Fundamentos de psicopatología psicoanalítica

José María Álvarez
Ramón Esteban
François Sauvagnat

Psicoanálisis

clínica psicoanalítica

EDITORIAL SINTESIS

Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© José María Álvarez
Ramón Esteban
François Sauvagnat

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34 - 28015 Madrid
Tel.: 91 593 20 98
http://www.sintesis.com

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Depósito Legal: M-10.120-2004
ISBN: 84-9756-172-4

Impreso en España - Printed in Spain

AUTORES

José María Álvarez

Doctor en Psicología.
Psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.
Especialista en Psicología Clínica.
Hospital Psiquiátrico "Dr. Villacián" de Valladolid.

Ramón Esteban

Psiquiatra. Miembro del Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León.
Hospital Psiquiátrico "Dr. Villacián" de Valladolid.

François Sauvagnat

Catedrático de Psicopatología (Université de Rennes-II).
Psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y de la École de la Cause Freudienne.

COLABORADORES:

Rafael Huertas
Doctor en Medicina. Investigador Científico. Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid). Especial colaboración en la Parte I.

Francisco Estévez
Doctor en Psicología. Psicólogo clínico de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. Psicoanalista (A.M.E.) miembro de la Escuela de Psicoanálisis del Campo Lacaniano. Especial colaboración en las Partes II y III.

Francesc Roca
Doctor en Psicopatología. Psiquiatra del Servei Valencià de Salut. Psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Especial colaboración en la Parte V.

ÍNDICE

PALABRAS PREVIAS 23

PARTE I

HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA:
FUNDAMENTOS, CONCEPTOS,
DOCTRINAS Y TENDENCIAS

PRESENTACIÓN 31

CAPÍTULO 1. Antigüedad clásica 33

1.1. La enfermedad del alma en las filosofías de la Grecia clásica y la antigua Roma 34
1.2. Las teorías médicas grecorromanas: la enfermedad del alma como una enfermedad del cuerpo 37

CAPÍTULO 2. Edad Media 43

2.1. Nosología y nosografía en la Alta Edad Media: las *Etimologías* de San Isidoro de Sevilla, la histeria y las posesiones demoníacas ... 43

2.2. La locura en el Medievo islámico 46
2.3. Mezcolanza de tradiciones médicas y creencias populares en la Baja Edad Media: la licantropía, el amor heroico, las locuras colectivas, la caza de brujas y la represión de la sexualidad 47

CAPÍTULO 3. Mundo moderno (siglos XVI, XVII y XVIII) 53

3.1. El carácter natural de la enfermedad mental: Vives y Weyer, el clasicismo de Huarte y la heterodoxia de Paracelso 54
3.2. La melancolía vista por Burton y Ferrand 56
3.3. Los iatromecánicos, los iatroquímicos y los vitalistas 58
3.4. Sydenham, los sistemáticos, Cullen y las neurosis 59
3.5. Transformaciones de la locura en enfermedad 62

CAPÍTULO 4. Los siglos XIX y XX 65

4.1. Filántropos y reformadores 65
4.2. Philippe Pinel y la *aliénation mentale* 68
4.3. Esquirol y su escuela 70
4.4. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger 72
4.5. Los movimientos *Psychiker* y *Somatiker*; Wilhelm Griesinger 74
4.6. Morel y la degeneración. La obra de Magnan. Los delirios crónicos .. 78
4.7. Kahlbaum y Kraepelin 81
4.8. Críticas a la sistemática kraepeliniana: la *Gehirnpathologie* 85
4.9. La desatención de las neurosis; Charcot, su escuela y la histeria ... 87
4.10. Freud y la nueva clínica 90
4.11. Desgarramientos de la identidad: Bleuler, Chaslin y Clérambault .. 93
4.12. La fenomenología de K. Jaspers, la escuela de Heidelberg y K. Schneider; E. Kretschmer y otras escuelas y tendencias 97
4.13. El movimiento psicoanalítico, sus escuelas y orientaciones 101
4.14. Otras perspectivas recientes: los modelos de la vulnerabilidad, la obra de H. Ey, la insurrección antipsiquiátrica y la revitalización de la psicopatología clásica por el psicoanálisis 108

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA 115

PARTE II

LOS MODELOS PSICOANALÍTICOS EN PSICOPATOLOGÍA

PRESENTACIÓN 121

CAPÍTULO 5. Sobre los modelos en psicopatología 123

5.1. Las clasificaciones populares y el punto de vista antropológico 124
5.2. Modelos de inspiración linneana 125
5.3. El modelo sydenhamiano y su influencia 125
5.4. Modelos continuistas 126
5.5. Teorías sindrómicas 127
5.6. Teoría de los tipos clínicos 128
5.7. La tentación de la "mitología cerebral" 128
5.8. Las incertidumbres de la herencia 129
5.9. Los tests psicológicos y la psicología diferencial 130
5.10. Modelos centrados en la valoración de riesgos 131
5.11. La oposición entre estructura profunda y estructura superficial ... 132

CAPÍTULO 6. Relaciones y diferencias históricas entre el psicoanálisis y otras disciplinas 135

6.1. Psicoanálisis y psiquiatría dinámica 135
6.2. Psicoanálisis y psicología clínica 140

CAPÍTULO 7. Los modelos posfreudianos y sus relaciones con la psiquiatría de su tiempo 143

7.1. La psicología del Yo 144
7.2. Las teorías de las relaciones objetales; el modelo kleiniano y la evolución de los objetos internos; el proyecto de la Tavistock Clinic, los modelos de la *therapeutic community* y sus aplicaciones psicosociales 147
7.3. La teoría de la introyección y de la contratransferencia 150
7.4. Las corrientes "psicodinámicas" clásicas norteamericanas y las variantes del modelo biopsicosocial; A. Meyer, H. S. Sullivan, K. Menninger, M. Reiser y G. L. Engel 152

7.5. Los modelos cientificistas: S. Lorand, L. Kubie y la cibernética, K. Colby y el "neuropsicoanálisis" 154
7.6. A propósito de los agrupamientos recientes de las corrientes psicoanalíticas 156

CAPÍTULO 8. Los cinco modelos psicopatológicos lacanianos 157

8.1. Primer modelo: la psicogénesis (la paranoia de autopunición y la causalidad esencial de la locura) 158
8.2. Segundo modelo: las consecuencias del estadio del espejo 166
8.3. Tercer modelo: el Nombre-del-Padre y el predominio del significante en lo Simbólico. El fetiche perverso y las formaciones del inconsciente neurótico 170
8.3.1. El "significante fundamental" y el esquema óptico 171
8.3.2. Elaboración de las perversiones 179
8.3.3. Las neurosis: neurosis obsesiva, histeria y fobia 181
8.4. Cuarto modelo: la alienación y la separación en la constitución del sujeto; el objeto *a* 194
8.4.1. El grafo del deseo 195
8.4.2. Los dos tipos de alucinaciones psicóticas 199
8.4.3. La psicosis maníaco-depresiva y su especificidad respecto a las otras formas depresivas 202
8.4.4. La estructura del fantasma perverso 205
8.4.5. La estructura del fantasma en las neurosis 208
8.5. Quinto modelo: el nudo borromeo y la articulación entre Real, Simbólico e Imaginario 212

CAPÍTULO 9. Posición doctrinal del psicoanálisis respecto a los fenómenos elementales y la estructura; confrontación con otras teorías .. 217

CAPÍTULO 10. Modelos de investigación en psicoanálisis 221

CAPÍTULO 11. Psicoanálisis y psicoterapia 225

11.1. Cuatro grandes tendencias en psicoterapia 225
11.2. El psicoanálisis aplicado a la psicoterapia 230

CAPÍTULO 12. Psicoanálisis, criminología y psiquiatría médico-legal 237

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA 241

PARTE III

POSICIONES SUBJETIVAS Y SITUACIONES CLÍNICAS

PRESENTACIÓN 247

CAPÍTULO 13. Cuestiones éticas. La ética psicoanalítica 249

13.1. Sobre las diferencias entre la ética psicoanalítica y otras éticas profesionales 249
13.2. La ética freudiana 252
13.3. Lacan y su relectura de las teorías clásicas de la ética 255
13.4. Los tipos de elección inconsciente según Jacques Lacan 259
13.5. Psicoanálisis y éticas contemporáneas 262

CAPÍTULO 14. Los diferentes modos de presentación de la patología psíquica. El síntoma y sus equivalentes 265

14.1. La clínica de la inhibición 267
14.2. La clínica de la angustia y del actuar 268
14.3. La clínica del "carácter" como contrainvestimiento pulsional 271
14.4. Más allá del síntoma; sobre las posiciones subjetivas inconscientes 273

CAPÍTULO 15. Elementos de técnica psicoanalítica. Los textos freudianos clásicos y algunos aspectos de su desarrollo posterior 277

15.1. La cura catártica y sus ambigüedades 278
15.2. El análisis de las formaciones del inconsciente: la represión y su disolución en la transferencia (1900-1910) 285
15.3. El período de la "transferencia como resistencia" y del análisis terminable (1910-1918) 291
15.4. El análisis de las resistencias, la "reacción terapéutica negativa" y el análisis interminable 299

CAPÍTULO 16. Los diferentes períodos de la teoría lacaniana de la cura analítica 309

16.1. Primer período: la interpretación como revelación del complejo imaginario 310
16.2. Segundo período: el análisis del inconsciente y la crítica del concepto de transferencia 311
16.3. Tercer período: el deseo como interpretación 315
16.4. Cuarto período: el sujeto supuesto saber y el objeto *a* 319
16.5. Quinto período: discurso analítico, anudamiento e intervenciones sobre el goce 323

CAPÍTULO 17. La entrevista clínica y las figuras del Otro y los otros en las neurosis, en las psicosis y en las perversiones 329

17.1. En las neurosis 331
17.2. En las psicosis 332
17.3. En las perversiones 334

CAPÍTULO 18. Modelos de intervención práctica 337

18.1. Indicaciones de la cura analítica 337
18.2. Prevención del paso al acto 339
18.3. Sobre las órdenes y los insultos alucinatorios 341
18.4. Ilustraciones clínicas 344

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA 351

PARTE IV

SEMIOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTACIÓN 355

CAPÍTULO 19. Pasado y presente de la semiología psiquiátrica 361

CAPÍTULO 20. Algunas cuestiones terminológicas 365

20.1. Semiótica 365
20.2. Semiología 367
20.3. Síntoma, signo y síndrome 368
20.4. El síntoma en psicoanálisis 372

CAPÍTULO 21. Semiología del lenguaje y del pensamiento: aspectos generales 377

21.1. Algunos intentos de sistematización de la semiología del lenguaje y del pensamiento 379
21.2. Psicoanálisis y lenguaje, un apunte 382
21.2.1. Freud: gramática del inconsciente 382
21.2.2. Lacan: el inconsciente como *un* lenguaje 387

CAPÍTULO 22. Semiología del lenguaje 393

22.1. Lenguaje hablado 394
22.1.1. Mutismos con o sin comunicación no verbal voluntaria .. 395
Mutismo. Afemia. Alogia
22.1.2. Alteraciones del paralenguaje (flujo, tono, timbre, entonación, etc.) 397
Logorrea. Taquifemia. Bradifemia. Bradilalia
22.1.3. Alteraciones de la comunicación verbal propiamente dicha 398
A) Automatismos, iteraciones, impulsiones verbales 399
Iteraciones. Embolofrasia. Verbigeración. Logoclonia. Ecolalia. Palilalia. Psitacismo. Glosomanía o habla de la fuga de ideas. Resonancias, asonancias o asociaciones sonoras
B) Alteraciones sintácticas y gramaticales 401
Agramatismo. Paragramatismo. Elipsis sintácticas. Parafasia
C) Alteraciones semánticas 403
Acatafasia o akatafasia. Esquizofasia o esquizoafasia. Ensalada de palabras. Jergafasia o jargonofasia. Incoherencia verbal. Disgregación o disociación. Descarrilamiento (derrailment, *"asociaciones inconexas", "pérdi-*

da de asociaciones"). Pobreza del contenido del habla. Neologismos. Glosolalia. Holofrase. Lapsus linguae

22.2. Lenguaje escrito 409

Agrafia. Esquizografía. Escritura automática. Grafomanía. Graforrea. Grafofobia. Lapsus calami. Manierismos caligráficos. Neografismo

CAPÍTULO 23. Semiología del pensamiento 413

23.1. "Modos" y "distorsiones" del pensamiento 416

La función "representación psíquica" y sus alteraciones. Pensamiento desreal o dereístico. Pensamiento mágico. Pensamiento autístico. Pensamiento sincrético. Pensamiento paralógico. Racionalismo patológico. Pensamiento xenopático

23.2. Alteraciones del curso del pensamiento 420

Bloqueo del pensamiento. Bradipsiquia. Fading *mental. Taquipsiquia o pensamiento acelerado. Fuga de ideas o pensamiento ideofugal. Pensamiento circunstancial o prolijo. Pensamiento tangencial. Adhesividad, viscosidad. Perseveración. Asíndesis, disociación del pensamiento, disgregación del pensamiento y pensamiento incoherente. Digresión del pensamiento*

23.3. Alteraciones del contenido del pensamiento 423

Preocupaciones. Rumiaciones. Ideas parásitas o "monoideísmos". Ideas sobrevaloradas. Ideas obsesivas. Ideas fóbicas. Delirio, ideas delirantes. Ideas delirantes primarias. Ideas delirantes secundarias, ideas deliroides, vivencias delirantes secundarias. Vivencias delirantes primarias: a) humor delirante; b) percepción delirante; c) ocurrencia delirante; d) interpretación delirante; e) representación delirante; f) sensación de cambio del mundo (desrealización o "extrañeza perceptiva"); g) familiaridad o "entrañabilidad perceptiva")

23.4. Alteraciones de la vivencia o experiencia del pensamiento 430

Difusión del pensamiento. Lectura del pensamiento. Inserción del pensamiento (influencia, imposición del pensamiento). Robo del pensamiento. Eco del pensamiento

23.5. El Automatismo Mental de Clérambault 431

CAPÍTULO 24. Semiología de la percepción 439

24.1. Alteraciones cuantitativas 443
Disestesia. Hiperestesia o percepción acentuada. Hipoestesia o percepción embotada
24.2. Alteraciones cualitativas 444
Traslaciones o distorsiones en las cualidades de las sensaciones. Metamorfopsias. Escisiones perceptivas. Sinestesia. Alteraciones en la vivencia del tiempo
24.3. Identificaciones o significaciones anómalas 445
24.3.1. Ilusiones 445
Ilusiones de la inatención (ilusión de acabado o del linotipista). Ilusiones afectivas. Pareidolias. Ilusiones oniroides
24.3.2. Alucinaciones 446
A) Una división clásica: alucinaciones psicosensoriales o "verdaderas" frente a alucinaciones psíquicas o "falsas alucinaciones" 448
B) Tipos de alucinaciones 450
I. Alucinaciones psicosensoriales 450
a) Alucinaciones visuales. b) Alucinaciones auditivas (o acústicas). c) Alucinaciones olfativas y gustativas. d) Alucinaciones tactiles. e) Alucinaciones cenestésicas y del esquema corporal. f) Alucinaciones motrices o kinestésicas. g) Sensaciones anormales simultáneas (alucinaciones funcionales y alucinaciones reflejas)
II. Alucinaciones psíquicas o "falsas alucinaciones" 454
a) Alucinaciones psíquicas visuales. b) Alucinaciones acusticoverbales o psicoverbales. c) Alucinaciones psicomotrices verbales: 1. alucinación kinestésica verbal; 2. alucinación verbal motriz completa; 3. impulsiones verbales

CAPÍTULO 25. Semiología de la conciencia: conciencia vigil, orientación alopsíquica (tiempo y espacio) y orientación autopsíquica ("Yo psíquico" y "Yo corporal") 457

25.1. Semiología de la conciencia vigil ("alerta" o "vigilancia") 460
25.1.1. Hipervigilancia 461

25.1.2. Hipovigilancia 461
A) Grados de la hipovigilancia 461
a) Confusión; b) Somnolencia; c) Estupor; d) Coma
B) Síndromes confusionales 463
a) Delirium; *b) Onirismo; c) Confusión mental; d) Reacción exógena; e) Estados crepusculares; f) "Coma psicógeno"*
25.2. Semiología de la orientación 466
25.2.1. Formas patogénicas de la desorientación 466
a) Desorientación apática 466
b) Desorientación amnésica 467
c) Desorientación lacunar 467
d) Desorientación alucinatoria 467
e) Desorientación delirante 467
f) Desorientación por obnubilación 467
g) Desorientación confusional 468
25.2.2. Trastornos de la orientación alopsíquica: tiempo y espacio . 468
Desorientación temporal. Desorientación espacial. Desorientación temporoespacial
25.2.3. Trastornos de la orientación autopsíquica: "Yo psíquico" y "Yo corporal" 469
A) Trastornos de la conciencia del "Yo psíquico" 470
Despersonalización
B) Trastornos de la conciencia del "Yo corporal" 471
Anosognosia. Miembro fantasma. Asomatognosia. Heautoscopia o autoscopia. Deuteroscopia. Autoagnosias. Prosopoagnosia. Dismorfofobia. Cenestopatía

CAPÍTULO 26. Semiología de la memoria 479

Amnesia: a) anterógrada o de fijación; b) retrógrada o de evocación; c) anterorretrógrada; d) lacunar. Hipermnesia. Ecmenesia o ecmnesia. Paramnesia

CAPÍTULO 27. Semiología de la atención 485

Hipoprosexia. Aprosexia. Pseudoaprosexia. Hiperprosexia

CAPÍTULO 28. Semiología de la imaginación 489

28.1. La imaginación en la filosofía 489
28.2. Fantasía y psicología 492
28.3. Imaginación, fantasía y psicoanálisis 493
28.4. Imaginación y fantasía en la semiología "clásica" 495

Pobreza imaginativa, imaginación disminuida. Representaciones obsesivas, imaginación intrusa, invasión obsesiva monotemática. Pareidolias. Pseudología fantástica, "mentirosos compulsivos", pseudomnesias. Fabulación. Confabulación. Afabulación (affabulation). *"Delirio de la memoria", "delirio imaginativo". Mitomanía. Mitoplastia. Patomimias*

CAPÍTULO 29. Semiología de la razón 501

29.1. Semiología del juicio o raciocinio 505
29.1.1. "Aumentos", facilitaciones o "excesos" de juicio 506
29.1.2. Disminuciones, debilitamientos y "pérdidas" de juicio 506
29.1.3. Distorsiones del juicio 507
a) Distorsiones por inferencia arbitraria 507
b) Distorsiones del sistema de valores 507
c) Distorsiones de la adaptabilidad o flexibilidad del juicio 507
d) Distorsiones de la amplitud del juicio 508
e) Distorsiones de la estabilidad del juicio 508
f) Distorsiones de la firmeza o solidez del juicio 508
g) Distorsiones tímicas del juicio 508
29.2. Semiología de la inteligencia 508

Déficits precoces de la inteligencia. Inhibiciones de la inteligencia. Pérdidas o deterioros de la inteligencia

CAPÍTULO 30. Semiología de la voluntad 511

Abulia e hipobulia. Acinesis o acinesia. Negativismo, oposicionismo o "voluntad contraria". "Exceso de

voluntad", hiperbulia. Ambitendencia o ambivalencia. "Negativismo intelectual". Sugestibilidad y obediencia automática. Alteraciones de la voluntad inhibidora (raptus, *impulsiones, trastornos del control de impulsos)*

CAPÍTULO 31. Semiología del sueño 517

Disomnia. Insomnio. Hipersomnia. Parasomnias

CAPÍTULO 32. Semiología de la conducta alimentaria 521

Disorexia. Anorexia. "Rechazo de alimentos" ("refus alimentaire"). *Sitofobia, sitiofobia o siciofobia. Adipsia. Hiperfagia. Sitomanía, sitiomanía, siciomanía. Bulimia. Polifagia. Fagomanía. Polidipsia. Potomanía. Dipsomanía. Alotriofagia. Pica, picacismo. Mericismo. Coprofagia, escatofagia*

CAPÍTULO 33. Semiología de las funciones excretoras 527

Enuresis. Encopresis. Gatismo

CAPÍTULO 34. Semiología de la psicomotricidad 529

34.1. Mímica 534
34.1.1. Semiología de la expresión mímica, fisonomía o mímica emocional 534
Hipermimia. Hipomimia. Amimia. Paramimia. Hemimia. Dismimia. Espasmomimia. Ecomimia
34.1.2. Semiología de la acción mímica, lenguaje gestual o lenguaje mímico 536
Hipersemia. Hiposemia. Asemia. Ecopraxia. Parasemias. Paraquinesias o estereotipias gestuales. Estereotipias akinéticas o posturales

34.1.3. Semiología mixta mímico-gestual 538
Manerismo. Manierismo. Síndromes expresionales
34.2. Signos y síndromes psicomotores de apariencia involuntaria o automática 539
Acinesia, acinesis. Hipocinesia. Bradicinesia. Inhibición psicomotriz. Estupor psicógeno o estupor psicopatológico. Disociación de los movimientos voluntarios y los automáticos. Catalepsia. Catatonia. Hipercinesia, hiperkinesia, hiperquinesis. Temblor. Acatisia. Estereotipias motoras. Estereotipias de posicionamiento o "de lugar". Perseveración motora. Ecopraxia. Tics. Inquietud psicomotriz. Agitación psicomotriz
34.3. Conductas complejas con aparente participación de la voluntad y esfuerzo motor desproporcionado o inadecuado 546
Dromomanía, poriomanía o "impulso a la fuga". Fuga patológica. Viajes patológicos. "Delirio ocupacional" o "actividad delirante ocupacional". Actividades motoras secundarias a trastornos perceptivos. Actividad motora secundaria a trastornos obsesivos. Hiperactividad ocupacional patológica, "adicción al trabajo" o laboromanía

CAPÍTULO 35. Semiología de la afectividad 549

35.1. La afectividad como campo semántico 549
35.2. Los "movimientos del alma" en la filosofía 550
35.3. Afectividad, psicología y psicoanálisis 552
35.4. La afectividad en la psicopatología clínica 554
Emociones. Sentimientos. Pasiones. "Sentimientos anímicos" o "psíquicos" y "sentimientos vitales". Humor básico, humor dominante, afecto fundamental, estado de ánimo. Afecto. Eutimia. Distimia. Euforia, hipertimia, expansividad. Moria. Ludismo. Disforia. Irritabilidad. Beatitud. Éxtasis. Tristeza patológica, humor depresivo o deprimido. Duelo. Melancolía. Perplejidad. Acedia, acedía o acidia. Apatía. Clinofilia. Anhedonia. Alexitimia. Miedo. Ansiedad y angustia. Trastornos de la reactividad afectiva. Irradiación afectiva. Empatía. Endopatía

CAPÍTULO 36. Semiología de la sexualidad 567

36.1. Los déficits y los excesos sexuales 571
Hiposexualidad. Hipersexualidad
36.2. Variantes de la sexualidad 573
Perversiones o parafilias
36.2.1. Perversiones relativas a la elección del objeto sexual 573
Paidofilia o pederastia. Gerontofilia. Necrofilia. Incesto. Onanismo. Homosexualidad. Zoofilia. Fetichismo. Transexualismo
36.2.2. Perversiones relativas al fin sexual 577
Voyeurismo o escoptofilia. Exhibicionismo. Sadismo. Masoquismo. Coprofilia y coprofagia. Urolagnia. Froteurismo. Cinepimastia

CAPÍTULO 37. Semiología de la agresividad 581

37.1. Heteroagresividad 585
Irritabilidad. Impulsividad, impulsión o impulso. Cólera. Crisis clástica. Homicidio, asesinato
37.2. Autoagresividad 587
Autolesión. Automutilación. Autopunición. Suicidio

CAPÍTULO 38. Dimensiones temporales de los síntomas (patocronia), "comprensibilidad" y secuelas 591

38.1. Formas agudas 592
38.1.1. Formas agudas no reactivas reversibles 592
Fase. Acceso. Períodos. Alternancia. "Equivalentes"
38.1.2. Formas agudas no reactivas irreversibles 593
Brote
38.1.3. Formas agudas reactivas 593
Reacciones
38.2. Formas crónicas 594
Proceso. Desarrollo

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA 595

PARTE V

NOSOGRAFÍA

PRESENTACIÓN 599

CAPÍTULO 39. Normal y patológico, salud y enfermedad mental 603

39.1. Sobre lo normal y lo patológico 604
39.2. ¿Existen las "enfermedades mentales naturales"? 610

CAPÍTULO 40. Origen y desarrollos de los conceptos "neurosis", "psiconeurosis" y "psicosis" antes de Freud 617

40.1. Neurosis 617
40.1.1. Neurastenia 622
40.1.2. Obsesiones 622
40.1.3. Fobias 625
40.2. Psiconeurosis 626
40.3. Psicosis 629

CAPÍTULO 41. Modelos nosográficos de la psicopatología psiquiátrica 635

41.1. Sobre la unidad o la multiplicidad de la locura: alienación mental, psicosis única y enfermedades mentales 636
41.2. Modelos etiológicos y modelos clínico-evolutivos 642
41.3. Continuidad o discontinuidad en las categorías de la patología mental 647

CAPÍTULO 42. Epistemología de la nosografía freudiana 655

CAPÍTULO 43. Desarrollos de la nosografía freudiana: neurosis *versus* psicosis 659

43.1. Las neuropsicosis de defensa 659
43.2. Neurosis de transferencia *versus* neurosis narcisistas o psicosis 666
43.3. Neurosis y psicosis a la luz de la segunda tópica 673

CAPÍTULO 44. El marco nosográfico de las perversiones 681

44.1. La noción de perversión 681
44.2. Evolución de la noción de perversión en la obra de Freud 684
44.3. Objeto y goce en la perversión 686

CAPÍTULO 45. El ámbito de las neurosis actuales 689

45.1. Descripción de las neurosis actuales e hipótesis etiológicas 690
45.2. Sobre las relaciones entre las neurosis actuales y las psiconeurosis .. 692
45.3. Hipocondría y fenómeno psicosomático 695

CAPÍTULO 46. Las estructuras clínicas 699

46.1. La noción de estructura y sus variadas aplicaciones en la psicopatología 700
46.2. Los mecanismos freudianos y la patología psíquica 704
46.3. La noción de estructura y sus consecuencias en la doctrina elaborada por Lacan 712
46.4. Las estructuras clínicas según Lacan 717
46.5. Las estructuras psicopatológicas frente a la taxonomía del *DSM-IV:* a propósito de las psicosis no desencadenadas y de las suplencias .. 724

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA 735

BIBLIOGRAFÍA GENERAL 739

ÍNDICE ONOMÁSTICO 769

PALABRAS PREVIAS

Se ocupan estos *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica* de una materia, la psicopatología, en la que confluyen actualmente al menos tres ámbitos del saber y las respectivas prácticas que de ellos dimanan: la psicología clínica, el psicoanálisis y la psiquiatría. Así, el extenso territorio consustancial a la psicopatología halla su marco y objeto en la investigación y explicación de las variadas manifestaciones del malestar psíquico, de las distintas formas de sufrimiento y de goce insoportables, así como del conjunto de dolencias y alteraciones que afectan al sujeto. Si el corazón de esta disciplina se ubica en el *pathos* subjetivo y sus modalidades particulares, sus lindes se extienden hasta los contornos de ese otro ámbito determinado por las diversas enfermedades del organismo de las que se ocupa la medicina. Según nuestra consideración, por tanto, la psicopatología conjuga la escucha y la observación de las manifestaciones morbosas con una teoría capaz de poder explicarlas, tanto en su dimensión particular (caso por caso) como general (estructuras clínicas). De este modo, son competencia de la psicopatología tanto los aspectos semiológicos (estudio de los signos morbosos observables), los patogénicos (mecanismos del "enfermar" y reacciones ante la "enfermedad") y los etiológicos (causas y desencadenantes de la "enfermedad"), como los nosológicos (definición y delimitación de las "enfermedades") y nosográficos (descripción y clasificación de los trastornos o estructuras psicopatológicas). Lamentablemente, una versión espuria de la psicopatología trata de asentarse en estos últimos años entre los especialistas y tiende a reducirla a una presunta semiología basada en "conceptos operativos", esto es, a la descripción de un listado de signos patológicos que sirvan al clínico para establecer un diagnóstico determi-

nante de la prescripción, por lo general farmacológica, deteniéndose ahí sin otra consideración. Al orillar el síntoma por subjetivo y privilegiar lo que pretende entender como signos de objetividad incontestable, esta orientación –muy del gusto del más "duro" modelo médico de la patología mental– se empeña en erradicar toda brizna de subjetivad e induce a soslayar cualquier tipo de reflexión teórica, la cual parece resolverse con algunas citas descontextualizadas de los clásicos de la psicopatología.

Según la hemos definido y acotado su ámbito, los primeros desarrollos descriptivos y teóricos de la psicopatología se remontan a la Antigüedad, tal como atestiguan los textos médicos, filosóficos y literarios. Mas sólo en las postrimerías del siglo XIX comenzó a perfilarse la autonomía de esta rama del saber, integrada hasta entonces en la filosofía, en la medicina alienista e inmediatamente después en la psiquiatría. Y fue en esos años cuando el término en cuestión comenzó a ser empleado *ad pedem litterae* con una acepción próxima a la actual –por ejemplo, H. Emminghaus publicó en 1878 la *Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Geistesstörungen* (*Psicopatología general para la introducción al estudio de los trastornos mentales*) y R. von Krafft-Ebing tituló una de sus obras editada en 1892 *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie* (*Tratado de psicopatología jurídica*)–, si bien bastante subsumida aún en la psiquiatría dominante en aquella época. Sin embargo, también a finales del siglo XIX empezó a alentarse el estudio de la psicopatología desde el punto de vista de la incipiente psicología.

La obra del psicólogo francés Th. Ribot resulta aquí determinante por preconizar que a la psicología de lo *normal* se debe añadir otra de lo *patológico*, la cual debe servir precisamente para profundizar en la primera. Pero si su proyecto de establecer una *psicología patológica* es, ciertamente, meritorio, sus logros carecen de concreción al extraviarse mediante el empleo de criterios cuantitativos y dejarse arrastrar por comparaciones arbitrarias entre los estados normal y patológico. Esta oscilación de la psicopatología entre los polos psiquiátrico y psicológico fue acertadamente detectada por E. Minkowski, quien propuso para ella dos acepciones diferenciadas: una *patología de lo psicológico* –enraizada en la corriente alumbrada antaño por Ribot– y una *psicología de lo patológico* o "psicología del ser humano" –destinada, según su consideración, a comprender esa experiencia interior del enfermo que se muestra irreductible a la psicología normal–; estos y otros desarrollos fueron ampliamente examinados en su *Traité de psychopathologie* (1966).

