

Revisión crítica de la propuesta del DSM-5: el «síndrome de síntomas psicóticos atenuados»*

Revisión

Resumen

Se considera la propuesta del Grupo de Trabajo en Psicosis del DSM-5 de incluir el «síndrome de síntomas psicóticos atenuados» (previamente: «riesgo de psicosis») como categoría diagnóstica. Es un paso necesario, ya que el DSM-IV no posibilita diagnosticar formas psicóticas menores o en fase inicial, pero el intento evidencia que la nosología actual no permite hacerlo. Los criterios diagnósticos propuestos son semejantes a los criterios nucleares de los trastornos psicóticos del DSM-IV, con dos variantes: a) que los síntomas son atenuados y con prueba de realidad conservada y b) que la sumatoria propuesta es dimensional y no categorial (estructural), como lo es la sumatoria algorítmica y disyuntiva del DSM-IV. Para que la construcción de la categoría diagnóstica exprese la realidad clínica que fundamenta la propuesta son necesarios principios psicopatológicos diferentes a los que organizan el proyecto del DSM-5.

Palabras clave

riesgo de psicosis
síntomas psicóticos atenuados
síndrome de psicosis atenuada

Summary

The proposal of the DSM-5's Psychosis Work Group to include "attenuated psychotic symptoms syndrome" (previously: "psychosis risk syndrome") as a diagnostic category is considered. To identify the first phase of psychosis is a necessary step, taking into account that the DSM-IV does not allow to diagnose neither minor psychotic forms, nor initial phase forms. However, the attempt makes evident that the current nosology does not enable to do so. The suggested diagnostic criteria are similar to the nuclear criteria for Psychotic Disorders of the DSM-IV, but with two variants: a) that the symptoms are "in attenuated form with intact reality testing" and b) that the proposed summation is dimensional and not categorial (structural), as well as the algorithmic and disjunctive summation of the DSM-IV. In order to build the diagnostic category expressing the clinical reality underlying the proposal of the Psychosis Work Group, different psychopathological principles than those that organize the draft of the DSM-5 are required.

Keywords

psychosis risk
attenuated psychotic symptoms
attenuated psychosis syndrome

Autor

Humberto Casarotti

Psiquiatra, neurólogo, médico legista. Traductor al español de la obra de Henri Ey.

Correspondencia:

Presidente Berro 2531
CP 11600 - Montevideo
humberto.casarotti@gmail.com

* Presentación realizada en el Simposio: «Las alucinaciones, su objeto, su mundo, su valor sintomatológico», organizado por la Association pour la Fondation Henri Ey, Perpignan, France, en el XV Congreso Mundial de Psiquiatría, Buenos Aires, 2011.

Introducción

Esta presentación, en un simposio sobre *alucinaciones*, ha sido motivada por la propuesta del Grupo de Trabajo en Psicosis del DSM-5 de crear una categoría diagnóstica para los pacientes que presentan formas psicóticas de evolución leve.

Considero primero los criterios diagnósticos y las denominaciones que esta propuesta ha ido recibiendo. Analizo luego en qué sentido la alucinación es un síntoma psiquiátrico. Me pregunto, en tercer lugar, por qué estas formas de psicosis de menor evolutividad ya reconocidas dejaron de ser un diagnóstico a partir del DSM-III, y por qué, cuando vuelven a ser consideradas como una categoría necesaria,¹ se torna difícil establecer sus criterios diagnósticos. Por último, tomando en cuenta que esta propuesta evidencia falencias psicopatológicas en los DSM, señalo algunos principios desarrollados décadas atrás por el psiquiatra francés Henri Ey, como ejes válidos para la construcción de los diagnósticos psiquiátricos y su clasificación.

