aún es más evidente el componente motivador en la estructura del razonamiento alterado. Como ya se ha indicado en el capítulo V,

alteraciones del razonamiento, «como diversificación de planos», o la tendencia a la actualización de propiedades y conexiones no reforzados en la experiencia anterior son manifestaciones de la modificación de su componente motivador. Los estudios psicológico-experimentales han demostrado que bajo distintas alteraciones en la esfera motivadora aparecen distintas formas del razonamiento alterado (B. V. Zeigarnik, Talat Mansur Gabrial). Dicho de otro modo, el «factor responsable» de numerosas manifestaciones de la actividad cognoscitiva consiste en el «desplazamiento del motivo» en los enfermos. Este hecho tiene capital importancia: demuestra que todos nuestros procesos son distintas formas de actividad, mediadas y con motivación personal.

B. El segundo punto teórico de importancia generalizada, para cuya solución parece razonable la utilización del material patológico, consiste en el problema de la relación entre lo biológico y lo psicológico en el desarrollo del hombre, problema que en la actualidad se discute ampliamente en numerosos simposios y conferencias. Somos de la opinión que el estudio de las distintas formas anómalas puede ser útil para la solución de este problema. Detengámonos en dos clases de alteraciones de la actividad psíquica, que fueron expuestas en el capítulo VII. Los datos aducidos demuestran que, a pesar de que las particularidades biológicas de la enfermedad y las leyes psicológicas del desarrollo participan en la formación de los síntomas patológicos, por ejemplo, los motivos o necesidades patológicas, su papel es completamente distinto.

La formación de la personalidad del sujeto enfermo se basa en leyes psicológicas (mecanismos), que se asemejan en mucho a las leyes del desarrollo psíquico normal. Sin embargo, el proceso morboso (encefalopatía alcohólica, inercia creciente en la epilepsia, etcétera) crea condiciones especiales, que no tienen analogía en el desarrollo normal, para el funcionamiento de los mecanismos psicológicos, y conducen a un alterado desarrollo patológico de la personalidad.

Por esto mismo las particularidades biológicas de la enfermedad no son la causa directa e inmediata de las alteraciones psíquicas. Ellas modifican el desarrollo de los procesos psíquicos, o sea, desempeñan el papel de condiciones en las que se desarrolla el proceso psicológico propiamente dicho, el proceso de formación de una personalidad anómala. Esta deducción concuerda con las tesis generales de la ciencia de nuestro país. A. N. Leontiev subraya que las propiedades heredadas biológicamente son sólo una (aunque muy importante) de las condiciones para la formación de las funciones psíquicas. La condición principal para su formación consiste en la asimilación del mundo de objetos y fenómenos creados por la humanidad. Las mismas condiciones actúan en el desarrollo patológico, pero su relación se modifica considerablemente. Como subraya, S. L. Rubinstein, las causas exteriores se interpretan a través de las condiciones internas. Sin embargo, mientras en el desarrollo normal las causas externas (la acción social, en el sentido amplio de la palabra) conducen a un reflejo

adecuado de la realidad, la enfermedad crea condiciones especiales para el desarrollo de los procesos psíquicos, las cuales, por el contrario, conducen a un reflejo alterado de la realidad y, por consiguiente, a la formación y reforzamiento de una actitud alterada ante el mundo, a la aparición de rasgos patológicos en la personalidad.

En algunas enfermedades cada vez son menos activas las necesidades y motivos que requieren para su realización una compleja actividad organizadora, se convierten en determinantes las necesidades que pueden satisfacerse con actos que no precisan mucha mediación y cuya estructura los acerca a las pasiones (en el alcoholismo y drogadicción). En otros casos, en el primer plano aparecen modificadas las propiedades de la actividad psíquica que garantizan la regulación del comportamiento y del objetivo (enfermos con lesiones en los lóbulos frontales del cerebro). Como ya hemos visto, el estudio de la autovvaloración y del nivel de pretensiones en estos enfermos ha permitido determinar que las modificaciones en los propósitos y necesidades conduce al debilitamiento del objetivo a alcanzar por la acción y que se altera la valoración crítica de los resultados de los propios actos (B. V. Zeigarnik, I. I. Kozhuhovskaya).

De lo expuesto se deduce que los mecanismos y motivos de la actividad humana deben estudiarse a través del análisis de la psique patológicamente modificada. Al revés, los estudios psicopatológicos demuestran que la actividad de una persona sana se diferencia de la actividad de un enfermo. No se puede realizar un trasplante directo de la personalidad de los enfermos a la tipología de los sujetos sanos.

Esta tesis es importante no sólo en la resolución de problemas teóricos, sino también en la estructuración de métodos psicológico-experimentales. Como en el análisis de la actividad psicológica, en la elección del método a aplicar debe conservarse el mismo principio: de las leyes que rigen una psique sana a la patología.

C. Para resolver el problema de la relación entre lo biológico y lo social, juega un importante papel la aclaración de la relación existente entre el desarrollo y la disgregación de la psique, en lo que queremos detenernos más detalladamente.