Faltando al rigor histórico y doctrinal, se ha afirmado en múltiples ocasiones que la psicopatología *stricto sensu* fue fundada por Karl Jaspers en su obra *Psicopatología general* (1913). Pero la versión que de ésta desarrolla el mencionado autor resulta tan parcial como inconveniente: "El objeto de la psicopatología es

el acontecer psíquico realmente consciente. [...] Los procesos extraconscientes, en cambio, cuando no son procesos corporales que podamos percibir, no se pueden demostrar nunca". Una afirmación de estas características abandona, lamentablemente, el ámbito más propio de la subjetividad, ese precisamente en el que palpita la vida del alma (*Seelenleben*) y que desde Freud llamamos el Inconsciente –*das Unbewusste*, esto es, el sistema principal del aparato psíquico– o, simplemente, inconsciente –*unbewusst*, en un sentido propiamente descriptivo–, conceptos que ampliaban sobradamente la noción de subjetividad tal y como fue defendida por Jaspers y sus seguidores. La obra que el lector tiene en sus manos explora y privilegia el determinismo inconsciente de los fenómenos descritos tradicionalmente por la psicopatología, su causalidad psíquica, sus mecanismos patogénicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime a su malestar.

La investigación desarrollada por Freud en la materia aquí estudiada estuvo siempre animada por un mismo principio y persiguió un único objetivo: articular la psicopatología y la psicología, esto es, fundar "una psicología nueva y más fundamental, indispensable también para la comprensión de lo normal". A tenor de estas palabras extraídas de su *Presentación autobiográfica* (1925), el psicoanálisis no puede de ningún modo reducirse a un auxiliar de la psicopatología, en la cual está directamente interesado por la dimensión clínica que funda su investigación y su práctica con sujetos sufrientes; es más, debería extraer de la psicopatología cuanto pueda serle útil para desarrollar y fundamentar una psicología normal. Quedan así indisolublemente conjuntadas una y otra disciplinas, y lo hacen de un modo tal que los procesos y mecanismos psíquicos que operan y determinan las habituales formaciones oníricas o los lapsus son los mismos que están presentes en las cristalizaciones patológicas.

Tal es también la posición que hemos adoptado para orquestar la estructura general y las diversas partes que componen estos *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Pues en ningún caso se han limitado nuestros esfuerzos a ofrecer una psicopatología meramente descriptiva, tan en boga estos últimos años. Por el contrario, amén de enfatizar cuantas aportaciones ha realizado el psicoanálisis a la psicología patológica, esta obra prosigue nuestras investigaciones anteriores, las cuales han estado habitualmente motivadas por el empeño en dotar a la psicopatología clásica de una explicación psicoanalítica, es decir, aprovechar las descripciones originales de los clásicos de la psicopatología y ponerlas a prueba mediante la clínica psicoanalítica. Partiendo de esta orientación, hemos cultivado a lo largo del texto un permanente debate entre la psicopatología psiquiátrica –la elaborada principalmente por Griesinger, Kahlbaum, Kraepelin, E. Bleuler, K. Schneider, Magnan, Séglas, Chaslin, Clérambault y otros muchos– y la psicopatología

desarrollada en el seno del movimiento psicoanalítico, en el que se arraciman diversas tendencias y escuelas, aunque se ha elegido de entre todas ellas la orientación elaborada por Jacques Lacan. Este intercambio de pareceres de ningún modo se ha limitado a recrear una crítica baldía. Muy al contrario, hemos buscado mediante ese recurso contribuir en todo lo posible a fundamentar un saber más riguroso y preciso sobre el *pathos* subjetivo, ese que interesa por igual a psicoanalistas, psicólogos clínicos y psiquiatras.

A fin de no orillar los conceptos fundamentales de la disciplina, hemos tratado de desenterrar las grandes contribuciones de los clásicos. Nuestro permanente interés por ellos dista mucho de constituir una mera añoranza, al estilo de la expresada en el adagio de Eurípides "Dulce resulta el recuerdo de los trabajos pasados". Sus descripciones y sus construcciones teóricas son aquí evocadas y analizadas con el único objeto de plasmar los fundamentos conceptuales y clínicos en los que se soporta la estructura del saber psicopatológico.

Pese a ser tres los autores de esta obra, se ha tratado de unificar su parte formal de manera que su texto estuviera modelado conforme a un mismo estilo literario. Además, hemos optado por suprimir las notas a pie de página, tan necesarias en otras monografías. Con ello se ha pretendido facilitar la lectura y el desarrollo de sus argumentos. Para compensar esta ausencia puntual de referentes, se ofrece al lector una bibliografía básica, comentada al término de cada parte y en la que se recogen las aportaciones más relevantes sobre cada una de las materias estudiadas, y otra relación completa de las obras consultadas situada al final de estos *Fundamentos.*

Al trabajo de los autores se ha sumado el de los colaboradores –en el presente volumen, los doctores Francisco Estévez, Rafael Huertas y Francesc Roca–, los cuales han proporcionado valiosas contribuciones a determinados capítulos y epígrafes. Dichas aportaciones se han concretado en una constante puesta en común de sus puntos de vista con el de los autores.

Cinco son las partes que agrupan los 46 capítulos que componen estos *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, en las cuales se desarrollan los aspectos generales de la disciplina, esto es, las materias principales en las que se asienta el saber psicopatológico. Tras la parte I dedicada a la historia, siempre a nuestro juicio imprescindible, se exponen los modelos psicoanalíticos en psicopatología, concediendo un lugar de privilegio a las contribuciones de Jacques Lacan. Glosa la parte III las diversas posiciones subjetivas despejadas por el psicoanálisis y se destacan de manera especial las dimensiones técnica y ética, las cuales se conjugan hasta hermanarse en la clínica psicoanalítica. Las partes IV y V se ocupan de dos ámbitos señeros –aunque un tanto descuidados en el momento presente– de la psicopatología, tenga ésta una u otra orientación: trata la primera de ellas de

la semiología clínica, es decir, del corpus terminológico o *thesaurus semeioticus* tal como ha sido compuesto y nombrado por la tradición psicopatológica; se ocupa la segunda de las diversas formas de clasificar y describir los trastornos psíquicos, desmenuzando especialmente los tres grandes modelos nosográficos freudianos y sentando así las bases de la nosografía estructural conforme ha sido construida por la psicopatología psicoanalítica.

Con la pretensión de completar estos *Fundamentos*, una nueva obra (*Estructuras clínicas y clínica diferencial en psicopatología psicoanalítica*) está actualmente en fase de redacción. Ambas publicaciones compondrán finalmente de hecho un tratado en el que nos proponemos ofrecer un compendio riguroso de psicología patológica según el punto de vista psicoanalítico de orientación lacaniana.

Es justo agradecer las sugerencias y apuntes que nos han brindado algunos de nuestros colegas, y de manera muy especial a Alfredo Cimiano, Fernando Colina, Ana Agustí y Amalia Rodríguez, quienes han tenido a bien leer y corregir nuestros originales, aportando a ellos, ciertamente, contribuciones notables. Resta señalar, por último, que nuestra posición de autores desaprueba el imperante eclecticismo, ése que baraja una mezcla de explicaciones para cada tipo de problema con el que se topa o se abstiene en realidad de darles alguna. Nuestra posición está plenamente afincada en la doctrina psicoanalítica, de cuya práctica nutre sus argumentos, pero nos guardamos en lo posible de convertirla en dogma. Sirvan las palabras de Marco Tulio Cicerón, extraídas de sus *Disputaciones tusculanas*, para ilustrarla con mayor precisión y animar así ulteriores y necesarios debates: "Nosotros, los que adoptamos como guía lo probable y que no podemos ir más allá de donde aparece lo verosímil, estamos preparados para refutar sin obstinación y para ser refutados sin ira".

José María Álvarez
Ramón Esteban
François Sauvagnat

Parte I

HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA: FUNDAMENTOS, CONCEPTOS, DOCTRINAS Y TENDENCIAS

PRESENTACIÓN

Se abren estos *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, como no podía ser de otro modo, con una parte dedicada a la historia, esto es, a las fuentes, los fundamentos y los desarrollos de las teorías y doctrinas psicopatológicas desde la Antigüedad hasta nuestros días. Bien lejos está de nuestro ánimo pretender con ello meramente adornar o ennoblecer con datos y referencias históricas cuantos argumentos se desgranarán en el presente volumen. Según nuestro parecer, la historia del saber psicopatológico constituye en sí misma la quintaesencia de esta disciplina que vertebra un heterogéneo conjunto de conocimientos destinados a explicar la patología mental. Si renegamos de ella, rehusaremos al mismo tiempo, querámoslo o no, cualquier posibilidad de aprehensión del objeto mismo que la funda como un saber específico; en este sentido, la dimensión histórica –la historia clínica– con que abordamos el *pathos* subjetivo resulta homóloga a la historia de la clínica. Pues concebida de este modo, la investigación histórica se nos revela como una herramienta epistemológica, es decir, como un instrumento interpretativo que nos ha de permitir captar cuánto de racionalidad y coherencia interna entreteje los discursos y las prácticas que habitualmente se reúnen bajo la rúbrica "psicopatología".

En el caso del psicoanálisis, la psicología y la psiquiatría clínicas, resulta harto evidente cuanto afirma Fernando Colina en "Clínica e historia", prólogo que abre una de nuestras monografías: "Los paralelismos entre historia y clínica son muchos. Su interacción es tan estrecha que, se sepa o no, en el fondo resultan inseparables. Todo historiador de la psiquiatría investiga con un modelo clínico en la cabeza y todo clínico actúa no sólo sujeto a unas coordenadas

históricas irrebasables, sino bajo un criterio histórico". Para decirlo de otro modo, la historia de la psicopatología puede llegar a desempeñar un papel epistemológico de primer orden a la hora de explicar por qué los clínicos hacen lo que hacen en su práctica cotidiana y dicen lo que dicen cuando se arriesgan a construir edificios conceptuales más o menos sólidos, coherentes y acabados.

A este cometido epistemológico esencial bien puede añadirse además una función contextual, es decir, relativa a los entornos, situaciones y coyunturas geográficas, económicas, socio-políticas y culturales que se juzguen más relevantes. Ésta nos brindará la posibilidad de comprender los modos y maneras en las que se han desarrollado las actitudes ante la locura y ante el malestar psíquico en general, y las diversas respuestas médicas y psicológicas que ambos han suscitado; además, animará a desplegar un análisis crítico que nos facilite, desde una perspectiva histórica, la interpretación y valoración de los diversos acercamientos a las doctrinas psicopatológicas y a sus propuestas clínicas.

Nuestra breve historia de la psicopatología tiene la nada modesta pretensión de recorrer la trayectoria compleja que esta disciplina ha seguido a lo largo de la historia, pues estamos convencidos de que sólo mediante el conocimiento de la historia y la tradición es posible acceder a una auténtica comprensión de las ideas y teorías psicopatológicas actuales. Tal empeño nos obliga, por una parte, a desbrozar los elementos que subsisten a lo largo de las diversas tradiciones y, por otra, a arrostrar los quiebros que parecen o consiguen subvertirlas. Por ello, prestaremos especial atención a los cambios de paradigma y a los reajustes que ellos inducen, a la coexistencia pacífica o belicosa que se entabla entre unos y otros, a los condicionantes sociales y a las tradiciones más o menos firmes en las que puede ubicarse el actual conocimiento psicopatológico. Bien pudiera ser que algunos lectores optaran por ojear esta Primera Parte como si se tratara de una materia independiente del resto de los contenidos de estos *Fundamentos*. Pero es también posible que muchos de ellos precisen frecuentarla una y otra vez cuando, sumidos en el estudio del texto, se vean asaltados por interrogantes cuya única respuesta, tal vez, sólo encuentren en la historia.

1

ANTIGÜEDAD CLÁSICA

Sin temor al desatino, bien puede considerarse que desde que el hombre es hombre, es decir, desde que comenzó a hablar y a ser hablado, la locura y otras manifestaciones psicopatológicas le han acompañado como su sombra. En gran medida, la investigación y la terapéutica de los trastornos de la mente surgió como efecto de la transformación de las opiniones populares (*doxa*), estrechamente vinculadas a lo sagrado y sobrenatural, en teorías que hoy calificaríamos de médico-psicológicas. Pero el mosaico de referencias y perspectivas que cabría considerar a la hora de reconstruir una cumplida historia de la psicopatología podría incluir aún otros ámbitos implicados, como la biología, la filosofía, la magia, la religión, la ley, el arte y la literatura. Si bien todos estos territorios más o menos anejos –apuntados hace cincuenta años por Drabkin– nos procurarían una visión global y totalizadora, el núcleo donde todos ellos se imbrican puede situarse en la noción clásica de "enfermedades del alma". Surgidas éstas por analogía con las enfermedades del cuerpo, tradicionalmente estudiadas y atendidas por la medicina, los discursos sobre tan curiosa variedad de enfermedades se asientan en gran medida en el seno de la filosofía. Jackie Pigeaud, autor de un amplísimo y memorable ensayo sobre la materia, lo expresa en los siguientes términos: "Es una analogía que supone que el alma, como el cuerpo, sufre enfermedades. Para que la analogía sea fecunda es preciso que se asiente sobre una concepción relativa a la enfermedad; son los médicos quienes aportan un material coherente en la definición de la enfermedad, pero el lugar de origen de la analogía es la filosofía, que ha sentido la necesidad de describir ciertos comportamientos del individuo". De esta manera, la psicopatología se erige y desarrolla sobre un terreno definitivamente híbri-

do, mezcla de materiales tanto médicos (enfermedad) como filosóficos (alma), pero aun así perfectamente accesibles y articulables. Tal heterogeneidad inicial fue perfectamente captada en la recomendación de E. Kant plasmada en su *Anthropologie*: si no se encuentra en el delirante ninguna enfermedad somática, deberá ser trasladado para su estudio a la Facultad de Filosofía y no a la de Medicina. Por tanto, la medicina y la filosofía constituirán nuestros referentes históricos fundamentales en la exposición que ahora se inicia, haciendo así justicia al texto de Philippe Pinel que los conjuga, el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* (1801), mayoritariamente considerado como fundador de la psicopatología y la psiquiatría modernas.

1.1. La enfermedad del alma en las filosofías de la Grecia clásica y la antigua Roma

Dejando al margen las cada vez más abundantes investigaciones sobre los trastornos psíquicos en las antiguas culturas china y judaica, y las prácticas chamánicas y las trepanaciones de cráneos que se remontan al Neolítico, iniciaremos esta Parte perfilando las aportaciones de las tradiciones médicas y filosóficas surgidas en las culturas griega y latina, por ser los pilares en los que se asienta nuestra civilización occidental. Se trata de un vasto período de aproximadamente seiscientos años, desde Platón e Hipócrates hasta Celio Aureliano, del que no ofreceremos sino algunas pinceladas.

El pensamiento filosófico de la Grecia clásica tendió desde siempre a considerar el alma o la mente como algo cualitativamente distinto al cuerpo, al menos en lo concerniente a los estratos superiores. Así, Platón (427-347 a. C.) estableció en *La República* la existencia de tres ánimas diferenciadas: la "apetitiva", que acogía las necesidades o apetitos de la persona; la "afectiva", relacionada con las emociones, las percepciones y el conocimiento de las cosas concretas y particulares; y la "racional", que tenía a su cargo las funciones más elevadas, esto es, el conocimiento de las cosas más generales y abstractas. Las dos almas inferiores (apetitiva y afectiva) estaban en relación directa con el cuerpo, pero el alma racional era, según Platón, inmaterial e inmortal.

Por su parte, Aristóteles (384-322 a. C.), si bien introdujo una noción más naturalista, siguió considerando en el alma tres estratos: el "vegetativo", similar al alma de las plantas y del cual dependerían las funciones de crecimiento, asimilación y reproducción; el "sensitivo", que el ser humano compartiría con los animales y al cual corresponderían las funciones vinculadas a las esferas sensitiva

y motriz; y el "racional", presente únicamente en el hombre y al que incumbirían las funciones intelectivas. De modo similar a Platón, suponía Aristóteles que sólo el estrato racional era inmaterial e inmortal. De entre las numerosas reflexiones desgranadas por Aristóteles en la materia aquí en cuestión, cabe cuando menos mencionar el famoso *Problema XXX* –habitualmente atribuido a dicho autor, aunque bien pudiera haber sido formulado por su discípulo Teofrastro o incluso algún otro aristotélico sin identificar–, pues ha concitado múltiples reflexiones a lo largo de la historia del pensamiento. En él se plantea el vínculo manifiesto que une a la melancolía con la sabiduría: "¿Por qué todos los que han sobresalido en la filosofía, la política, la poesía o las artes eran manifiestamente melancólicos, y algunos hasta el punto de padecer ataques causados por la bilis negra, como se dice de Heracles en los mitos heroicos?". Tal cuestión, que cautivó entre otros al estoico Cicerón, al renacentista Ferrand y, especialmente en el siglo XIX, a Lombroso y sus discípulos a propósito de las relaciones entre la locura y el genio, no ha dejado tampoco de subyugar a un buen número de investigadores contemporáneos, en especial a Klibansky, Panofsky y Saxl, a Foucault, a Pigeaud y a Peset. Para evitar cualquier equívoco, conviene anotar a este respecto el comentario de J. Muguerza extraído del "Prólogo" a la monografía de Carlos Gurméndez *La melancolía* (1994): "[...] un 'buen filósofo' era siempre 'un ser atrabiliario', lo cual en su tiempo estaba lejos de revestir la connotación peyorativa que sugiere hoy en día tal calificativo y se limitaba a aludir a la presencia en el organismo de una determinada proporción de *atra bilis* o bilis negra".

La consideración de la inmaterialidad del alma, al menos en su nivel superior, contribuyó decisivamente a consolidar una visión de las enfermedades de la psique como procesos propiamente "anímicos". Fue así como se cristalizó la tendencia a atribuir un origen orgánico o psíquico a las enfermedades anímicas, aunque una vez éstas alcanzaban su plena instauración pasaban a ser consideradas –sobre todo para el pensamiento platónico– enfermedades específicas del alma.

A tenor de estos planteamientos, el pensamiento filosófico clásico propendió a considerar invariablemente la enfermedad mental como un "defecto moral" o, lo que es lo mismo, como un desequilibrio de las distintas partes o estratos del alma que suponía un dominio de los estratos inferiores sobre el superior. En tal sentido se pronunció Platón en *El Sofista* y en *Timeo*, brindando un buen número de argumentos tendentes a homologar la enfermedad del alma con la cobardía, la intemperancia, la injusticia y la ignorancia. Se trata, como puede apreciarse, de faltas, defectos o vicios, que constituyen en sí mismos la antinomia de las cuatro virtudes cardinales platónicas, esto es, el coraje, la templanza, la justicia y la sabiduría. Mas sus planteamientos tienen también algo de materialistas, pues Platón puso de manifiesto en *Timeo* que en las enfermedades del alma están

comprometidos tanto el organismo como la educación: "Pues nadie es vicioso voluntariamente. Es por el efecto de alguna disposición maligna del cuerpo o de la educación mal reglada por lo que el hombre se vuelve vicioso".

En la antigua Grecia se permitió durante un tiempo que los locos vagabundeasen por las calles si no alteraban el orden público. Sin embargo, Platón propuso en el capítulo IX de sus *Leyes* que la familia les mantuviese encerrados en casa o sería multada. Comienza así la exclusión social del loco, unida a su discriminación económica: las familias ricas contaban con criados para controlar al paciente, con propiedades a donde enviarle y a veces también llamaban al médico, pero los pobres se veían confinados en domicilios muy pequeños, encerrados en cárceles, sujetos con grilletes o desterrados y rara vez se les proporcionaba asistencia médica. Por lo tanto, esa legislación era más favorable a las clases acomodadas, cuyos miembros tenían más posibilidades de reinserción (o no-segregación) social.

Además de Platón, los grandes defensores de la vinculación entre la enfermedad del alma y las pasiones fueron los estoicos y, en menor medida, los epicúreos. La obra del filósofo griego Crisipo (*ca.* 281-205 a. C.) y sobre todo las de los latinos Cicerón (106-43 a. C.) y Séneca (*ca.* 3 a. C.-65 d. C.) habrían de contribuir de manera decisiva a la psicopatología elaborada siglos más tarde por Pinel y Esquirol. De acuerdo con la ética estoica, Cicerón propuso en *Disputaciones tusculanas* la separación de la *insania* o *dementia* y el *furor*, pues mientras la primera no impide en modo alguno el cumplimiento de los deberes, el segundo somete al individuo a una total incapacidad. Otra de las notables aportaciones de este autor consistió en la equiparación de la melancolía descrita por los griegos con el furor de los médicos y pensadores latinos; al hilo de esta homología terció Cicerón sobre el *Problema XXX*: "También pensaba Aristóteles que algunas personas, que son locos por carecer de salud, y a los que se les ha llamado melancólicos, tienen en el alma algo de divino que les permite presagiar el porvenir. No veo por qué el mismo privilegio no lo tienen también los cardíacos o los frenéticos; la adivinación es el resultado de un espíritu íntegro, no de un cuerpo sufriente".

Al amparo de estos modelos "filosóficos" de la locura se prodigaron un buen número de consejos y remedios de carácter físico, como la dieta y el ejercicio, o medicamentoso, en especial el jugo de opio, el vino y la mandrágora; unos y otros pretendían, por encima de todo, la purificación del cuerpo y del alma. Sin embargo, al hilo de la anteriormente apuntada diferenciación cualitativa del alma y del reconocimiento de la especificidad de las "enfermedades del alma", se sentaron las bases de una rudimentaria psicoterapia que consistió esencialmente –como ha puesto de manifiesto Pedro Laín Entralgo– en "la utilización de la palabra" con fines terapéuticos. Siguiendo a este autor, podemos diferenciar dos maneras de

ejercer dicho tratamiento psíquico. Por un lado, la "catarsis verbal persuasiva" (platónica), que consistía en el empleo de la *epodé*, es decir, el uso sugestivo y eficaz de la palabra en tanto "bello discurso" (*logos kalós*), capaz de producir en el alma la *sophrosyne* u ordenación armoniosa de todos los componentes de la vida anímica (pasiones, emociones, ideas, creencias, etc.). Por otro lado, la "catarsis verbal violenta" (aristotélica) intentaba provocar mediante expresiones verbales bruscas y oportunas un estado de tensión emocional que permitiera evolucionar hacia el equilibrio anímico. Basada en las emociones que la tragedia suscitaba, esta "purgación del alma" facilitaba la expresión de los conflictos interiores y estaba guiada por la ética del justo medio y del equilibrio, tan propia de la filosofía aristotélica. (*Vid.* Parte III, donde se habla de la catarsis con más detalle.)

1.2. Las teorías médicas grecorromanas: la enfermedad del alma como una enfermedad del cuerpo

A diferencia del discurso filosófico, el pensamiento médico antiguo tendió a considerar el alma en una dimensión específicamente material. Huyendo de cuantas consideraciones sobrenaturales de la enfermedad se habían establecido, la medicina hipocrática limitó su actuación al ámbito de la materia y del cuerpo, de modo que indefectiblemente consideró la enfermedad mental como una enfermedad corporal; esta orientación teórica halla sus argumentos originarios en el *Corpus Hippocraticum*, pero cuenta asimismo con importantes desarrollos en la obra de Galeno (138-201 d. C), cuyo texto *Quod animi mores corporis temperamenta sequatur* (*Las facultades del alma derivan de la complexión humoral del cuerpo*) puede considerarse paradigmático de este tipo de aproximación médica a la locura.

A partir del siglo IV a. C., los médicos hipocráticos ya distinguieron entre enfermedades de curso breve y de curso rápido, pero para ellos tuvo más importancia otra característica: la de si la enfermedad era fruto del azar (*tikhé*; enfermedades *katatikhen*, que por lo general solían ser agudas y podían ser curables) o si se debía a una "necesidad absoluta" (*ananké*), a una imposición de las fuerzas de la Naturaleza (enfermedades *katananken*). En este último caso, podían ser curables o no curables. En las *katananken* incurables el médico se negaba a intervenir, pues hacerlo iba contra las leyes de la Naturaleza y era una inútil "desmesura". La medicina griega consideró la enfermedad mental como incurable y crónica (*katananken*), y los médicos podían negarse a atender a estos pacientes (actitud que se consideró legítima hasta finales del siglo XVIII). Los griegos tuvieron también en cuenta como factores de cronificación la herencia y la *crasé* o *crasía* ("tem-

peramento", constitución), en gran parte inmodificables, evidenciando una concepción fatalista de la medicina doblegada por el concepto de "destino".

Congruentes con el presupuesto inicial de la materialidad del alma, los griegos fueron paulatinamente atribuyendo a las enfermedades psíquicas una *physis* o naturaleza material, tal como se venía haciendo con las enfermedades del organismo. De este modo, se procedió a explicar las primeras aplicándoles los modelos discursivos más consolidados de la medicina, en especial las tres teorías médicas fundamentales (humoral, metódica y neumática), así como la teoría empírica; todas ellas llegarían a confluir en el siglo I d. C. en la llamada "escuela ecléctica".

Como se sabe, la teoría humoral tuvo como principal referente a la doctrina de los cuatro elementos del filósofo Empédocles (483/82-430 a. C.): tierra, agua, aire y fuego. Estos cuatro elementos, mezclados en proporciones distintas, compondrían la Naturaleza y todo cuanto en ella está presente. A partir de esta y otras nociones de los filósofos presocráticos, la medicina hipocrática elaboró la doctrina humoral para explicar las características del cuerpo humano. Así, las distintas partes del cuerpo resultarían de la mixtura –en distinta proporción– de cuatro humores: sangre, pituita o flema, bilis amarilla y bilis negra o atrabilis. Siguiendo estos desarrollos, la salud sería el resultado de la mezcla equilibrada de dichos humores, mientras que la enfermedad, fuese del cuerpo o del alma, obedecería o bien a un desequilibro de esa mezcla humoral, es decir, al predominio de uno u otro elementos, o bien a la perversión cualitativa de alguno de ellos.

A pesar de las resonancias implícitas en su título, el texto de Hipócrates (460-377 a. C.) *Sobre la enfermedad sagrada* describe la epilepsia a contrapelo de la vieja tradición que la consideraba una forma religiosa o mística de enfermedad. Este autor advierte de entrada que tal enfermedad sagrada "no me parece que sea, en absoluto, más divina que las demás enfermedades, ni tampoco más sagrada, sino que tiene también una causa natural [...]". Amén de la ruptura general que dicho texto introduce respecto a sus predecesores, sus mayores concreciones se expresan de forma palmaria toda vez que se abordan las relaciones que entretejen las discrasias humorales y los trastornos mentales: "Si el cerebro está corrompido de flema, los pacientes permanecen tranquilos y silenciosos; si lo está por la bilis amarilla, se muestran vociferantes, malvados y actúan de modo inadecuado. Si el cerebro está caliente (por la sangre), aparecen terrores, miedos y pesadillas; si está demasiado frío (por la bilis negra), los pacientes se mostrarán tristes y preocupados".

Asentándose en estas consideraciones, la teoría humoral promovió la clasificación y la descripción de las distintas constituciones y temperamentos (sanguíneo, flemático, bilioso y melancólico), además de la identificación de la bilis amarilla con la manía y de la bilis negra o atrabilis con la melancolía (*atra bilis*, como

es sabido, es la traducción latina del griego *mélaina kholé*, de la cual derivará finalmente el vocablo *melancholia*).

A diferencia de la orientación que acaba de apuntarse, la escuela metódica propuso que el cuerpo estaba constituido por un conjunto de partículas o átomos en perpetuo movimiento que circulan por una serie de conductos. El estado de salud correspondería así a un movimiento ordenado de los átomos, mientras que la enfermedad sería el resultado de alteraciones de los átomos, de los conductos o de ambos, ocasionando por ello un desorden del movimiento vital. Al igual que la escuela humoral, la metódica también desestimó la separación entre enfermedades psíquicas y somáticas. A la hora de explicar, por ejemplo, la frenitis o el sofoco uterino se apelaba al estado de constricción de los conductos y a la consiguiente dificultad del flujo de átomos, implicando al cerebro en la frenitis y al útero en el sofoco.

Originada en gran medida como una reacción frente a la anterior, la escuela neumática propugnó un modelo de enfermedad –tanto somática como psíquica– asentado en una discrasia en la mezcla de las cuatro cualidades elementales con el predominio de una de ellas. Tal preponderancia originaría una alteración de la dinámica del *pneuma* o *spiritus* –producto refinado del aire inspirado– a través de los conductos corporales, lo cual se reflejaría, sobre todo, en las alteraciones del pulso. Areteo de Capadocia (siglos I y II d. C.), uno de los clínicos y nosógrafos más destacados de su época, definió la melancolía de manera ecléctica, aunando la teoría humoral y la influencia de la escuela neumática: "La bilis negra, si se sitúa por encima del estómago y del diafragma, forma la melancolía, envía vientos estruendosos hacia abajo y transforma el entendimiento. Por eso, en tiempos anteriores, se les llamaba personas melancólicas y flatulentas".

Independientemente de la particular explicación humoral, metódica, neumática o ecléctica, cabe reseñarse a modo de corolario que las enfermedades del ánima fueron siempre para los médicos de la Antigüedad clásica enfermedades del cuerpo, de localización cerebral o visceral y con efectos específicos sobre la psique. No obstante, desde la Antigüedad tardía los médicos galenistas incluyeron las enfermedades mentales dentro del grupo de las "enfermedades de la cabeza", pues creyeron localizar su asiento en el cerebro, órgano al que consideraban sede del alma. Según su parecer, ese órgano privilegiado desarrollaba numerosas funciones, entre las que se encontraban las facultades animales, la sensación, el movimiento y las tres potencias superiores rectoras de las acciones humanas: la fantasía (imaginativa), el entendimiento (estimativa) y la memoria. Las enfermedades mentales serían pues la consecuencia de cambios primarios o secundarios en la complexión cerebral; dichos cambios habrían de provocar un daño en las funciones que son propias de este órgano y que, de acuerdo con Galeno, podían

alterarse de tres maneras posibles: bien por abolición, bien por disminución o, en su caso, por perversión.