1. Criterios y denominaciones propuestos para esta nueva categoría diagnóstica

Con esta nueva categoría se busca diagnosticar los inicios insidiosos de la esquizofrenia y también sus formas menores,² dado que el pronóstico depende en gran parte del tratamiento que estos pacientes reciben durante los primeros años de su evolución.³

De los criterios propuestos destaco el criterio (a) de *síntomas característicos* que exige la presencia de «una de las siguientes manifestaciones: (i) ideas delirantes, (ii) alucinaciones, (iii) lenguaje (*speech*) desorganizado, en forma atenuada y con prueba de realidad conservada», pero teniendo que ser de «severidad o frecuencia suficientes como para que no puedan ser ignorados». Estos *síntomas característicos* son los mismos que los síntomas del criterio (a) de esquizofrenia, pero pensados como dimensiones en grado atenuado. A estos

síntomas se agrega la evaluación también dimensional de «otros fenómenos clínicos», como los síntomas maníacos y depresivos.

Inicialmente, el nombre de este nuevo diagnóstico fue: *síndrome de riesgo de psicosis*, luego: *síndrome de síntomas psicóticos atenuados* y finalmente, ahora: *síndrome de psicosis atenuada*.^{*} Lo llamativo de esta propuesta es que si bien su denominación fue cambiando se mantuvieron los mismos criterios diagnósticos.

La construcción de este diagnóstico se inició considerando que algunos pacientes se encuentran en *riesgo de psicosis*. En realidad los pacientes están cursando el período inicial de una psicosis y no un estado de *riesgo*. Esta imprecisión parece tener relación con el hecho de que, a pesar de ser la fase inicial de una psicosis se la considera como *no francamente psicótica*.^{**}

Al considerar que el cuadro en cuestión es psicótico se lo llamó entonces *síndrome de síntomas psicóticos atenuados*, siendo estos síntomas *atenuados* los mismos del criterio (a) de esquizofrenia. Así se generó la contradicción de afirmar que la realidad clínica, considerada por los autores como *no siendo francamente psicótica*, debía sin embargo ser diagnosticada utilizando síntomas psicóticos (pero afirmándolos como *atenuados*).

Por último, reconociendo que se trata de una forma de psicosis de menor evolutividad, se la denomina actualmente *síndrome de psicosis atenuada*, construido con los mismos síntomas de inclusión utilizados en los síndromes previos.

O sea que la respuesta a la necesidad de diagnosticar una realidad clínica reconocida tradicionalmente tuvo una evolución paradójica. Porque, por un lado, se concluye denominando el síndrome como lo que es, una forma de menor potencial evolutivo (una *psicosis atenuada*), y por otro, porque su diagnóstico se sigue haciendo mediante síntomas psicóticos entendidos como *atenuados*. Hablar de *síntoma psicótico atenuado* pone en evidencia que se considera «lo psicótico» como una dimensión cuantitativa —una dimensión— y

* El nombre con que ahora se propone este nuevo diagnóstico es el de *psicosis atenuada*. Sin embargo, se conserva el título de *síndrome de síntomas psicóticos atenuados*; por dos razones: primero, porque así era la denominación en el momento de enviar el resumen de esta presentación y segundo, por lo que significan los cambios realizados.

** Esta fase es frecuentemente llamada: *pródromos*. Si bien este término es intuitivo también es ambiguo, ya que solo es afirmable retrospectivamente, es decir, cuando la fase ya no es *pródromica* sino el período inicial del trastorno.

no una categoría cualitativa. Esta evolución paradójica demanda preguntarse qué es *un síntoma* en psiquiatría y en particular, *un síntoma psicótico*.

2. La alucinación como ejemplo de síntoma psiquiátrico

En esta parte de mi presentación voy a ser breve, porque utilizo conceptos de Henri Ey semejantes a los expresados previamente por los doctores P. Belzeaux y P. Chenivresse.