Relación entre la disgregación y el desarrollo de la psique. Este problema tiene gran importancia para la teoría de la psicología y la psiquiatría, para poder comprender la estructura de la actividad psíquica del hombre.

G. E. Suhareva ha indicado en más de una ocasión que es indispensable un enfoque evolutivo-biológico en la resolución de los problemas teóricos. L. S. Vygotsky, que ha dedicado gran atención al problema del desarrollo y maduración de la psique infantil, subrayaba que para enfocar correctamente este problema es indispensable conocer los datos referentes a la disgregación de la psique. Además, él subrayaba que tratándose del desarrollo y maduración del hombre, no puede simplemente prolongarse el enfoque genético, aplicado a los animales, ya que al pasar al hombre las leyes de la evolución biológica ceden el paso a las leyes del desarrollo socio-histórico. Conti-

nuando la idea de L. S. Vigotsky, A. N. Leontiev dice que el desarrollo del hombre consiste no en su adaptación al ambiente circundante, sino en la asimilación de todo lo acumulado por la humanidad.

Se plantea el problema de que si se puede enfocarse el estudio de la relación entre la disgregación y el desarrollo de la psique en psicología del mismo modo que se enfoca en biología.

Los estudios en el área de la anatomía patológica y de las citoarquitectónicas han establecido que en las afecciones cerebrales se lesionan ante todo las formaciones más jóvenes, o sea, de desarrollo filogenético más retardado, de la corteza cerebral.

Los estudios experimentales de I. P. Pavlov y sus colaboradores sobre animales confirman la tesis, según la cual en patología se destruye en primer lugar lo que se ha adquirido más recientemente. Por ejemplo, los reflejos condicionados adquiridos se destruyen en las enfermedades cerebrales antes que los incondicionados. Posteriores estudios de la fisiología de la actividad nerviosa superior han establecido que la lesión de las formaciones más recientes en el sentido filogenético tiene como consecuencia el debilitamiento de su papel regulador y conduce a la «liberación» de la actividad en las formaciones más viejas.

De estos datos frecuentemente se saca la conclusión de que en algunas enfermedades cerebrales el comportamiento y los actos del hombre se realizan en un nivel más bajo, como correspondiente a una determinada etapa del desarrollo infantil. Basándose en la concepción del regreso de la psique del enfermo mental a un nivel más bajo en el sentido ontogenético, muchos investigadores intentan hallar una correspondencia entre la estructura de la psique en disgregación y determinada etapa de la infancia. Así, por ejemplo, ya E. Krechmer /49/ asimilaba el razonamiento de los enfermos de esquizofrenia al razonamiento de un niño en la pubertad.

El conocido científico suizo G. Ajuraguerra, en su actuación en el XVIII Congreso Internacional de Psicólogos (1966), también defendió la tesis de la regresión de la actividad psíquica del enfermo mental a un nivel de desarrollo ontogénicamente más bajo.

Esta teoría se basa en la idea de una disgregación de la psique por niveles, de sus formas superiores a las inferiores. Lo que dio fuerza a esta tesis fueron las siguientes observaciones: 1) en muchas enfermedades psíquicas los enfermos pierden la capacidad de realizar actividades complejas, conservando, sin embargo, hábitos y conocimientos sencillos; 2) algunas formas del razonamiento alterado y medios de conducta de los enfermos recuerdan por su estructura externa el comportamiento del niño en una determinada etapa de su desarrollo.

Sin embargo, estas observaciones resultan superficiales, si se analizan más detalladamente. En primer lugar, no siempre en la enfermedad se detecta la disgregación de las funciones superiores. Es frecuente que sean precisamente las alteraciones de los actos sensorio-

motores elementales los que formen la base para complejos cuadros en la enfermedad (A. R. Luria /65/).

Al examinar el segundo grupo de hechos, resulta que en estos casos se trata sencillamente de una analogía exterior.

Examinemos algunos de ellos. Detengámonos en las alteraciones de los hábitos, ya que su formación ontogénica se manifiesta con especial claridad. Los datos aportados por S. J. Rubinstein /96/, en su estudio de la disgregación de distintos hábitos —escritura, lectura y actos habituales en los enfermos mentales de edad avanzada—, demostraron su distinta estructura. En las enfermedades vasculares del cerebro sin sintomatología focal se observaba descoordinación, discontinuidad en los actos y parapraxias, torpeza en los movimientos, que aparecían debido a la tosquedad y retraso de la corrección cortical de los movimientos.

En los enfermos que padecen la enfermedad de Altschneider (atrofia del cerebro) se manifiesta la pérdida de los estereotipos motores (escritura, lectura), desaparición de complejos conocimientos humanos, basada en la pérdida de la experiencia pasada. No se pudo hallar en ellos ningún mecanismo compensatorio, mientras que en los enfermos de dolencias vasculares del cerebro la alteración de hábitos se manifestaban en el «marco» de mecanismos compensatorios (los cuales, a su vez, complicaban el cuadro de las alteraciones). Por tanto, la disgregación de los hábitos tiene características complejas. En algunos casos, su mecanismo consiste en la alteración del dinamismo; en otros, la alteración de los mecanismos compensatorios; en algunos casos se altera la propia estructura de la acción. En ninguna de estas formas de hábitos alterados se pudo detectar un mecanismo de acción que recordase alguna etapa en el desarrollo de los hábitos en el niño.