En cuanto a la nosotaxia de los trastornos mentales, además de considerar la existencia de alteraciones peculiares como la epilepsia o las enfermedades de la mujer relacionadas con la ubicación o la movilidad del útero, la medicina helenística (siglos II a. C al II d. C) estableció la clasificación médica más clara y completa de las entidades nosológicas con repercusiones en "el alma". Sus criterios taxonómicos más relevantes atendían tanto a la evolución del mal como a la presencia o ausencia de fiebre y agitación. De esta manera se logró oponer, por un lado, la frenitis y la letargia; una y otra compartían la característica de ser locuras agudas con fiebre, pero se diferenciaban entre sí merced al estado de agitación específico de la primera y al profundo abatimiento propio de la segunda. Frente a las dos anteriores, la manía y la melancolía eran descritas como locuras crónicas sin fiebre, que cursaban respectivamente con excitación y abatimiento. Antes de transcribir algunas de las descripciones más logradas de estos cuatro males, conviene advertir que en el momento actual las dos primeras corresponden a enfermedades médicas (estados tóxico-infecciosos diversos, estados confusionales, *delirium*, etc.), mientras que las dos restantes han visto variar notablemente su extensión clínica, razón por la cual resulta improcedente identificarlas con las actuales acepciones psicopatológicas.

Comenzando por la frenitis, el metodista Sorano de Éfeso (*ca.* 100 d. C.) nos legó la siguiente definición: "Enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y lento". Por su parte, la letargia fue descrita por Celio Aureliano (*ca.* V d. C.), traductor de Sorano, como una enfermedad grave caracterizada por "el debilitamiento y la obnubilación de los sentidos, por el estado estuporoso, la fiebre aguda, continua o intermitente, por el pulso espaciado y lento". El mismo autor perfiló la diferencia de las dos anteriores respecto a la manía: "En los maníacos, la manía es lo primero que se manifiesta, y la fiebre llega después. [...] unas veces tiene causas ocultas, pero otras son más que patentes, como un enfriamiento, una indigestión, embriagueces repetidas y sin mesura alguna, insomnios pertinaces, el amor, la cólera, la tristeza, el temor, un comportamiento repetitivo y obsesivo, una sacudida, un choque, una tensión enorme de los sentidos y del intelecto, por un deseo de aprender, por interés, por afán de gloria". Finalmente, la melancolía aparece matizada en uno de los *Aforismos* de Hipócrates en los siguientes términos: "Cuando el miedo y la tristeza duran mucho tiempo, entonces se trata de melancolía"; Celio Aureliano, nuevamente, apreció que los melancólicos "están llenos de ansiedad y malestar, además de mostrar tristeza acompañada de mutismo y de odio a los que les rodean".

A diferencia del tratamiento propuesto por el modelo filosófico, los médicos de la Antigüedad recurrieron a terapias eminentemente físicas y más acordes con sus concepciones nosológicas y etiológicas. En este sentido, la escuela humoralista prodigó un tipo de tratamiento que estaba dirigido a provocar la catarsis del humor sobrante; se valió para ello de la prescripción de dietas, ejercicios evacuantes, baños, ventosas, sangrías, eméticos, diuréticos o purgantes. Por su parte, la escuela metódica destinó sus terapéuticas a mejorar o paliar los supuestos estados constrictivos, recurriendo a propuestas que entrañaban ejercicios mecánicos, en especial los masajes y los paseos.

En el ámbito concreto de la terapia psíquica, la orientación médica se limitó mayoritariamente a pergeñar medidas destinadas a procurar tranquilidad o distracción, recomendando también la música o los viajes, los cuales se prescribían porque se consideraba que el movimiento tenía efectos sobre los elementos corporales como los tenían los masajes. Caben mencionarse asimismo las "prácticas de incubación" desarrolladas en los templos de Asclepio y las recomendaciones contenidas en el tercero de los ocho volúmenes redactados por Celso (siglo I d. C.) con el título genérico *De Re Medica*; defendía este autor la buena relación entre el médico y el paciente, así como el empleo terapéutico del lenguaje y la música. A su vez, Galeno llegó a describir una actividad "psicoterapéutica" que consistía en un señalamiento por parte del médico de los defectos del paciente, apuntando de rondón los modos de aplicación de una rudimentaria terapia verbal destinada a restablecer el equilibrio emocional. Estas terapéuticas anímicas específicas no evitaron, evidentemente, el empleo frecuente de mecanismos e instrumentos para contener, sujetar y atemorizar a los locos en la Antigüedad.

La Roma galénica consideró pues la locura como algo material, respuesta del cuerpo a agentes externos entre los que contó también las "pasiones del alma" (dualismo pragmático). Además, también desde entonces toma carta de naturaleza la idea de que el loco está siempre loco, nada suyo es cuerdo. Tenida por incurable en sus formas crónicas, la enfermedad de la mente fue en Roma objeto de una legislación tendente a proteger a la sociedad (encierro, exclusión) o a los bienes materiales de la familia (incapacitación); es cierto que también data de esa época el criterio de inimputabilidad penal de los dementes. En cuanto a su asistencia, sólo los locos de clase alta recibían ayuda médica y casi únicamente en episodios agudos (a veces exclusivamente en el primer episodio). Cabe señalar que el emperador Justiniano (483-565 d. C.), cristiano, hizo que se aceptase a algunos locos en centros estatales para pobres y enfermos, iniciándose la inseparable relación cronicidad-pobreza.

2

EDAD MEDIA

Un buen número de historiadores de la medicina suelen comprender la Edad Media entre la muerte de Galeno, fechada aproximadamente en el año 200, y la publicación del texto de Vesalio *De Corporis Humani Fabrica*, datado en 1543. Ciertamente, no existe un acuerdo generalizado sobre las fechas que demarcan este amplísimo período, lo cual parece contribuir aún más a esa primera impresión de misterio e incertidumbre que lo envuelven de principio a fin, razón de más para acentuar su atractivo.

A lo largo de la Edad Media las concepciones nosológicas y etiológicas de la locura siguieron modelos explicativos pluralistas que en muchos casos no pueden reducirse exclusivamente al discurso médico. En materia de nosografía la patología medieval oponía habitualmente las enfermedades generales (fiebre) a las afecciones que se asientan en una parte del cuerpo, en especial las llamadas "enfermedades de la cabeza". A título de ejemplo citaremos la clasificación de la melancolía propuesta en el siglo XI por Constantino el Africano, adaptador del tratado de Isak ibn-Imran: aquellas formas melancólicas que se originan en el cerebro, aquellas que provienen del cuerpo y posteriormente afectan al cerebro y, finalmente, aquellas que tienen por sede el "orificio del estómago" (forma hipocondríaca).

2.1. Nosología y nosografía en la Alta Edad Media: las *Etimologías* de San Isidoro de Sevilla, la histeria y las posesiones demoníacas

Con todas las cautelas que exige la aplicación de diagnósticos retrospectivos, las perturbaciones mentales entonces descritas bien pueden identificarse con rea-

lidades históricas heterogéneas –no necesariamente morbosas–, cuya naturaleza individual no alcanzaba siempre el consenso de los expertos.

Las *Etimologías* de San Isidoro de Sevilla (*ca.* 560-635), las cuales compendian de manera enciclopédica el conjunto del saber de su tiempo, constituyen el referente por excelencia del período denominado Alta Edad Media. Su libro cuarto, dedicado a la Medicina, propone y examina la diferenciación entre las enfermedades "agudas" y las "crónicas". Dentro de las primeras, a las que San Isidoro definió de un plumazo como aquellas que "pasan pronto o te matan enseguida", se incluyen dos trastornos mentales harto conocidos desde la Antigüedad: la *phrenesis* o frenesí, consistente en una perturbación con agitación y demencia provocada por la fuerza del humor colérico, y la *lethargia* o letargo, caracterizada por "opresión del cerebro con olvido y sueño perenne como el de quien duerme profundamente". Por su parte, dentro del grupo de las enfermedades "crónicas" describió la epilepsia, la manía y la melancolía; esta última continuaría siendo a lo largo de estos siglos la referencia psicopatológica más frecuentemente estudiada.

Es evidente que la mayoría de los conceptos y términos empleados por el autor de las *Etimologías* proceden de la tradición hipocrático-galénica, pues explica las enfermedades y los desórdenes físicos y psíquicos a partir de alteraciones o desequilibrios humorales. No obstante, su opinión –como la de los autores cristianos en general– está muy mediatizada por la idea de que el hombre santo puede ir conociendo el mundo mediante una especulación querida e inspirada por Dios, es decir, por revelación. Las *Etimologías* no tienen pretensión filológica y obedecen casi a una asociación libre de ideas o a una consonancia entre términos, movidas además por la intención de describir un macrocosmos "moralizado". Por ello su exposición es muchas veces tosca o fragmentaria, reflejando el empobrecimiento conceptual que la medicina altomedieval cristiana sufrió con respecto a la que se había elaborado en la Antigüedad clásica.

Amén de las ya expuestas, puede señalarse aún otro grupo de alteraciones mentales padecidas y descritas a lo largo de la Alta Edad Media, si bien su competencia raramente consiguió asentarse en los dominios estrictamente médicos. Tal es el caso de esa desgana perezosa llamada *acedia* –pecado por excelencia de los monjes que rehusaban las actividades propias de los conventos– y de aquel malestar que la medicina clásica había tratado de aprehender bajo la rúbrica *hysteria*, para la cual proliferaron durante este período improvisados terapeutas entre clérigos y sanadores empíricos. Ligada desde Hipócrates –a quien se atribuye dicho término– al útero y, de rondón, a la abstinencia e insatisfacción sexual, Galeno había abundado más aún en esta articulación al afirmar taxativamente: "Se sabe que esta enfermedad afecta de manera particular a las viudas y, sobre todo, a aquellas que han sido regulares en su menstruación, fértiles, receptivas y ardientes ante los avances de su marido".

Conocida también por "útero errante" o "sofocación uterina", la histeria se atribuyó en el Medievo de manera exclusiva a mujeres vírgenes, a viudas y a cuantas habían perdido el flujo menstrual; se trata, en suma, de consideraciones explicativas y ardides terapéuticos tan alejados de la ciencia médica como próximos a las creencias religiosas. Este sesgo puede apreciarse de manera palmaria en un códice médico de finales del siglo XI, cuya prescripción contra el "dolor de matriz" (*Ad matrix dolorem*) refiere la puesta en escena de un exorcismo destinado a refrenar el "útero errante". En ese mismo texto puede apreciarse que, aunque perviven algunas nociones médicas y anatómicas procedentes de la tradición médica clásica, se alude a la *matrix demoniaca* y al empleo del conjuro como único remedio; tales indicaciones nos animan a considerar que aquellos expertos afrontaban esa molestia como si de un caso de posesión demoníaca se tratara. En efecto, la paulatina implantación del cristianismo en Europa supuso un alejamiento de la visión platónica del hombre. Así, la concepción de la locura en la Edad Media está notablemente empapada de creencias y aspiraciones cristianas. De ello resultan los singulares discursos sobre los trastornos psíquicos clásicos y aquellos otros fenómenos emergentes, como sucede con los llamados *incubus* y *sucubus*; en términos generales, puede sostenerse que la locura y el resto de las manifestaciones psicopatológicas fueron asimilados por la mentalidad popular del Medievo, con mayor o menor énfasis, a la posesión demoníaca.

A tenor de lo que acabamos de exponer, las interpretaciones basadas en creencias no se limitaron exclusivamente a la histeria y a la licantropía, tan frecuente en la Europa medieval. En buena medida, estas disquisiciones demonológicas se aunaron con esquemas explicativos más afines a la ciencia, conformando así una suerte de concepciones harto heterogéneas. Así, por ejemplo, a la hora de aclarar cuanto ocurría a los melancólicos se apelaba no sólo a alteración de la bilis negra, siguiendo con ello la tradición de la ciencia médica, sino que simultáneamente se les consideraba propensos a ser poseídos por espíritus malignos; no faltaron tampoco quienes trataron de conjugar la melancolía con el pecado original, como es el caso de Hildegarda de Bingen, quien afirmó: "En el momento en que Adán desobedeció el mandato divino, en ese mismo instante, la melancolía se coaguló en la sangre [...], y de ahí la tristeza y la desesperación se elevaron; ciertamente, cuando sobrevino la caída de Adán, el diablo le insufló la melancolía, que torna al hombre tibio e incrédulo".

Entre finales del siglo XI y comienzos del XIII, el surgimiento y los desarrollos de la "medicina escolástica" –con la escuela de Salerno como referente fundamental y después Montpellier, Bolonia y Padua– sentaron las bases de una nueva medicina en el Occidente latino. Se incorporaron y articularon en ésta un singular conglomerado de influencias, tanto filosóficas como médicas: por una parte,

la filosofía aristotélica convenientemente cristianizada; por otra, la asimilación de los textos médicos clásicos griegos y romanos (el *Corpus* hipocrático y Galeno), así como los de los árabes (Haly Abbas, Rhazes, Avicena, Averroes) y judíos (la medicina judía tenía mucho prestigio, pues su orientación racionalista y empírica –muy despegada de lo religioso– le proporcionaba gran eficacia). En la materia que nos ocupa, la medicina escolástica constituye un verdadero punto de inflexión que separa los dos grandes períodos de la Edad Media.

2.2. La locura en el Medievo islámico

La desorganización política de los restos del Imperio Romano de Occidente facilitó el desplazamiento del predominio científico y cultural al mundo islámico, donde siguieron desarrollándose las ideas de Hipócrates y Galeno, extendiéndose posteriormente hacia Europa a base de traducciones. Así, la escuela árabe llegó a ser muy influyente en la medicina, sobre todo desde el siglo XI a la primera mitad del XIII. Mahoma había considerado a los locos personas amadas por Alá, por lo cual los árabes se preocuparon de estudiarlos y atenderlos. Por otra parte, en *Las Mil y Una Noches*, obra probablemente anterior al siglo X, es decir, mil años anterior a Foucault, puede leerse: "[...] considero que los locos son personas con un entendimiento distinto al nuestro, que hallan entre las cosas relaciones que no están al alcances de los cuerdos". Es pertinente señalar que en la llamada "escuela árabe" militaron médicos procedentes de muy diversos países y religiones. Al igual que en la ribera cristiana del Mediterráneo, muchos de los *hakim* (médicos) tuvieron dificultades con las autoridades religiosas y políticas del Imperio Árabe debido a su heterodoxia ideológica, su libre interpretación de los clásicos y sus tendencias empíricas y experimentalistas.

Para los árabes, la locura se debía a una afectación orgánica del cerebro, a veces primaria y a veces producida por otros órganos (sobre todo el estómago, el hígado, el bazo y el útero). Designaron con el nombre de *melancolía errante* una clase de "agitación ansiosa" que les recordaba los movimientos de un insecto acuático, el *kutubuh*. Dejaron muchas patografías de diversos casos psiquiátricos y el modo de afrontarlos, e intentaron una cierta sistematización: Najad, por ejemplo, clasificó hasta treinta formas clínicas de locura.

Rhazes (865-924), también conocido como Rhazis o Rasis, escribió diversas obras y dirigió el hospital general de Bagdad, el Bimaristán, creado en el 670 y que tenía una sección para locos. El término *bimaristán*, originalmente equivalente a "lugar para enfermos", terminó haciéndose sinónimo de hospital para enajenados mentales. Siempre tuvo en cuenta los aspectos psíquicos de sus pacien-

tes y llegó a utilizar métodos próximos a la psicoterapia incluso en enfermedades como la artritis. Escribió varias obras generales y más de doscientas monografías. Su descripción de los síntomas de la melancolía fue canónica durante siglos.

También del siglo IX es el *Tratado de la melancolía* de Isaac-Ibn-Turan, pero más influyente fue, ya en el siglo X, Ahmed-Ibn-Aljazzar, con su libro *Zal al Monzafir* (o *Zad Almusafir*), que significa "provisión del viajero" o "viático", en el que aparece un capítulo entero dedicado a las enfermedades mentales; entre ellas contaban el insomnio, el *frenesí*, el alcoholismo, alguna de las consecuencias del amor y los *espasmos de origen psíquico* (quizá la histeria y otras alteraciones del espíritu).

El persa Avicena (980-1037), filósofo y polígrafo que llegó a ser merecidamente llamado "el príncipe de los Médicos", refiere un caso en que curó a un príncipe que creía ser una vaca y deseaba ser sacrificado para que comieran su carne. Avicena se presentó ante él diciendo ser el matarife, pero se negó a sacrificar res tan delgada, prescribiéndole dieta de engorde y aplazando la ejecución. El joven comió con apetito, se fortaleció y curó del delirio. Algunos casos atribuidos a Avicena se parecen sospechosamente a otros de Galeno –que fue para el árabe modelo de médico incluso en su altivo comportamiento–, como el diagnóstico de melancolía amorosa al registrar la alteración del pulso de una joven al mencionarle el nombre de su amado secreto. Su obra magna fue el *Kitab al-Quanum fi-l-Tibb*, latinizado como *Canon Medicinae*, obra de más de mil folios en la que sistematiza de forma admirable sus extensos conocimientos con un ejemplar equilibrio entre la teoría y la práctica.

Ibn-Omán-Ab-Sikilli, contemporáneo de Avicena, admitió el esquema galénico de la histeria: retención de la menstruación o del *semen femenino*, causante de *vapores* que desde el útero llegarían al corazón y al cerebro produciendo la *sofocación interna*. Si la causa era retención menstrual, prescribía sangrías de la safena y dieta favorecedora de la menstruación (espárragos, garbanzos); si era la retención de *esperma femenino* prescribía el matrimonio, o bien untaba el interior de la vagina con *galia* (ungüento de Avicena a base de agallas de roble y almizcle) o recomendaba provocar (inmisericordemente) las cosquillas.

2.3. Mezcolanza de tradiciones médicas y creencias populares en la Baja Edad Media: la licantropía, el amor heroico, las locuras colectivas, la caza de brujas y la represión de la sexualidad

Como ya se ha indicado, durante la Baja Edad Media la medicina escolástica recuperó la tradición aristotélica e hipocrático-galénica, y con ella la nosolo-

gía clásica greco-latina de las enfermedades mentales. Dicha recuperación se acompañó y enriqueció notablemente merced a la asimilación de otras contribuciones provenientes de las culturas bizantina y árabe, cuyo desarrollo fue ampliándose en el Occidente cristiano. De esta manera fue como el galenismo medieval promovió y asentó una nueva medicalización de un buen número de trastornos psíquicos, los cuales habían mostrado hasta entonces no pocas complicaciones a la hora de ser incorporados plenamente al marco de la ciencia médica.

La licantropía, aparentemente desconocida por Galeno, había sido descrita ya como padecimiento mental en algunos textos árabes, bizantinos y bajomedievales latinos. Se trata de un trastorno en el que el sujeto se cree transformado en lobo y actúa como tal: ataca rebaños, incluso al hombre, aúlla por las noches, merodea por los cementerios, etc. Al menos desde Avicena, y posteriormente con el escolástico Valescus de Taranta (1382-1417), se había clasificado este mal en relación a dos especies de manía: la manía lupina y la manía canina, ambas causadas por la melancolía generada a partir del humor colérico o del humor melancólico natural.

De acuerdo con el modelo patogénico galenista, las *sex res non naturales* (aire y ambiente, comida y bebida, sueño y vigilia, trabajo y descanso, secreciones y excreciones, movimientos del ánima) podían contribuir a la aparición de la enfermedad. Se atribuyó por ello un considerable valor etiológico a ciertos factores psíquicos por entonces llamados "movimientos del ánima", es decir, las emociones (más tarde, las "pasiones"); sin embargo, en algunas ocasiones, estas concepciones experimentaron desarrollos inéditos durante la Edad Media. Tal es el caso del "amor heroico", el cual llegó a convertirse en un tema de recurrente discusión en el seno de la medicina universitaria latina al menos hasta el siglo XVII. Se consideraba que el factor anímico desempeñaba un papel fundamental en la génesis de los desequilibrios humorales: el "amor heroico" estaba provocado por un exceso humoral de melancolía o bilis negra, y surgía cuando un individuo quedaba prendado de una mujer que no correspondía a su amor; como consecuencia de la obsesión que le causaba la insatisfacción de su deseo, le sobrevenía una "pasión melancólica". En concreto, para el escolástico Arnau de Vilanova (1240-1311), autor del *Tractatus de amore heroico*, el trastorno mental llamado "amor heroico" se debía a un juicio erróneo de la "virtud estimativa", pues al juzgar ésta que el objeto en cuestión no sólo es bueno, sino que es el mejor posible, termina por orientar y someter a este fin todas las demás "virtudes" sensibles. La alegría provocada por la aprehensión visual de algo deleitable causa el sobrecalentamiento de los espíritus vitales del corazón, los cuales se difunden entonces por todo el cuerpo y llegan a ocasionar su progresiva desecación. Es en el ventrículo medio del cerebro donde los espíritus sobrecalentados turban el juicio de la "virtud esti-

mativa", desecando a la vez el ventrículo anterior –donde reside la "virtud imaginativa"– y provocando la retención del objeto deseado en la mente.

En concordancia con cuanto se acaba de anotar, sigue considerando Arnau que los accidentes derivados del "amor heroico" son consecuencia de esa progresiva desecación corporal que el sobrecalentamiento provoca: extenuación de los miembros, ojos hundidos, cara cansada, color cerúleo de la piel (por incremento del humor colérico), tristeza en ausencia de la persona amada y alegría por su presencia, sobresaltos del pulso ante la eventualidad de un encuentro con ella, suspiros profundos, etc.

Otro fenómeno notable en la época medieval, aunque no privativo de ella (recordemos las europeas y norteamericanas del siglo XIX, relacionadas con el magnetismo, el espiritismo o la hipnosis) fueron las epidemias de locura colectiva. En relación con el milenarismo, con el miedo a la muerte y el sentimiento de culpa ante las epidemias de peste vividas como castigo divino, se desataron durante toda la Edad Media, pero sobre todo en sus tres últimos siglos, varios episodios de locura colectiva. Conductas extravagantes de expiación, sumadas a la imitación más o menos burda de los síntomas de alguna enfermedad y a la costumbre extendida de peregrinar a lugares "santos" generaron en ocasiones rápidos y colectivos contagios que llegaron a causar problemas a las autoridades civiles por el despoblamiento repentino de algunos pueblos, por el abandono del hogar por parte de hijas doncellas y hasta esposas o por las dificultades de avituallamiento de las multitudes desplazadas y el consiguiente pillaje; por su parte, las autoridades religiosas vieron muchas veces su influencia en peligro dada la capacidad de captación de muchos de los santones y embaucadores que las encabezaron. "Los Flagelantes", secta originaria de Hungría, cubrían su cabeza con una capucha roja y vagabundeaban aplicándose latigazos. El "baile de San Juan", santo patrón antiepiléptico, o de San Guy, más conocido por "baile de San Vito" (quien, martirizado por Diocleciano, había prometido protección contra el "mal de San Juan" a quienes celebrasen los aniversarios de su muerte), causó muchas epidemias: en la de 1374 se reunieron en Aquisgrán cientos de danzantes, que continuaron su bailona peregrinación por Colonia, Metz y Erfurt asolando las comarcas. De otro cariz mucho más sensato fueron las peregrinaciones a la aldea belga de Gheel, en la que se constituyó la primera colonia terapéutica para enfermos mentales.

No obstante, las tradiciones demonológicas y el inusitado apego a las creencias permanecieron incólumes a pesar de la mencionada medicalización de los trastornos mentales introducido por el galenismo escolástico. Los rituales paganos fueron acogidos a lo largo de la Baja Edad Media con relativa permisividad, llegando a veces a ser recomendados por los propios médicos. Bien puede decirse que, en términos generales, el trato otorgado a los trastornados no fue espe-

cialmente represivo. La custodia y los cuidados dispensados a los locos eran especialmente asumidos por su parentela, su linaje o su vecindario; más infausto se tornaba, en cambio, el destino de aquellos alienados forasteros o el de aquellos otros que carecían de lazos consanguíneos, pues las más de las veces se los deportaba fuera de la ciudad. Aunque insuficiente, tampoco puede soslayarse el papel desempeñado por las instituciones religiosas y otras redes sociales caritativas que se encargaron de proporcionarles alimentos y prodigarles cuidados.

Sin embargo, todos esos miramientos y consideraciones disminuían cuando se trataba de furiosos, frenéticos y peligrosos, pues los no enviados extramuros solían terminar tarde o temprano en jaulas, torres y otros recintos amurallados. El ambiente tolerante y benévolo iría paulatinamente enrareciéndose hasta asentarse una singular transformación. Se produjo ésta sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XV, conforme la Iglesia Católica fue sintiéndose acosada por cismas y herejías. Aun siendo tal el determinante más reseñable, es preciso añadir además otros factores que confluyeron en esa mutación de la visión y del trato de la locura, en especial las crisis económicas ocasionadas por las hambrunas, la peste y la miseria que asolaron Europa desde el siglo XIV, pero también los conflictos políticos resultantes de los sangrientos enfrentamientos entre gremios y nobleza, etc.

De esta suerte, la brujería dejó de ser considerada como un "residuo del paganismo" para tornarse objeto de una recalcitrante persecución. Creada por Inocencio III en 1199, la Inquisición había ejercido sus funciones a lo largo de la Edad Media localizando, procesando y sentenciando a los responsables de herejías y "prácticas satánicas". Progresivamente se recrudeció la persecución contra aquellos infelices hasta convertirse en un acoso encarnizado. En 1484 Inocencio VIII declaró una "guerra abierta a las brujas" en su bula *Summis Desiderantes Affectibus*, y dos años más tarde los dominicos alemanes Jakob Sprenger y Heinrich Kramer publicaron el famoso *Malleus Malleficarum* (*Martillo de brujas*). Esta obra, que alcanzaría más de treinta ediciones en los dos siglos siguientes, habría de instituirse para la Iglesia en una minuciosa guía destinada a la caza de brujas. Se describen en ella, entre otros horrores, los modos en que éstas debían ser detenidas, interrogadas y castigadas; además, se detallan sus prácticas sexuales con tal lujo de detalles que Zilboorg, el historiador de la psicología médica, no ha dudado en considerarlo también un "manual de psicopatología sexual" de los propios inquisidores. Aunque la persecución se extendió por toda Europa, asoló especialmente el norte de Francia, el sudoeste de Alemania, Escandinavia e Inglaterra.

Si inicialmente la brujería no constituyó otra cosa que una reliquia de determinados ritos populares –ligados por lo general al culto a la fertilidad–, avanzada la Edad Media terminó por convertirse en una manifestación de la anormali-

dad personal y en una trasgresión de los códigos sociales, aunque fue ésta también una creencia compartida por renombrados médicos, como Paracelso, y grandes humanistas, enciclopedistas y matemáticos, entre otros Lutero, Ficino, Pico della Mirandola, Cardano y della Porta. No han faltado los investigadores empeñados en diagnosticar retrospectivamente tan llamativos comportamientos. Algunos de ellos parecen convencidos de que no pocas de aquellas mujeres procesadas por brujería podrían haber sido dementes, epilépticas –interpretando en este caso las convulsiones como pruebas de "posesión"– o enfermas de algún trastorno psíquico cuyo delirio estuviera moldeado por las creencias o el clima social. Pero sea como fuere, ello no justificaría en absoluto la dureza de tanta represión. A tenor de las estimaciones más rigurosas, entre los años centrales del siglo XV y finales del XVI, se ajusticiaron en Europa más de cien mil personas acusadas de brujería. Por más que el ministro Colbert propusiera en 1682 la abolición de la pena capital para las brujas, su hostigamiento continuó en algunas áreas hasta bien entrado en el siglo XVIII. En este sentido, es lícito y fundamentado afirmar que la persecución por motivos religiosos –tanto en el ámbito de la Reforma como en el de la Contrarreforma– se convirtió en uno de los más efectivos mecanismos de control social.

Por lo demás, resulta harto llamativo que siempre la represión social tiene por objeto, unas veces directo y otras colateral, la experiencia y las manifestaciones del deseo sexual. Tanto la concepción tradicional de la histeria hasta Freud como la relación consustancial que se trabó entre la brujería y las prácticas sexuales –paradigmáticamente expresadas en *Malleus Malleficarum*, pero también en el tratado *Formicarius* (1437) del dominico J. Nider– ponen de manifiesto el malestar suscitado por la sexualidad a lo largo de la historia, especialmente en las teorías y tratamientos que paulatinamente se le fueron dispensando. Este malestar estructural se expresa también mediante ciertas formas de control social tendentes a reprimirla. A partir del año 1000 la Iglesia había promovido el culto a la Virgen María para sustituir al de la diosa Tierra, que persistía bajo la forma de diversas fiestas populares entre la población cristianizada. Promulgado también el celibato de los clérigos y el modelo de familia patriarcal según el modelo de la de Belén, para la autoridad eclesiástica se hace a su vez necesario controlar la sexualidad y mantenerla confinada en el matrimonio. La misoginia, cuando no el más porfiado de los desprecios, hallarán un cierto retroceso con el surgimiento del humanismo en el siglo XVI, tal como atestiguan los escritos de Vives, Agrippa y Weyer.

3

MUNDO MODERNO (SIGLOS XVI, XVII Y XVIII)

Salvo contadas excepciones, durante todo el siglo XVI la locura fue competencia de exorcistas e inquisidores; sin embargo, las interpretaciones que sobre ella se pergeñaron no siempre tuvieron resonancias negativas. En términos generales, bien puede decirse que hasta el siglo XVII las alteraciones psíquicas, especialmente los estados melancólicos, se relacionaron con la posesión demoníaca y la brujería; dicha relación fue asimismo asumida y defendida por el discurso médico.

La locura "sagrada", también llamada "delirio religioso", se consideró una consecuencia de la "posesión divina". En este sentido, las cuatro categorías del "furor" (poético, místico, profético y amoroso) propuestas por el neoplatonismo florentino se vincularon todas ellas con la sabiduría. Asimismo, se incluyeron dentro de este "delirio religioso" aquellos comportamientos o actuaciones realizados por personas que se imaginaban "instrumentos de Dios"; en muchos de esos casos se trataba probablemente de cuadros histéricos con convulsiones, éxtasis, temblores e, incluso, automutilaciones.

Las posesiones demoníacas se manifestaban también en alteraciones de la conducta, pseudodelirios, cuadros convulsivos y, de manera específica, en el marco de la melancolía; en este último caso, se suponía que la intervención diabólica obedecía a un aumento de la bilis negra –humor seco y húmedo– que terminaría por consumir al afectado.

