

ELAN VITAL REVISITADO

Area Carracedo R. Vila Pillado L*. González Viguera L*. Recimil López MJ**.
Somoza MJ*. García Lado I**. García Caballero A**.*

**Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.*

***Complejo Hospitalario de Ourense.*

moncho_area@terra.es

RESUMEN

El concepto elan vital fue aplicado por primera vez en psiquiatría por Minkowski indicando uno de los síntomas principales de la esquizofrenia. En el artículo se repasan los orígenes filosóficos del concepto y la obra de Henri Bergson. Se analiza también la relación que puede tener con los síntomas residuales y bajo el paradigma de la lingüística.

PALABRAS CLAVES

Psicopatología. Elan vital. Esquizofrenia. Deterioro esquizofrénico. Lingüística.

ABSTRACT

The concept named elan vital was applied on first time by the psychiatrist Minkowsky, looking for the most important symptoms of the schizophrenia. In this report, we review the philosophical origins of this concept and the Henri Bergson's

work. We analyzed too the relationship between the élan vital and residual symptoms and linguistics.

KEY WORDS

Psychopathology. Elan vital. Schizophrenia. Residual schizophrenia. Linguistics.

INTRODUCCIÓN

La falta de precisión conceptual de los síntomas en psiquiatría es algo constantemente señalado por Berrios y por otros autores. Uno de los constructos en los que esta afirmación toma pleno vigor es el de deterioro.

El deterioro en la esquizofrenia nace desde el mismo momento en que Kraepelin bautiza la enfermedad con el nombre de demencia praecox, cuando demencia (a diferencia de lo que sucede a día de hoy) era definida bajo las constantes de irreversibilidad y progresividad.

Con Bleuler no solo hay un cambio de nombre, hay, a nuestro entender, un cambio en lo más profundo del concepto, que puede resumirse en tres puntos fundamentales.

uno: la esquizofrenia entendida como grupo, lo que atañe a la etiología.

dos: la esquizofrenia entendida como reacción psicológica, lo que atañe a la pronóstico.

tres: la esquizofrenia entendida como síntomas fundamentales y accesorios, lo que atañe al diagnóstico.

En el concepto de deterioro se mezclan pues diferentes elementos. Hay una visión del deterioro que lo define como algo que sucede tras el inicio de la enfermedad y que es irreversible aunque no progresivo (es decir, algo más o menos estable). Hay una visión del deterioro, si se quiere complementaria de lo anterior, que lo define como algo que subyace siempre a las diferentes manifestaciones sintomáticas, variables y cambiantes, a lo largo de la vida del enfermo, y que permite el diagnóstico de la misma.

Hay una tercera visión del deterioro, que lo define como algo a lo que conduce, de manera progresiva e inexorable la enfermedad.

Uno de los problemas de la psicopatología ha sido la imposibilidad de proporcionar cualquier tipo de solución diagnóstica apropiada para la identificación del deterioro. Así como en la sintomatología aguda, existen precedentes que han pasado a formar parte del saber compartido y aceptado de la disciplina, como el automatismo mental o los síntomas de primer rango, no ha sido así como los síntomas que se han entendido que podrían formar parte del deterioro.

La confusión con síntomas de la esfera depresiva es más que evidente contemplando cualquiera de los listados sintomáticos propuestos, y la aparición del constructo sintomatología negativa, ha planteado problemas al conceptualizar algunos de los síntomas ligados clásicamente al constructo deterioro como síntomas de brote y no de proceso (de acuerdo con las definiciones de Jaspers).

Así pues no contamos ya con síntomas patognomónicos, ni siquiera con agrupaciones sindrómicas más o menos fiables y fundamentadas en hipótesis psicológicas o biológicas.

Existen dos posicionamientos más ante el problema del deterioro en cierta manera heredadas de la teoría dominante en el momento histórico que se considere. La primera va unida a los movimientos de la psiquiatría social y de la antipsiquiatría y tiene como conclusión más destacada la clara asociación de lo que se veía como deterioro con la institucionalización.