A la misma conclusión conduce el análisis de las distintas formas del razonamiento alterado, descrito en el capítulo VI. Detengámonos en las formas patológicas del razonamiento que denominamos «descenso del nivel de generalización». Los enfermos (principalmente con fuertes lesiones orgánicas del cerebro) podían verdaderamente recordar en sus razonamientos y acciones a los niños de los primeros años escolares. En los razonamientos de estos enfermos predominan los conocimientos inmediatos sobre los objetos y fenómenos, en la realización de ejercicios experimentales, tales como «clasificación de objetos»; ellos se guían por síntomas y propiedades de situación concreta. Las formas generalizadas de sistematización de conceptos son sustituidas por realizaciones concretas de situación.

En un análisis superficial, el razonamiento de estos enfermos es hasta cierto modo análogo al razonamiento de los niños en edad preescolar, los cuales también se basan en relaciones figurativo-sensitivas.

Sin embargo, en un análisis más profundo se descubre una diferencia cualitativa entre el razonamiento del enfermo mental y del niño. El enfermo mental adulto no está en condiciones de asimilar el

sistema de nuevas relaciones, ni de establecer desacostumbradas conexiones entre objetos en la realización de un ejercicio; sin embargo, él posee una reserva de conocimientos y hábitos, con los cuales opera. El niño, sin poseer reserva de conocimientos ni amplio círculo de conexiones, forma fácilmente nuevos conceptos y asimila con rapidez nuevos sistemas de conocimientos. El círculo de asociaciones del niño se ensancha rápidamente en el transcurso de su aprendizaje, sus conocimientos sobre el mundo circundante paulatinamente aumentan y se complican. A pesar de que el razonamiento del niño pequeño en realidad abarca sólo una pequeña parte de los fenómenos, sin embargo en el transcurso de su experiencia vital se perfecciona constantemente; gracias a la poderosa actividad orientativa y al contacto con las personas que lo rodean el niño asimila rápidamente los más distintos conocimientos sobre los objetos, los acumula y los sintetiza. El niño, incluso el retrasado mental, por principio siempre puede ser enseñado, mientras que el enfermo mental no. A pesar de la semejanza externa en la estructura del razonamiento del enfermo mental adulto y del niño, ésta, en realidad, se diferencia cualitativamente.

Con frecuencia se traza una analogía entre el estado patológico, que puede ser definido como «repercusión» del enfermo y la distracción del niño pequeño. Los enfermos con «repercusión» no son capaces de actuar firmemente en la dirección de la meta propuesta. Cualquier objeto o cualquier irritante no dirigido a él provoca en el enfermo una viva reacción.

Esta «repercusión» de los enfermos adultos es una desviación del comportamiento normal. En el ambiente que nos rodea siempre existen objetos e irritantes, de los cuales un proceso psíquico normal selecciona los necesarios y se inhibe de los secundarios, que alteran el lógico desarrollo del pensamiento. En cambio, en los enfermos descritos cualquier objeto puede actuar como irritante de señal y dirigir sus pensamientos y actos.

La «repercusión» de los enfermos adultos puede recordar la distracción de los niños pequeños, que también reaccionan a cualquier irritante. Puede parecer que los partidarios de la tesis, según la cual los fenómenos morbosos representan una regresión a anteriores etapas del desarrollo, tienen en este fenómeno la confirmación de su punto de vista. En realidad, el génesis de la «distracción» del niño es completamente distinto. Esta se basa en una poderosa actividad orientativa, o sea, un alto grado de corteza en estado de vigilia, por esto la «distracción» del niño enriquece su desarrollo, brindándole la posibilidad de formar gran número de conexiones, de las cuales posteriormente se desarrolla la actividad humana dirigida hacia un objetivo. La «repercusión» de los enfermos es resultado del descenso del estado de vigilia en la corteza, y ella no sólo no enriquece su actividad mental, sino, al revés, contribuye a la distracción de su enfoque hacia un objetivo.

Y por fin, se podría trazar una analogía entre el comportamiento de un enfermo falto de sentido crítico (por ejemplo, un enfermo con

parálisis progresiva) y el comportamiento despreocupado del niño. Sin embargo, también en este caso se trata de una analogía meramente externa. El comportamiento de un niño pequeño es irreflexivo, debido a que él no puede, por sus conocimientos reducidos, prever las consecuencias de sus actos; para él aún no se han formado las relaciones causa-consecuencia, por esto sus actos parecen irracionales. En realidad, no es así. Los objetivos que se plantea el niño son muy limitados; ellos no se incluyen en una cadena más amplia y más compleja de relaciones; sin embargo, cada niño pequeño tiene su objetivo limitado, cada una de sus acciones está condicionada por una necesidad (aunque sea elemental), y en este sentido sus actos son motivados y enfocados hacia un objetivo. Estos objetivos varían con rapidez, por eso las acciones del niño parecen breves manipulaciones.