Más que en ninguna otra, las creencias y los elementos simbólicos sirvieron en esta época para explicar la naturaleza de la locura. En este sentido, la popular "piedra de la locura" concitó un buen número de interpretaciones concretas de la patología mental; muchas de ellas la representaron como un objeto material

que había que expulsar o extraer. El origen de la creencia puede estar en las sangrías practicadas en las venas de la frente o en las trepanaciones craneales preconizadas por el mismísimo Arnau de Vilanova para liberar los malos *neumas* acumulados en los ventrículos cerebrales. Mas conviene recordar, no obstante, que esa concepción popular motivaba también algunas críticas, como la que se desprende del famoso cuadro de Brueghel en el que se representa la extracción de la piedra de la locura: al cargar su pintura de símbolos sarcásticos, Brueghel parece enfatizar que esas extracciones constituían maniobras propias de charlatanes. Por lo demás, las peregrinaciones a lugares determinados, las procesiones de danzantes o la existencia de santos –o sus reliquias– capaces de "curar" la locura estuvieron, lógicamente, asociadas a interpretaciones del mal surgidas todas ellas del estrambótico magma de intereses en el que se asentaban las creencias del incipiente Mundo Moderno.

3.1. El carácter natural de la enfermedad mental: Vives y Weyer, el clasicismo de Huarte y la heterodoxia de Paracelso

No obstante, junto a estas explicaciones enraizadas en creencias populares surgieron de la mano de algunos pensadores y médicos otras consideraciones en las que se comenzaba a destacar el carácter natural de la enfermedad mental. Buen ejemplo de tal desplazamiento lo constituye la obra psicológica de Luis Vives (1492-1540), amigo de Erasmo. Bastante alejadas de todo interés por el "alma", sus contribuciones nos muestran una visión naturalista y "práctica" de la vida psíquica tanto en el ámbito normal como en el patológico. Por lo demás, este autor insistió permanentemente en la necesidad de aplicar medidas de asistencia pública que contemplaran la atención a los perturbados mentales: "Sobre todo, en tanto en cuanto sea posible –escribió en *Alivio de los pobres* (1525)–, la tranquilidad debe ser introducida en sus mentes porque es a través de ella como la razón y la cordura pueden volver".

En la misma línea que Vives, H. Weyer (1515-1588) rechazó frontalmente las creencias en la brujería y procuró dotar a los fenómenos psicopatológicos de explicaciones puramente médicas, tal como puede leerse en su obra mayor *De Praestigiis Daemonun* (1563). Por un camino distinto al de la práctica médica, en concreto a través de la introspección personal, el médico y matemático Gerolamo Cardano (1501-1576) narró sus dramáticos avatares vitales en la incomparable *De propia vita* (1575), un testimonio de la búsqueda de identidad y a la vez una investigación de las causas biográficas que motivaron su persistente intranquilidad; a este mismo autor se debe también el gran libro de los sueños *Synesiorum somniorum omnis generis insomnia explicantes* (1562).

Huarte de San Juan (1529-1588), en su *Examen de ingenios para las ciencias*, expuso con detalle una concepción de la enfermedad mental fuertemente asentada en la biología. En esta obra, publicada en 1575, sostiene el autor que el *anima rationalis* y las funciones racionales –entendimiento, memoria e imaginación– se asientan en los ventrículos cerebrales. Cualquier desequilibrio de la mezcla humoral conllevaría la alteración de las facultades racionales. Así, mientras que "todos los humores de nuestro cuerpo que tienen demasiada humedad hacen al hombre estulto y necio", el exceso de calor produce frenesí, manía y melancolía. Esta interpretación humoralista de la enfermedad mental, basada en el predominio de las cualidades contrapuestas, esto es, calor-frialdad y sequedad-humedad, se remonta a la medicina griega clásica. Amén de esa influencia, también puede apreciarse la de Galeno en la aplicación que Huarte realiza de la doctrina *de gradibus* a las facultades racionales. Tal como bien ha indicado Elvira Arquiola, Huarte defendió que las diferencias en los grados de intensidad presentes en dichas cualidades determinaba que los individuos puedan tener el entendimiento, la memoria o la imaginación en primero, segundo o tercer grado y, una vez superado este tercer grado, estimó que es entonces cuando "se comienza a desbaratar". De esta manera, el buen o mal funcionamiento de la razón queda reducido a una cuestión de grados de intensidad.

Consideró Huarte asimismo que las facultades racionales dependen primariamente de la diferente complexión de cada individuo y, como haciéndose eco nuevamente de las ideas de Galeno, opinó que dicha complexión depende de las semillas materna y paterna, así como de la norma de vida que siga la persona. De entre los diferentes temperamentos posibles únicamente habría uno temperado y "equilibrado"; sería éste, sin duda, el más idóneo para el desarrollo de las funciones racionales. Dicho temperamento "equilibrado", que puede adquirirse al nacimiento, difícilmente se conservará a lo largo de la vida a causa de la influencia de los factores externos sobre la complexión humoral. La actuación continua de estos factores externos sobre los individuos determina que el equilibrio o templanza de sus cualidades sea insostenible. Así pues, en opinión de Huarte resulta imposible conseguir una salud absoluta, sea ésta física o mental; por el contrario, todo individuo está esencialmente "destemplado". Se trata, en suma, de un estilo de argumentación en la que se elabora una explicación decididamente biológica sobre la vieja idea cristiana que consideraba como una locura a los ojos de Dios la presunción de los intelectuales de comprender y controlar al mundo.

Mas si Huarte representó la continuidad de las doctrinas clásicas oportunamente adecuadas a las realidades sociales y políticas de su época, el suizo Paracelso (1493-1541) personificó la ruptura con la medicina clásica y combatió denodadamente contra las influencias galenistas. En opinión de Paracelso, hay en el

ser humano un cuerpo visible y otro invisible que lo torna superior, libre y capaz de resucitar. El cuerpo visible estaría integrado, a su vez, por un cuerpo "animal" o elemental y un cuerpo "sidéreo", el cual hace posible el ánimo, la sabiduría y el arte. Pues bien, los estados permanentes de enajenación serían el resultado de esa discordancia entre el cuerpo animal y el sidéreo. Existirían asimismo enfermedades espirituales producidas por la creencia o la superstición, siendo éstas una consecuencia del poder de la imaginación sobre las facultades mentales.

Paracelso clasificó a los enfermos mentales "permanentes" en las siguientes categorías: *lunatici*, aquellos cuya enfermedad tiene su origen en la luna y cuyas manifestaciones se relacionan con las distintas fases lunares; *insani*, enfermos de nacimiento, bien por causa hereditaria o bien por alteraciones producidas durante la gestación; *vesani*, individuos que han perdido la razón merced a excesos con la bebida o la alimentación; y *melancholici*, aquellos que propendían a la locura por la poderosa influencia de una causa interna. Coherente con los principios teóricos del autor, esta clasificación mantiene la unidad tanto entre macrocosmos y microcosmos, como entre naturaleza y ser humano. Además de estas categorías taxonómicas rudimentarias, Paracelso describió aún otros desequilibrios "transitorios", especialmente la manía, sea ésta primaria o secundaria a otras enfermedades, y la obsesión, cuya etiología estaría íntimamente relacionada con la posesión demoníaca.

A tenor de cuanto acaba de exponerse se puede apreciar hasta qué punto el innovador, polémico y heterodoxo Paracelso sigue tropezando en los antiguos obstáculos de las creencias y las visiones mágicas. Sus principales aportaciones en materia de patología mental se sitúan a caballo de la creencia y la experiencia. Esta mezcla heterogénea de influencias puede apreciarse en la exposición clínica y en la explicación causal de algunas enfermedades de las que se ocupó. Así, por ejemplo, describió con finura el "baile de San Vito", al que consideró, en contra del sentir popular, consecuencia de causas naturales; siguiendo esta perspectiva médica, estableció la relación entre el cretinismo y el bocio endémico, argumentando además que la histeria consistía en una alteración estrictamente psíquica. Pero al mismo tiempo que elaboró todas estas consideraciones tan acordes a la medicina de su tiempo, continuó apelando a fuerzas y poderes sobrenaturales para explicar las causas de la demencia o de las obsesiones.

3.2. La melancolía vista por Burton y Ferrand

Una cierta y llamativa miscelánea entre los dominios de la ciencia y de las creencias se mantuvo durante la primera mitad del siglo XVII en la memorable y

extensa *The Anatomy of Melancholy* (1621) de Robert Burton (1577-1640), obra fundamental en la cultura médica y literaria de su época, que contó con sucesivas reediciones merced a su indudable difusión y éxito. Emparentada directamente con el género "utópico", al estilo de Tomás Moro, la obra de Burton atesora una propuesta tendente al ordenamiento y funcionamiento social en la que el trabajo obligatorio equivale a la "prohibición de la melancolía". Opina este autor inglés que la ociosidad –causa *princeps* de la melancolía– debe combatirse mediante la vigilancia, el control y la supervisión de las clases dirigentes: "No estéis demasiado retraídos ni ociosos", recomienda Burton, prefigurando de esta manera –como ha indicado J. Starobinski– una modalidad de terapéutica por el trabajo. Por lo demás, el estudio médico de la melancolía se realiza en esta magna obra especialmente a partir de la teoría humoral, la cual sigue siendo su referente principal: "La melancolía, fría y seca, espesa, negra y amarga, creada de las partes más hedientes del alimento y purgada por el hígado, es un freno para los otros humores calientes, la sangre y la cólera, los mantiene en la sangre y alimenta los huesos". Mas conociendo las causas y los síntomas médicos de la melancolía, no descarta Burton la posibilidad de que ciertos espíritus infernales desempeñen aquí algún papel: "El diablo obra mediante los humores y para las enfermedades mixtas hay que tener remedios mixtos". En algunas ocasiones, tales remedios se emparentan directamente con la magia y la astrología.

Coetánea de esta *Anatomía de la melancolía* es la obra del médico francés Jacques Ferrand (*c.* 1575) *De la maladie de l'amour, ou mélancholie érotique*, publicada originariamente en 1610, que fue condenada por un tribunal eclesiástico en 1620 y reeditada finalmente en 1623. Circunscribe Ferrand su análisis al ámbito estrictamente médico, alejándose por ello del simbolismo alegórico y de la vocación utópica tan manifiesta en la obra de Burton. También, a diferencia de ésta, propone una aproximación racionalista que aspira a trenzar una descripción detallada, siguiendo un cabal proceder metódico. Aunque son numerosos los ejemplos tomados de la mitología y la literatura, Ferrand trata de relegar en buena medida las interpretaciones extraídas de la magia y de las creencias relativas a la enfermedad: "Es costumbre de los idiotas, dice Hipócrates, atribuir de modo abusivo causas sobrenaturales a las enfermedades cuando observan en éstas algo nuevo y extraordinario, pues si así fuera, todas las enfermedades nuevas, como la tos ferina, la fiebre eruptiva, la viruela, la cristalina y otras semejantes serían divinas". En buena medida, esta obra se enmarca dentro de la literatura que versa sobre el "amor heroico" –anteriormente mencionada a propósito de Arnau–, que habrá de desembocar finalmente en la "melancolía erótica", la "melancolía amorosa", la "erotomanía", etc.; posee además una característica importante que comparte con las viejas concepciones humoralistas y el papel preponderante atribui-

do a la atrabilis, pues en ella puede encontrarse un especialísimo interés por el estudio de las pasiones, tema fundamental y recurrente en la historia de la psicopatología.

3.3. Los iatromecánicos, los iatroquímicos y los vitalistas

En concordancia con el notable influjo del racionalismo, a lo largo del siglo XVII se desarrolló un buen número de interpretaciones sobre la enfermedad y la locura que se desviaban de los postulados humorales de la medicina clásica. El dualismo de Descartes (1596-1650) se convirtió en una referencia ineludible para algunos de estos desarrollos. Estimó este pensador que la realidad del hombre resulta de la armoniosa composición de un cuerpo (*res extensa*) y un espíritu (*res cogitans*); la armonía entre las operaciones del espíritu y los movimientos del cuerpo resulta del cuidado de Dios, y la comunicación entre los espíritus animales –que rigen la sensibilidad y el movimiento– se asienta en la glándula pineal.

Fue en el marco de esta perspectiva cartesiana donde surgió la "iatrofísica" o "iatromecánica", corriente de pensamiento médico en la que se concibió al cuerpo humano como una especie de máquina que funciona respondiendo a leyes mecánicas e hidráulicas. En el ideario de los iatrofísicos, las enfermedades mentales o nerviosas son precisamente la expresión de las alteraciones de las cubiertas encefálicas; así, la contractura de las meninges determinaría el enlentecimiento de la circulación sanguínea en el cerebro, ocasionando con ello una serie desigual de manifestaciones como el letargo, las cefaleas, el vértigo, los delirios, el insomnio, la melancolía, etc.

A diferencia de la corriente anterior, y basándose en la biología panvitalista de Paracelso convenientemente racionalizada mediante experimentos y medidas, la tendencia "iatroquímica" juzgó que las funciones vitales dimanaban de procesos químicos. A tenor de este modelo, la fermentación, es decir, la transformación material de orden químico, y la fuerza vital, entendida como principio animador, se convirtieron en conceptos fundamentales de esta orientación iatroquímica. En el seno de esta corriente descolló más que ninguna otra la obra del anatomista y iatroquímico Thomas Willis (1622-1675), cuyas contribuciones resultan hoy en día insoslayables si se pretende entender el desarrollo de la patología neuropsiquiátrica desarrollada en el siglo XVII. Cuatro de las seis obras que componen su *Opera omnia* están dedicadas al estudio del sistema nervioso, tanto a su anatomía y a su fisiología como a la "patología nerviosa".

Consideró Willis que el cerebro era el órgano de la motilidad voluntaria y el cerebelo, de la involuntaria. La idea de que las funciones racionales tenían su

asiento en el cerebro y de que las alteraciones anatómicas de dicho órgano repercutirían directamente en ellas motivó el desarrollo de una mentalidad localizacionista que intentará encontrar en las necropsias las lesiones anatómicas supuestamente responsables de la sintomatología presentada por los enfermos.

En su obra *De anima brutorum* (1672), Willis acepta la existencia en el ser humano de dos almas: el *anima sensitiva* o animal y el *anima rationalis*. De la primera dependerían las actividades de la vida animal (sensibilidad, movimientos e impulsos) y de la segunda, el juicio y el raciocinio. Las perturbaciones del ánima sensitiva procederían de la confusión y el extravío del ánima racional, dando lugar no sólo a cefalalgias y vértigos, sino a otras manifestaciones psíquicas como los delirios, la melancolía, la manía, la demencia y otras. En concreto, el *delirium* se ocasionaría a consecuencia de la acción desordenada de los espíritus animales en el cerebro, que produciría la excitación de la imaginación y de la memoria, las fantasías, las incongruencias y otras muchas y variadas alteraciones. Por su parte, la acción sobre el cerebelo causaría los movimientos anómalos propios de la *phrenitis*, mientras que ciertas alteraciones de los espíritus provocadas por modificaciones de tipo químico serían las responsables de la *melancholia* y la *mania*.

Difiriendo de los iatrofísicos –o iatromecánicos– y de los iatroquímicos, los vitalistas desarrollaron una interpretación novedosa de la patología mental. George Ernst Stahl (1660-1734) consideraba que el organismo del hombre estaba vivificado por una ánima, razón por la cual las enfermedades mentales podían deberse a un origen somático o a un origen anímico; en el caso de estas últimas propuso una modalidad específica de tratamiento "anímico". La distinción que este lector de Paracelso y de Leibniz estableció entre *deliria pathetica* y *sympathetica* ha sido interpretada por algunos historiadores de la psicopatología como una anticipación de la oposición entre las psicosis endógenas y la enfermedades del organismo con síntomas psiquiátricos. Por lo demás, las ideas de Stahl sirvieron sobre todo para afianzar una nueva vía de interpretación y actuación sobre las alteraciones mentales. Sus influencias doctrinales, por otra parte notables, habrían de germinar y desarrollarse poderosamente en el siglo XIX, especialmente en el vitalismo de la Escuela de Montpellier y en la primera psiquiatría alemana.

3.4. Sydenham, los sistemáticos, Cullen y las neurosis

Finalmente, junto a los iatromecánicos, los iatroquímicos y los vitalistas, conviene resaltar de una manera especial las aportaciones de Thomas Sydenham (1624-1689) y su empirismo clínico. Conocido como el "Hipócrates inglés", Sydenham fue el creador del concepto de "especie morbosa", suerte de compro-

miso entre la experiencia y la razón, y de toda una nueva nosografía basada en rigurosos criterios clínicos; ambas aportaciones habrían de resultar capitales en las posteriores formulaciones teóricas de los trastornos mentales, especialmente en la concepción médica de las "enfermedades mentales" prodigada por J. P. Falret a mitad del siglo XIX. En efecto, a Sydenham debemos la primera versión moderna de la noción de enfermedad: un grupo característico y típico de signos articulados entre sí, cuya evolución es tan característica como previsible, que es idéntica de un paciente a otro. En 1682 describió la histeria como una especie morbosa que podía afectar tanto a mujeres (histeria *stricto sensu*) como a hombres (hipocondría). En su consideración, el mecanismo productor de la histeria no estaba en relación con el útero, sino, de acuerdo con Willis, con la "ataxia de los espíritus animales", esto es, con el funcionalismo nervioso.

Respecto a la histeria, Sydenham muestra ejemplarmente el desconcierto característico del discurso médico frente a este malestar: "Enumerar simplemente todos los síntomas de la histeria conllevaría un trabajo ímprobo en la medida que son numerosos. A veces no son tan numerosos como variados, proteiformes y camaleónicos. No sólo son muchos, sino también polimorfos por su génesis y diferentes de los de otras enfermedades. Es un fárrago de fenómenos desordenados e irregulares". Por otra parte, este empirista absolutamente decantado hacia la observación de las características externas del mal, no deja tampoco de señalar la capacidad de las histéricas para "imitar cualquier enfermedad humana", perfilando así un mecanismo psíquico muy querido por los médicos y los alienistas del siglo XIX, al que Freud dotará de una significación muy concreta bajo el término "identificación".

Tanto Willis como Sydenham nos han brindado una visión moderna de la patología mental que merece ser nuevamente destacada. Con ellos, tanto los saberes relativos al sistema nervioso (Willis) como a la nosología y a la nosografía (Sydenham) adquirieron un carácter específicamente moderno: la idea de un principio unitario regulador del fisiologismo y las nuevas clasificaciones inductivas constituyeron, sin ningún género de duda, aportaciones innovadoras y brillantes de la nueva medicina frente al rancio galenismo. Sin embargo, la asimilación de estas doctrinas se produjo en las décadas posteriores de una manera paulatina y no sin dificultades. Así, por ejemplo, en el ámbito de la histeria y la hipocondría continuaron predominando en la transición del siglo XVII al XVIII las concepciones médicas más tradicionales –bien dentro de los esquemas del humoralismo, bien revestidas de interpretaciones iatroquímicas o iatromecánicas–, aquellas que atribuían al útero o a sus presuntas funciones o relaciones un papel fundamental en la explicación patogénica.

A fin de tener una perspectiva más completa de la medicina mental durante este período esencial, localizado en la transición del siglo XVII al XVIII, es preciso

considerar también que en esos años se gestaron y publicaron las obras de los llamados "grandes sistemáticos": Hermann Boerhaave (1668-1738), Friedrich Hoffmann (1660-1742) y el ya mencionado Georg Ernst Stahl (1660-1734). Sus escritos muestran formulaciones sobre la "enfermedad nerviosa" que bien pueden considerarse de transición entre las viejas y las nuevas doctrinas. Sirva, a título ilustrativo, la distinción establecida por Boerhaave entre una "hipocondría con materia" –la cual estaría directamente emparentada con la hipótesis humoralista de la atrabilis– y una "hipocondría sin materia" –atribuida a la "movilidad nerviosa".

Pero la cristalización definitiva de la noción de "enfermedad nerviosa" a lo largo del siglo XVIII se produjo merced a la publicación de un buen número de monografías de autores británicos y franceses. De especial interés para el historiador resulta la manera en la que se rechazó, por inapropiada, una larga serie de términos antaño empleados para designar este tipo de trastornos; así el *spleen*, que indicaba el origen esplénico atribuido a la hipocondría. De esta manera fue afianzándose en la literatura sajona la expresión "enfermedad nerviosa". Acotado este campo semántico, algunos autores inventaron neologismos para perfilar más estos dominios: es el caso de la noción "neuropatía" propuesta por Fleming o la de *neurosis*, inventada por Cullen casi un cuarto de siglo después. Empero, en el ámbito francés continuaron vigentes algunas denominaciones antiguas –especialmente la de "vapores"–, a pesar de aceptarse la expresión "enfermedad nerviosa". Pero más allá de estos matices terminológicos, el núcleo de las especies morbosas que todas estas monografías encuadraban dentro del concepto "enfermedad nerviosa" estaba constituido por la histeria y la hipocondría, acatando así la propuesta elaborada años atrás por Sydenham. Sobre este particular se suscitó una cierta polémica entre quienes las consideraron una misma entidad nosológica y quienes se inclinaron por escindirlas en dos especies morbosas distintas. Junto a estas afecciones, a las que años después se nominará "neurosis mayores", algunos clínicos procedieron a identificar un tercer grupo de "trastornos menores"; para éstos, R. Whytt propuso en 1765 la denominación *nervous disorders*, contraponiéndolos así a los *hypochondric* y a los *hysteric disorders*.

Ya en el último tercio del siglo XVIII, William Cullen (1710-1790) transformó las "enfermedades nerviosas" o *neurosis* en una clase perfectamente delimitada en su propuesta nosológica. Cullen utilizó por primera vez el término "neurosis" en su *Synopsis nosologiae methodicae* (1769) y más tarde en sus *First Lines of the Practice of Physick* (1777). Bajo esta denominación comprendía "todas las afecciones preternaturales del sentido y del movimiento, en las que la pirexia no constituye de ningún modo una parte de la enfermedad primitiva; y todas las que no dependen de una afección local de los órganos, sino de una afección más general

del sistema nervioso y de las potencias de donde dependen más especialmente el sentido y el movimiento". Esta definición –como acertadamente han indicado J. M.ª López Piñero y J. M.ª Morales Meseguer– se limita esencialmente a separar mediante un criterio negativo a las neurosis de las demás clases del sistema nosológico y a reafirmar el presupuesto inicial por el que se las considera enfermedades directamente dependientes del sistema nervioso, pero no implica en absoluto una negación de la lesión anatómica. Evidentemente, Cullen no disponía de ese presupuesto teórico del que partió la posterior corriente anatomoclínica –la lesión anatómica como fundamento de toda alteración morbosa–, razón por la cual le fue imposible elaborar una concepción específicamente anatomopatológica de la neurosis. No sería hasta dos décadas más tarde, con la obra de Pinel, cuando dicho criterio comenzara a aplicarse para definir este trastorno.

3.5. Transformaciones de la locura en enfermedad

A lo largo de los siglos XVII y XVIII, lenta pero inexorablemente, se inició y desarrolló un significativo proceso de transformación que afectó al corazón mismo de la concepción de la locura, cuya orientación habría de culminar en su total secularización. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen cuando menos los siguientes elementos: en primer lugar, un marcado alejamiento de aquellas interpretaciones o argumentaciones de la locura amparadas en visiones religiosas que la asociaban directamente con la herejía, la posesión diabólica o la iluminación divina; en segundo lugar, el inicio de una fuerte medicalización que asimilaba la locura a la "enfermedad" y la hermanaba frecuentemente con el crimen. Por tanto, el resultado de esta mutación de la locura en enfermedad implicó un sustancial cambio de orientación según la cual el loco dejó de ser considerado un insensato, un "inocente", siendo en adelante afrontado como un sujeto cuyo comportamiento atentaba contra el buen orden social y convirtiéndose en un ser moralmente reprensible si no directamente punible por peligroso.

Esta transmutación que afectó a la visión de la locura indujo un notable cambio en la actitud y en la consideración que hacia el loco se tenía. Tan sustancial variación cuajó no sólo en las visiones populares, sino que se extendió también a numerosos expertos médicos, letrados de los Tribunales de Justicia y al Santo Oficio. Las llamadas "locuras parciales", que tantos y tan acalorados debates habrían de suscitar a lo largo del siglo XIX entre médicos y juristas, comenzaron a protagonizar con cierta frecuencia los procesos de la Inquisición. El protomédico de Roma y de los Estados Pontificos Paolo Zacchia (1584-1659), consultor del Tribunal de la Rota y autor de *Quaestiones medico-legales* (1621-1635), ejerció una influen-

cia decisiva en este tipo de acercamientos forenses a la locura. Así, en el Libro II de las *Quaestiones*, por lo demás uno de los grandes monumentos de la medicina forense del Barroco, discutió Zacchia el viejo principio del derecho romano según el cual aquel que haya sido atacado de furor o demencia es presuntamente furioso o demente de por vida, planteándose además otros problemas como la simulación o los intervalos lúcidos y sentando ciertas bases del peritaje médico-legal. Por otra parte, en materia de nosografía este autor dividió la patología mental en tres categorías: los comportamientos inestables, inmaduros y antisociales, a los que denominó *fatuitas*; los desórdenes de las pasiones, la manía y la melancolía, llamados simplemente *insania*; y, finalmente, las enfermedades que la tradición hipocrática atribuía al organismo, para las que siguió conservando el término *phrenitis*.

En algunas de las sentencias inquisitoriales prodigadas a lo largo del siglo XVIII, influidas abiertamente por la obra de Zacchia, pueden apreciarse sin dobleces las características atribuidas a la locura (*dementia*) en función del mayor o menor respeto que la persona mantenga respecto a las normas sociales: "El despreciar lo que es digno de aprecio; estimar lo despreciable; no temer lo que es temible y horroroso, desear lo adverso y que debe huirse; y no sólo no avergonzarse en presencia de aquellas personas ante de las cuales debe estar lleno de vergüenza y confusión, sino antes bien mantenerse a la vista de ellas con temeridad y atrevimiento son ciertísimas señales de demencia".

Como puede apreciarse, la concepción nosológica de la locura y los criterios que se emplean para su diagnóstico están demasiado mediatizados por las repercusiones que esos actos y decires tienen sobre el orden social establecido, hasta el punto que la falta de rubor, la vergüenza y, en suma, el arrepentimiento se convierten en signos utilizables para la discriminación médica de la locura. Así concebida, esta locura será considerada voluntaria y culpable, tal y como defienden llamativamente algunas sentencias inquisitoriales. Se trata, por tanto, de una visión moral de la locura, cuya prueba más clara ha de buscarse en la descarriada vida y el equivocado comportamiento de los afectados, para quienes los mentores de estas teorías no hallaron más propuestas que la dispensa de castigos. Desde hace medio siglo han sido muchos los investigadores que han denunciado tales descalabros, especialmente Michel Foucault, pero cabe evocar también los trabajos satíricos del psiquiatra alemán Oskar Panizza (1853-1921), autor del opúsculo sobre las "enfermedades políticas del cerebro" *Psicopatía criminal* (1898), quien después de trabajar con von Gudden abandonó la profesión, fue declarado incapaz e internado en un asilo.

Durante el Antiguo Régimen, tanto en el ámbito legislativo como en la práctica social, la locura fue relegada a un "asunto de familia": el loco era aislado y

custodiado por su familia o por sus vecinos. Tan sólo cuando esas redes domésticas fallaban o cuando se trataba de insensatos "furiosos" o violentos, se recurría a la intervención externa y a la reclusión en instituciones de acogida que, según los casos, podían ser hospitales, cárceles, conventos, casas de trabajo, etc. Los locos o supuestos locos eran conducidos a ellas unas veces a petición de sus familiares y otras mediante las recogidas de "locos vagabundos" dictaminadas por las autoridades públicas; por lo demás, ningún ordenamiento perfilaba la oportunidad o no de esos ingresos en las instituciones de custodia. Sin embargo, desde la Edad Media y durante el Antiguo Régimen los casos de locos –habitualmente pobres– confinados en instituciones eran irrelevantes en comparación con aquellos otros cuya tutela y amparo se confería al núcleo familiar o a los vecinos, como también sucedía con el resto de personas afectadas de enfermedades físicas; el loco no era aún considerado un enfermo propiamente dicho.

Fue a partir de la segunda mitad del XVIII cuando la locura comenzó a ser taxativamente separada de la cordura y el loco dejó de ser alguien "inocente". La insensatez, los comportamientos "desviados", las costumbres "depravadas", los hábitos lascivos y, en definitiva, las desviaciones de la norma social terminarán por ser transformados en errores susceptibles de corrección e incluso de castigo. Las intervenciones sobre esa voluntad equivocada a la que hay que reconducir al buen camino para vivir sanamente en sociedad y la necesidad de convencer al loco de su "error" son en muy buena medida la base del "tratamiento moral" que, inspirado por un amplio movimiento filantrópico ilustrado, se desarrollará desde entonces hasta bien entrado el siglo XIX.

4

LOS SIGLOS XIX Y XX

A finales del siglo XVIII y primeras décadas del XIX se extendió por toda Europa, y posteriormente por el continente norteamericano, un movimiento de ideales filantrópicos que se propuso mejorar la inhumana situación de los locos en los manicomios. Dicho movimiento respondía a la creación de los grandes establecimientos de reclusión surgida a lo largo del siglo XVII, cuyas miras consistían en separar de la sociedad y de las ciudades a un buen número de sujetos enfermos, maleantes, lunáticos, pobres, excéntricos, raros y, sobre todo, improductivos.

4.1. Filántropos y reformadores

En Francia, referencia inexcusable del movimiento, este "gran encierro" –como lo denominó enfáticamente Michel Foucault– fue promovido por el edicto del 22 de abril de 1656 promulgado por Luis XIV. Pretendía este edicto atajar la pequeña epidemia de indigentes y locos que pululaban por las calles de París, creando o rehabilitando para ello grandes hospitales generales destinados a su reclusión. Fue así como surgieron las Charités (hospicios regentados por los hermanos de San Juan de Dios), especialmente Charenton, que había sido fundado en 1641 y estaba destinado a enfermos pobres, contando específicamente con un barrio destinado a los locos. La Salpêtrière, emplazada en una antigua fábrica de pólvora, se componía de un conjunto de construcciones entre las que destacaba su pequeño castillo y un taller en el que antaño se había fabricado salitre (*salpêtre*), y sirvió para el confinamiento de mujeres de vida alegre, mendigas, envene-

nadoras y locas irrecuperables que no tenían cabida en las prisiones. Bicêtre, un antiguo hospital erigido en 1632 para atender a militares enfermos, fue paulatinamente incorporando vagabundos, locos, idiotas, epilépticos, etc., a los que se instaba a trabajar en distintos empleos. L'Hotel-Dieu, un hospital general, contaba con algunas plazas para trastornados, a los que se trataba durante unas semanas y en el caso de no mejorar se los trasladaba a los hospitales de crónicos como la Salpêtrière o Bicêtre. La Bastille, antigua prisión del Estado, sirvió asimismo de asilo en el que se albergaba a los locos, anormales, idiotas y perversos de la buena sociedad, como fue el caso del Marqués de Sade, quien estuvo allí preso entre 1784 y 1789.