El segundo de ellos, más reciente, pretende aprehender el fenómeno del deterioro desde la neuropsicología, y tiene como conclusión más destacada el papel de los lóbulos frontales en el mismo.

En el presente artículo revisaremos un síntoma que se ha asociado desde diferentes paradigmas al deterioro, el elan vital o contacto o impulso vital, repasaremos las teorías del filósofo en el que se fundamenta, Bergson y propondremos una reconceptualización del mismo intentando una ligazón con determinados fenómenos del lenguaje y con fenómenos de índole neurobiológico.

ELAN VITAL

Henri Bergson, filósofo francés, nace en 1859 y muere en 1941. Sus obras fundamentales son Ensayo acerca de los datos inmediatos de la conciencia (1896), La risa (1900), La evolución creadora (1907), La energía espiritual (1919), Las dos fuentes de la moral y de la religión (1932) y El pensamiento y la duración (1939).

Su filosofía se ha entendido como una oposición al positivismo materialista, y propone una vuelta a los datos inmediatos de la conciencia, a lo que él llamó una duración pura y cualitativa. Fue Premio Nobel de Literatura en 1927.

Su constructo del impulso vital no está referido de forma directa a lo psicológico (al contrario que otras aportaciones como sus conceptualizaciones en torno a la memoria o en torno a lo que él llamó Homo Faber, por ejemplo) sino que estaba referido al problema de la evolución. Bergson rechazaba tanto las teorías mecanicistas de Darwin como el finalismo.

Con impulso vital pretendía designar un proceso creador imprevisible que inventa formas cada vez más complejas, que unas simples combinaciones mecánicas no podrían explicar por sí mismas. De esta manera, todos los análisis de Bergson lo llevan a ver en la vida un movimiento creador y un esfuerzo para remontar la pendiente por la que se precipita la materia.

Elan vital no pretende un acercamiento al problema del hombre sino al problema de la vida.

“...El impulso de la vida de que hablamos consiste en una exigencia de creación... No puede crear absolutamente, porque ante sí encuentra la materia, es decir, el movimiento inverso al suyo. Pero se agarra a esa materia, que es la necesidad misma, y tiende a introducir en ella la mayor cantidad posible de indeterminación y de libertad...”. La evolución creadora. Cap III. Espasa Calpe, Madrid 1973.

Hay otras características de la filosofía de Bergson que han hecho que el constructo de elan vital traspasase la frontera a la psicopatología, sin las cuales es imposible entender tal paso.

Hay una referencia de Bergson al lenguaje en la que más adelante nos detendremos con más calma. Dice el filósofo, hablando de la memoria, que los verbos son, de todas las palabras, las que menos nos cuesta evocar. Esto es así porque los

verbos son acciones (adjetivos y sustantivos no) y que las acciones pueden ser representadas (En: La evolución creadora).

Bergson define el cerebro como un instrumento de análisis en relación con el movimiento recibido y un instrumento de selección en relación con el movimiento ejecutado. La grandeza del cerebro es que, ante una excitación recibida, puede alcanzar a voluntad tal o cual mecanismo motor de la médula espinal y escoger así su efecto. No es por lo tanto para Bergson un aparato destinado a fabricar representaciones, sino que su función es recibir excitaciones, montar aparatos motores y presentar el mayor número de estos aparatos a una excitación dada. (En: Materia y memoria).

Cuando trata de explicar el significado de la percepción, también recurre al movimiento. Las imágenes exteriores influyen sobre la imagen que yo llamo mi cuerpo: le transmiten movimiento. Mi cuerpo –dice- es en el conjunto del mundo material, como las demás imágenes, actúa recibiendo y dando movimiento, con la única diferencia de que mi cuerpo parece escoger la forma de devolver lo que recibe. Los objetos que rodean mi cuerpo reflejan la acción posible de mi cuerpo sobre ellos (En: Materia y memoria).