La alucinación constituye la manifestación prototípica del déficit que es un desorden mental, ya que, presentándose como *un más de percepción*, es en realidad *una pérdida de percepción*.⁴ La realidad de la alucinación, al igual que la realidad de todo síntoma psiquiátrico, es ser una desorganización de las categorías o dispositivos que organizan la realidad y, por ende, una forma real de irrealidad. Forma de irrealidad que llevó a Ey a decir que «la alucinación en su epifanía es apocalíptica», porque el análisis estructural devela el desorden infraestructural que la hace *síntoma de tal forma de vida mental regresiva*, en este caso de una psicosis. No *algo estereotipado* como lo proponen los DSM, sino la reacción psíquica del paciente a la desorganización somática que padece. Este carácter de *combustión*, propio de la vida y de toda enfermedad, es muy evidente en la patología mental por el hiato o intervalo órgano-clínico que existe entre la somatosis y las manifestaciones psicopatológicas. Esto quiere decir que estos trastornos que guardan relación con la organización de una función de la vida de relación son psíquicos. Fue la existencia de un organismo psíquico, jerárquicamente estructurado, lo que la psiquiatría descubrió y desarrolló desde finales del siglo XIX.* Desde entonces, el objeto de la semiología psiquiátrica *se percibe* mediante el análisis estructural de las manifestaciones psíquicas facultativas, en la medida en que en su estructura se manifiesta una desorganización del organismo mental. De ese modo y progresivamente, esta

evolución iniciada por Kahlbaum, avanzada por Kraepelin y desarrollada por E. Bleuler llevó a que la semiología dejase de ser, como lo señalara E. Minkowski,⁵⁻⁷ una *lectura patológica de lo psicológico* (lectura en la cual el psiquiatra describe lo patológico sobre la base de las ideas que se hace del psiquismo) para pasar a ser una *lectura psicológica de lo patológico* (donde el psiquiatra, partiendo de la realidad de la patología mental, describe sus formas estructurales).

Kraepelin, al afirmar la unidad de proceso somático de cuadros de semiología diversa, como la demencia simple de Morel, la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y algunas formas delirantes crónicas, sostuvo que esos diferentes pacientes padecían el mismo proceso de enfermedad.⁸ Con esa unificación, por un lado los síntomas de la semiología tradicional comenzaron a ser relativizados, y por otro se fue poniendo en evidencia que la alteración mental estaba en otro nivel, en un nivel *psíquico infraestructural*. En el caso de la *dementia praecox* lo alterado es «el relajamiento de las fuerzas afectivas que mantienen la coherencia del psiquismo», fuerzas cuya realidad solo se pone de manifiesto cuando se desorganiza.

Ese desarrollo permitió a Bleuler profundizar en la estructuración de los síntomas y reconocer que las manifestaciones de los *dementes precoces* constituían la reacción psíquica del sujeto a la desorganización de su vida mental.⁹ De ese modo se afirmó que la mayor parte de la sintomatología del proceso esquizofrénico es reactiva, o sea, secundaria. La distinción de Bleuler entre síntomas fundamentales y síntomas accesorios o secundarios cambió el concepto de síntoma en psiquiatría. Desde sus investigaciones, *síntoma* dejó de ser la abstracción que era en la semiología tradicional para ser lo que realmente es: la manifestación de una forma de desorden de la organización psíquica.

Henri Ey continuó esta evolución y completó esos desarrollos. Distinguió en la patología mental dos géneros de trastornos: a) las «crisis» o patología mental aguda o transitoria que no afectan sino accidentalmente el proyecto per-

* H. Ey denomina a este organismo mental «cuerpo psíquico» (*La conscience*, Paris, PUF: 1968; p. ix). Presenta un análisis exhaustivo de esta realidad organísmica en: *Traité des Hallucinations*, Paris: Masson; 1973; t. II, pp. 1075-1342.

sonal y b) la patología mental crónica, donde las alteraciones, al desorganizar la personalidad, «hacen cuerpo con la persona».^{10, 11} En esta hipótesis de trabajo la diferencia entre *agudo* y *crónico* radica en que cada tipo de trastorno expresa la desorganización de estructuras mentales diferentes —podríamos decir metafóricamente de dos *órganos mentales*—, cuya articulación constituye el psiquismo. Una manifestación mental es *síntoma* cuando expresa una forma de vida mental regresiva, ya sea del campo de conciencia actual o bien de la organización de la personalidad.

Por un lado, entonces, la expresión específica de cada trastorno mental se capta como *síntoma* cuando se aprehende *perceptivamente*¹² la estructuración que lo hace «tal síntoma». Lo fundamental —decía Bleuler— está «en el modo peculiar como los síntomas se generan o se manifiestan»,^{9 *} en el tipo de *proceso psíquico* que hace que las manifestaciones sean «síntomas de formas de vida mental regresiva».