A mediados de siglo XVIII se comenzó a considerar que la reclusión manicomial podía servir también como medio terapéutico; ochenta años después Esquirol precisó este ideal afirmando que el asilo es "el agente terapéutico más poderoso contra las enfermedades mentales". Tal fue la idea defendida por el pionero inglés William Battie en su *Treatise on Minds* (1758). Este oficial médico había fundado en 1751 el Hospital de St. Luke (Londres), convencido de que el confinamiento y el manejo adecuado de los pacientes eran en sí mismos más eficaces que las medicinas. Se trataba, *grosso modo,* de apartar al enfermo del medio patógeno en el que vivía, acogiéndolo en un asilo especializado y dispensándole un tratamiento "moral" o psicológico. Como se sabe, este movimiento filantrópico que confiaba en los poderes curativos del asilo desembocaría, paradójicamente, en un verdadero gran encierro. En pocas décadas, estos lineamientos se extendieron a Europa continental, especialmente a Francia, Alemania e Italia, así como a Virginia (EE UU). A diferencia de Inglaterra, en los países continentales la asistencia era mayoritariamente pública, lo que benefició notablemente el progreso del discurso médico sobre la locura.

En su conjunto, las directrices de todo este movimiento reformador confluyeron en la humanización del trato a los locos, lo que habría de exigir a la postre la constitución de un nuevo saber que sentase las bases de la futura psiquiatría. Joseph Daquin (1732-1815), médico del hospicio de Incurables de Chambéry, sintetizó tales presupuestos en *La philosophie de la folie* (1791) con las siguientes palabras: "incorporando a los cuidados que se dispensan a los locos mucha *humanidad*", aclarando líneas más abajo que "'humanidad' significa mucha sabiduría". Y no le faltaba razón, pues aquellos desgraciados que, por una u otra vía, eran hacinados en alguno de estos establecimientos recibían el mismo trato que las bestias, ya que se consideraba que el hecho de haber perdido la razón equivalía a la desaparición de su esencia humana. Jean Colombier (1736-1789), inspector general de los hospicios y prisiones francesas, redactó en 1785 un informe conmovedor en el que resumía el estado de los trastornados recluidos: "Miles de luná-

ticos son encarcelados sin que a nadie se le ocurra aplicarles el menor remedio. A los que están medio locos se les mezcla con los que están totalmente trastornados, a los violentos con los pacíficos; a algunos se les encadena, mientras que otros andan libres por la prisión. Por último, a menos que la naturaleza venga en su ayuda para sanarlos, su sufrimiento dura toda la vida, porque desgraciadamente la enfermedad no mejora, sino que se agrava". Y aún, medio siglo después, la descripción que nos ha legado Mehir sobre la Narrenturm (Torre de locos) de Viena no deja de espeluznarnos: "Una extremada suciedad, un hedor espantoso, insoportable, gritos y alaridos, el clamor de los gimoteos desconsolados, horribles, de gran número de locos, que siguen encadenados de la manera más cruel [...]. Estos pobres enfermos mentales, los más desdichados de cuantos he visto, son tratados y alimentados aquí como los animales más salvajes; pero la peor de las casas de fieras ofrece un aspecto mucho más afable y humano". Tales eran, en líneas generales, las condiciones insalubres y crueles de los manicomios, pues el horror y la angustia que despertaba la locura se combatía mediante la más inhumana segregación.

Además de W. Battie, el movimiento filantrópico inglés halló en la familia Tuke sus principales abanderados. William Tuke (1732-1822), un rico comerciante muy imbuido de las creencias religiosas cuáqueras, inauguró en York la clínica privada The Retreat a finales del siglo XVIII. La amabilidad y el buen trato se convirtieron en la principal herramienta del tratamiento; su labor fue continuada por su hijo Henri (1755-1814) y su nieto Samuel (1784-1857). De igual modo, en 1788, el médico Vincenzo Chiarugi (1759-1820) rehabilitó y reorganizó el antiguo hospicio de San Bonifacio (Florencia), suprimiendo en lo posible los medios de coerción, confiando además en las posibilidades curativas de la propia institución y asegurando una asistencia médica permanente, tal como argumentó en su obra más célebre *Della pazzia in generale e in spezie* (1793-1794). Pero los logros más importantes del movimiento habrían de alcanzarse en Alemania de la mano de Johann Christian Reil (1759-1813), autor de las *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen* (*Rapsodias sobre la aplicación del método de curación psíquica a las perturbaciones de la mente*, 1803), y, especialmente, en Francia con Philippe Pinel (1745-1826), quien instauró en Bicêtre (1793) y en la Salpêtrière (1795) las primeras medidas liberadoras y desarrolló el *traitement moral*. Conviene advertir que esta modalidad de tratamiento psíquico, destinado a "distraer a los enfermos" de sus ideas singulares e irreductibles, se sirvió especialmente de los efectos beneficiosos atribuidos al trabajo ("ley fundamental de todo hospicio de alienados"); contrariamente a lo que se piensa, el tratamiento moral no estaba exento en algunas ocasiones de una cierta intimidación rayana en la crueldad, como puede leerse en la mono-

grafía de François Leuret *Du traitement moral de la folie* (1840) y como se aprecia en la descripción de las prácticas denominadas *unschädlicher Torture* ("tortura inofensiva") preconizadas por Reil.

4.2. Philippe Pinel y la *aliénation mentale*

Sobre la base de esta humanización y contacto con los locos comenzaron a gestarse los primeros bocetos psicopatológicos modernos. Todo este nuevo saber sobre la patología mental se asienta, en gran medida, en la obra de Pinel, quien lideró el movimiento alienista y trazó las líneas fundamentales de la psiquiatría y de la psicopatología de la que somos herederos. Su mayor contribución médica fue publicada en 1798 con el título *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la medicine*. Amante de las clasificaciones como imponía el afán taxonómico de su tiempo, Pinel abrió el segundo volumen de esta obra con un estudio dedicado a las "neurosis". Se detallan en él cuatro tipos de afecciones: las "vesanias o enajenaciones del alma no febriles", los "espasmos", las "anomalías locales de las funciones nerviosas" y las "afecciones comatosas"; el primer tipo, las vesanias, está a su vez subdividido en cuatro agrupaciones: hipocondría, melancolía, manía o *ira furor brevis* e histerismo. Dos de éstas, la manía y la melancolía, serían detenidamente estudiadas en su gran obra psiquiátrica, el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* publicado en 1801, texto éste que puede considerarse como el primer tratado moderno de psiquiatría.

A medio camino entre la Ilustración y la medicina anatomoclínica, a medio camino también entre la concepción tradicional de la locura y la estrictamente médica, el interés de Pinel osciló entre la dimensión aprehensible y concreta del síntoma y una cierta preocupación por barruntar la supuesta lesión anatómica. Poco amigo de alambicadas especulaciones etiológicas, apuntó determinadas predisposiciones hereditarias y concedió una especial importancia a los acontecimientos exteriores y a las emociones violentas en la génesis de la alienación. Apoyándose en estos fundamentos, propuso sustituir el término tradicional de *folie* (locura) por el de *aliénation mentale* para nombrar un proceso morboso único en el que se reúnen las más llamativas alteraciones del comportamiento y del entendimiento siguiendo un orden gradual, de menos a más. Este cambio terminológico, la sustitución de *fou* (loco) o *insensé* (carente de sentido) por *aliéné* (extranjero), indica con suma precisión la ruptura radical con las visiones pretéritas de la locura: el alienado es un extranjero de sí mismo que conserva, no obstante, un núcleo inalienable de humanidad; gracias a ese núcleo de humanidad conserva-

da se podrá establecer con él algún tipo de relación transferencial que permitirá desarrollar el tratamiento moral. Y, más importante para la Francia revolucionaria, ese resto de humanidad le hace conservar también su calidad de ciudadano, esto es, sujeto de derechos. En su notable ensayo *Le sujet de la folie*, Gladys Swain no vaciló en afirmar que en el *Traité* de Pinel se sitúa "el punto de partida de una nueva era".

En palabras de Pinel, la *aliénation mentale* "expresa en toda su extensión las diversas lesiones del entendimiento; pero de nada servirá si no se analizan sus diversas especies y si no se las considera separadamente para deducir aquí las reglas de su curación, y las del gobierno interior que se ha de observar en los hospitales de locos". Esta sucinta definición condensa las premisas del conjunto del proyecto alienista: desde una perspectiva nosológica, el intento de reducir la locura a una enfermedad en la que cohabitan la razón y la sinrazón; en su dimensión nosográfica, el interés por descubrir las distintas variedades clínicas que pueden presentarse en ese proceso morboso único; en su vertiente terapéutica, la indicación del tratamiento moral adaptado a cada caso particular, así como la imperiosa necesidad de sustituir el hospital general por una institución, el asilo, más acorde con este tipo de enfermos; finalmente, la reforma de las leyes que regulan los derechos de los locos y de los ingresos en los asilos (Ley del 30 de junio de 1838, a la que contribuyeron decisivamente dos de sus alumnos: Esquirol y Ferrus).

Aunque se trata de una psicopatología muy rudimentaria y esencialmente sincrónica, Pinel optó por un ordenamiento empírico y reducido de las formas básicas de trastornos mentales, alejándose así cuanto pudo de los sistemas nosográficos barrocos y de las clasificaciones antaño propuestas por Boissier de Sauvages y Laennec. Siguiendo esta perspectiva sintética, describió cuatro aspectos posibles dentro de la alienación única: *mélancolie ou délire partiel* (un delirio parcial, exclusivo o circunscrito a un "único objeto que parece absorber todas sus facultades"), *manie ou délire généralisé* ("La manía, la más frecuente de las especies de alienación, se distingue por su excitación nerviosa o una agitación extrema llevada en ocasiones hasta el furor, y por un delirio general más o menos marcado, algunas veces con juicios extravagantes, o igualmente un trastorno completo de todas las operaciones del entendimiento"), *démence* (debilitamiento intelectual generalizado; ausencia de juicio e ideación sin conexión) y, finalmente, *idiotisme* (abolición total del entendimiento). Estas cuatro caras de la alienación, que pueden desarrollarse una tras otra en un mismo sujeto, constituyen el fundamento esencial de la gran mayoría de los desarrollos nosográficos que enmarcarán las descripciones de los clínicos franceses a lo largo de los ciento treinta años posteriores. En efecto, la melancolía será el marco genuino del que irán surgiendo los "delirios crónicos" y las formas hipocondríacas recogidas por Jules Cotard; de la articula-

ción de algunas variedades depresivas de la melancolía y los estados recurrentes de paroxismos maníacos, la locura maníaco-depresiva; de la demencia, la *démence précoce* de Morel, ámbito muy próximo a la *Hebephrenie* de Hecker, que serviría de núcleo a la *Dementia praecox* kraepeliniana; del idiotismo, la *démence aiguë* de Esquirol, la *stupidité* de Georget y la *confusion mentale primitive* de Chaslin.

4.3. Esquirol y su escuela

La obra inaugural de Pinel fue desarrollada y perfeccionada, tanto en el ámbito nosográfico como en el terapéutico, por su discípulo Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840). Clínico antes que teórico, observador antes que inventor de un sistema de pensamiento, Esquirol fue un defensor de las causas y de los tratamientos morales de la locura, a los que consagró su Tesis Doctoral *Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, defendida en 1805: "Las pasiones –escribió en su Tesis– no son sólo la causa más común de la alienación, sino que poseen con esta enfermedad y sus variedades relaciones de semejanza sorprendentes. Todas las clases de enajenación tienen su analogía y, por así decir, su tipo primitivo en el carácter de cada pasión".

En el terreno nosográfico, Esquirol deslindó en dos partes la melancolía de Pinel: un polo depresivo, al que denominó *lypémanie*, y otro expansivo y razonante (*monomanie*); valorada retrospectivamente, esta separación constituye la base de las posteriores demarcaciones entre los trastornos del humor (locura maníaco-depresiva) y los trastornos del juicio (delirios crónicos). Siguiendo las descripciones contenidas en su gran contribución psiquiátrica *Des maladies mentales considerées sous les rapports médical, higiénique et médico-légal*, publicada en 1838, define la *lypémanie* como un conjunto de delirios parciales y crónicos que se caracterizan por el predominio de una pasión triste, debilitante u opresiva. Los lipemaníacos no están, por tanto, completamente alienados, pues sus deducciones están conformes con la lógica más severa: "Para todo aquello que es extraño a su delirio, razonan como todo el mundo, aprecian perfectamente las cosas, juzgan bien a las personas y los hechos, pero sus hábitos, la manera de vivir del melancólico, han cambiado como sucede siempre en el delirio, porque éste altera las relaciones naturales entre él y el mundo exterior". Por su parte, la polémica noción de monomanía es subdividida en tres variedades: intelectual o delirante ("el desorden intelectual está centrado sobre un objeto o serie de objetos circunscritos"), afectiva ("no desatinan, pero sus afecciones y su carácter están pervertidos") e instintiva ("el enfermo, fuera de sus vías ordinarias, es arrastrado a cometer actos que

la razón o el sentimiento no determinan, que la conciencia reprueba, que la voluntad no tiene fuerza para reprimir").

Fue Esquirol un auténtico *chef d'école* (jefe de escuela) de la primera generación de alienistas, si bien sus numerosos alumnos se decantaron en su mayoría por orientaciones más somaticistas y anatomopatológicas. Esta nueva perspectiva, que supondría el ocaso del proyecto alienista y terminaría por transformar la locura clásica en enfermedades mentales sometidas a las leyes biológicas, está íntimamente ligada a la exigua obra de Antoine-Laurent-Jessé Bayle (1799-1858), alumno de Royer-Collard en Charenton, quien con veintitrés años defendió su Tesis Doctoral *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastro-entérite chronique, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale* (1822). Las páginas más célebres y discutidas están dedicadas a la aracnoiditis crónica y contienen únicamente seis observaciones clínicas y sus respectivas autopsias. El conjunto sintomatológico de la *arachnitis chronique* es reducido por Bayle a dos órdenes de fenómenos articulados y dependientes: los signos motores, que se manifiestan en una parálisis general e incompleta, y los trastornos de las facultades intelectuales. Ambos grupos de fenómenos se desarrollan al mismo ritmo y en la misma proporción, lo que permite diferenciar tres períodos en la evolución de una única enfermedad, a la que denomina aracnoiditis crónica. Resulta cuando menos sorprendente la avidez con la que se asimilaron las correlaciones de Bayle entre síntomas, evolución y lesiones anatomopatológicas pues, tal como pudo averiguarse en las décadas venideras, ni los síntomas ni la evolución eran tan específicos, ni los hallazgos en las necropsias fijaban una etiología tan concreta. Los argumentos más decididos sobre la etiología sifilítica fueron propuestos por Alfred Fournier en 1879, once años después de la muerte de Bayle. Las confirmaciones definitivas llegaron primero de la mano de los métodos de análisis serológico o reacción de Bordet-Wassermann, y más tarde, y de modo definitivo, con el descubrimiento realizado por Noguchi, en 1913, del treponema en el cerebro de los paralíticos generales.

Pero aunque hubo que esperar casi un siglo para verificar cuanto Bayle había afirmado sin pruebas, sus nimios hallazgos anatomopatológicos azuzaron la llama de una ideología en la que la locura terminaría por ser reconvertida en enfermedades mentales, siguiendo el paradigma de la medicina interna. En ese sentido, Emil Kraepelin no vaciló lo más mínimo al sentenciar que el descubrimiento de Bayle había supuesto "el progreso más importante que se haya realizado hasta el momento" en relación con las condiciones de aparición de las enfermedades mentales.

En sus contadas contribuciones posteriores, Bayle pretendió, sin otro fundamento que su entusiasmo, generalizar la causalidad orgánica a la gran mayoría de

los trastornos mentales. Mas sus ideas habrían de permanecer enquistadas durante un par de décadas, hasta que el talento y la fuerza expositiva de J. P. Falret lograron dotarlas de argumentos más coherentes y constituirlas en el ideal de la nueva psicopatología psiquiátrica.

Entre los alumnos de Esquirol, cabe recordar a: Félix Voisin (1794-1872), uno de los pioneros en el tratamiento de niños deficientes e idiotas; Scipion Pinel (1795-1859), decidido defensor de las lesiones cerebrales en la patología mental; Étienne Georget (1795-1828), valedor de un monismo cerebro-psíquico y autor del aún recordado texto *De la folie* (1820); Ulysse Trélat (1795-1879), amén de activista político, uno de los primeros y más contumaces promotores de la herencia como causa principal de la alienación; François Leuret (1797-1851), el último de los brillantes paladines del tratamiento moral y del análisis psicológico del delirio, cuyos argumentos se pueden leer en su obra *Fragments psychologiques sur la folie* (1834); Jacques Joseph Moreau –generalmente conocido como Moreau de Tours (1804-1884) –, quien consideró la locura como una enfermedad única, "una pura y simple afección nerviosa" cuyo tratamiento son los medicamentos, y sostuvo que el delirio y el ensueño tienen una naturaleza idéntica.

4.4. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger

Mención aparte merecen Jean-Pierre Falret (1794-1870) y Jules Baillarger (1809-1890), cuya rivalidad personal y enfrentamiento teórico los acompañaron hasta su muerte. Falret, el ideólogo de lo que aún hoy en día se llaman enfermedades mentales, destacó entre sus contemporáneos por su visión global e integradora. Su enseñanza supuso el ocaso del predicamento de la medicina psicológica, que terminó relegada a posiciones marginales; su obra, en conjunto, produjo un efecto comparable a la de Griesinger y Kahlbaum en la clínica alemana. En sus inicios fervoroso militante de las posiciones anatomistas, más tarde combativo paladín de las posiciones más psicológicas, alcanzó su madurez con lo que llamó lacónicamente su posición "clínica", esto es, que la psiquiatría debía basarse en una clínica activa, detallada y rigurosa, libre de cualquier influencia extraña a sí misma. Su proyecto metodológico puede condensarse en la siguiente afirmación: "Lo que sería necesario sobre todo investigar es el curso y los diversos períodos de las especies verdaderas de enfermedades mentales, aún desconocidas hoy en día, *pero que el estudio atento de las fases sucesivas de estas afecciones permitirá descubrir. La idea de forma natural implica, en efecto, la de un curso determinado y, recíprocamente, la idea de un curso posible de prever supone la existencia de una especie natural de enfermedad, que tiene su evolución especial.* Ahí

reside, en nuestra opinión, el progreso más considerable a perseguir en nuestra especialidad".

Basándose en estos rudimentos epistemológicos, por lo demás extraídos de la nosología de Sydenham, los mismos hechos clínicos se presentaban a la mirada de Falret con otra lógica y otros relieves; la noción unitaria de *aliénation*, en singular, comenzó así a resquebrajarse dando paso a la nueva noción plural de "enfermedades mentales" independientes. Los resultados de esta mirada *filmográfica* o diacrónica (en oposición a la mirada *fotográfica* o sincrónica que caracterizó a la medicina alienista) no tardaron en aparecer. Pero esta nueva mirada entrañaba, como no podía ser de otro modo, unos principios generales a la hora de observar a los enfermos: en lugar de conformarse con el papel de *secrétaire des malades*, limitándose a anotar sus palabras y consignar sus actos, se requería un rol activo capaz de provocar las manifestaciones; asimismo, se reclamaba la necesidad de conocer el conjunto de la enfermedad, percatándose incluso de la ausencia de ciertos hechos –los *faits négatifs*– que en condiciones normales deberían producirse; finalmente, y tras considerar las imbricaciones de un suceso con su entorno y aprehender tanto los síntomas físicos como los morales, la regla metodológica por excelencia exigía la observación del curso de la enfermedad, de sus oscilaciones y alternancias. A esa visión global añadió además la separación entre los síntomas básicos (*symptômes de fond*), que son permanentes y esenciales para el diagnóstico, y los síntomas de superficie (*symptômes de relief*), aquellos que, como el delirio, son más fácilmente observables, pero se revelan intrascendentes a la hora de cernir la esencia de la enfermedad.

Al abrigo de esta nueva metodología, J. P. Falret emprendió una campaña de negación de la existencia de las monomanías, esas locuras parciales en las que la razón y la sinrazón cohabitaban en un mismo sujeto; para él, ciertamente, era inconcebible que alguien pudiera estar loco y no estarlo al mismo tiempo. Pero sus mayores logros los alcanzó, evidentemente, en la descripción de la *folie circulaire*, la cual caracterizó por "la evolución sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado".

Su rival, Baillarger, además de por sus notables trabajos sobre el cretinismo, la parálisis general, la monomanía y la responsabilidad de los alienados, ocupa un lugar destacado en la historia de la psicopatología merced a sus estudios sobre las alucinaciones y la *folie à double forme*. Ya desde sus *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, publicadas en 1846, asentó Baillarger una diferenciación en el seno de las alucinaciones que aún hoy encuentra partidarios: la oposición entre las alucinaciones psico-sensoriales y las alucinaciones psíquicas. Reafirmando la definición de alucinación que tradicionalmente se atribuye a Esquirol ("percepción sin objeto") y basándose en una detallada semiología, Baillarger advirtió: "Hay, en

efecto, quienes, como ellos mismos dicen, no experimentan nada parecido a una sensación auditiva: oyen el *pensamiento*. El fenómeno no tiene para ellos nada de sensorial. La *voz* que les habla es una *voz* secreta, interior y completamente diferente de la que se percibe con los oídos. Hay otros alucinados, por el contrario, que afirman que las *voces* que les llegan son fuertes, sonoras y en todo parecidas a las *voces* ordinarias. En algunos casos, incluso, el enfermo ha experimentado sucesivamente los dos fenómenos de naturaleza diferente, sabiendo distinguirlos perfectamente". Siguiendo esta demarcación, propuso denominar "alucinaciones psíquicas" a las primeras, por ser incompletas y carecer de elemento sensorial, y "alucinaciones psico-sensoriales" a las segundas, por estar compuestas "de dos elementos y ser el resultado de la doble acción de la imaginación y de los órganos de los sentidos". Estos extremos se muestran aún con más claridad en la siguiente afirmación: "Las psíquicas son *voces intelectuales* y se forman *dentro del alma*"; por su parte, las psico-sensoriales son "*corpóreas* y golpean *los oídos exteriores del cuerpo*".

Esta conexión apuntada por Baillarger habría de resultar harto decisiva con el correr de los años, pues en adelante el alucinado sería antes que nada un enfermo habitado por un lenguaje que se le impone automáticamente, al margen incluso de su propia voluntad. Pero esta vinculación entre lenguaje y alucinación no alcanzaría su máximo desarrollo hasta la segunda teoría de las alucinaciones desarrollada por el gran Jules Séglas; de igual modo, la articulación entre automatismo y alucinación habría de esperar hasta la "elaboración del dogma del Automatismo Mental" concretada por Clérambault en las primeras décadas del siglo XX.

4.5. Los movimientos *Psychiker* y *Somatiker;* Wilhelm Griesinger

Al tiempo que se gestaba y desarrollaba el alienismo en Francia, en los países de lengua alemana dominaba una visión de la locura única muy enraizada con la filosofía (Kant, Locke, Condillac, Hegel y Schelling). Este movimiento romántico de orientación decididamente psicológica (*die Psychiker*) trataba de encumbrar los sentimientos y las pasiones sobre la razón, la moral frente a la biología y la herencia, y la reflexión y la especulación antes que la práctica de autopsias y el estudio de la naturaleza. Encabezaba este movimiento Johann Christian Heinroth (1773-1843), un pietista radical amigo de Esquirol, que pergeñó una psicopatología de corte religioso basada en la moralidad y en los estragos que causaban las pasiones y el pecado: "Un espíritu maligno vive, pues, en aquellos cuya alma está trastornada; ellos son los verdaderos poseídos". Aparte de los "estados psico-orgánicos", resultantes de influencias exteriores sobre el cerebro y el siste-

ma nervioso, Heinroth investigó especialmente los trastornos mentales *stricto sensu*, esto es, las alteraciones que se originan a partir de la mente misma, de la reducción de libertad por la acción del pecado y la pasión; se trata, por tanto, de una concepción historicista de la psicopatología que se esfuerza en aprehender los procesos morbosos como enfermedades sobrevenidas a lo largo de la vida de la persona (unidad psicofísica). A tenor de estos planteamientos, el delirio es el producto de amores y celos violentos; la melancolía nace de la pena, de la aflicción y la preocupación; la paranoia, de la soberbia, de la ambición, del fanatismo y la exaltación; la demencia, de los excesos, del onanismo, de la bebida, etc. Sólo la fe, afirmó el profesor Heinroth, es capaz de prevenir la pérdida de libertad que induce indefectiblemente la locura. Más próximo a la práctica clínica, su correligionario Wilhelm Ideler (1795-1860), director de las salas de psiquiatría del Hospital de La Charité de Berlín, consideraba que los trastornos mentales son causados por una hipertrofia de las pasiones "indomables".

En su conjunto, el movimiento *Psychiker* trató de incorporar a la reflexión científica y filosófica un buen número de fenómenos marginales no conscientes, como el sonambulismo, la clarividencia, la adivinación, la videncia (J. Kerner) y el simbolismo de los sueños (von Schubert), y trabó lazos estrechos entre la patología mental, las artes y la literatura.

La contrapartida, también extrema, a este idealismo psicológico llegó de la mano de los "somáticos" (*die Somatiker*), para quienes el cerebro era el órgano en el que se generan y desarrollan las enfermedades de la mente, además de constituir la sede de los procesos psíquicos. Entre sus adalides caben ser mencionados Friedrich Nasse (1778-1851), Johannes Fredreich (1796-1862) y, especialmente, Maximilian Jacobi (1775-1858), director del renombrado manicomio de Siegburg. Este último, el más radical de todos los materialistas, consideraba que cualquier enfermedad corporal, no sólo cerebral, podía conducir y "condicionar siempre una modificación mórbida especial de los fenómenos psíquicos"; por tanto y según su consideración, no es correcto hablar de enfermedades mentales, sino de "enfermedades (físicas) vinculadas a la locura".

Pero estas dos tendencias, extremas por su dogmatismo, terminarían por ser relegadas con la aparición en escena del médico internista, neurólogo y psiquiatra Wilhelm Griesinger (1817-1868) y su publicación, en 1845, de *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankenheiten* (*Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas*). Este manual, que contiene innumerables y brillantes desarrollos inspirados en la psicología asociacionista de J. F. Herbart, arranca con una declaración de principios que habría de marcar el devenir de la clínica mental: el estado anormal de la inteligencia y la voluntad al que se llama locura "no es, en sí mismo, más que un síntoma o un fenómeno del cerebro, razón por la cual debe-

mos considerar siempre que cualquier trastorno mental es ante todo una afección del cerebro". Evidentemente, la obra de Griesinger no se ha convertido en referencia inexcusable por el aplomo de las palabras citadas, pues podemos leer otras casi idénticas en Chiarugi, Maudsley y otros muchos; el verdadero valor de sus páginas se halla, como acertadamente ha puesto de relieve Paul Bercherie, en la trama argumental y en los sutiles desarrollos que contiene de principio a fin, en especial los que atañen a la explicación etiopatogénica de los conflictos a partir de su concepto de "represión" (*Verdrängung*) y de las "metamorfosis del yo" en el proceso de la locura; ciertamente, la descripción de los mecanismos psicológicos y la terminología empleada habrían de influir notablemente en los primeros bocetos psicopatológicos de Freud.

En el terreno nosográfico, Griesinger defendió un modelo unitario de psicosis (*Einheitspsychose*), siguiendo así a su maestro Ernst Albert Zeller (1804-1877), a su vez inspirado en la *pazzia* de Chiarugi y la *phrénopathie* de Guislain. Según este modelo, el conjunto de los trastornos mentales (afectivos, ideativos y deficitarios) se articula y sucede a lo largo de la evolución de un proceso único, de una misma enfermedad. Se inicia ésta con alteraciones afectivas (*Schwermut* o melancolía, y/o *Tobsucht* o manía) y, de no curar en este estadio, se produce una metamorfosis del yo que terminará por conformar un delirio sistematizado o locura (*Verrücktheit*), para concluir en la demencia (*Blödsinn*). Al igual que J. P. Falret y la mayoría de sus contemporáneos, consideró Griesinger que los trastornos del humor preceden siempre a los trastornos de la razón; de llegar a consolidarse éstos, la enfermedad se torna crónica: "La dolencia psíquica (*psychische Leiden*), que era en un principio sólo locura (*Irresein*) de los sentimientos y afectos (*Gefühlen und Affekten*), se vuelve a su vez la locura de la inteligencia".

Empero, el modelo unitario de psicosis (*Einheitspsychose*) habría de deparar a la postre un efecto absolutamente contrario en las generaciones venideras. En efecto, para llevarle la contraria bastaba con encontrar algunas formas de locuras "primarias" que no se iniciaran con trastornos del humor, tal como requería la propuesta griesingeriana. Y fue por esta vía como un buen número de sus contemporáneos (Hoffman, Snell, Sander y, más tarde, Westphal, Krafft-Ebing, Schüle y algunos otros) comenzaron a publicar observaciones que desmentían el inicio de la locura con síntomas melancólicos o maníacos. En este sentido, por ejemplo, Snell ("Über Monomanie als primäre Forme der Seelenstörung", 1865) insistió en la aparición primitiva de las ideas delirantes, grandiosas unas veces y persecutorias otras, que se acompañaban de alucinaciones (*primäre oder eigentlicher Wahnsinn;* "locura delirante exaltada primaria o verdadera"); dichas ideas delirantes se mantenían circunscritas, coexistiendo con un sentimiento hipertrofiado de la personalidad y una tendencia a la actividad. Dos años antes, L. Kahl-

baum había retomado el término *Paranoia* para designar ese tipo de delirios sistematizados primitivos y limitados a "trastornos en la esfera de la inteligencia", recuperando así este término popular nuevamente para el lenguaje médico. De este modo, Griesinger se vio obligado a admitir una *primäre Verrücktheit*, oponiéndola, eso sí, a la forma secundaria que continuó impasiblemente manteniendo hasta su prematura muerte. Pero éstas son sólo algunas de las conmocionantes paradojas que indujo la paranoia o locura (*Verrücktheit*) en la psicopatología psiquiátrica –otras se aprecian en todo su esplendor en los empeños de erradicar las monomanías desarrollados por J. P. Falret o en la extremada reducción de la paranoia a la que Kraepelin se habría de entregar con tanto empeño–, pues esa forma de locura –como en otro ámbito sucede con la histeria– se ha venido revelando una y otra vez refractaria a los discursos asentados en concepciones médicas de la patología mental. Por tanto, la consecuencia inmediata de la propuesta unitaria de Griesinger desató *ad pedem litterae* una auténtica hipomanía nosográfica.

