

El caso Schreber: entre esquizofrenia y paranoia

Juliana María Bueno*
Paula Andrea Martínez**
Adriana Álvarez Restrepo***

RESUMEN

El presente artículo surge como avance de la investigación titulada Clínica diferencial de la paranoia y la esquizofrenia en la teoría psicoanalítica, sus efectos en la dirección de la cura y posibilidades de estabilización, llevada a cabo en el marco del grupo de investigación Psicoanálisis, Sujeto y Sociedad del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia. El objetivo del presente artículo es poner en cuestión las elaboraciones de Freud en torno al diagnóstico en el caso Schreber, dado que en el psicoanálisis existen múltiples interpretaciones acerca de ello, y de la clínica diferencial de la esquizofrenia y la paranoia.

Palabras clave: *ESQUIZOFRENIA*; *PARANOIA*; *DIAGNOSTICO*; *PSICOANÁLISIS*.

O caso Schreber: entre esquizofrenia e paranoia

RESUMO

O presente artigo surge como um avanço da pesquisa intitulada Clínica diferencial da paranoia e da esquizofrenia na teoria psicanalítica, seus efeitos na direção da cura e possibilidades de estabilização, realizada no âmbito do grupo de pesquisa Psicanálise, Sujeito e Sociedade do Departamento de Psicanálise da Universidade de Antioquia. O objetivo do presente artigo é questionar as elaborações de Freud sobre o diagnóstico no caso Schreber, uma vez que na psicanálise existem múltiplas interpretações a respeito disso, e sobre a clínica diferencial da esquizofrenia e da paranoia.

Palavras-chave: *ESQUIZOFRENIA*; *PARANOIA*; *DIAGNÓSTICO*; *PSICANÁLISE*.

The Schreber Case: between Schizophrenia and Paranoia

ABSTRACT

The present paper emerges as an advance of the research entitled Differential Clinic of Paranoia and Schizophrenia in Psychoanalytic Theory, its Effects on the Direction of the Treatment and its Stabilization Possibilities, which is developed in the context of the research group Psychoanalysis, Subject and Society of the Department of Psychoanalysis at the University of Antioquia. The objective of this paper is to put in question Freud's

* Psicoanalítica. Docente Departamento de Psicoanálisis Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de investigación Psicoanálisis Sujeto y Sociedad. Medellín-Colombia.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-9297-8721>

E-mail: julybueno02@hotmail.com

** Psicóloga Clínica IPS Universitaria. Docente Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de investigación Psicoanálisis Sujeto y Sociedad. Medellín-Colombia.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-1256-1812>

E-mail: paula.andreapsico@gmail.com

*** Psicoanalista, Psicóloga especialista en Psicología Clínica Miembro del grupo de investigación Psicoanálisis Sujeto y Sociedad. Medellín-Colombia.

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0004-71215329>

E-mail: adrialv2000@yahoo.com

elaborations on the diagnosis in the Schreber case, because in psychoanalysis there are multiple interpretations about it, and the differential clinic of schizophrenia and paranoia.

Keywords: SCHIZOPHRENIA; PARANOIA; DIAGNOSIS; PSYCHOANALYSIS.

A pesar de los esfuerzos de Freud para diferenciar la paranoia y la esquizofrenia, hemos encontrado que a lo largo de su obra no hay una concepción unificada respecto a la concepción de estas formas de la psicosis. Lo anterior tiene consecuencias, si consideramos que la concepción de las psicosis podría incidir en la forma de abordarlas clínicamente. De esta manera, el presente artículo se propone rastrear el abordaje que Freud realiza del “Caso Schreber” (1911/1976), en el cual se hace evidente la dificultad para discernir si se trata de un caso de paranoia o de un caso de demencia precoz paranoide.