Por otro, estos diagnósticos semiológicos siempre son *espectrales*, porque el movimiento evolutivo relaciona un nivel estructural con los niveles superiores e inferiores. Estos espectros deberían ser imaginados como *esferas* formadas por un núcleo central y por capas concéntricas periféricas que se van solapando con las capas periféricas de los núcleos de otros diagnósticos estructurales. Cuando se acepta que el núcleo corresponde a la forma más típica, o sea, a la estructura con su potencial evolutivo específico, es posible entender que las áreas periféricas presenten la misma estructura pero de menor potencial evolutivo. Es desde esta perspectiva que sin contradicción puede hablarse de formas menores o atenuadas de psicosis, donde lo atenuado es la estructura psicótica, pero no sus manifestaciones, que siempre son «secundarias», es decir, «accesorias».

3. La lógica de construcción de los DSM como dificultad para organizar el diagnóstico de las formas menores de psicosis

a. El DSM-III (1980)¹³ fue el resultado de la reacción a la minimización del diagnóstico que había determinado el pensamiento psicoanalítico. Un aspecto de esa reacción consistió en rechazar la extensión desmedida con que previamente se diagnosticaba la esquizofrenia, lo que determinó que las *formas psicóticas menores* quedaran fuera de la clasificación, o sea, que no podían ser diagnosticadas. El DSM-IV (1994)¹⁴ debió enfrentar esta situación y propuso incluir nuevamente la forma simple de esquizofrenia, pero como categoría «en estudio». Ha sido a partir del proyecto del DSM-5 que se ha propuesto formalmente una categoría para las formas de inicio y menores.

b. A pesar de que en el DSM-III se esbozó una aproximación estructural al diagnóstico (con sumatorias algorítmicas y probabilísticas), los síntomas, dentro de esos sistemas, siguen siendo conceptuados como *átomos* psíquicos. *Átomos* o *fragmentos* semiológicos cuya relación con otros síntomas psíquicos es puramente accidental. De ahí, por ejemplo, que entendida la alucinación como un *algo* siempre igual hace que se pierdan las características semiológicas cualitativas que aporta el análisis estructural.

Por eso en los DSM, al considerar las alucinaciones como dimensiones, se impide *percibir* las estructuras delirantes; por el contrario, se las oculta. Esta perspectiva dimensional de los síntomas implica dos errores. El primero es que solo considerando la alucinación (y con ella los demás síntomas psiquiátricos) una dimensión, lo que la alucinación no es, se hace posible valorarla como acentuada o atenuada. El segundo es que la alucinación que expresa la estructura delirante pero no indiza la severidad de su potencial evolutivo no guarda una relación proporcional con la convicción delirante. Hay *alucinaciones imprecisas* con convicción delirante inquebrantable (por ejemplo, las tradicionales alucinaciones

psíquicas) y *alucinaciones muy precisas* con conservación del principio de realidad (por ejemplo, las experiencias psíquicas epilépticas llamadas por Ey «eidolias alucinósicas»).

Otro límite de los DSM es que distinguen las psicosis agudas de las crónicas sobre la base de un criterio de duración, que es enteramente secundario. La diferencia esencial de estos dos géneros de patología mental no es su duración, sino que corresponden a alteraciones de estructuras mentales diferentes.

Esta *lógica* de los DSM determinó que la realidad clínica de las formas menores de psicosis no fuese, hasta la fecha, considerada una categoría diagnóstica. En estos sistemas, excepto en el Texto Revisado del DSM-IV,¹⁵ se señala que los trastornos psicóticos son aquellos que «presentan síntomas psicóticos» (alucinaciones, delirio, lenguaje desorganizado, etc.) como manifestación central, ya que estos «síntomas psicóticos» —dicen— también pueden aparecer en otros trastornos. Con lo cual, «síntoma psicótico» es conceptualizado —lo reitero— como *un fragmento semiológico*,¹⁶ un elemento de naturaleza *simple y estereotipada*, el cual, sumado a otros *síntomas*, permite el diagnóstico.