Lamentablemente, la obra de Griesinger no ha sido siempre suficientemente apreciada y comprendida –en este sesgo cabe entenderse el desprecio inmerecido con el que Jaspers y Gruhle lo trataron–, pues unos habrían de tildarlo de extremadamente organicista, otros de tímidamente ecléctico y aun otros de proclive a la psicología por su asimilación de la doctrina de Herbart. Lo cierto es que su obra tiene el enorme mérito de compendiar un proyecto nosológico en el que se conjugan todas esas posiciones, pues al tiempo que enfatiza la materialidad cerebral de la locura, nos brinda unos brillantes desarrollos psicológicos que explican el proceso individual en el que un sujeto sucumbe al proceso mórbido. De igual modo, en lo que respecta a las causas, contempla este autor también las puramente psíquicas, y entre éstas no sólo las ejercidas por la familia desde la más temprana infancia, sino también aquellas debidas a la "historia interior de la individualidad psíquica"; a juzgar por cuanto se acaba de sintetizar, nada extraña que su magna obra *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankenheiten* fuera uno de los tratados más estudiados por Sigmund Freud.

Por lo demás, las influencias de Griesinger en las generaciones futuras fueron determinantes. Bien puede decirse que las dos grandes tendencias desarrolladas posteriormente en la clínica alemana, la *Gehirnpathologie* o "patología del cerebro" (Westphal, Nissl, Alzheimer, Meynert y Wernicke) y la nosología clínica (Kahlbaum, Kraepelin y sus innumerables seguidores), arrancan de sus numerosas contribuciones. De igual modo, gracias a Griesinger y a su enseñanza, la clínica alemana terminaría por liderar la medicina mental en detrimento de la francesa. A este cambio de escenario contribuyeron, además, otras razones socio-económicas: frente al centralismo francés, radicado en París, cada uno de los estados alemanes contaba con su propia universidad y su propia administra-

ción; asimismo, la formación de sus médicos era más completa y su reconocimiento social, acreditado por titulaciones muy apetecibles, más distinguido.

4.6. Morel y la degeneración. La obra de Magnan. Los delirios crónicos

La clínica francesa de la segunda mitad del siglo XIX estuvo marcada, en gran medida, por la enseñanza y los ideales de Jean-Pierre Falret. Uno de sus alumnos, Bénédict Augustin Morel (1809-1873), médico en el asilo de Maréville y posteriormente de Saint-Yon, tras estudiar a un buen número de idiotas y deficientes elaboró la "teoría de la degeneración", tratando de dotar a la medicina mental de una clasificación etiológica a partir de factores causales hereditarios. Partiendo de la hipótesis de una causalidad hereditaria, Morel pergeñó un sistema nosológico muy acorde con lo que constituía su práctica médica: en Maréville conoció la endemia de bocio, en Rouen constató las nocivas influencias del alcoholismo y la pobreza. Favorablemente acogida por sus colegas, aunque hoy en día nos parezca pretenciosa y fantástica, dicha teoría degeneracionista desplazaba lo invisible de las lesiones del cerebro a la inescrutable herencia, beneficiando al tiempo a los poderes públicos que se aliaron con la ciencia psiquiátrica para combatir eficazmente cualquier forma de diferencia.

Al hilo de las publicaciones de Lucas y Buffon, Morel se propuso despejar ese "conjunto de causas generales que modifican de una manera inquietante la salud de las generaciones presentes, y amenazan el porvenir de las futuras". Defensor de la afección única a pesar de ser alumno de Falret, su tesis psicopatológica puede resumirse así: los trastornos mentales y del comportamiento son la expresión de una constitución anormal del organismo, transmitida hereditariamente y sujeta a una evolución progresiva; la degeneración es, por tanto, la desviación paulatina de un tipo primitivo (*type primitif*) perfecto e invulnerable que sucumbió al "pecado original" (*chute originelle*). En buena medida, el *Traité des dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine* (1857) y el *Traité des maladies mentales* (1860) marcaron la singladura de la psiquiatría francesa hasta la Primera Guerra Mundial.

Por lo demás, Morel, "cristiano de izquierdas", no desatendió las preocupaciones de la medicina social; en ese sentido, su obra inspiró a un buen número de reformadores del urbanismo y de la calidad de vida de los obreros. Si bien la teoría de la degeneración se tornaría especialmente reprobable tras la interpretación que de ella hicieron algunos movimientos de corte autoritario, en los años en los que fue elaborada contribuyó a atribuir un estatuto más favorable a los perversos y criminales.

Ya que es ésta la primera teoría psicopatológica que argumenta abiertamente la causalidad hereditaria y dado el inusitado auge que tales orientaciones han alcanzado en las últimas décadas, no está de más señalar el peligroso sesgo que vertebra dichas concepciones. Se trata, cómo no, de la cuestión de la responsabilidad subjetiva en la adquisición y el desarrollo de la patología mental, pues las teorías basadas en la herencia suponen todas ellas una exclusión radical de la subjetividad y una reducción de ésta a la dotación genética que se transmite biológicamente. De esta guisa, actualmente se nos anuncia un día sí y otro también que el alcoholismo, la esquizofrenia, la depresión, la angustia, etc., están predeterminados por genes que actúan más allá del sujeto, es decir, más allá de toda decisión personal. Si llevamos este argumento hasta sus últimas consecuencias, no podremos por menos que considerar hasta qué punto las palabras que ahora escribimos estaban ya prefiguradas en los genes que nos tocaron en suerte.

Las ideas de Morel fueron pulidas y desarrolladas en los años ochenta del siglo pasado por Valentin Magnan (1835-1916), director de la oficina de admisiones del Hospital de Sainte-Anne, que había sido inaugurado en París en la primavera de 1867. Aparte de sus estudios sobre el alcoholismo, la obra de Magnan destaca especialmente en el terreno nosográfico. Dividió a los alienados en dos grandes grupos: en primer lugar, los "normales" (no degenerados), es decir, esas personas que merced a diversas causas se trastornan conformando cuadros maníacos, melancólicos o delirantes (en especial, el *délire chronique à évolution systématique*, esquema teórico perfecto del delirio que su autor pretendió convertir en una "especie patológica claramente definida y metodológicamente regular en su evolución", la cual se despliega a lo largo de cuatro fases características, sucesivas e inexorables); en segundo lugar, los "degenerados", esto es, los sujetos que desarrollan grandes trastornos por causas más bien banales. Dentro del grupo de los "degenerados", los idiotas, los imbéciles y los débiles conforman el subgrupo de "inferiores" y presentan lesiones cerebrales y estigmas; por su parte, los "degenerados superiores" evidencian ante todo anomalías del carácter, disforias, irritabilidad, falta de voluntad, tendencia a las obsesiones y fobias, propensión al consumo de alcohol y a las conductas perversas, así como una predisposición a los delirios súbitos (futura noción de *bouffée délirante*).

Además de los desarrollos que tales apreciaciones adquirieron en la literatura naturalista, los ideales sobre la degeneración fueron rápidamente asimilados por psiquiatras de otros países: el profesor Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) fue su principal difusor en lengua alemana, especialmente en su obra *Psychopathia Sexualis*, de 1886, y en la edición tercera del *Lehrbuch der Psychiatrie*, aparecida en 1879; al tiempo, el italiano Cesare Lombroso (1838-1909) se apoyó en ellos para desarrollar su tendenciosa "antropología criminal", especialmente sus con-

cepciones del "delincuente nato" –la criminalidad como hecho biológicamente determinado por la degeneración– y la trabazón entre "genio y locura"; asimismo, estos lineamientos se extendieron en Inglaterra a través de las publicaciones de Henry Maudsley (1835-1918); de igual modo, la psicología patológica sucumbió también a tales despropósitos, que fueron propalados especialmente por Théodule Ribot (1839-1916), autor de una Tesis Doctoral que abunda en razones favorables al "determinismo de la herencia". Al margen, no obstante, del determinismo hereditario preconizado por los degeneracionistas y merced a la incorporación que Magnan hizo de la obra de Darwin, una rama evolucionista se asentó en el discurso psiquiátrico independientemente de la teoría de la degeneración, tal como pronto mostraremos a propósito de la concepción neuropsiquiátrica desarrollada por J. H. Jackson.

En España, al igual que en el resto de Europa, conceptos como "herencia", "determinismo", "somaticismo", "leyes naturales", etc., se erigieron en fronteras biológicas que delimitaban lo natural y lo antinatural, lo normal y lo patológico; en definitiva, toda una corriente de corte biológico dentro del pensamiento médico que, en buena medida, traducía las angustias de la sociedad finisecular por la degeneración de los individuos y la decadencia nacional. Llama la atención, sin embargo, el escaso eco que alcanzó el degeneracionismo en la clínica –en la práctica psiquiátrica desarrollada en establecimientos privados– y la enorme influencia que llegó a lograr en el ámbito forense y en la higiene social. Autores españoles tan importantes como Juan Giné y Partagás (1836-1903) o José María Esquerdo (1842-1912), rara vez etiquetaban a sus pacientes de "degenerados", mientras que cuando los Tribunales de justicia reclamaban sus actuaciones se mostraban firmes partidarios de ese concepto. Posiblemente, como sugiere R. Huertas en *Organizar y persuadir* (2002), tan llamativa dicotomía obedecía a razones mercantiles, corporativas y de legitimación social.

También en Francia, pero alejado del círculo de los degeneracionistas radicales, Charles E. Lasègue (1816-1883), alumno de J. P. Falret y médico de la Préfecture de Police de París, describió en 1852 el *délire de persécutions*, al que consideró una nueva *espèce naturelle*. Estudiando en su período de floración a un grupo heterogéneo de delirantes perseguidos, mostró con gran finura semiológica la lógica interna de este tipo de desarrollos delirantes: la "creencia" o certeza inamovible, el sentimiento subjetivo de inocencia respecto a la persecución a la que el enfermo está sometido a su pesar y el estado de perplejidad inicial que precede a la construcción de una tentativa delirante de explicación. Si bien es cierto que el "delirio de persecuciones" de Lasègue se organizaba nosológicamente sólo en función de su temática común, todas las ricas contribuciones posteriores de la escuela francesa sobre los delirios crónicos tomarían como referencia esa des-

cripción fundacional. Así, Valentin Magnan sustituyó el criterio temático por otro evolutivo en su *délire chronique à évolution systématique*, mientras que los clínicos del segundo clasicismo prefirieron organizar sus descripciones en función de los mecanismos implícitos en los delirios: P. Sérieux y J. Capgras definieron con mucha elegancia y rigor el delirio de interpretación y el delirio de reivindicación, E. Dupré perfiló el delirio de imaginación, G. Ballet respondió patrióticamente a la esquizofrenia bleuleriana con una creación nosológica a la que denominó "psicosis alucinatoria crónica" y, finalmente, Clérambault reorganizó el hasta entonces heterogéneo grupo de las psicosis pasionales (erotomanía, delirio de reivindicación y celos delirantes).

Junto con algunas notables investigaciones sobre la *folie à deux* y el delirio alcohólico, Lasègue se interesó también por el estado mental de las mujeres histéricas. A este respecto señaló que la esencia de su mal consistía en una "mentira patológica", pues estaban dominadas por una "perversión intelectual"; y, con relación a la anorexia histérica observó con sorpresa la inexplicable complacencia y tranquilidad frente al síntoma ("yo diría casi una placidez"), apuntando así directamente sin saberlo a la dimensión del goce posteriormente desarrollada por el psicoanálisis.

4.7. Kahlbaum y Kraepelin

Mientras el panorama de la clínica francesa estaba dominado por la figura de Magnan, cuyas ideas sintetizan las grandes corrientes de pensamiento que componen la psiquiatría francesa en los años de 1880, algunos de sus colegas alienistas continuaban desmenuzando las distintas variantes de los delirios crónicos y no pocos neurólogos y generalistas comenzaban a desesperarse con la histeria. Más allá del Rin, la clínica alemana había emprendido con Kahlbaum la sistematización de una nosología clínica que hallaría en la obra de Kraepelin sus máximos y más perdurables desarrollos.

En efecto, Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), director del manicomio de Görlitz (Silesia), merece ser recordado en esta breve historia de la psicopatología al menos por tres grandes contribuciones: primero, por haber promovido un método empírico basado en el curso evolutivo de la enfermedad en su conjunto y por el desarrollo de una muy fructífera línea de investigación patogénica de los trastornos mentales; segundo, por su descripción de la catatonia (*Spannungsirresein* o "locura de tensión"), publicada en 1874; tercero, por sus bocetos descriptivos sobre una locura de inicio juvenil que su colaborador y amigo Edward Hecker (1843-1900) denominaría, en 1871, hebefrenia. En el terreno nosográfico se

opuso frontalmente al modelo unitario griesingeriano y, siguiendo la referencia de la parálisis general progresiva, fue el primero en distinguir los "cuadros de estado" (formas de manifestación pasajera de la enfermedad) y los "procesos patológicos" (base de la enfermedad). Este modelo habría de resultar a la postre muy útil a la hora de describir las formas patológicas más acordes con la clínica, pues además de un estudio preciso de la evolución y de la terminación, añadía en algunos casos ciertos datos anatomopatológicos y consideraciones etiológicas, permitiendo así diferenciar los trastornos o enfermedades de los cuadros de estado más o menos pasajeros.

De esta manera describió la *Spannungirresein* o catatonia, una enfermedad del cerebro, de curso cíclico y variable, en el transcurso del cual se sucede una sintomatología psíquica que adquiere paulatinamente los siguientes aspectos: melancolía, manía, estupor, confusión y demencia. Siguiendo el mismo esquema, inspirado en la parálisis general, Hecker describió la hebefrenia (*die Hebephrenie*) como un conjunto característico de cuadros que se precipitaban en la juventud, entre los 18 y los 22 años, y evolucionaban con rapidez hacia una marcada estupidez, embrutecimiento y desorganización de las funciones psíquicas. A decir de este autor, dicha enfermedad se iniciaba en la mayoría de los afectados tras una alteración profunda del humor con claros síntomas de melancolía; progresivamente surgían las ideas delirantes, generalmente muy efímeras, cambiantes, bobaliconas y pueriles, que contrastaban con las ideas delirantes fijas, hasta llegar a conformar un comportamiento plagado de tendencias estúpidas.

Sobre esta orientación clínica y nosológica, e inspirándose también en otros autores (Morel y su *démence précoce*, la noción neurológica de "endógeno" desarrollada por el neurólogo Möbius, y la psicología experimental de Wundt), se erigió la sin par figura de Emil Kraepelin (1856-1926) y su *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, editado en ocho ocasiones a lo largo de la vida de su autor, entre 1883 y 1909-1915. Trabajador infatigable y dotado de un talento notable para las grandes síntesis, el profesor Kraepelin dedicó toda su vida a diferenciar y clasificar las enfermedades mentales, separando determinadas cristalizaciones morbosas que se presentaban a la observación de una manera regular y homogénea hasta convertirlas en enfermedades independientes; tal fue su concepto de enfermedad (*Krankheitsbegriff*), central en toda su elaboración nosológica.

Tomó para ello la referencia fundamental de la evolución de los trastornos y, sobre todo, sus modalidades de terminación (*Endzustand*). Y es ahí donde radicarán precisamente algunos de sus mayores inconvenientes: en primer lugar, su elaboración nosológica acabaría por convertirse en una nosología para difuntos, es decir, que sólo podría verificarse un diagnóstico cuando se conociera al deta-

lle la evolución completa y la forma definitiva de terminación; en segundo lugar, un pesimismo terapéutico descorazonador ("Sabemos que el destino de nuestros pacientes está ya decidido en gran medida cuando se desarrolla su afección"); finalmente, su nosotaxia se basaba, en último extremo, en una cuestión meramente cuantitativa relativa a los grados de debilitamiento psíquico (*Verblödung*). Por otra parte, su forma de proceder ante los enfermos empaña y desmerece su incuestionable tesón sistemático y su permanente magisterio: no sólo los consideró "una pesada carga para las familias, los Municipios y el Estado", sino que tuvo a gala defender durante su estancia en Dorpat (Estonia) que "una inmejorable condición para su observación" consiste en no entender su idioma.

Más allá de estas objeciones, Kraepelin estableció el panorama nosográfico de la psicosis que sigue aún vigente: la oposición entre la locura maníaco-depresiva y la demencia precoz, esto es, la dicotomía del grupo de las psicosis endógenas. Siendo aún profesor en Heidelberg, Kraepelin publicó en 1896 la quinta edición de su *Libro de texto de Psiquiatría*, en la cual se aprecia abiertamente la incorporación de la obra de Kahlbaum. En esta edición, dentro del marco de las "enfermedades metabólicas", describió un grupo de procesos que conducen al deterioro entre los que figuran la *Dementia praecox* –definida como un "proceso psíquico degenerativo"–, la catatonia y la demencia paranoide; frente a esas enfermedades situó los "trastornos mentales constitucionales", en especial la "locura periódica" (con sus formas maníacas, circulares y depresivas) y la "paranoia".

En la sexta edición, de 1899, ofreció una lista de trece formas morbosas diferentes, entre las cuales –amén de la locura maníaco-depresiva– destaca especialmente la *Dementia praecox* (con sus formas hebefrénicas, catatónicas y paranoides), de la que brindó la siguiente definición: "Bajo el término de demencia precoz nos permitimos reunir, actualmente, un conjunto de cuadros clínicos que tienen la particularidad común de conducir a estados de debilitamiento psíquico característicos". El conjunto sintomatológico de la demencia precoz se compone de un síndrome nuclear y unos síntomas accesorios. El primero está constituido por los elementos propiamente deficitarios, siguiendo indudablemente el paradigma de la hebefrenia: debilitamiento afectivo, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria, apatía y desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad; por su parte, la configuración y especificidad de las formas clínicas están determinadas por los síntomas accesorios: ideas delirantes, alucinaciones, síndrome catatónico, etc.

Catorce años después, ejerciendo ya su magisterio en Múnich, editó la octava edición en cuatro amplios volúmenes (1909-1915). Se aprecia en ella un buen número de variaciones sustanciales en lo que afecta a la demencia precoz, sin duda promovidas por la publicación de las monografías de Bleuler y de Chaslin. En

esta ocasión reunió la *Dementia praecox* y las parafrenias (*paranoiden Verblödungen*) dentro del grupo de las "demencias-debilitamientos endógenos" (*endogenen Verblödungen*); dicha agrupación se caracterizaba por la disgregación psíquica (*Zerfahrenheit*) y la inafectividad. Las tres formas clásicas de demencia precoz fueron notablemente ampliadas en 1913, componiendo un total de diez tipos clínicos: la demencia simple, la hebefrenia o demencia necia, la demencia depresiva simple o estuporosa, la demencia depresiva delirante, la forma circular de la demencia precoz, las formas de demencia agitada, la forma periódica, la catatonia, la demencia paranoide grave y ligera, y la esquizofasia o demencia con confusión del lenguaje.

Las parafrenias, por su parte, comprenden un tipo de enfermedades psicóticas que afectan a un pequeño número de casos y se inician tardíamente (entre los 30 y 40 años de edad, generalmente). En ellas, "la estructura interna de la vida psíquica está notablemente menos afectada [que en la demencia precoz], a causa del desarrollo mucho más atenuado de los trastornos de los sentimientos y de la voluntad". Sus cuatro formas clínicas (sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica) se caracterizan por presentar alucinaciones y una coloración paranoide del cuadro clínico. Con el paso de los años y especialmente merced al trabajo de W. Meyer ("Über paraphrene Psychosen", 1921), validado por el propio Kraepelin, esta agrupación parafrénica volvería nuevamente a ser reintegrada en el marco de la demencia precoz.

Junto con la *Dementia praecox*, el otro polo de la psicosis está constituido por la locura maníaco-depresiva (*das manisch-depressive Irresein*), cuya versión definitiva quedó perfilada en 1913. Incluyó en ella un conjunto de cuadros que compartían, en su opinión, un buen número de rasgos fundamentales. A diferencia de sus contemporáneos y predecesores, Kraepelin innovó sobre este particular al romper definitivamente con la vieja concepción que únicamente contemplaba la evolución a través de la sucesión y la alternancia periódica de fases maníacas y depresivas.

Al margen de las demencias endógenas y de la locura maníaco-depresiva situó a la paranoia o locura (*Verrücktheit*), pues le atribuyó una causalidad psicogenética basada en la "elaboración enfermiza de ciertas experiencias vitales propias del enfermo"; asimismo, diferenciado de la paranoia, Kraepelin describió el delirio querulante, ya que en su consideración tiene éste su origen específico en un acontecimiento externo que suministra todo el material para la formación morbosa. Una visión panorámica de la construcción de su nosografía sistemática indica a las claras el intento de reducción, casi de aniquilación, de la paranoia clásica, que había sido a lo largo del siglo XIX la psicosis por excelencia; por tal motivo, a fin de dotarla de un marco nosográfico delimitado y de una esencia nosológica pre-

cisa, Cramer y Bödecker habían presentado su célebre informe ("Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia") en la Sociedad de Psiquiatría de Berlín en diciembre de 1893, proponiendo limitar la paranoia exclusivamente a los trastornos del juicio y dejando fuera de ella los delirios secundarios a trastornos afectivos. Pero el modelo médico de Kraepelin desplazó forzadamente la mayoría de casos tradicionalmente llamados *Paranoia* hacia la *Dementia praecox* y hacia las parafrenias, consideradas ambas auténticas enfermedades mentales de evolución demenciante, a las que atribuyó una etiología orgánica de tipo "endógeno". Finalmente, la casi inexistente "paranoia" terminaría por equivaler al *délire d'interprétation* de Sérieux y Capgras.

4.8. Críticas a la sistemática kraepeliniana: la *Gehirnpathologie*

La neuropsiquiatría continental de finales del siglo XIX había desarrollado en buena medida las especulaciones harto heterogéneas del denostado movimiento frenológico. Franz Josef Gall (1758-1828), su iniciador e impulsor, había tratado de contribuir con su "craneoscopia" al conocimiento del córtex cerebral y de sus funciones. Tras considerar que el cerebro es el asiento del pensamiento, se propuso aprehender las tendencias y los sentimientos mediante la palpación y la medición del cráneo. De este modo, a finales del siglo XVIII Gall había compuesto una cartografía según la cual a las veintisiete protuberancias cerebrales identificadas correspondían otras tantas facultades; pero la lista siguiría creciendo a la par que se desarrollaba la doctrina. Así, pocos años después, su alumno Gaspar Spurzheim, introductor de esta doctrina en Inglaterra, había elevado el inventario hasta un total de treinta y cinco, mientras que el americano J. W. Redfield localizó un total de ciento sesenta cualidades y defectos. Aunque inicialmente atraídos, los alienistas europeos perdieron definitivamente su interés por la frenología a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

Sin duda, la sistemática kraepeliniana desagradó profundamente a sus colegas franceses, ya que de un plumazo desbarataba todo el edificio de los delirios crónicos, su tesoro más preciado. En efecto, prácticamente cualquier forma delirante minuciosamente descrita por los franceses quedaba englobada dentro de las demencias paranoides o de las parafrenias. Magnan, Serbski, Séglas, Chaslin, Ballet y otros muchos, trataron de sostener sus agrupaciones frente a la implacable apisonadora kraepeliniana. Sirva como ilustración de esta rivalidad franco-alemana la siguiente anécdota relatada por el psiquiatra americano Clarence Farrar. En una visita a Sainte-Anne que éste realizó con el neuropatólogo F. Nissl –alumno de Kraepelin en Heidelberg y después su sucesor en la cátedra–, Magnan expu-

so un caso paradigmático de "delirio crónico de evolución sistemática"; ansioso por conocer la impresión de los invitados, Nissl le comentó: "Es un caso bastante típico de demencia precoz". Al día siguiente Farrar y Nissl fueron informados de que, tras esas palabras, Magnan se retiró a su despacho, "inclinó la cabeza sobre su escritorio y lloró".

Pero el sistema kraepeliniano tampoco agradó a todos sus compatriotas. Algunos, los menos, seguían interesados en la investigación de la paranoia, como es el caso de Robert Gaupp y su alumno Ernst Kretschmer; otros, como Alfred Hoche (1865-1943), se mostraron muy reticentes a la teoría de las "enfermedades mentales" independientes y abogaron a favor de formas de reacción preformadas en las que se pondrían de manifiesto ciertos "acoplamientos de síntomas" de una manera bastante constante; otros aún siguieron a Karl Bonhoeffer (1868-1948), discípulo de Wernicke, quien a principios de la segunda década del pasado siglo había precisado ciertos tipos de reacciones estereotipadas del encéfalo ante agresiones externas muy diversas (*exogene psychische Reaktionstypen*). Así y todo, las ideas kraepelinianas no tardaron en asentarse en Estados Unidos. Uno de sus primeros mentores fue Adolf Meyer (1866-1950), médico suizo formado en las mejores escuelas de psiquiatría europeas, quien tras emigrar a Estados Unidos abandonó pronto su militancia kraepeliniana para abrazar el eclecticismo típico de aquellas tierras y pergeñar una psiquiatría basada en el *common sense* behaviorista.

La otra gran corriente de la clínica alemana, la *Gehirnpathologie*, surgida también de Griesinger, se inclinó hacia la fisiología y la neuroanatomía. Herederos en última instancia de la frenología de Gall, los estudios de anatomía del sistema nervioso se perfeccionaron notablemente a partir de la segunda mitad del siglo XIX. A ello contribuyeron notablemente los hallazgos del cirujano Paul Broca en relación con la afasia, cuyo epónimo aún se utiliza. Pero esta orientación, llamada por K. Jaspers "mitología del cerebro" (*Gehirnmythologie*), alcanzaría su máximo esplendor con las obras del sajón Theodor Meynert (1833-1892) y del silesio Karl Wernicke (1848-1905). Amén de por los numerosos estudios sobre el órgano en cuestión, esta corriente se caracterizó por estar imbuida de un nihilismo terapéutico notable y por preferir la investigación de laboratorio a la clínica y al contacto con los pacientes. En este sentido, son harto conocidas las críticas que el médico y escritor Arthur Schnitzler dedicó a Meynert, también las que el propio Kraepelin evocó en su *Autobiografía* respecto a Paul Flechsig, e incluso las consignadas por Aubrey Lewis a propósito del neurólogo británico J. H. Jackson. Ciertamente, los neuropsiquiatras, tan científicos en su ideario, mostraron generalmente una marcada incapacidad personal para enfrentar la clínica cotidiana con pacientes mentales.

Aun a pesar de estas deficiencias, es un hecho sobradamente conocido que en los años ochenta del siglo XIX, las cátedras de psiquiatría alemanas comenzaron a ser copadas por estos investigadores del sistema nervioso: Wernicke en Breslau, Meynert en Viena, Flechsig en Leipzig, Von Gudden en Múnich, Hitzig en Halle; Nasse en Heidelberg y Westphal en Berlín.

La *Gehirnpathologie* alemana tuvo su réplica rusa en la reflexología de Sechenov, continuada por Korsakov (1854-1900) y Paulov (1849-1936). La psiquiatría inglesa, por su parte, había heredado de Henry Maudsley (1835-1918) una orientación pragmática –tanto terapéutica como organizativa– y organicista ("Los trastornos mentales no son otra cosa que trastornos de los nervios en los que dominan los síntomas mentales"). Pero esta orientación neuropatológica alcanzaría su mayor desarrollo con las contribuciones de los neurólogos John Hughlings Jackson (1835-1911), cuya teoría sobre las jerarquías funcionales marcó decisivamente el órgano-dinamismo de H. Ey, y Charles Scott Sherrington (1857-1952), quien verificó experimentalmente las deducciones jacksonianas. Si bien han sido muchos los críticos del hipotético proyecto defendido por Meynert y Wernicke (entre ellos Kraepelin, Kurt Schneider y K. Jaspers), otros, por el contrario, continuaron tratando de explicar la patología psíquica a partir de la patología cerebral (Bonhoeffer, Kleist y su alumno Leonhard).

4.9. La desatención de las neurosis; Charcot, su escuela y la histeria

Fuera del terreno de la gran patología mental que terminaría por reunirse bajo la rúbrica "psicosis", es decir, un poco al margen de la práctica de los psiquiatras y alienistas, el campo de los "nervios" y las neurosis estaba más próximo al quehacer cotidiano de los médicos de familia y de los neurólogos. Esta desatención de los psiquiatras puede ejemplificarse recordando el escasísimo número de páginas que, en esos años, dedicaron a las neurosis dos de los más renombrados manuales psiquiátricos: en la última edición del *Lehrbuch* de Kraepelin, apenas 130 de las 1.370 abordaban esos temas; pero más sorprende aún que en Francia, en el célebre *Traité de Pathologie mentale* (1903), únicamente 100 de las 1.600 páginas estuviesen dedicadas a las neurosis, máxime cuando fue dirigido por Gilbert Ballet, quien combatió contra el neurólogo Dejerine para acercar a los dominios de la psiquiatría todo el conjunto de la patología mental. Los balnearios, las curas de reposo desarrolladas por Silas Weir-Mitchell, la electroterapia, los masajes y algunas formas rudimentarias de psicoterapia constituían las propuestas de tratamiento más socorridas para estas patologías menores o "nerviosas".

En términos generales, hasta Freud el ámbito de la neurosis había sido persistentemente orillado. En el terreno nosográfico primaba una completa y desoladora atomización, pues todas las aproximaciones psicopatológicas carecían en esta materia de todo principio organizador. Cierto es que pueden hallarse algunas descripciones decimonónicas bien cumplimentadas sobre la agorafobia, especialmente las realizadas por Westphal; empero, el conjunto de fenómenos que años más tarde Freud articularía bajo la rúbrica "neurosis obsesiva" presentaba un panorama completamente heterogéneo y pulverizado en ciertas cristalizaciones sintomatológicas: la *folie de doute* y el *délire de toucher*, como las habían denominado J. P. Falret, Legrand du Saulle y otros. Por otra parte, la descripción muy aquilatada que Beard realizó de la neurastenia contrastaba en extremo con ese "fárrago de manifestaciones" desconcertantes a las que tradicionalmente se llamaba "histeria".