Es distinto el panorama que presentan los adultos enfermos con falta de sentido crítico. Nuestro material experimental y las observaciones clínicas demuestran que las acciones de los enfermos están insuficientemente fundamentadas por los planteamientos y propósitos personales. La finalidad de la acción es inestable y no dirige sus actos, les falta la valoración crítica de su comportamiento.

Por tanto, también estas formas de conducta alterada sólo exteriormente recuerdan la estructura del comportamiento infantil en determinada etapa del desarrollo del niño.

El análisis psicológico del material clínico demuestra que la estructura del comportamiento y del razonamiento del enfermo adulto no corresponde con la estructura del comportamiento y razonamiento del niño.

Si analizamos las reglas del desarrollo de los procesos psíquicos en las distintas etapas de la infancia (primeros años, edad anterior a la preescolar, edad preescolar, enseñanza primaria, enseñanza media escolar, últimos años en la escuela, etcétera), por un lado, y, por el otro, las formas de disgregación, es fácil observar que ninguna de las enfermedades conduce a la repetición de las particularidades psíquicas propias de estas etapas.

Este concepto también se deduce de las teorías generales de la psicología soviética. La actividad psíquica se forma con reflejos basándose en relaciones que se van estableciendo durante toda la vida, y que están socialmente condicionadas como resultado de la educación, la instrucción y las relaciones.

Los psicólogos soviéticos (A. N. Leontiev, A. R. Luria) han subrayado en más de una ocasión que el sustrato material de las funciones psíquicas superiores está formado no por determinadas secciones corticales o centros, sino por el sistema funcional de las zonas corticales, que funcionan conjuntamente. Estos sistemas funcionales no maduran por sí solos con el nacimiento del niño, sino que se van formando en el transcurso de su actividad vital, adquiriendo paulatinamente el carácter sólidas y complejas conexiones interfuncionales. A. N. Leontiev propone (siguiendo a A. A. Ehtomsky) denominarlas «órganos funcionales»).

Esta concepción modifica radicalmente nuestras teorías sobre la esencia del desarrollo psíquico: los procesos psíquicos y las propiedades de la personalidad no son (a diferencia de la psique de los animales) el resultado de la maduración de distintos sectores cerebrales. Estos se forman en el ontogénesis y dependen del género de vida del niño.

La enfermedad psíquica transcurre siguiendo unas leyes biológicas que no pueden repetir a las leyes del desarrollo. Incluso en los casos cuando la enfermedad lesiona las secciones cerebrales más jóvenes, las específicamente humanas, la psique de la persona enferma no adopta la estructura de la psique infantil en las primeras etapas de su desarrollo. El hecho de que los enfermos pierdan la capacidad de pensar y razonar a un nivel más elevado significa tan sólo que se han disipado las formas más complejas de comportamiento y percepción, pero esto no significa una regresión a la etapa infantil. La disgregación no es el negativo del desarrollo. Distintas clases de patología conducen a distintos cuadros cualitativos de disgregación.

Como ya se ha indicado, los datos referentes a la disgregación de la actividad psíquica pueden ser útiles para aclarar el problema del papel desempeñado por lo biológico y lo social en el desarrollo del hombre. Varios investigadores, siguiendo a E. Krechmer, consideran que las enfermedades psíquicas conducen a la «liberación» de los instintos innatos (tendencias agresivas) y necesidades biológicas «inferiores», que la degradación de la personalidad significa cierta «liberación» de las necesidades biológicas (hereditarias). Los datos expuestos en el capítulo VII han demostrado que la alteración de la personalidad no consiste en la liberación de las necesidades biológicas (la dependencia del alcohol o de la morfina no es por su origen, ni orgánica, ni innata), sino en la descomposición de la estructura de las necesidades formadas en el transcurso de la vida. La degradación de la personalidad consiste en que se altera la estructura de la propia necesidad condicionada socialmente: se convierte en menos mediata, menos asimilada, se pierde la estructura jerárquica de los motivos, se modifica su función significadora, desaparecen los motivos a largo plazo. El análisis de las alteraciones en la estructura de los motivos en algunas enfermedades puede proporcionarnos un argumento adicional para confirmar las palabras de A. N. Leontiev /51, 112/, pronunciadas en la mesa redonda «problemas filosóficos», afirmando que «el hombre, en ningún caso, se limita a satisfacer sus necesidades, cuya formación se inició no se sabe cuántos miles de años atrás. El hombre actúa para alcanzar metas que frecuentemente están muy lejos de las primeras necesidades biológicas».

En resumen, es preciso subrayar que el análisis psicológico de las distintas alteraciones en la actividad de los enfermos mentales proporciona un valioso material que debe ser tomado en cuenta al estructurar la teoría psicológica, sobre todo al estudiar un problema tan complejo como la estructura de la esfera de necesidades y motivos del hombre. Lo expuesto de ningún modo significa que las leyes

del desarrollo y formación de la esfera motivadora en la persona sana deben deducirse de las leyes del desarrollo de los motivos y particularidades de la personalidad de los enfermos, como se hace en la psicología de la personalidad en otros países. Por el contrario, el material patológico muestra las diferencias existentes en la jerarquía y formación de motivos en una persona sana y en un enfermo. El estudio de las anomalías en la actividad personal y cognoscitiva demuestra que es correcta la teoría de la psicología soviética, según la cual la formación de cualquier forma de actividad no proviene directamente del cerebro, sino que recorre un largo y complejo camino de formación durante toda la vida, en el cual se entrelazan la percepción de las propiedades y relaciones naturales de los objetos y fenómenos con la experiencia colectiva y las normas sociales.