La sumatoria de los diferentes síntomas entendidos como dimensiones no permite captar la forma de vida mental regresiva que define a cada tipo psicopatológico, por lo cual no es posible afirmar mediante los denominados *síntomas atenuados* si con ellos se expresa una estructura mental patológica y menos aun, su grado de potencial evolutivo. Esa parece ser la razón por la cual el Grupo de Trabajo del DSM-5 ha *sumado* a las manifestaciones propiamente esquizofrénicas *síntomas* afectivos (maníacos, depresivos). Valoradas también como dimensiones *atenuadas*, sin tomar en cuenta que estas manifestaciones son *agudas* en el sentido de Ey, y, por lo mismo, que corresponden a otro género de patología mental.

Y es esa *lógica* la que subyace a la evolución paradójica señalada. Aun cuando se comprendió que estas formas deben ser consideradas y reintegradas en la nosografía y que requieren

un cambio de denominación, sin embargo siempre *se mantuvieron los mismos síntomas de inclusión*.

O sea que en los DSM, por operar con una perspectiva dimensional y por no distinguir agudo y crónico como dos géneros de trastornos mentales, se hace imposible diagnosticar cuándo la alucinación como manifestación delirante lo es de una estructura psicótica aguda o crónica, o de un trastorno del humor, o de un síndrome de demencia, etc. Es decir, una manifestación positiva, sí, pero siempre de una estructura mental regresiva, transitoria o persistente.

En suma: Si todo síntoma psiquiátrico es conceptualizado correctamente como la manifestación a nivel de lo mental facultativo, de la estructuración que adopta la vida mental por un desorden en su infraestructura, ¿es posible hablar de las ideas delirantes, de las alucinaciones y del lenguaje desorganizado como dimensiones, como *síntomas atenuados*? De acuerdo con lo planteado, la respuesta es no. Pero sí es posible hablar de *psicosis atenuadas*, o sea, de formas de evolutividad menor.

4. Reconocimiento de una realidad clínica pero dificultad para organizarla

El Grupo de Trabajo del DSM-5 reconoce la realidad clínica de las formas psicóticas menores, pero lo que ha hecho evidencia las dificultades que tiene para organizarla. En consecuencia, el *síndrome de síntomas psicóticos atenuados* (hoy: *síndrome de psicosis atenuada*) muestra que es necesario modificar algunos de los principios psicopatológicos que ordenan el sistema.

Para diagnosticar las formas psicóticas menores es necesario pensarlas como formas periféricas de un espectro, cuyo centro está constituido por las estructuras de evolución típica. Para que esto sea posible parecen necesarios dos cambios sustanciales que, a mi entender, ya han sido aportados a la psiquiatría por el trabajo clínico y psicopatológico de Henri Ey.

Primero, que se conceptúe como *síntoma psicopatológico* no a la sumatoria de las manifestaciones que aparecen en la vida mental facultativa, sino a esas manifestaciones en la medida en que develan el desorden de la vida mental infraestructural. O sea, de ese psiquismo que, silencioso en la salud, evidencia su realidad y su *grosor* en la patología, ocupando el intervalo, el hiato entre la somatosis y las manifestaciones clínicas. Recordando siempre que una manifestación mental es *síntoma* de la estructura que lo hace *tal síntoma*, es decir, cuando expresa la forma regresiva que el desorden somático determina. Existen *formas psicóticas menores*, pero no *síntomas psicóticos atenuados*.

El segundo cambio sustancial requerido es el de ordenar la patología mental, diferenciándola en aguda y crónica. Siendo esta diferencia no de duración —lo que es una característica secundaria—, sino una diferencia determinada por la estructura mental que se altera. Dos organizaciones que articuladas constituyen el psiquismo¹⁷ y que al desorganizarse determinan dos géneros de patología mental: la patología del campo actual de conciencia (trastornos agudos o transitorios) y la patología de la personalidad (trastornos crónicos o persistentes).

Resta un problema práctico. Por un lado, los hechos clínicos a categorizar corresponden al diagnóstico de *formas psicóticas menores* y a esa realidad debe responder la construcción y la denominación de la categoría diagnóstica. Por otro, en el grupo de adolescentes que por sus manifestaciones plantea la posibilidad de este diagnóstico, solo un porcentaje termina evolucionando como una psicosis.