Sin embargo, a finales del siglo XIX y merced al trato con sujetos histéricos, se produciría una nueva dimensión de la clínica mental que traería como consecuencia el nacimiento del psicoanálisis. Denostada como pocas otras alteraciones, la histeria incomodaba sobremanera a los médicos, que adoptaban frente a ella una actitud de rechazo o, en el mejor de los casos, de paternalismo. La célebre exclamación de Grasset, "¿Podemos imaginar a alguien más desgraciado que el marido de una histérica?", o aquella otra de Legrand du Saulle, "La histérica es generalmente egoísta", ilustran con claridad todos estos extremos. Ligada desde la Antigüedad al útero, posteriormente al encéfalo (Willis, Georget y Briquet) y a los nervios (Bernheim), a finales del siglo XIX la histeria terminaría por ocupar un lugar destacado entre los trastornos psíquicos. En términos generales, el enfoque de los escasos alienistas que se interesaron por la histeria coincidió en destacar sus rasgos del carácter más insoportables, especialmente la omnipresente "perversión intelectual" y esa "mentira patológica" que constituía la esencia de su mal; en este sentido, Lasègue afirmó en 1878: "La definición de la histeria jamás ha sido dada y nunca lo será. Los síntomas no son ni tan constantes ni tan uniformes, ni tan iguales en duración e intensidad para que un tipo descriptivo pueda comprender todas las variedades". Frente a los alienistas, los neurólogos insistían en que el poder de la sugestión constituía su esencia más verdadera.

Pero cuantas consideraciones se puedan hacer sobre la histeria en el siglo XIX están íntimamente ligadas a un nombre y un lugar: Jean-Martin Charcot (1825-1893) y el hospital parisino de la Salpêtrière. A partir de 1870 Charcot emprendió una revisión de la histeria aplicándole los principios impecables de la semiología médica anatomoclínica desarrollados por la escuela de la Salpêtrière, estudiando así la histeria como si de una enfermedad neurológica se tratara: primero, la descripción de los cuadros clínicos típicos, regulares e invariables; más

tarde, la explicación de esos fenómenos mediante las lesiones anatomopatológicas. Logró de este modo aislar la "gran histeria" y caracterizar sus cuatro fases típicas: epileptoide, grandes movimientos, actitudes pasionales y delirio terminal. Uno de los hitos más sobresalientes en esta materia se produjo en 1882, cuando Charcot presentó a la Academia de las Ciencias su comunicación "Sur les divers états nerveux determinés par l'hypnotisation chez les hystériques". Este texto supuso una pequeña revolución en la medida en que reivindicaba el hasta entonces marginal hipnotismo (Mesmer, Puységur, Braid) como método diagnóstico, incorporándolo además a las terapéuticas médicas de la histeria. De pronto, y gracias al prestigio profesional de Charcot, la histeria y el hipnotismo se situaron en el centro de la investigación científica. Sin embargo, este autor llevó hasta el extremo la asimilación de la hipnosis y la histeria, considerando que el síntoma histérico era el resultado de una *autosuggestion* sobrevenida a consecuencia de un traumatismo.

Finalmente, empero, los resultados de las investigaciones anatomopatológicas sobre la histeria desarrolladas por Charcot y sus discípulos se tiñeron de un tono pesimista. Por más que hubiera afirmado respecto a la *grande hystérie* que "sus manifestaciones son siempre las mismas, comunes en la gente de la calle y en la del hospital, válidas para todos los países, para todos los tiempos y para todas las razas", lo cierto era que esas manifestaciones desafiaban cualquier orden nosológico; ciertamente, como poco después mostraría Freud, su esencia no puede ser aprehendida por ningún modelo médico de la enfermedad. Tampoco en el terreno etiológico y patogénico se hallaron resultados concluyentes; más bien al contrario, ya que ante la ausencia de toda lesión anatómica, el interés de Charcot se desplazó paulatinamente hacia las "lesiones funcionales" o "dinámicas", erigiendo a partir de estas consideraciones una teoría de la histeria traumática. Una vez más Lasègue volvía a tener razón, pues la histeria desafiaba y subvertía cualquier principio médico con el que se intentara aprehenderla.

Las elaboraciones de Charcot y su escuela (especialmente Gilles de la Tourette y Babinski) fueron punto por punto rebatidas por el profesor de medicina interna Hippolyte Bernheim (1840-1919) –alumno de Ambroise A. Liébeault– y sus colegas de Nancy. Conocedor profundo del hipnotismo, Bernheim se opuso frontalmente a la asimilación de la histeria a la hipnosis y abogó a favor de que la hipnosis es un efecto de la sugestión, un fenómeno casi universal que no es patrimonio exclusivo de los sujetos histéricos: "La sugestión [...] considero que es la clave de cuantos hechos hipnóticos he observado. Sin la sugestión no he podido producirlos". Seguidor de los principios fisiopatológicos alemanes antes que de los anatomoclínicos parisinos, Bernheim propendió a considerar las manifestaciones histéricas como fenómenos emotivos. Merced a esta nueva teoría, que ter-

minaría por imponerse con el paso de los años, la histeria se convertía en una psiconeurosis emocional.

Sobre estos presupuestos que corregían la concepción de Charcot, su alumno Joseph Babinski (1857-1932) destacó el origen representativo (ideativo) de los síntomas histéricos y el papel que desempeñan los fenómenos transferenciales o sugestivos en su producción, así como la frecuente presencia de simulaciones. Más acorde con tales planteamientos, en 1901 propuso el nombre "pitiatismo" para enmarcar ese conjunto de fenómenos reproducibles por sugestión y persuasión. A pesar de tantas críticas y rectificaciones, la enseñanza de Charcot en la Salpêtrière habría de convertirse en la referencia de la nueva psicopatología de las neurosis. Y esto fue así por el inusitado talento de dos de los asistentes a sus conferencias y presentaciones de enfermos: Janet y Freud.

4.10. Freud y la nueva clínica

Como ya se ha apuntado, la muerte de Charcot supuso igualmente el ocaso progresivo de su obra psicopatológica. Sin embargo, el fracaso de la más sobria y meticulosa investigación neuropatológica de la histeria contribuiría a identificar la verdadera esencia del trastorno. En efecto, después de tantos esfuerzos por perfilar su cuadro clínico y por tratar de someter el rebelde *pathos* de los sujetos histéricos a las leyes de la neuroanatomía, la histeria terminaría por desprenderse de su vinculación con los nervios para comenzar a ser avistada desde otra dimensión transcerebral que, pocos años después, comenzaría a marcar los contornos topológicos del inconsciente y a perfilar las leyes que lo rigen. En ese sentido, los infructuosos esfuerzos de la patología médica por reducir la sintomatología histérica a leyes puramente anatómicas condujeron la investigación hacia "otra escena" ubicada más allá del útero, de los fluidos, de los nervios y de la conciencia. Y fue en esta precisa coyuntura donde otro neurólogo, Sigmund Freud, accedió a un saber inconsciente localizado más allá del discurso de la ciencia médica, un saber que surgía en la palabra de los propios pacientes. Tal fue el contexto en el que el indiscutible genio de Freud realizó los primeros descubrimientos que habrían de conducirle sin tardanza a la construcción del psicoanálisis.

Formado en una de las escuelas de medicina más abiertamente positivistas y antivitalistas, alumno del fisiólogo Ernst Wilhelm von Brücke, Sigmund Freud (1856-1939) se especializó en neurología en el Hospital General de Viena de la mano de H. Nothnagel y de Th. Meynert. En este sentido, cabe una vez más enfatizar la inicial raigambre materialista y antimetafísica en la que Freud se formó como investigador: los principios de la "escuela de Helmholtz" –de los que Brüc-

ke, Du Bois-Reymond y Ludwig eran reputados paladines–, que consideraba únicamente las fuerzas fisicoquímicas a las que estaba sometido el organismo humano, y la neuropsiquiatría organicista y asociacionista de Meynert.

Como reconocimiento a sus investigaciones histológicas y clínicas, en 1885 fue nombrado *Privatdozent* en neuropatología y obtuvo una beca para ampliar estudios en la Salpêtrière, con J. M. Charcot. Subyugado por la histeria y, en gran medida, decepcionado con los escasos conocimientos que la medicina ofrecía para explicar ese mal y tratar a esas personas, regresó a Viena albergando una hipótesis que serviría de punto de partida a su investigación: las parálisis y las anestesias histéricas, más que guardar una correspondencia con las leyes anatómicas, están determinadas por las "representaciones" que esos sujetos tienen de las mismas. Ahí se muestra ya, si bien de forma rudimentaria, esa vinculación consustancial que une al sujeto con el lenguaje, y que se convertiría a la postre en uno de los elementos centrales de toda su elaboración doctrinal. En este sentido, en su conferencia conmemorativa del centenario del nacimiento de Freud, J. Lacan afirmó: "En la perspectiva freudiana, el hombre es el sujeto capturado y torturado por el lenguaje".

Instalado ya como neurólogo privado, su clientela inicial se componía esencialmente de mujeres de la burguesía vienesa afectadas de esos trastornos histéricos que sus colegas rehusaban atender; al tiempo, consultaba como neurólogo en la clínica de enfermedades de la infancia dirigida por M. Kassowitz. Sabido es que las posibilidades terapéuticas de la neurología de aquella época eran harto insuficientes y que su función esencial se limitaba al diagnóstico. Freud ensayó inicialmente las técnicas terapéuticas al uso (masajes, hidroterapia, electroterapia), para abandonarlas definitivamente en favor de otros procedimientos más activos como la sugestión, la hipnosis y la catarsis, hasta hallar definitivamente el método fructífero de la asociación libre. Acompañado inicialmente por el médico internista Josef Breuer, con quien había publicado en 1895 los *Studien über Hysterie*, Freud introdujo con la *freie Assoziation* un giro radical con respecto a cualquiera de los métodos médicos hasta entonces empleados para paliar el sufrimiento humano, pues tal método presuponía un saber en el paciente al que podía accederse franqueando el muro del lenguaje. De esta manera, entre los años 1892 y 1898 se fue progresivamente fraguando lo que él mismo denominó *Psychoanalyse*. Aunque son numerosas las definiciones que el propio Freud dio del psicoanálisis a lo largo de su obra, recordaremos a continuación la propuesta en 1922, que recoge las tres grandes acepciones que contiene el término: en primer lugar, es un método de investigación de los procesos mentales, especialmente de los inconscientes, a través de la palabra y la asociación libre; en segundo lugar, una modalidad terapéutica (cura psicoanalítica) para el tratamiento de los tras-

tornos mentales; finalmente, una disciplina científica psicológica y psicopatológica que aúna y articula el conjunto de las investigaciones clínicas y terapéuticas conseguidas por este método.

Aunque sea de manera telegráfica, no está de más señalar tres de los principios que orientaron las incipientes investigaciones freudianas: en primer lugar, el reto de separar las enfermedades del organismo y los trastornos psíquicos, valiéndose para ello de una semiología neurológica muy precisa; en segundo lugar, la férrea oposición a las teorías que propugnaban la herencia y la degeneración como causa primera de los trastornos mentales; finalmente, su apuesta por la psicogénesis fue desde el principio argumentada a partir de la constatación de las maniobras defensivas ante escenas infantiles patógenas de carácter sexual, orientando así sus pesquisas hacia la infancia y la sexualidad.

A diferencia de Pierre Janet (1859-1947), inventor de un método de análisis psicológico en el que los trastornos mentales son el resultado de oscilaciones de la tensión psicológica y de la fuerza disponible, Freud procedió al estudio de las representaciones patógenas hasta culminar en su doctrina de la "represión". El análisis de sus pacientes y su propio autoanálisis le condujeron inexorablemente a la sexualidad infantil y a elaborar inicialmente una teoría de la seducción, pronto abandonada en favor de la teoría de la fantasía y del complejo de Edipo.

Sobre la base de esta nueva concepción de la realidad psíquica, asentada en los pilares de la sexualidad infantil y de las formaciones del inconsciente, Freud prosiguió formulando sus primeros bocetos psicopatológicos sobre las "neuropsicosis de defensa". Con el paso de los años y al tiempo que publicaba sus grandes historiales clínicos entre 1905 y 1914 (Ida Bauer y la histeria, Herbert Graf y la fobia infantil, Ernst Lanzer y la neurosis obsesiva, Paul Schreber y la paranoia, Sergueï C. Pankejeff y la neurosis infantil), fue organizando una nueva psicopatología estructural. En ella, las tres estructuras clínicas descubiertas quedaban conformadas como respuestas particulares ante la castración, siguiendo mecanismos etiopatogénicos independientes y diferenciales: *Verdrängung* (represión) en la neurosis, *Verwerfung* (repudio o forclusión) en la psicosis y *Verleugnung* (renegación o desmentido) en la perversión.

El descentramiento radical de la patología mental tanto de la conciencia como del Yo (todos somos extranjeros en nosotros mismos; el Yo no es dueño de su propia morada), iniciado por Freud desde el comienzo de su obra, permitiría asentar una nueva concepción nosológica, una reorganización nosográfica más acorde con la clínica subjetiva y un procedimiento terapéutico aplicable a todo ese nutrido conjunto de patologías. Esta nueva clínica, surgida en el seno del discurso médico-psiquiátrico pero cada vez más desgajada de él, procuró inmediatamen-

te una reformulación radical de la patología mental, incluida la estrictamente psicótica, hasta entonces patrimonio exclusivo de la psiquiatría.

A partir de los primeros años del pasado siglo comenzó a reunirse alrededor de Freud un pequeño círculo de discípulos, a los que se añadirían inicialmente los prestigiosos psiquiatras zuriqueses Bleuler y Jung. En adelante, la extensión progresiva del movimiento psicoanalítico comenzaría a cuajarse en multitud de publicaciones y en un buen número de influencias doctrinales que inspiraron a autores más o menos ajenos al psicoanálisis. A pesar de su escasa práctica con pacientes psicóticos, Freud logró también incorporar este ámbito a la clínica psicoanalítica; su ensayo sobre el magistrado paranoico Dr. Paul Schreber, publicado en 1911, habría de convertirse a la postre en uno de los textos de referencia más influyentes en este dominio de la psicopatología.

4.11. Desgarramientos de la identidad: Bleuler, Chaslin y Clérambault

Junto con esta contribución de Freud, a lo largo de la segunda y de la tercera décadas del pasado siglo se elaboraron y publicaron tres obras decisivas para el esclarecimiento de la psicosis. La primera, escrita por E. Bleuler, supuso el primer acercamiento psicopatológico a un grupo de psicosis desde entonces llamadas "esquizofrenia"; en la segunda, más centrada en el terreno de la semiología, Chaslin perfiló el campo de las locuras discordantes; finalmente, a lo largo de los años veinte y treinta, Clérambault propuso un modelo nosológico de este grupo de psicosis a partir de su Automatismo Mental. A estas decisivas aportaciones a la psicopatología de la psicosis hay que sumar la emergencia de la orientación fenomenológica, cuyas bases fueron sentadas por Karl Jaspers en su *Allgemeine Psychopathologie*, publicada en 1913.

Avalado por una larga experiencia clínica en el asilo de Rheinau y en la clínica universitaria del Burghölzli (Zúrich), Eugen Bleuler (1857-1940) publicó en 1911 su *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Se trata de una obra fundacional en la que su autor trató de aplicar "las ideas de Freud a la *Dementia praecox* de Kraepelin", proponiendo la denominación "grupo de las esquizofrenias" a un amplísimo grupo de psicosis caracterizadas por "un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos y de la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular". La escisión (*Spaltung*) de las funciones psíquicas sustituye a los criterios evolutivos kraepelinianos de demencia y precocidad, confiriendo así a la esquizofrenia un carácter menos deteriorante.

Desde una perspectiva psicopatológica, Bleuler diferenció dentro de esos cuadros unos síntomas fundamentales (*Grundsymptome*), básicos, específicos o per-

manentes, a los que opuso unos síntomas accesorios (*akzessorische*). Los primeros consisten en trastornos de la asociación y de la afectividad, en la predilección de la fantasía en detrimento de la realidad y en la marcada inclinación a apartarse de ésta (autismo); los segundos corresponden a los cumplidamente descritos por la semiología kraepeliniana: las alucinaciones, las ideas delirantes (no sistematizadas), las perturbaciones accesorias de la memoria, la pérdida de las fronteras temporales y espaciales, los trastornos del lenguaje y de la escritura, los síntomas somáticos (no siempre presentes), los signos catatónicos y algunos síndromes agudos y estados transitorios.

En el terreno nosográfico, Bleuler extendió los dominios de la esquizofrenia hasta ámbitos muy problemáticos, toda vez que añadió a las formas kraepelinianas clásicas (paranoide, catatónica, hebefrénica) una "esquizofrenia simple" y otra "latente", aunque estas últimas apenas las describió. Entrecruzó así la esquizofrenia con algunos trastornos graves anteriormente descritos dentro de las personalidades patológicas y las neurosis, sin establecer límites precisos entre ellas. La imprecisión de los límites de la esquizofrenia descrita por Bleuler se convirtió muy pronto en motivo de recurrentes polémicas, especialmente las orquestadas por los clínicos franceses. En este sentido, Dide y Guiraud, autores en 1922 del manual *La psychiatrie du médicin practicien* y valedores de la tradición clásica en psicopatología, defendieron el término hebefrenia para la demencia precoz de Kraepelin, y para el resto de formas delirantes mantuvieron la designación francesa "delirios crónicos". Coreando esta propuesta, el profesor Henri Claude (1869-1945) se esforzó por mantener separadas la demencia precoz de Kraepelin de la esquizofrenia de Bleuler. Según esta concepción, el término kraepeliniano debía nombrar únicamente los casos de auténticas demencias precoces que manifestaban una total fidelidad al paradigma hebefrénico; todos los casos en ella incluidos eran tributarios de una causalidad orgánica con probable sustrato anatomopatológico. El resto de formas, las llamadas *schizoses*, agrupaban al conjunto de afecciones surgidas de una psicogénesis reactiva que no presentaban una completa afectación de las facultades mentales. Pero el problema de los límites nosográficos tampoco conformó a los autores de lengua alemana, que pretendieron subsanarlo mediante más propuestas clasificatorias basadas en descripciones propias a las que consideraron originales. Así, por ejemplo, Kleist y Leonhard diferenciaron las esquizofrenias "sistemáticas" o "típicas" (procesos neurológicos degenerativos) de las "atípicas" (situadas éstas a medio camino entre la esquizofrenia y las enfermedades maníaco-depresivas); Langfeldt propuso la categoría de la psicosis "esquizofreniforme"; Rümke las "pseudoesquizofrenias"; Staehelin, Labhardt y Boeters las psicosis "emocionales" esquizofreniformes; Scharfetter las psicosis "simbióticas", etc.

En el terreno de las causas, las opiniones de Bleuler contrastan frontalmente con sus elaboraciones psicopatológicas, pues antes que buscar y detallar mecanismos psíquicos capaces de explicar la etiología y la patogenia, se inclina de buen grado por la organogénesis. De este modo, este autor afirma que "el trastorno cerebral determina los síntomas primarios", mientras que sólo algunos síntomas psíquicos poco severos son una consecuencia más indirecta del trastorno cerebral. Reafirmándose más aún en su posición, en el curso de una conferencia dirigida a los psiquiatras franceses en 1926, Bleuler no vaciló en afirmar, sin aportar prueba alguna para ello, que la esquizofrenia es una única enfermedad tanto desde el punto de vista clínico como del heredo-biológico, etiológico y anatómico: "*El origen orgánico* de la esquizofrenia es demostrable hoy en día con toda la evidencia que se quiera exigir".

Dejando al margen estas consideraciones que muestran las debilidades de su concepción, la obra de Bleuler ilustra *grosso modo* una nueva mirada psicopatológica que no se detiene –como en el caso de Kraepelin– en los fenómenos más llamativos y superficiales, sino que pretende penetrar –siguiendo en esto a Freud– en los procesos intrapsíquicos en los que se avistan algunas formas concretas del desgarramiento de la identidad. Escisión, repudio, desdoblamiento, xenopatía, disociación y discordancia fueron algunos de los conceptos operativos con los que se trató de nombrar de una manera general esa ruptura de la unidad interior, ese desacompasamiento y esa fragmentación de los procesos psíquicos o esa invasión xenopática que fulmina el armazón de la identidad; todas estas aproximaciones se apoyan en gran medida en el análisis del los trastornos del lenguaje, bien sea en la forma de alteraciones de las asociaciones, bien en la precipitación de discordancias, o bien en la sonorización del lenguaje interior. En su conjunto, tales visiones innovadoras guardan en mayor o menor medida relación con el nacimiento del psicoanálisis, cuyas primeras concreciones hacían hincapié precisamente en ese tipo de procesos de división subjetiva. En este sentido, también las obras de Chaslin y Clérambault, muy ajenas ambas al psicoanálisis, pueden entenderse como efectos colaterales del descubrimiento freudiano.

Philippe Chaslin (1857-1923), alienista de Bicêtre y de la Salpêtrière, fue ante todo un gran semiólogo, un captador y registrador de signos, un defensor de la clínica de la observación y del lenguaje psicopatológico simple, preciso y "bien hecho". Aún recordado por su descripción de la *confusion mentale primitive*, ampliamente desplegada en su monografía de 1895, el cenit de su obra lo constituyen sus *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, publicados en 1912. Dentro de las casi mil páginas que componen estos *Elementos*, plagados de innumerables observaciones clínicas, la mayor originalidad se aprecia en el concepto de *discordance* y en la agrupación nosográfica *folies discordantes*. Aunque sin un abordaje

conceptual sistemático, la discordancia nombra un conjunto de fenómenos marcados por una contraposición interna: en algunos casos se trata del desacuerdo existente entre el humor, la mímica y los contenidos delirantes; en otros, la discordancia se sitúa entre la inteligencia y el lenguaje, entre un lenguaje correctamente ordenado y, al mismo tiempo, la ausencia de significaciones inteligibles.

A partir de este concepto, Chaslin agrupará todos esos trastornos bajo la rúbrica "locuras discordantes" –no sin razón, él rehúsa a propósito el término "enfermedades mentales" por parecerle demasiado pretencioso–, en la que se reúnen las tres formas clásicas de la demencia precoz krapeliniana más la *folie discordante verbal.* Esta última, una variedad original de Chaslin, describe un tipo clínico poco frecuente y de larga duración, "que no es propiamente delirante, pero que presenta una incoherencia verbal extraordinaria".

Otra versión del desgarramiento de la identidad fue la desarrollada por Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), médico-jefe de la Enfermería especial de la Prefectura de Policía de París y el más destacado micro-fenomenólogo de la psicosis. Su empeño por asistir a la génesis y a los primeros pasos de la edificación de las psicosis, por nombrar ese conjunto de fenómenos xenopáticos situados en los límites de lo aprehensible y hasta entonces dejados en la sombra, estaba guiado por el anhelo de descubrir sus *mécanismes générateurs.* Continuando con las descripciones de Baillarger y Séglas sobre las alucinaciones psíquicas y psicomotrices verbales, entre 1919 y 1927 perseveró Clérambault en la investigación de los fenómenos elementales e iniciales hasta reunirlos en un mismo síndrome (*Petit Automatisme Mentale*). Basándose en multitud de observaciones de sujetos que debutaban en la psicosis, atribuyó a estos fenómenos un origen común y los diseccionó con el estilete de la semiología (*phénomènes subtils-phénomènes grossiers*), proponiendo finalmente una organización jerárquica que seguía un proceso típico de edificación (desde el inicial *Syndrome de passivité* hasta, eventualmente, el tardío *Triple Automatisme Mental*). De igual modo, perfiló los efectos subjetivos de la implantación del Automatismo (*scission du moi, formation de la personnalité seconde*), concluyendo que el *Syndrome d'Automatisme Mental* está constituido siempre por los mismos trastornos psíquicos, motores y sensoriales, que se imponen de manera brutal y automática en la mente del sujeto, que lo capturan y lo gobiernan.

Convencido desde los inicios de su carrera de la oposición entre delirio ("superestructura") y psicosis ("estructura"), Clérambault precisó que el Automatismo es el fenómeno primordial sobre el que pueden edificarse delirios secundarios muy variados; en ese sentido afirmó: "Se puede decir que en el momento en que el delirio aparece la psicosis ya es antigua". A modo de síntesis de su descubrimiento, en 1924 escribió: "Por Automatismo Mental entiendo los fenómenos clási-

cos: pensamiento precedido, enunciación de actos, impulsiones verbales, tendencia a los fenómenos psico-motores [...]. Creo con frecuencia, al aislar el grupo de fenómenos mencionados, haber innovado algunos aspectos al afirmar: 1) su carácter esencialmente neutro (neutro al menos en principio); 2) su carácter no sensorial y 3) su rol inicial en el principio de las psicosis".

4.12. La fenomenología de K. Jaspers, la escuela de Heidelberg y K. Schneider; E. Kretschmer y otras escuelas y tendencias

Al margen de estas consideraciones sobre la esquizofrenia y muy lejos de la nueva vía abierta por Freud, en 1913 un joven médico de la Clínica de Heidelberg, contando aún con una experiencia clínica muy escasa, publicó un voluminoso estudio de crítica epistemológica al discurso psiquiátrico. Karl Jaspers (1883-1969) pretendió centrar su *Allgemeine Psychophatologie* (*Psicopatología general*) en el acontecer psíquico realmente consciente ("El *objeto* de la psicopatología es el acontecer psíquico realmente consciente"), esforzándose en descubrir qué y cómo experimentan y vivencian las personas trastornadas y cuáles son las condiciones y las causas de las que dependen. En su consideración, la fenomenología tiene la misión de presentarnos intuitivamente los estados mentales que experimentan los enfermos, de distinguirlos y limitarlos con términos precisos: "Ya que lo psíquico extraño no puede, como lo físico, ser percibido directamente, para obtener una introyección o comprensión de él, hemos de tratar siempre, según el caso, de describir una serie de manifestaciones externas del estado de ánimo, estudiar las condiciones, comparaciones y simbolizaciones sensorialmente intuidas mediante una representación sugestiva". Sin embargo, del conjunto de datos aportados por la observación sólo algunos se comprenden mediante el análisis psicológico, mientras que otros únicamente pueden ser explicados siguiendo una causalidad naturalista. De esta manera se deslindan dos tipos de trastornos psicopatológicos: aquellos cuyo "desarrollo" es perfectamente comprensible (reacciones determinadas por un acontecimiento, como las psicosis sensitivas o las alteraciones histéricas; desarrollos de la personalidad, como la paranoia de Kraepelin o las personalidades patológicas, etc.), y aquellas otras perturbaciones incomprensibles que constituyen "procesos" que introducen una ruptura en el acontecer vital, es decir, "un cambio psíquico totalmente nuevo" (procesos orgánicos diversos, procesos psíquicos como los sobrevenidos en muchas de las esquizofrenias descritas por Bleuler, experiencias delirantes primarias, ciertas ideas delirantes hipocondríacas).

Frente a Kraepelin, quien realmente creía que la patología mental estaba compuesta de verdaderas "enfermedades mentales" independientes como sucede en

cualquier otra rama de la medicina, Jaspers propuso una concepción sindrómica cuya etiología podía en algunos casos ignorarse por completo. Sin embargo, han sido muchas las objeciones planteadas a la fenomenología jaspersiana, especialmente las que abundan en el permanente equívoco que introduce a la hora de comprender al paciente por el procedimiento de ponerse en su lugar. Se trata, por tanto, de un tipo de abordaje psicopatológico que pretende aunar las visiones sincrónica y diacrónica, pero que deja al margen toda realidad psíquica no consciente: "Los procesos extraconscientes, en cambio, cuando no son procesos corporales que podamos percibir, no se pueden demostrar nunca". Esta orientación influyó notablemente en las obras de un buen número de clínicos y sirvió de soporte a algunas tendencias desarrolladas a partir de los años treinta. Sin duda, las mayores influencias de la psicopatología de Jaspers fueron asumidas por algunos integrantes de la escuela de Heidelberg, consagrada como pocas a la investigación de la esquizofrenia, las alucinaciones y los delirios, y que contó con un ramillete de brillantes clínicos y tratadistas: entre los catedráticos de la clínica cabe recordar a Kraepelin, Nissl, Wilmanns, Carl Schneider –en el período hitleriano; se suicidó, como su *Führer*, al terminar la guerra– y Kurt Schneider, y entre los médicos que allí se formaron y trabajaron, a Bonhoeffer, Gaupp, Alzheimer, Prinzhorn, Gruhle, Mayer-Gross, Janzarik, Matussek, Huber y Tellenbach. Pero de entre todos los seguidores de Jaspers, Kurt Schneider (1887-1965) merece una mención especial merced a la extraordinaria difusión que sus ideas alcanzaron en la psicopatología de lengua alemana, también en España y, más recientemente, en Estados Unidos.

El 28 de febrero de 1946, cuando contaba 58 años y dirigía el Instituto Clínico de Múnich, Kurt Schneider asumió las funciones de Catedrático de Psiquiatría en Heidelberg. Su obra articula las enseñanzas clínicas de Kraepelin y la orientación fenomenológica de Jaspers, a quien reconoció como su único maestro. Se trataba para él de seguir a Kraepelin en el terreno del diagnóstico, pero de superarlo en la comprensión de los trastornos mediante los modos de la vivencia que desvelaba la fenomenología jaspersiana. Este cruce de influencias queda patente en su célebre fórmula: "Diagnosticar es atender al cómo (la forma) y no al qué (el tema, el contenido)".

En su primera gran obra, *Die psychopathischen Persönlichkeiten* (1923), examinó las personalidades anormales o psicopáticas, definiéndolas como "aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir por ella a la sociedad". Los diez grupos de personalidades psicopáticas que describió (hipertímicos, depresivos, inseguros, fanáticos, necesitados de estimación, lábiles de ánimo, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos) habrían de contribuir notablemente a encumbrar las investigaciones sobre los trastornos de la personalidad, tan en

boga en estos días. Pero sus mayores aportaciones, recogidas en *Klinische Psychopathologie* (1950), conciernen a la discriminación entre la esquizofrenia y la psicosis maníco-depresiva, así como sus numerosas contribuciones a la fenomenología de los delirios.