PSICOLOGIA



**MAESTRIA EN
NEUROPSICOLOGIA**

BIBLIOGRAFIA

1. Lenin, V. I.: *Obras completas*. Tomo 29. Edición en Akal editor. Madrid.
2. Marx, K.; y Engels, F.: *Obras*, tomos 3, 20.
3. Astvatsaturov, M. I.: *Sobre la manifestación del negativismo en el habla*, «Revista de Psiquiatría, Neurología y Psicología Experimental», núm. 3, Sib., 1907.
4. Bassin, F. V.: *El problema del inconsciente*. Moscú, 1968.
5. Belozortseva, V. I.: *Papel desempeñado por la escuela de V. M. Behterev en la información de la psicopatología*, «Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», 1973, núm. 12.
6. Behterev, V. M.: *Psique y vida*, 1904.
7. Behterev, V. M.: *Principios fundamentales de la denominada psicología objetiva o la psico-reflexología*, «Revista de Psiquiatría, Neurología y Psicología Experimental», SPb, 1910, núm. 10-11.
8. Behterev, V. M.: *El cerebro y su actividad*. Moscú-Leningrado, 1928.
9. Bein, E. S.: *Afasia y vías para superarla*, Moscú, 1964.
10. Bezhanishvili, B. I.: *Acerca de la naturaleza psicológica del síndrome amnésico de Korsakov*. Tbilisi, 1968.
11. Birenbaum, G. V.: *El problema de la formación de significados simbólicos y convencionales en las modificaciones patológicas del pensamiento*. Colección «Nueva teoría sobre la apraxia, la afasia y la agnosia», Moscú-Leningrado, 1934.
12. Bleiler, E.: *Razonamiento autisténico*. Moscú, 1911.
13. Bogdanov, E. I.: *Alteración de la percepción visual en los enfermos de esquizofrenia*. En la colección «Investigación psicológica», serie 3, Moscú, 1971.
14. Bozhovich, L. I.: *Personalidad y su formación en la infancia*. Moscú, 1968.
15. Bondariova, L. V.: *Relación entre la memoria inmediata y la mediata en los enfermos de epilepsia*. En la colección «Investigación psicológica», serie 3. Moscú, 1971.
16. Bratusia B. S.: *Análisis psicológico de las alteraciones de la personalidad en el alcoholismo*. Moscú, 1974.
17. Vygotsky, L. S.: *Estudios psicológicos escogidos*. Moscú, 1960.

18. Vygotsky, L. S.: *Desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Moscú, 1960.
19. Gabriel Mansur Talat: *Problemas de la psicopatología experimental*. Moscú, 1965.
20. Gabriel Mansur Talat: *Análisis psicológico de las alteraciones del razonamiento*. Colección «Nuevos estudios de la psicología y la fisiología de la edad». Moscú, 1973.
21. Galperin, P. J.: *Psicología del razonamiento y la teoría de la formación escalonada de la actividad mental*. Colección «Investigación del razonamiento en la psicología soviética». Moscú, 1966.
22. Guillarovsky, V. A.: *Psiquiatría*. Moscú, 1954.
23. Guillarovsky, V. A.: *Teoría de las alucinaciones*. Moscú, 1949.
24. Elgazina, L. M.: *Sobre el síndrome del automatismo psíquico de Kandinsky*. «Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», tomo 54, serie 9, Moscú, 1954.
25. Zade, A.: *Fundamentos del nuevo enfoque en el análisis de los sistemas y procesos complejos en la adopción de soluciones*. Col. «Las matemáticas hoy». Moscú, 1974.
26. Zeigarnik, B. V.: *Patología del pensamiento*. Moscú, 1962.
27. Zeigarnik, B. V.: *Personalidad y patología de la actividad*. Moscú, 1971.
28. Zeigarnik, B. V.; Birnbaum, G. V.: *Sobre el problema de la percepción razonada*. «Neuropatología, psiquiatría y psiquiatria soviéticas», tomo IV, serie 6. Moscú, 1935.
29. Zeigarnik, B. V., Galperin P.J.: *Modificaciones psicológicas después de la leicotomía en los esquizofrénicos*. «Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», t. 17, serie 4. Moscú, 1948.
30. Zeigarnik, B. V.; Kabachenko, T. S.; Poperechnaya, L. N.; Rubinstein, S. J.; Halfina, A. B.: *Enfoque psicológico en las recomendaciones laborales a los enfermos*, «Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», 1974, núm. 12.
31. Ivanova, A. J.: *El experimento educativo como método del estudio psicológico de los niños con anomalías en el desarrollo psíquico*. Col. «Problemas de la psicopatología experimental». Moscú, 1965.
32. Ivanova, A. J.: *El experimento educativo, como método de valoración del desarrollo mental de los niños (recomendaciones metodológicas)*. Moscú, 1973.
33. Ivanova, I. I.; Aseev, V. G.: *Metodología y procedimiento del estudio psicológico*, en el libro «Problemas metodológicos y teóricos de la psicología». Moscú, 1969.
34. Kaganov, V. M.: *Ideología de I. M. Séchenov*. Moscú, 1948.
35. Kandinsky, M. A.: *Sobre las pseudoalucinaciones*. Moscú, 1952.
36. Kareva, M. A.: *Sobre uno de los aspectos de la formación del motivo patológico en la adolescencia*. Autoepítome de la tesis de candidato. Moscú, 1975.
37. Kiaschenko, N. K.: *Comprobación de la metodología TAT*. Col. «Problemas de la psicopatología experimental». Moscú, 1965.
38. Klimushova, T. A.: *Estudio clínico-psicológico de los enfermos de esquizofrenia en su forma paranoica con el síndrome de Kandinsky-Clerambeau*. Col. «Problemas de la psicopatología experimental». Moscú, 1965.
39. Kogan, V. M.: *Reconstrucción del habla en la afasia*. Moscú, 1963.
40. Kogan, V. M.: *Principios y métodos del reconocimiento psicológico en la práctica del peritaje médico-laboral*. Moscú, 1967.