Así, encontramos que el caso paradigmático de la psicosis en Freud encierra en sí mismo la problemática del diagnóstico diferencial. En 1911, justamente en el mismo año que Bleuler propone el uso del término esquizofrenia, para los casos hasta entonces denominados por Kraepelin de demencia precoz, Freud publica “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de “Paranoia (demencia paranoide) autobiográficamente descrito”, más conocido como “caso Schreber” (1911/1976). El título de este trabajo presenta la dificultad para precisar estas dos entidades clínicas: paranoia y demencia paranoide. En los planteamientos de la psiquiatría de la época se consideraba a la demencia paranoide como una variación de la demencia precoz. Recordemos que Kraepelin en 1896 ubica a la demencia precoz como el título general que engloba a la catatonia, las demencias paranoides, entre otras, conservando la paranoia como una entidad clínica diferenciada. En Freud la pregunta por el diagnóstico diferencial antecede sus desarrollos del caso Schreber, pues en trabajos anteriores se ha ocupado de esclarecer las diferencias entre paranoia, demencia precoz y demencia precoz paranoide, por ejemplo, en su carta a Jung del 23 de mayo de 1907 se encuentra un desarrollo minucioso al respecto (Freud; Jung, 1911/2012).



En “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (demencia paranoide) autobiográficamente descrito” (1911/1976) Freud analiza las memorias de Daniel Paul Schreber, jurista presidente de la corte de apelaciones de Dresde, Alemania, quien estuvo internado en el asilo de Sonnestein, y posteriormente en la clínica psiquiátrica de Leipzig durante la primera aparición de su enfermedad, que consistió, según el doctor Flechig, en un acceso de hipocondría grave. Después de la primera remisión de la enfermedad inicia su actividad en el tribunal regional de Leipzig, pero después de casi una década, al ser designado para el tribunal superior, la enfermedad reaparece, siendo internado en la clínica de Leipzig, luego trasladado al asilo de Lindenhof y finalmente a Sonnestein donde escribe sus famosas memorias e inicia una acción judicial para ser dado de alta. Sus memorias son publicadas en 1903 bajo el título “Memorias de un enfermo de nervios”. Tras una tercera recaída que coincide con la

muerte de su madre y la enfermedad de su esposa, es internado nuevamente en el asilo de Leipzig, lugar donde muere en 1911.

Lo que Freud nombra como la segunda enfermedad apareció a finales de octubre de 1893, con la exteriorización de ideas hipocondríacas (se daba por muerto, corrompido) a las que progresivamente se le sumaron ideas persecutorias, alteraciones en la imagen del cuerpo, espejismos visuales y auditivos, afectaciones en el curso de las ideas y del pensamiento, estados alucinatorios, entre otros. Las ideas delirantes siguieron su curso hasta establecerse en contenidos religiosos: hablaba con Dios, era objeto de las penetraciones de los rayos divinos, era La mujer de Dios.

En el intervalo entre las dos primeras enfermedades, mientras se encontraba en estado de duermevela, se le impone “La representación de lo hermosísimo que es ser una mujer sometida al acoplamiento” (Freud, 1911/1976, p.14). Aspecto que cobró significación para él en sus elaboraciones delirantes. Así, en el sistema delirante, caracterizado por fenómenos persecutorios, hay un punto que permanece inamovible, indialectizable, el cual consiste en su transformación en mujer. En un comienzo la elaboración delirante de dicha transformación estaba ligada a Flechig quien pretendía esclavizarlo, poniéndolo al servicio de sus satisfacciones sexuales, lo que Schreber se opone radicalmente. Posteriormente sitúa a Dios como el agente de su emasculación y el curso del delirio se dirige hacia la misión redentora, que consiste en devolverles a los hombres la bienaventuranza perdida, produciéndose un cambio de posición subjetiva: de la rebelión al consentimiento, lo que tiene como consecuencia una pacificación en su relación con Dios, que pone fin al carácter mortificante del delirio. Schreber accede a convertirse en La mujer de Dios que será fecundada por el mismo para dar lugar a una nueva raza.