En consecuencia, sería un grave error teórico y práctico aplicar a todo el grupo el diagnóstico de *psicosis atenuada* (uso de medicación innecesaria, efectos secundarios, estigma, etc.). Lo que parece que corresponde es encarar la problemática de este grupo de adolescentes sabiendo que constituyen *una población en riesgo de psicosis* (o, mejor aun, *en riesgo de una enfermedad mental crónica*,

recordando que a esta edad no comienzan las enfermedades crónicas cardíacas, renales, respiratorias, pero sí las mentales) y que por lo mismo requieren una especial atención, particularmente psico-social.

Para que lo anterior sea posible se requieren varios cambios, entre ellos: a) la creación de un sistema de promoción de salud mental (entendida como prevención 1.^a inespecífica) que apunte a esta franja etaria *en riesgo de*; b) lo cual es inseparable de la educación de los diferentes *trabajadores* en salud mental en conceptos teóricos y prácticos comunes.

A modo de conclusión señalo que debiendo construir el diagnóstico de las *psicosis atenuadas* los sistemas de clasificación enfrentan una dificultad, cuya superación, sobre la base de los principios indicados, determinaría una reorganización más natural, no solo de los trastornos psicóticos, sino de todos los trastornos mentales. De ese modo se lograría en psiquiatría algo análogo a lo que sucedió en el campo de la epilepsia cuando, a finales del siglo XIX, los conceptos de J. H. Jackson sobre el sistema nervioso reorganizaron ese campo enteramente.

Referencias bibliográficas

1. **Kendell R, Jablensky A.** Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:4-12.
2. <<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=412>>.
3. **McGorry PD, Killackey E, Yung A.** Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7(3):148-156.
4. **Casarotti H.** La alucinación: déficit de percepción. *Vertex* 2009; 20(85):200-205.
5. **Minkowski E.** La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels (une page d'histoire contemporaine de

- la psychiatrie). *Évolut Psychiat* 1925; 115(2):833-844.
6. **Minkowski E.** *Traité de Psychopathologie*. Chap.V: De la démence précoce a la schizophrénie. Paris: PUF; 1966, pp. 80-108.
 7. **Berrios GE.** *The history of mental symptoms*. Cambridge: Univ Press; 1996 (Introduction: 1-3).
 8. **Kraepelin E.** *La Demenza Precoce*. In: Kraepelin E. *Trattato di psichiatria* (traduzione sulla VII ed originale). Vol II. Milano: Vallardi; 1907, pp. 143-231.
 9. **Bleuler E.** *Dementia Praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Univ Press; 1950.
 10. **Ey H.** *La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës*. *Études psychiatriques III*: 20. Paris: Desclée de Brouwer; 1954, pp. 11-45. (Nouvelle Édition, 2 vol, Perpignan: Cercle de Recherche et d'Édition Henri Ey (CREHEY); 2006).
 11. **Ey H.** *Outline of an organo-dynamic Conception of the Structure, Nosography, and Pathogenesis of mental Diseases*. In: Natanson M (ed). *Psychiatry and Philosophy*. Berlin: Springer-Verlag; 1969, pp. 111-161.
 12. **Tatossian A.** *The problem of diagnosis in clinical psychopathology*. In: Pichot P, Rein W (eds). *The clinical approach in psychiatry*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 1991, pp. 135-145.
 13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed), APA, Washington DC; 1980.
 14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed), APA, Washington DC; 1994.
 15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
 16. **Ey H.** *Le développement «mécaniciste» de la psychiatrie à l'abri du dualisme «cartésien»*. *Études psychiatriques*, I, 3:51-66, 2^{ème} ed. Desclée de Brouwer, Paris; 1952 (Nouvelle Édition, 2 vol, Perpignan: Cercle de Recherche et d'Édition Henri Ey (CREHEY); 2006).
 17. **Ey H.** *Discussion à propos de: Blanc CJ. La méthode phénoménologique et la psychiatrie*. *Entretiens psychiatriques*, 4, Toulouse, Privat, 1955:76-78; Ey H. *La conscience*, 2^e éd. revue et augmentée (1^e éd. 1963), Paris, PUF; 1968.