Un punto interesante, relacionado con la psicología de la gestalt, es el referido a la distancia. Dice Bergson, a medida que se ensanche mi horizonte, las imágenes que me rodean parecen dibujarse sobre un fondo más uniforme y convertírseme en indiferentes. Cuanto más recorto ese horizonte, tanto más se escalonan distintamente, según la mayor o menor facilidad de mi cuerpo para tocar y mover, los objetos que circunscribe. Remiten, por tanto, a mi cuerpo, como haría un espejo, su influencia eventual; se ordenan según las potencias crecientes o decrecientes de mi cuerpo. (En: Materia y memoria). Las reflexiones en torno a la distancia de lo delirado, del objeto que nos mueve y que somos incapaces de mover, se tornan aquí necesarias.

En otros párrafos Bergson nos dice a la hora de hablar de la percepción que cuanto mayor es la capacidad de actuar del cuerpo, tanto más vasto es el campo de actuación del cuerpo. Para el autor la distancia que separa nuestro cuerpo del objeto percibido mide la mayor o menor inminencia de un peligro; la percepción de un objeto distinto de nuestro cuerpo no expresa otra cosa que una acción virtual. Cuanto menor es la distancia, más tiende a aproximarse la acción virtual en acción real. Cuando la distancia desaparece, el objeto a percibir coincide con el propio cuerpo, entonces ya no se trata de una acción virtual, sino de una acción real la que esta percepción tan especial

expresará. A esto lo llama Bergson la *afección*. Resumiendo, la percepción está fuera del cuerpo, la *afección*, por el contrario, está en el cuerpo. (EN: *Materia y memoria*).

ELAN VITAL EN LA PSICOPATOLOGÍA

Históricamente, los orígenes de elan vital en la psicopatología hay que remontarlos a la definición de Dide y Guiraud de demencia precoz:

“...la afección se caracteriza por el repliegue global y precoz de las fuentes instintivas de la vida mental, originadas directamente en la actividad orgánica y cenestésica. Las operaciones puramente intelectuales, sólo se modifican en forma accesorias; su trastorno consiste, durante mucho tiempo, en una obstrucción y en una orientación contradictoria y no en una desaparición primitiva de la función. El debilitamiento del impulso vital y de la afectividad es el elemento necesario y suficiente para caracterizar la enfermedad...”

Estos dos autores proponían sustituir el término demencia precoz por el de antimhormia juvenil, que expresaría con claridad la pérdida del impulso del alma cenestésica y afectiva.

Como hemos señalado en la introducción, hay dos elementos que se entrecruzan en la concepción de éstos dos autores. De un lado, el señalar un síntoma fundamental en el diagnóstico de la enfermedad. De otro, señalar el tipo especial de deterioro que permita (o no) hablar de la esquizofrenia como demencia.

Este segundo punto cobra interés en la obra de Minkowski, quien ya sí de una manera explícita recurre al concepto de contacto vital con el propósito de diferenciar una demencia intelectual de una demencia esquizofrénica. Para ello toma del filósofo la distinción entre inteligencia e instinto.

“...En cuanto que el instinto está moldeado sobre sobre la forma misma de vida, la inteligencia, por el contrario, se caracteriza por una incomprensión natural de ésta última... La inteligencia deja escapar lo que es nuevo en cada momento de una historia. No admite lo imprevisible. Rechaza toda creación. Concentrada entonces en lo que se repite, preocupada en unir lo mismo con lo mismo, la inteligencia se desvía de la visión del tiempo. Repele lo fluyente y solidifica todo lo que toca. No pensamos el tiempo real, mas lo vivimos...”. (En: *La evolución creadora*).

Minkowski distingue entre el íntimo contacto con la realidad que establece el ciego, el paralítico o el mutilado y la pérdida de ese contacto que el esquizofrénico tiene con su aparato sensoriomotor. Ese contacto íntimo recoge el íntimo dinamismo de la vida y, de acuerdo con Bergson, señala que de él no se pueden hacer cargo los conceptos rígidos del pensamiento espacial.