Freud en su tentativa de interpretación del caso Schreber se sirve de los conceptos que le han permitido pensar el modelo de la neurosis. De esta manera, hace referencia a la represión y a la teoría del desarrollo libidinal, para establecer lo que podría concebirse como un diagnóstico diferencial.

Con respecto a la libido, propone diferentes estadios en su desarrollo o evolución: en un comienzo la satisfacción libidinal es fundamentalmente autoerótica, pero a partir de la constitución del yo, como unidad y como cuerpo, se produciría el estadio narcisista en el que se toma el propio cuerpo como objeto de satisfacción: “En este sí-mismo {Selbst} tomado como objeto de amor puede ser que los genitales sean ya lo principal. La continuación de ese camino lleva a elegir un objeto con genitales parecidos; por tanto, lleva a la heterosexualidad a través de la elección homosexual de objeto” (p.56). Freud considera entonces que en el desarrollo de la libido se atraviesa un estadio de elección de objeto homosexual, que ubica en el estadio narcisista, previo a la elección heterosexual. La fijación narcisista, es decir, no haberse podido liberar de la condición de que el objeto posea idénticos genitales, explica, según Freud, la homosexualidad manifiesta. Una vez definido el objeto heterosexual, el erotismo homosexual es sublimado hacia metas sin fines de unión sexual, que propicia lazos de amistad y participación en los intereses de la humanidad.

Freud considera que existe una proximidad entre la paranoia y la demencia precoz, e incluso propone que la explicación de una puede influir en el entendimiento de la otra, así: en ambas afecciones se presenta la represión con su consecuente desasimiento libidinal y posterior regresión al yo (p. 70). Sin embargo, la teoría del desarrollo libidinal, es decir, las fijaciones, las regresiones a los diferentes estadios de su evolución, permite a Freud establecer las causas de las diferencias entre la demencia precoz y la paranoia.

Puesto que en nuestros análisis hallamos que los paranoicos procuran defenderse de una sexualización así de sus investiduras pulsionales sociales, nos vemos llevados a suponer que el punto débil de su desarrollo ha de buscarse en el tramo entre autoerotismo, narcisismo y homosexualidad, y allí se situará su predisposición patológica; quizá la podamos determinar aún con mayor exactitud. (Freud, 1911/1976, p. 58)

Para el caso del carácter paranoico, la etiología se explica por la fijación libidinal al estadio narcisista que predispone al sujeto a una regresión, producto de frustraciones o acrecentamientos de la libido que no son susceptibles de sublimar. Esto se evidencia en el delirio que permite descubrir los vínculos del erotismo con la génesis de la enfermedad en sujetos en los cuales nunca hubo una homosexualidad manifiesta.

En la paranoia, la regresión de la libido al yo se exterioriza en forma de delirio de grandeza o megalomanía. Del mismo modo, el mecanismo de formación de síntomas, característico de la paranoia, consiste en la proyección que se evidencia en las ideas delirantes, a partir de las cuales el paranoico se encamina hacia la reconstrucción de la realidad, aspecto que favorece su desenlace respecto al de la demencia precoz.

Ahora bien, en la demencia precoz, la fijación se establecería en el autoerotismo, por lo que la regresión acontecería a una etapa anterior que en la paranoia. A esta entidad Freud le atribuye como mecanismo de formación de síntomas el mecanismo alucinatorio, mediante el cual se intenta restablecer la libido a los objetos. En dicho mecanismo ubica una de las principales diferencias con la paranoia. El desenlace de la demencia precoz es más desfavorable, pues no da lugar a la reconstrucción, sino a la regresión a la mencionada etapa autoerótica, por lo que el desasimiento libidinal del mundo exterior es más evidente.

Hasta el momento es posible seguir en las palabras de Freud una clara diferenciación entre ambas entidades clínicas que se establece por las localizaciones de las fijaciones libidinales, por el mecanismo de la formación de síntomas o el retorno de lo reprimido y el desenlace.