41. Kozhuhovskaya, I. I.: *Sobre la necesidad de diferenciar el concepto «sentido crítico»*. Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», 1972, núm. 11.
42. Kozhuhovskaya, I. I.: *Sentido crítico de los enfermos psíquicos*. Tesis de las ponencias en la conferencia «Problemas de la psicopatología». Moscú, 1972.
43. Kononova, M. P.: *Instrucciones para el estudio psicológico de los niños enfermos mentales*. Moscú, 1963.
44. Korkina, M. V.; Karaeva, M. A.: *Aspecto clínico-psicológico de la patología de la actividad psíquica en el síndrome de la secundaria anorexia nerviosa*. Tesis de las ponencias en la conferencia «Problemas de la psicopatología». Moscú, 1972.
45. Korobkova, E. A.: *Problemas del peritaje de la capacidad laboral y el diagnóstico de los estados límites*. Moscú, 1939.
46. Kotsakov, S. S.: *Alteraciones morbosas de la memoria y su diagnóstico*. Moscú, 1890.
47. Korsakov, S. S.: *Sobre la psicología de la microcefalia*. «Problemas filosóficos y psicológicos». Libro I. Moscú, 1894.
48. Kochenov, M. M.: *Alteración del proceso de significación en la esquizofrenia*. «Autoepítome de la tesis del candidato». Moscú, 1970.
49. Krechmer, E.: *Psicología médica*. Moscú, 1972.
50. Kritskaya, V. P.: *Particularidades en la formación estática del habla en los enfermos de esquizofrenia*. «Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», 1966, núm. 1.
51. *Mesa redonda*, «Problemas filosóficos», 1972, núm. 9.
52. Lazursky, A. F.: *Influencia de las ciencias naturales sobre el desarrollo de la psicología*. «Revista de Psiquiatría, Neurología y Psicología Experimental», 1900, Núms. 8-9.
53. Lebedinsky, M. S.; Miasischev, V. N.: *Introducción en la psicología médica*. Moscú-Leningrado, 1966.
54. Lebedinsky, M. S.: *Acerca de las particularidades de las alteraciones psíquicas en las lesiones del hemisferio derecho*. Col. «Problemas de la psiquiatría moderna». Moscú, 1945.
55. Lebedinsky, V. V.: *Alteraciones de los movimientos y acciones en los enfermos con lesiones en los lóbulos del cerebro*. Autoepítome de la tesis de candidato. Moscú, 1967.
56. Leontiev, A. N.: *Problemas del desarrollo psicológico*. Moscú, 1965.
57. Leontiev, A. N.: *Necesidades, motivos y conciencia*. XVIII Congreso Psicológico Internacional. Simposio 13. Moscú, 1966.
58. Leontiev, A. N.: *Sobre la perspectiva de algunos problemas en la psicología soviética*. «Problemas de la psicología», 1967, núm. 6.
59. Leontiev, A. N.; Krinchik, E. P.: *Elaboración de la información por el hombre en situación de elección*. Col. «Psicología de la ingeniería». Moscú, 1964.
60. Leontiev, A. N.: *Problemas de la actividad en la psicología*. «Problemas de la filosofía», 1972, núms. 9, 11, 12.
61. Leontiev, A. N.: *Actividad, conciencia, personalidad*. «Politizdat», 1975.
62. Longuinova, S. V.: *El «pictograma» como método de estudio de las alteraciones del razonamiento en la esquizofrenia*. «Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», 1972, núm. 11.
63. Longuinova, S. V.; Rubinstein, S. J.: *Sobre la aplicación del método de*