Señala algunos precedentes, como por ejemplo, la noción de Janet de psicastenia, que tiene puntos en común con su teoría de la pérdida del contacto vital. Así mismo, la propia caracterización que hace Chaslin de la insania discordante (término convergente con la demencia praecox de Kraepelin y la esquizofrenia de Bleuler), la considera Minkowski como un precedente de su noción pérdida de contacto con la realidad: *"...estas personas están seriamente enfermas y, a menudo, su existencia se reduce a algo vegetativo y automático, como idiotas..."*. Otro de los precedentes es Claude, el cual describe lo que denominó como esquizomanía: discordancia entre la actividad intelectual y la actividad pragmática.

El concepto de pérdida de contacto con la realidad lleva a Minkowski a postular que, a diferencia de la demencia intelectual, en la esquizofrenia se produce una demencia pragmática y en su intento de una construcción de un nuevo lenguaje de la psicopatología, trata de, a través del bergsoniano concepto de la duración, o lo que es lo mismo, a través de la psicopatología del tiempo, encontrar las diferencias fundamentales entre la esquizofrenia (demencia pragmática) y la parálisis general progresiva (demencia intelectual). En esta última, el tiempo asimilable al espacio, desaparece, pero no así la sucesión (el paciente podría recordar, en orden cronológico lo que hizo durante la guerra, aún sin saber de qué guerra se trata o en qué año fue). En la esquizofrenia, esta temporalidad se derrumba, todo es inmovilidad.

ELAN VITAL EN EL DETERIORO

En la concepción de Bergson del hombre es fundamental el problema del movimiento. Así como para otros filósofos consideran lo fundamental la representación, Bergson postula que la inteligencia ha sido fundida en el molde de la acción y, por ello, no designa una facultad puramente especulativa, sino una fuerza activa. Considerando su función principal y primera, la inteligencia está destinada a la fabricación de objetos

artificiales y en ir variando dicha fabricación. Homo faber –hombre que fabrica- antes que homo sapiens –hombre inteligente, especulativo-.

Señalábamos en la introducción las dificultades de la psicopatología en realizar constructos teóricos que permitan una aproximación al fenómeno del deterioro en la esquizofrenia.

El primer punto en el que hay que posicionarse es si estamos hablando de un síntoma o un grupo de síntomas dirigidos con una finalidad diagnóstica de la esquizofrenia. El segundo punto es si estamos afirmando que se trata de un síntoma o grupo de síntomas que expresen un declinar intelectual (demencia en el sentido amplio de la palabra).

En cuanto al primer punto nuestra respuesta es no. El constructo en torno a elan vital no debería orientarse bajo una finalidad diagnóstica, puesto que creemos que no debe interpretarse como algo que subyace a la esquizofrenia sino algo a lo que conduce la esquizofrenia.

En cuanto al segundo punto, nuestra opinión es que sí, el elan vital, permite abordar un tipo de declinar cerebral asociado a la enfermedad esquizofrenia.

¿En qué consiste este deterioro?.

Este deterioro consiste en una alteración de la orientación a la acción característica del ser humano.

Síntomas propuestos para caracterizar el deterioro y que se solapan con los llamados síntomas negativos, son la apatía, la astenia, la anergia y la anhedonia.

(falta historia de cada uno de los síntomas, a continuación relación de cada unos de los síntomas con la neurología de la planificación y de los movimientos)

anergia: *no tengo ganas de caminar.*

apatía: *no tengo ganas.*

pérdida de elan vital: *no tengo.*

De acuerdo con Bergson, podría caracterizarse por un pérdida de la acción pero también por una reducción de las posibilidades de acción, ya que en esta posibilidad radica el hecho de la vida y el hecho de la libertad (es decir, biológicamente hablando, en trascender la obligatoriedad de los reflejos sensoriomotrices de la médula espinal e introducir en el cerebro múltiples respuestas posibles a un estímulo dado).