No obstante, Freud enuncia que en ocasiones se presentan combinatorias entre ambas, incluso propone que un cuadro puede comenzar con síntomas paranoicos y desarrollarse, o transitar hacia una demencia. Esto se explica por la presencia de diferentes localizaciones de las fijaciones libidinales, entonces, al principio puede irrumpir la última adquirida y avanzar hasta la más originaria. ¿Por tanto, habría que esperar la evolución de la enfermedad para poder establecer un diagnóstico?¹, ¿un caso que comience dando cuenta de la regresión libidinal al narcisismo y continúe de la regresión hasta el autoerotismo, podrá ser pensado como una demencia precoz?, por su evolución, o ¿cómo un tránsito de una entidad a la otra?, incluso, ¿cómo una combinatoria entre ambas?

Freud intenta sostener que la paranoia es un tipo clínico independiente, pero a la vez señala cómo este cuadro se complica con rasgos esquizofrénicos, y cómo la demencia

¹ Si uno de los aspectos que propone Freud para establecer el diagnóstico diferencial es el desenlace, es importante resaltar que Freud relata el análisis del caso Schreber a partir de las memorias, de este último, las cuales fueron escritas en un momento particular de su enfermedad, una década antes de su muerte, que fue precedida por un deterioro significativo. Los reportes médicos de la época describen un sujeto en condiciones muy distintas al desenlace paranoico evidente en sus memorias, punto de corte del análisis de Freud. Al final de su vida Schreber se encuentra en una “inminente descomposición” relata “olor a cuerpo muerto” “inaccesible, resistente, retraído”, tomado por alucinaciones, con fenómenos del lenguaje: emite permanentemente un “jaja” constante, sin sentido (Baumeyer, Katan, Kitay & Niederland, 2005, p. 20). En otras palabras, se hace evidente el franco deterioro en su desenlace que apuntaría entonces a un devenir de la demencia precoz.

precoz expresa también vínculos con la paranoia. Sin embargo, que un cuadro de paranoia tenga rasgos esquizofrénicos no implica que deje de considerarse como una paranoia, propuesta diferente a la hipótesis de una combinatoria posible entre esquizofrenia y paranoia.

De esta manera, tendríamos al menos tres vías diferentes de pensar la problemática del diagnóstico diferencial:

1. Ambas entidades se conservan como diferentes a pesar de encontrarse en un caso de paranoia rasgos esquizofrénicos y viceversa.
2. Que de una entidad se vire a la otra como si existiera una posible continuidad entre ambas, teniendo presentes la teoría del desarrollo libidinal y los diferentes puntos de fijación.
3. Que se trate de una combinatoria entre ambas entidades presentes simultáneamente en el mismo caso.

Como se mencionó anteriormente, esta dificultad se encuentra desde el título del caso en cuestión, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente* (1911/1976) Freud no esclarece si se trata de una paranoia o de la forma paranoide de la demencia; establece que la fantasía optativa y la presencia de alucinaciones constituirían lo demencial del cuadro y, la motivación, el mecanismo de la proyección y el desenlace, lo paranoico del mismo. Freud no desconocía la postura de Kraepelin y su clasificación de la demencia paranoide como un tipo de la demencia precoz. Pero cuando establece el diagnóstico de Schreber no queda claro si está siguiendo a Kraepelin, considerando la demencia paranoide como una forma de demencia o si está estableciendo una combinatoria entre paranoia y demencia precoz.

Esta problemática también se evidencia en el término parafrenia, propuesto por Freud como el más idóneo para referirse a la demencia precoz de Kraepelin o a la esquizofrenia de Bleuler. Denominación que en sí misma expresa la demencia precoz y sus relaciones con la paranoia (p. 70-71).