- «pictogramas» en el estudio experimental del razonamiento de los enfermos mentales. Moscú, 1972.
64. Luria, R. A.: *Cuadro interno de la enfermedad y afecciones patógenas*. Moscú, 1944.
 65. Luria, A. R.: *Funciones corticales superiores en el hombre*. Moscú, 1962.
 66. Luria, A. R.: *Cerebro humano y procesos psíquicos*. Moscú, 1970.
 67. Luria, A. R.; Homskaya, E. D.: *Lóbulos frontales y regulación de los procesos psíquicos*. Moscú, 1966.
 68. Luria, A. R.; Tsvetkova, L. S.: *Análisis neuropsicológico de las soluciones de problemas*. Moscú, 1966.
 69. Megrabian, A. A.: *Sobre la naturaleza de la conciencia individual*. Erevan, 1959.
 70. Megrabian, A. A.: *Problemas teóricos de la «psicopatología»*. Erevan, 1967.
 71. Meerovich, R. I.; Kondratskaya, K. M.: *Nivel de pretensiones en los niños histéricos*. Col. «Particularidades psicológicas de los niños difíciles y retrasados mentales». Leningrado, 1936.
 72. Melehov, D. E.: *Fundamentos clínicos en el pronóstico de la capacidad laboral en la esquizofrenia*. Moscú, 1963.
 73. Meleshko, T. K.: *Particularidades en la actualización de los conocimientos por los enfermos de esquizofrenia*. Col. «Investigación psicológica». Moscú, 1971.
 74. Miasischev, V. N.: *Capacidad laboral y enfermedad de la personalidad, «Neuropatología, psiquiatría y psicohigiene soviéticas», 1935, t. IV, núm. 9-10.*
 75. Neymark, M. S.: *Análisis psicológico de las reacciones emocionales de los escolares ante las dificultades en el trabajo*. Col. «Problemas de la psicología de la personalidad en el escolar». Moscú, 1961.
 76. Nikolaeva, V. V.: *Cuadro interior de la enfermedad en algunas afecciones*. Autoepítome en la tesis a candidato. Moscú, 1970.
 77. Oizerman, E. T.: *El componente personal en la percepción*. «Investigación psicológica», serie 2. Moscú, 1971.
 78. Pavlov, I. P.: *Obras completas*. tomo III. Moscú-Leningrado, 1951.
 79. Petrenko, L. V.: *Alteraciones en las formas superiores de la memoria*. Moscú, 1976.
 80. Platonov, K. K.: *Sobre el sistema psicológico*. Moscú, 1972.
 81. Povarin, K. I.: *Datos sobre el problema de la investigación psicológico-experimental de los enfermos mentales*. «Revista de Psiquiatría, Neurología y Psicología Experimental», 1917-1918, núms. 1-12.
 82. Poliakov, J. F.: *Estudio de las alteraciones de los procesos psíquicos (cognoscitivos)*. Col. «Esquizofrenia». Moscú, 1969.
 83. Poliakov, J. F.: *Patología de la actividad cognoscitiva en la esquizofrenia*. Moscú, 1974.
 84. Poperechnaya, L. N.: *Aprendizaje y colocación laboral de los adolescentes con insuficiencias cerebrales*. Tesis en la conferencia «Problemas de la psicopatología». Moscú, 1972.
 85. Poperechnaya, L. N.; Rubinstein, S. J.: *Algunas causas del desarrollo deficiente de los adolescentes que han sufrido lesiones del sistema nervioso central y medios preventivos*. Moscú, 1973.
 86. Portnov, A. A.; Fedotov, D. D.: *Psiquiatría*. Moscú, 1965.
 87. Ribeau, R.: *Enfermedades de la personalidad*. 1886.
 88. Rotenberg, E. T.: *Alteraciones personales en el componente perceptivo*