Hay diferentes fenómenos en la esquizofrenia que pueden agruparse bajo este paradigma, tanto del orden motor como del orden de la volición.

Por ejemplo, las esterotipias o los manierismos serían reducciones en la libertad de acción, de manera que el movimiento generado desde el cuerpo hacia los objetos toma un camino predecible y rígido

De la misma forma, síntomas borrosamente definidos (por que tanto pueden entenderse pertenecientes a la esfera depresiva, a la esfera volitiva o a la esfera neuropsicológica de los lóbulos frontales), síntomas tales como abulia, apatía, anergia, pueden ser filtrados y redefinidos desde el constructo de elan vital y éste, asociarse a la esquizofrenia, al deterioro esquizofrénico para ser más exactos.

Para terminar nos gustaría realizar dos digresiones desde el elan vital a la neurobiología, en primer lugar, y desde el elan vital al lenguaje, en segundo lugar.

Desde la neurobiología, los problemas relativos a la voluntad y a la acción se estudian partiendo de los lóbulos frontales. Hay además construcciones psicopatológicas que partiendo del daño cerebral traumático abordan fenómenos relacionados con la voluntad. Se han descrito lo que se han llamado cuadros apáticos unas veces y cuadros anérgicos otras, por daño en las zonas dorsolaterales. Sin embargo, creemos que este tipo de alteraciones se relacionan más con una iniciación del movimiento que con una orientación al movimiento, que es lo que caracteriza al concepto de elan vital.

En cuanto al lenguaje, hemos señalado opiniones de Bergson relativas a aspectos gramaticales, específicamente a la categoría gramatical de verbo que, relacionada directamente con la acción, posee una posibilidad alta de representación de la que carecen sustantivos o adjetivos, por ejemplo.

Una de las observaciones que hemos realizado es la referida al empleo del Test de Afasias de Boston en esquizofrenias residuales, más en concreto al empleo de la lámina llamada del ladrón de galletas. Como se sabe, en esta lámina hay varias acciones: un niño coge galletas, una niña se las pide, una señora lava los platos, el agua se está derramando al estar el grifo abierto, el niño que va a coger las galletas está a punto de caerse.

La idea de Bergson del elan vital y su aplicación al deterioro en la esquizofrenia permite hipotetizar algo que sucederá al presentar esta lámina a pacientes con deterioro.

A diferencia de sujetos normales, no se fijaran en primer término en las acciones sobre las que se puede actuar: es decir, su percepción no se orientará a cerrar el grifo que por estar abierto, causa que el agua se derrame por el fregadero, y no se orientará al niño que subido a un taburete para alcanzar el bote de galletas, está a punto de caerse.

Porque en esto consiste la pérdida de elan vital: en no orientarse a la acción, algo, que como señaló Bergson es característico de la vida en general y del hombre en especial.

BIBLIOGRAFÍA

-Henri Bergson:

Materia y Memoria

La evolución creadora

Pensamiento y movimiento.

En: Obras escogidas, Aguilar 1963.

Memoria y vida, textos escogidos por Gilles Deleuze, Alianza Editorial 1977.

-Eugène Minkowski:

La esquizofrenia: psicopatología de los esquizoides y esquizofrénicos, Fondo de Cultura Económica 2000.

The notion of loss of vital contact with reality and its applications in psychopathology (En anthology of french language psychiatric texts), WPA 1999.

-Jacqueline Russ. Léxico de filosofía, Akal 1999.

-Eugène Bleuler. Demencia Precoz, El grupo de las esquizofrenias, Hormé 1993.

-Karl Jaspers. Psicopatología general, Fondo de Cultura Económica 1996.

-Nicolás Abbagnano. Historia de la filosofía. Filosofía del romanticismo. Sarpe 1998.

-Germán Berrios:

-Positive and negative symptoms and Jackson: a conceptual history. Archives General Psychiatry, 42: 95-97.

-The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the 19th, CUP, Cambridge, 1996.