A propósito del término parafrenia, Freud, a lo largo de su obra, hace uso del mismo de manera confusa, pues por un lado con éste se refiere a la demencia precoz que nombra como la parafrenia propiamente dicha y por otro lado habla de las parafrenias como un término que engloba la demencia precoz y la paranoia.

Desde sus orígenes ha sido difícil determinar con exactitud qué designa la noción de parafrenia. La categoría parafrenia fue introducida por Kraepelin en la octava edición de su Tratado con el objetivo de responder a las críticas de los psiquiatras franceses que señalaban que en los delirios crónicos había lugar para formas alucinatorias que no evolucionaban hacia la desorganización del pensamiento. Kraepelin diferenció cuatro formas de la parafrenia: sistemática, expansiva, confabulante y fantástica. No obstante, la escuela alemana no acogió el término como categoría independiente, y fue diluido bajo el concepto de esquizofrenia. Los franceses por su parte, situaron a las parafrenias como lugar intermedio entre la esquizofrenia y la paranoia. Otros, atribuyen ciertas formas de la parafrenia a la esquizofrenia, y las demás formas de esta entidad clínica propuesta por Kraepelin a la paranoia (Maleval, 1998).

Del mismo modo, Freud entre los años 1911 y 1918 modificó su postura respecto a parafrenia. En un pie de página del caso Schreber (Freud, 1911/1976, p. 70), Strachey comenta los cambios en el uso del término parafrenia en los desarrollos de Freud. Así, en el caso Schreber, Freud propone el término parafrenia como aquél que debería sustituir al de demencia precoz, conservando la paranoia como tipo clínico independiente. Freud le resta importancia a las diferentes concepciones que el término parafrenia había tenido hasta entonces, pues propone que ninguno había cobrado vigencia. En el texto *Sobre la*

iniciación del tratamiento (Freud, 1913/1976, p. 126). conservó el término con el mismo sentido. Posteriormente, en su trabajo sobre el narcisismo (Freud, 1914/1976, p. 79-83). reúne bajo la categoría de las parafrenias a la demencia precoz y a la paranoia. Strachey hace notar que los cambios en el uso del término son deliberados, así, en la primera versión del texto *La predisposición a la neurosis obsesiva* (Freud, 1913/1976, p. 338). los tipos clínicos se encontraban separados, pero en la segunda versión Freud decide reunirlos bajo el término de parafrenia. A partir de 1916 -1917 Freud parece haber renunciado a su propuesta de introducir el término en el psicoanálisis.

Siguiendo los desarrollos de Freud en el caso Schreber y las múltiples acepciones del término la parafrenia, se hace evidente la dificultad para discernir si lo paranoide implicado en el título mismo del caso adjetiva a un tipo de demencia precoz o si corresponde al tipo clínico de paranoia, quedando entonces como enigmático el diagnóstico del presidente Schreber “Un caso de paranoia (demencia precoz paranoide) autobiográficamente descrito”.

Referências

Baumeyer, F., Katan, M., Kitay, P. M., & Niederland, W. G. (2005). El caso Schreber (Los casos de Sigmund Freud 2). Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1911/1976). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. En S. Freud, Obras completas vol. XII (págs. 1-73). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1913/1976). La predisposición a la neurosis obsesiva. En S. v. Freud, Obras completas (pág. 338). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1913/1976). Sobre la iniciación del tratamiento. En S. Freud, Obras completas vol. XII (págs. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914/1976). Introducción del narcisismo vol. XIV. En S. Freud, Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S., & Jung, C. G. (2012). Correspondencia. Madrid: Trotta.

Maleval, J.-C. (1998). Lógica del deliro. Barcelona: El Serbal.

Citação/Citation: Bueno, J. M.; Martínez, P. A.; Restrepo, A. A. (2023). *El caso Schreber: entre esquizofrenia y paranoia*. Trivium: Estudos Interdisciplinares (Ano XV, no. 2.), pp. 119-124.

Recebido em: 18/07/2023
Aprovado em: 10/09/2023