- de los enfermos mentales. «Neuropatología y psiquiatría S. S. Korsakov», 1971, núm. 6.
89. Rubinstein, S. L.: *Fundamentos de la psicología general*. Moscú, 1946.
 90. Rubinstein, S. L.: *Sobre el razonamiento y las vías de su estudio*. Moscú, 1958.
 91. Rubinstein, S. L.: *Principios y vías de desarrollo de la psicología*. Moscú, 1959.
 92. Rubinstein, S. J.: *Peritaje y rehabilitación laboral después de traumas cerebrales de guerra*. Col. «Neurología en tiempo de guerra». Moscú, 1946.
 93. Rubinstein, S. J.: *Estudio experimental del engaño auditivo*. Col. «Problemas de la psicopatología». Moscú, 1970.
 94. Rubinstein, S. J.: *Métodos experimentales de la psicopatología*. Moscú, 1970.
 95. Rubinstein, S. J.: *Enfoque psicológico-experimental en el estudio del engaño auditivo*. «Neuropatología y psiquiatría S. A. Korsakov», 1971, núm. 6.
 96. Rubinstein, S. J.: *Estudio de la disgregación de los hábitos en los enfermos psíquicos de avanzada edad*. Col. «Problemas de la psicopatología experimental». Moscú, 1965.
 97. Savoriko, E. I.: *Particularidades debidas a la edad en la relación entre la orientación de los escolares hacia la autovaloración o la valoración de otras personas*. Autoepítame de la tesis de candidato. Moscú, 1970.
 98. Serebriakova, E. A.: *Seguridad en sí mismo y su formación en los escolares*. Autoepítame de la tesis de candidato. Moscú, 1956.
 99. Sechenov, E. A.: *Obras escogidas*. Tomo I. Moscú, 1952.
 100. Slavina, L. S.: *Limitación del volumen de trabajo como condición para su realización en estado de «saturación»*. «Problemas de la psicología», 1969, núm. 2.
 101. Snezhnevsky, A. V.: *Psicopatología general*. Valday, 1970.
 102. Soloviov-Elpidinsky, I. M.: *Sobre la llamada saturación psíquica y sus particularidades en los niños retrasados mentales*. Col. «Niños retrasados mentales». Moscú, 1935.
 103. Spivakovskaya, A. S.: *Estudio psicológico de los juegos en los niños enfermos de esquizofrenia*. Autoepítame de la tesis de candidato. Moscú, 1974.
 104. Suhareva, G. E.: *Conferencia sobre la psiquiatría de la niñez*. Moscú, 1974.
 105. Teplov, B. M.: *Psicología*, Moscú, 1946.
 106. Tepenitsina, T. I.: *Estructura psicológica de la tendencia a filosofar*. Col. «Problemas de psicopatología experimental». Moscú, 1965.
 107. Tihomorov, O. K.: *Estructura del razonamiento humano*. Moscú, 1969.
 108. Tokarsky, A. A.: *Sobre la tontería*. «Problemas filosóficos y psicológicos», libro 35. Moscú, 1896.
 109. Homskaya, E. D.: *Cerebro y activación*. Moscú, 1972.
 110. Tsvetkova, L. S.: *Rehabilitación de los enfermos con lesiones locales del cerebro*. Moscú, 1972.
 111. Stüring, G.: *Psicopatología aplicada a la psicología*, 1903.
 112. Shubert, A. M.: *Sobre algunas alteraciones de la actividad cognoscitiva en situación traumatizante*. Col. «Datos del coloquio sobre psicología». Moscú, 1957.
 113. Elkonin, D. B.: *Sobre el control del retonorno dinámico en el de-*

- sarrollo psicológico de los niños. Col. «Sobre el diagnóstico del desarrollo psíquico de la personalidad». Tallin, 1974.
114. Elkonin, D. B.: *Sobre los períodos en el desarrollo psíquico durante la infancia*. «Problemas de la psicología», 1971. núm. 6.
 115. Jaroshevsky, M. G.: *Historia de la psicología*. Moscú, 1966.
 116. Allport, G.: *Personality and social encounter*. Londres, 1956.
 117. Berze, J., Gruhle, N.: *Psychologie der Schizophrenie*. Berlín, 1929.
 118. Barbezat, J.: *Pathologie de la memoire*. París, 1970.
 119. Boehme, M.: *La ditirioration dans la demence senile*. Neuchatel, 1973.
 120. Bruner, J., Postman, L.: *Emotional selectivity in perception and reaction*. «J. of Personality», 1947, vol. 16, pág. 17.
 121. Cameron, N.: *The psychology of behavior disorders*. Boston, 1947.
 122. Chapman D., Burstein, A., Day D., Berdone, P.: *Regression and disorders of thought*, «Abnorm, soc, Psychol», 1961, vol. 63, págs. 540-545.
 123. Delay, J.: *Studes de psychologie medicale*. París, 1953.
 124. Grünthal, E.: *Über die Erkennung der traumatischer Hirnverletzung*. Berlín, 1936.
 125. Hanfmann, E., Kasanin, L. S.: *Conceptual thinking of Schizophrenia*. Nueva York, 1942.
 126. Kiss, P. G., Libermann, L.: *Persön nlichkeitsstorungen im Kidesalters*. Budapest, 1969.
 127. Klein, G. S.: *Perception, motives and Personality*. Nueva York, 1970.
 128. Janet, P.: *La medicine psychologie*. París, 1923.
 129. Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Berlín, 1929.
 130. Lewin, K.: *A dynamic theory of personality*. Nueva York, 1935.
 131. Lewin, K.: *Wille. Vorsatz in Bedurfniss*. 1926.
 132. Newell, A., Chaw, J., Simon, H.: *The processes of creative thinking*. «Contemporary approaches in creative thinking», Nueva York, 1963.
 133. Payne, R., Mattusek, P., George H.: *An experimental study of schizophrenic thought*. «Y. Med. Sci.», 1959, vol. 105, págs. 627-651.
 134. Postman, L.: *Motivational factors in perception*. Nueva York, 1953.
 135. Rodgers, G. R.: *Client-centered therapy*. Boston, 1951.
 136. Stransky, E.: *Über Sprachverwirrheit*. Halle, 1905.
 137. Wechowiez, T. E., Blewett, D. S.: *Size contasy and abstract tlunking eu Schezophreuc patients*. «Y. ment. Sci.», 1959, vol. 105, pág. 909.
 138. Witkin. H.: *Cognition: theory, research, promise by Constance*. Scherer, 1964.
 139. Wechsler, D.: *Manuel for the Wechsler adult Intelligence Scale*. Nueva York, 1955.
 140. Zeigarnik, B.: *Über das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen Psychologische Forschung*. Bd. 9. Berlín, 1927.