Respecto al diagnóstico de esquizofrenia propuso unos "síntomas de primer rango", los cuales, si bien son bastante superficiales cuando se los compara con los propuestos por Clérambault, guiaron y siguen orientando a muchos clínicos: la sonorización del pensamiento, la audición de voces en forma de diálogo, la audición de voces que acompañan con observaciones los propios actos, las vivencias de influencia ejercidas sobre el cuerpo, la sustracción del pensamiento y otras influencias sobre él ejercidas, la difusión del pensamiento, la percepción delirante, así como todo lo hecho o influido por otros en el campo de los sentimientos, tendencias y voliciones. Sin rehusar arrostrar la reflexión nosológica en los dominios de la patología mental, como se mostrará en detalle en la Parte V, Schneider advirtió que los síntomas de primer rango tienen un valor eminentemente diagnóstico y no cabe esperar de ellos indicaciones precisas sobre el proceso mórbido que está en su base; por otra parte, pueden darse esquizofrenias sin este tipo de síntomas o presentar también varios de ellos.

Amén de la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva, Kurt Schneider dedicó un buen número de sus estudios a glosar la fenomenología del delirio. A este respecto distinguió dos formas fundamentales: la "percepción delirante" y la "ocurrencia delirante". Nombra la primera un trastorno del pensamiento consistente en la atribución de un significado anormal a una percepción real, la mayor parte de las veces en el sentido de la autorreferencia y la revelación, sin causa comprensible en términos racionales o afectivos. Por su parte, las ocurrencias o intuiciones delirantes –equivalentes a las cogniciones de Jaspers– son ideas delirantes súbitas, difíciles de determinar y en absoluto patognomónicas de la esquizofrenia.

En su conjunto, las concepciones psicopatológicas de K. Schneider se mostraban muy próximas a las tradicionalmente defendidas por la escuela de Heidelberg, esto es, la aproximación psicopatológica descriptiva y la orientación decididamente clínica; cierto es que no fue ésta la orientación que siempre dominó allí, pues aparte de estar sujeta a las directrices de los sucesivos catedráticos, en la década de los años treinta se impuso con rotundidad la orientación neuropsiquiátrica anteriormente defendida por Bonhoeffer. Una mención especial merece asimismo H. W. Gruhle (1880-1958), habitualmente reconocido como uno de líderes intelectuales de esta clínica situada orillas del Neckar hasta que hubo de buscar refugio en 1934 en Wurtemberg. A pesar de su formación fenomenológica –o quizá merced a ella– y de haber escrito con Berze *Psychologie der Schi-*

zophrenie (1923), Gruhle fue uno de los más acendrados defensores de la incompresibilidad de los delirios, llegando a afirmar en 1951 que: "El delirio no sobreviene a causa de deseos subliminales ni de impulsos reprimidos, sean los que sean. El delirio es un síntoma orgánico-cerebral, un síntoma no deducible e incomprensible".

Al margen de los dos grandes pilares del clasicismo alemán, Kraepelin y Jaspers, y un poco más próximo a las nuevas orientaciones psicopatológicas desarrolladas por Freud y por Bleuler, se yergue y destaca gracias a su cumplida argumentación y brillante intuición la obra de Ernst Kretschmer (1888-1964). Firme opositor a la ideología nazi y defensor a ultranza de los tratamientos psicoterapéuticos, escribió gran parte de sus contribuciones psicopatológicas al principio de su carrera; todas ellas alcanzarían una enorme resonancia internacional: *Der sensitive Beziehungswahn* (1919), *Körperbau und Charakter* (1921), *Medizinische Psychologie* (1922), *Hysterie, Reflex und Instinkt* (1923), *Geniale Menschen* (1929). Aparte del "delirio de relación sensitivo", inspirado en los brillantes escritos de su maestro en Tubinga Robert Gaupp (1870-1953) a propósito del paranoico y asesino E. Wagner, la obra de Kretschmer fue adquiriendo una dimensión cada vez más caracterológica: búsqueda de correlaciones entre la conformación corporal, el biotipo y el carácter, cuya articulación indicaría la predisposición ("afinidad biológica") a las enfermedades mentales. De esta manera distinguió un biotipo "pícnico", caracterizado por un temperamento ciclotímico y una predisposición a la psicosis maníaco-depresiva, otro "leptosómico" (longuilíneo, dolicocéfalo) de temperamento esquizotímico y predisposición a la esquizofrenia, y otro, finalmente, "atlético" (normolíneo, normocéfalo) con predisposición a la epilepsia y la histeria; a los tres anteriores habría de añadir un cuarto, el "displásico", en el cual se reunía los que no encajaban en los anteriores. Aunque flaquea también en otros muchos puntos, la obra de este autor desmerece por el hecho de proponer un *continuum* progresivo entre la normalidad y la patología mental severa, una especie de progresión gradual que transitaría desde una personalidad normal hasta la psicosis, pasando por una personalidad patológica.

Marcadas por un cruce de influencias próximas a los dominios psiquiátricos, psicoanalíticos y psicológicos, es decir, incorporando a la psicopatología otras disciplinas como la antropología y la filosofía, surgieron en el período anterior a la Segunda Guerra Mundial algunas contribuciones notables. Tal es el caso de la orientación fenomenológica y antropológica iniciada en Francia por el polaco Eugène Minkowski (1885-1972). Discípulo de E. Bleuler, armonizó la teoría de la esencia de Husserl con la comprensión de la vida y del tiempo de Bergson, elaborando sobre estos presupuestos algunos ensayos de análisis fenomenológico sobre la esquizofrenia y la melancolía, y también sobre la vivencia temporal (*Le*

temps vécu, 1933). Desde sus primeros ensayos pretendió este autor reducir la compleja sintomatología de la esquizofrenia bleuleriana a un síntoma esencial, al que denominó "pérdida de contacto con la realidad". Movido de igual modo por su afán reduccionista, propuso que la melancolía estaba organizada a partir de un *trouble générateur* relacionado específicamente con la temporalidad ("El tiempo se fracciona aquí en elementos aislados"), mientras que el Automatismo Mental clerambaultiano radicaba en su opinión en un "factor de orden *espacial*".

Por su parte, en Alemania, los fundadores de la antropología y psicopatología de orientación fenomenológica fueron Erwin Strauss (1891-1975) y Kurt Goldstein (1878-1965); destacó el primero por sus desarrollos de antropología estesiológica con vínculos ambientales, y el segundo, por sus intentos de aclarar las estructuras de la existencia corpórea. Amén de los estudios sobre la melancolía, la sexualidad y la manía de V. E. von Gebsattel, de la "antropología comprensiva" de J. Zutt y de los ensayos sobre la vivencia del tiempo desarrollados por E. Strauss, creador de la "estesiología", la figura más destacada fue la del suizo Ludwig Binswanger (1881-1966). Vinculado inicialmente al psicoanálisis, dada su formación psiquiátrica en el Burghölzli, desde muy temprano mostró su adhesión a la fenomenología de Husserl, pero tras la publicación de la obra de Heidegger *Sein und Zeit* (1927), Binswanger se entregó a la elaboración de un tipo de análisis de la existencia (*Daseinsanalyse*) o de la "presencia" –como prefiere Tatossian–, cuyos máximos resultados pueden hallarse en sus notables descripciones de la fuga de ideas y sobre todo de la "experiencia" delirante; en ese sentido, conviene destacar sus célebres patografías, en especial el "caso Ellen West", el "caso Suzanne Urban" y su estudio psicopatológico sobre A. Strindberg.

4.13. El movimiento psicoanalítico, sus escuelas y orientaciones

Concluida la Segunda Guerra Mundial, el panorama psicopatológico mostró algunas variaciones: el inglés se convirtió en la lengua oficial de la ciencia y las escuelas psicopatológicas europeas perdieron su posición privilegiada, desplazadas por las estadounidenses, pero sólo en cuanto a su extensión y difusión y no en lo relativo a su fundamento y profundidad. En adelante, la alternancia tradicional entre las corrientes psicológicas y las corrientes biológicas seguiría produciéndose, no sin ciertos extremismos ideológicos bastante alejados de esa fuente común que es la clínica del malestar subjetivo. Así, en los años que siguieron a la terminación de la guerra se recrudeció el enfrentamiento entre las posiciones psicodinámicas, preponderantes en Norteamérica, y las doctrinas paulovianas soviéticas; pero unas y otras mostraron una fuerte atracción por la orientación ambien-

talista y social. Iniciada la segunda mitad del siglo XX, la eterna pugna entre somáticos y psíquicos halló sus argumentos en el descubrimiento, la utilización y comercialización de las moléculas psicotrópicas y, como reacción frente a los excesos de esta orientación, una década después surgió con cierta furia la insurrección antipsiquiátrica, aunque ésta obedece también a otras razones que más adelante se expondrán. A partir de 1980, asentada ya la psicofarmacología clínica e incorporadas a la asistencia muchas de las reivindicaciones antipsiquiátricas, la polaridad cerebro-mente se inclinó hacia la neurobiología, la cual sigue pretendiendo reducir la clínica a una técnica y aboga por un determinismo neuroquímico o genético que arrasa toda brizna de subjetividad; en el otro extremo, la clínica de la palabra halla en el psicoanálisis sus fundamentos teóricos y clínicos, extendiendo cada vez más sus explicaciones y prácticas al conjunto de los trastornos mentales. En el marco de estas oscilaciones, muchas veces coexistentes, se han producido a lo largo de los últimos cincuenta años las recientes contribuciones a la psicopatología. Es ahora el momento de examinarlas con más detalle, comenzando por la historia del movimiento psicoanalítico, sus desarrollos y fracturas. El lector hallará muchos más detalles sobre este particular en la Parte II.

Hasta el momento actual es posible diferenciar cuatro generaciones de psicoanalistas. La primera generación estuvo integrada por los primeros adeptos al psicoanálisis: A. Adler, W. Stekel, S. Ferenczi, O. Rank, P. Federn, S. Bernfeld, H. Nunberg, H. Sachs, T. Reik, M. Eitingon, K. Abraham, E. Jones y C. G. Jung. La segunda generación, que compondría los pilares de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), se constituyó a partir de 1918; la mayoría de estos analistas se formaron en el diván de Freud. Sus representantes más distinguidos fueron E. Kris, H. Hartmann, R. Loewenstein, W. Reich, O. Fenichel y M. Klein. Pero si los analistas de la segunda generación se centraron especialmente en la segunda tópica, los de la tercera se disputarían entre 1950 y 1970 la pertinencia de sus interpretaciones y revisiones al conjunto de la obra freudiana, reabriendo además el debate sobre las modalidades y variantes de la técnica psicoanalítica; en esta generación destacan con nombre propio J. Lacan, D. W. Winnicott, H. Kohut y W. Bion. La cuarta generación incluye a los numerosos psicoanalistas pertenecientes a un buen número de grupos asentados actualmente en todo el mundo, dentro de los cuales la orientación lacaniana es la más creciente.

A lo largo de su historia, el movimiento psicoanalítico ha estado marcado por la emergencia de determinadas corrientes de interpretación de los textos de Freud, algunas de las cuales han llegado a constituirse en escuelas y orientaciones muy características. A diferencia de otros modelos psicopatológicos, el psicoanálisis se ha caracterizado por causar efectos subjetivos y grupales muy apasionados; incluso dentro del propio movimiento se produjeron desde sus inicios disidencias sona-

das. A este respecto, refiriéndose a Jung, Freud escribió en 1914: "El psicoanálisis soportará esta pérdida y a cambio de estos partidarios ganará otros".

El panorama actual del movimiento contempla cuando menos ocho grandes escuelas y orientaciones, en mayor o menor medida entroncadas con el descubrimiento freudiano: el kleinismo, el annafreudismo, la *Ego Psychology*, el Grupo de los Independientes, la *Self Psychology*, el culturalismo, el neuropsicoanálisis y la orientación lacaniana.

Melanie Klein (1882-1960), vienesa analizada por Ferenczi y por Abraham, fue la principal promotora de la escuela inglesa de psicoanálisis. Al margen de todo idealismo pedagógico, Klein desarrolló a partir de los años treinta los principios de un tratamiento analítico de niños. A pesar de no tener titulación académica, su decisión la llevó a emprender curas con niños psicóticos gravemente trastornados; el "caso Dick", un niño psicótico de cuatro años, tratado por ella entre 1929 y 1946, sigue siendo hoy una referencia inestimable para todos los clínicos de la infancia. En líneas generales, la teoría kleiniana desarrolla especialmente las relaciones más arcaicas entre la madre y el niño, proponiendo una diferenciación evolutiva entre la "posición esquizo-paranoide" y la "posición depresiva" con vistas a explicar un buen número de alteraciones patológicas; buena parte de su inspiración se halla en los desarrollos sobre la formación del "juicio de atribución" y del "juicio de existencia" apuntados por Freud en su artículo de 1925 "Die Verneinung" ("La negación"). La corriente psicoanalítica que ella fundó, el kleinismo, se inspira especialmente en la segunda teoría pulsional y también en la segunda tópica freudianas, basando su técnica en el análisis exclusivo de la transferencia y la contratransferencia.

Los primeros trabajos de Melanie Klein perfilan la eclosión del conflicto edípico en el segundo semestre de la existencia, en el período de "apogeo del sadismo". A diferencia de Freud y de Lacan, esta psicoanalista supone de entrada la existencia de un "yo precoz", asiento de las primeras angustias vehiculadas por la pulsión de muerte. Para mantenerse coexionado, el Yo proyecta sobre el objeto una parte de esa pulsión destructiva, tornándolo así en objeto perseguidor; al mismo tiempo, para conservar los buenos aspectos del objeto, el Yo induce un clivaje del objeto (objeto bueno *versus* objeto malo), escindiéndose también él mismo en ese proceso de "identificación proyectiva".

En el seno de esas relaciones arcaicas, Klein describió algunos mecanismos defensivos, en parte ya elaborados por Freud y por su hija Anna (clivaje, proyección, idealización, renegación), que conformarán las posiciones depresiva y esquizo-paranoide. La primera que describió, a partir de 1935, define la mezcla de ansiedades paranoides (debidas a los perseguidores que actúan en la fantasía durante una fase anterior) y sentimientos depresivos de culpa, pérdida y amenaza. Pero

esta apreciación no se limita a un período del desarrollo infantil, sino que constituye la base de ulteriores procesos psicopatológicos: "En el duelo normal, tanto como en el patológico y en los estados maníaco-depresivos, se reactiva la posición depresiva infantil". En un artículo de 1946 dedicado a los mecanismos esquizoides, Klein aclara sus ideas acerca del desarrollo precoz que precede a la posición depresiva, forjando su noción de "posición esquizo-paranoide". Se caracteriza ésta por el terror a la desintegración y a la total destrucción. Surgen así los mecanismos defensivos de escisión, de proyección y de introyección: bajo los efectos de la pulsión, el Yo se escinde y proyecta la pulsión de muerte hacia el exterior; la autora consideró que la ansiedad paranoide y las defensas esquizoides de este período temprano del desarrollo constituirán el núcleo de la esquizofrenia, de las personalidades esquizoides y de los rasgos paranoides o esquizoides de los niños y de los adultos. De esta manera, la posición depresiva supone una salida a la posición esquizo-paranoide; tal pasaje se lleva a cabo toda vez que los objetos antes escindidos alcanzan a conformar un objeto total y el Yo se refuerza; la "angustia depresiva" es, en este sentido, un tipo específico de angustia de destruir o dañar al objeto, a la cual el Yo hará frente mediante el mecanismo de "reparación".

La obra de M. Klein ha servido de inspiración a un buen número de psicoanalistas en todo el mundo. Algunos, como Bion, Meltzer o Bick, han aportado nuevas consideraciones y matizaciones sobre la teoría del "yo precoz"; otros, en especial Heimann y Rosenfeld, han desarrollado las nociones de contratransferencia e identificación proyectiva.

Frente a las teorías kleinianas, Anna Freud (1895-1982) privilegió una orientación del psicoanálisis infantil más próxima a la pedagogía y la profilaxis. Basó gran parte de sus contribuciones en las nociones que dan título a su obra más conocida: *El yo y los mecanismos de defensa* (1936). Para esta autora, las defensas intervienen no sólo contra peligros pulsionales internos, sino contra fuentes exteriores provocadoras de angustia; de este modo, el "yo" se convierte en buena medida en un sinónimo de la conciencia, en una "sede de observación". La adaptación a la realidad y la fortificación de las defensas le parecieron los objetivos más deseables de la terapia psicoanalítica, emparentándose en este punto con las teorías que habrían de desarrollar Hartmann y Erikson.

Integrada por emigrantes centroeuropeos afincados en Nueva York durante la Segunda Guerra Mundial, la corriente de la *Ego Psychology* defendía una tendencia más adaptativa del psicoanálisis a la moral y la ideología de la vida norteamericana. Todos sus integrantes (R. Loewenstein, E. Kris, H. Hartmann, E. Erikson y D. Rapaport) se inspiraron sobremanera en la segunda tópica freudiana para tratar de teorizar un "yo autónomo" capaz de integrar las pulsiones

primitivas y permitir a la persona adquirir una independencia frente a la realidad exterior; el análisis que proponen se limita a la estructura del Yo y al impacto que sobre él tienen la realidad y el mundo exterior. Como el annafreudismo, esta orientación psicológica adaptativa marginó nociones esenciales en la doctrina freudiana, tales como la pulsión de muerte o lo inconsciente; más próximos al terreno de la neurosis que al de la psicosis, la dirección de la cura se basó esencialmente en el análisis de las resistencias.

Se ha dicho, no sin razón, que sus mentores han logrado desarrollar una psicología general de corte biologicista más que una reinterpretación del psicoanálisis propiamente dicho. Heinz Hartmann (1894-1970), el fundador de esta corriente, situó la "adaptación" como un principio biológico y psicológico, como la función por excelencia del Yo u órgano adaptativo; este Yo, dotado de una "autonomía relativa primaria", terminaría por convertirse en una subestructura de la "personalidad", concepto este último que tanto repugnaba a Freud. Hartmann, Kris y Loewenstein coincidieron en añadir a los "tres puntos de vista" que componen la metapsicología freudiana un cuarto, el "genético", el cual describe la relación entre pasado y presente en términos de continuidad y discontinuidad. La orientación terapéutica y el objetivo propugnados por esta corriente pretenden modificar el Ello a partir del Yo, analizando las resistencias y las defensas y desatendiendo a los contenidos.

Una reacción contra esta tendencia surgió a partir de los años sesenta de la mano de Heinz Kohut (1913-1981), neurólogo y psiquiatra vienés de la tercera generación que se formó como analista clásico en Chicago. Kohut, con otros seguidores de la psicología del *Self*, aprovechó la diferenciación establecida por Hartmann en 1950 entre el Yo (*ego*), que define una instancia psíquica, y el *self*, que designa una instancia narcisista de la personalidad. Aunque inicialmente partidario de la "psicología del yo", Kohut desplazó paulatinamente su interés hacia la investigación del narcisismo, terminando por elaborar una auténtica generalización. Este autor atribuyó gran importancia a la noción de *empathy* (empatía), a la que definió en su obra póstuma *¿Cómo cura el análisis?* (1984) como "la capacidad de penetrar con el pensamiento y el sentimiento en la vida interior de la persona. Es nuestra capacidad de vivenciar, en todo momento de la vida, lo que otra persona vivencia, aunque por lo común –y está bien que sea así– en un grado atenuado". A partir de ese tipo de "inmersión empática" que hace posible el conocimiento de los otros, analizó las resistencias narcisistas hasta despejar las "transferencias narcisistas". Especializado en este tipo de pacientes, Kohut teorizó la transferencia narcisista como una función (*self-object*) que presenta un vínculo narcisista con otro no separado de sí. En su mayor contribución, *The analysis of the Self*, publicada en 1971, propuso una distinción entre las personalidades

narcisistas de las neurosis, cuyo *self* es estable, y los estados-límites y psicosis, cuyo *self* está fragmentado y es muy vulnerable.

Al margen de las polémicas entre annafreudianos y kleinianos, surgió en Inglaterra un grupo de psicoanalistas independientes cuya inspiración teórica y clínica hallaron en Donald Woods Winnicott (1896-1971), uno de los más brillantes clínicos de la historia del psicoanálisis. Pediatra de formación, Winnicott investigó muy detalladamente el proceso de absorción de los cuidados maternos, tanto desde el punto de vista del bebé como de la madre. Fueron estos estudios los que le permitieron desarrollar su teoría del verdadero *self*–constituido a partir de una "realización simbólica"– y del falso *self*–caracterizado por la sumisión y la imitación, y cuya función es esencialmente defensiva–, de la que habría de extraer importantes conclusiones para la práctica psicoanalítica. Especialmente explicitada en su obra *Playing and Reality* (*Realidad y juego*, 1971), su noción de "objeto transicional" –esos objetos que no forman parte del cuerpo del niño pero no son reconocidos por éste como elementos de la realidad exterior– se ha vuelto de uso común entre los psicoanalistas y muchos psicólogos infantiles.

Aunque formados en el seno de la corriente kleiniana, los independientes (J. Bowlby, E. Sharpe, R. Fairbairn, M. Khan y M. Balint) se mantuvieron a cierta distancia de las dos grandes corrientes del psicoanálisis desarrolladas en Inglaterra; todos ellos se distinguieron por sus trabajos sobre las relaciones de objeto y la contratransferencia, y destacaron por sus cualidades clínicas.

Más alejados aún de Freud que las escuelas anteriores, algunas tendencias neofreudianas, como la encabezada por E. Fromm (1900-1980) o por H. S. Sullivan (1892-1946), se mantuvieron más próximas a las orientaciones sociales y culturalistas, y –como Winnicott– influyeron a su vez en las antipsiquiátricas. En concreto, el culturalismo norteamericano representado por K. Horney (1885-1952), A. Kardiner (1891-1981) y R. Benedick (1887-1948), prefirió las referencias antropológicas, prestando especial interés a la diferencia de los sexos o la prohibición del incesto. Surgidos a partir de los años treinta, los culturalistas reprocharon a Freud haber descuidado las relaciones del sujeto con su entorno. El psicoanálisis despertó por este nuevo sesgo el interés de algunos sociólogos y etnólogos. Sobre este particular, cabe mencionar al húngaro Geza Roheim (1891-1953), fundador del etnopsicoanálisis, y a su continuador y compatriota, el antropólogo y psicoanalista Georges Devereux (1908-1985).

Decantándose abiertamente por los modelos y referencias epistemológicas propios del discurso de la ciencia, a partir de los años cuarenta comenzaron a germinar también algunas reinterpretaciones de los grandes conceptos freudianos. Se trata de un pequeño conjunto de aportaciones teóricas que tienden a integrar al psicoanálisis en los dominios de las llamadas "ciencias duras". Aunque no pue-

de hablarse más que de intentos aislados, conviene evocar a título ilustrativo el modelo neuroquímico del Superyó propuesto por Sandor Lorand, la explicación de las pulsiones a partir de la termodinámica, tal como fue ideada por Siegfried Bernfeld, los esfuerzos de Lawrence Kubie por incorporar al psicoanálisis los datos aportados por la inteligencia artificial o las tentativas de conjugar la neurología y el psicoanálisis, propuesta ésta emprendida por Pribram y Gill y por Solms. Todos ellos, de una u otra forma, pretenden establecer correlaciones fehacientes entre la investigación neurocientífica y la problemática psíquica inconsciente.

En mayor o menor medida crítico con las escuelas anteriormente citadas, Jacques Lacan (1901-1981) se reclamó antes que nada lector de Freud ("Yo soy el que ha leído a Freud", afirmación que no carece de sentido, pues lo leía en alemán, mientras que la mayoría de sus colegas parisinos utilizaban las incompletas y deformadas traducciones al francés disponibles en aquel entonces), emprendiendo en los años cincuenta una enseñanza enmarcada bajo la rúbrica "retorno a Freud". Formado como psiquiatra a las órdenes de H. Claude en Sainte-Anne y de Clérambault en la Enfermería Especial, Lacan se decantó muy pronto en sus estudios por las psicosis, especialmente la paranoia, a la que dedicó su memorable Tesis Doctoral de 1932.

Tras analizarse con R. Loewenstein y hacer acopio de una formación cultural y filosófica inusual, en 1953 conmovió al anquilosado movimiento psicoanalítico con su conferencia "Lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real" y su informe "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis". En adelante, sus seminarios y publicaciones promovieron paulatinamente una revisión completa de la doctrina freudiana, valiéndose en principio de referencias lingüísticas y más tarde topológicas. Toda su obra, afirmada en los más sólidos pilares de una envidiable cultura psicoanalítica, psicopatológica y filosófica, contiene en su esencia una enseñanza clínica permanente, sometida por lo demás a una revisión continua en la que se aprecia un énfasis progresivo que se desplaza de lo Imaginario a lo Simbólico y, finalmente, de éste a lo Real. En ella se pone de relieve una reorganización completa de la psicopatología psicoanalítica, introduciendo al mismo tiempo las variaciones técnicas necesarias para acercar el psicoanálisis a cualquier tipo de sujeto que lo demandara, sin menoscabar por ello la verdadera esencia del descubrimiento freudiano.

En el terreno estrictamente psicopatológico, su enseñanza resaltó la tripartición de las estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversión). Contraria a cualquier teoría que defienda una superposición o un *continuum* entre las "estructuras freudianas", esta orientación las plantea como excluyentes. Se trata ahí de resaltar las tres modalidades de respuesta subjetiva frente a la castración, las tres posiciones que puede asumir el sujeto frente al Otro.

La formación psiquiátrica de Lacan ha contribuido notablemente a acercar el psicoanálisis a la clínica clásica, posibilitando en especial la elucidación de la psicosis (el desencadenamiento, los fenómenos elementales, las modalidades de estabilización) y asentando unas bases sólidas para su tratamiento. Tales presupuestos han sido y son desarrollados por muchos de sus seguidores no sólo en la práctica privada, sino también en instituciones psiquiátricas públicas. Por lo demás, su dilatada y muchas veces intrincada obra es motivo permanente de pormenorizados estudios en ámbitos académicos y profesionales, destacando entre todos sus comentaristas, por su capacidad sistemática y la claridad de sus exposiciones, Jacques-Alain Miller. Estos extremos aquí sólo esbozados serán objeto de desarrollos pormenorizados a lo largo de estos *Fundamentos*: en la Parte II se expondrán con detalle los modelos psicopatológicos lacanianos; en la Parte III los aspectos técnicos y éticos; y en la parte V toda la nosografía estructural.

4.14. Otras perspectivas recientes: los modelos de la vulnerabilidad, la obra de H. Ey, la insurrección antipsiquiátrica y la revitalización de la psicopatología clásica por el psicoanálisis

Volviendo nuevamente a la psicopatología psiquiátrica desarrollada después de la Segunda Guerra Mundial, los autores alemanes siguieron procurándonos algunas contribuciones descriptivas notables, si bien su ámbito de influencia fue mucho más limitado que en décadas anteriores. Tres obras, al menos, deben ser evocadas: *Die Person des Schizophrenen* (*La persona del esquizofrénico,* 1949) de Jakob Wyrsch, *Die beginnende Schizophrenie* (*La esquizofrenia incipiente,* 1958) de Klaus Conrad y la monografía *Melancholie* (1961) de H. Tellenbach, psiquiatra fenomenólogo adscrito a la escuela de Heidelberg. La hermosa monografía de Wyrsch plantea como pocas lo habían hecho "el modo en que el enfermo toma posición frente a la irrupción de la esquizofrenia". Este psiquiatra suizo alumno de Bleuler parte, ciertamente, de una concepción fenomenológica en la que se conjugan las influencias antropológicas y filosóficas –especialmente Max Scheler y su noción de "persona"– para procurar un singular análisis del conflicto que experimenta el sujeto esquizofrénico en relación con su psicosis y orquestar, finalmente, una teoría de la esquizofrenia como "una enfermedad de la persona". Algunos autores, especialmente Giovanni Stanghellini, han encontrado en la monografía de Wyrsch una buena guía para la investigación de eso que actualmente se conoce como "vulnerabilidad esquizofrénica".

Klaus Conrad (1905-1961), por su parte, analizó especialmente el brote esquizofrénico desde la perspectiva del *Gestalanalyse* –análisis de la forma o estructu-

ra–, tratando de mostrar la conexión entre todos los fenómenos del vivenciar esquizofrénico, tanto en sus formas prodrómicas como en su evolución posterior. Su célebre "caso Rainer N." le permitió mostrar con todo detalle los fenómenos iniciales y las vivencias que induce el brote. Harto conocidas en nuestro medio son las fases de la evolución esquizofrénica por él descritas: el "trema" o "miedo de candilejas", la "fase apofánica" (revelación), la "fase apocalíptica", la de "consolidación" o "giro copernicano" y el "estado residual".

En la línea de la Clínica de Heidelberg, en la que fue director médico del departamento de Psicopatología clínica, H. Tellenbach propuso en su monografía un estudio sistemático de la melancolía, destacando de ella especialmente su noción de "endón".

Desde una perspectiva más concentrada en la etiología, en los últimos cuarenta años se han alumbrado en Centroeuropa algunos modelos psicopatológicos centrados en la noción de *Vulnerabilität*. Arrancan estas consideraciones del "modelo patógeno multifactorial", apuntado por el vienés H. Hoff en 1956 a propósito de la psicosis maníaco-depresiva, aunque fueron Zubin y Spring dos décadas después quienes lo desarrollaron y dotaron de un fundamento más robusto. Para estos autores, la vulnerabilidad es una predisposición especial para presentar episodios esquizofrénicos. Posteriores reformulaciones teóricas han extendido la vulnerabilidad a ámbitos muy distintos, más genéticos unos y más ambientales y psicosociales los otros.

Por el contrario, a partir de 1959, Werner Janzarik (*Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*, 1959) propuso un modelo que pretendía explicar la psicosis a partir de los conceptos *Dynamik* y *Struktur*. Valiéndose del modelo psicológico-estructural de Conrad, Janzarik analiza las psicosis endógenas para concluir que en núcleo productivo de los estados psicóticos se aprecia un descarrilamiento de la dinámica psíquica; los síndromes psicóticos se asientan en una deformación de la estructura y, en aquellos casos que presentan cursos defectuosos, también una insuficiencia dinámica. En su consideración, las psicosis afectivas y las esquizofrénicas tienen una base común que radica en la predisposición a la vulnerabilidad dinámica. El autor retoma así el modelo unitario de psicosis, antaño defendido por Chiarugi, Zeller, Neumann y Griesinger, y en España por Bartolomé Llopis, si bien lo complica en extremo al obligarle a redefinir por completo la noción de psicosis. Aunque en la misma senda que tiene como punto de partida la vulnerabilidad, la escuela psicopatológica vienesa ha desaprobado tal concepción unitaria. En este sentido, Peter Berner propuso un "debilitamiento de la capacidad de procesar información" en el caso de las esquizofrenias, mientras que en las psicosis maníaco-depresivas advirtió un factor de vulnerabilidad específico ("trastorno timopsíquico").

Como podrá apreciarse en estas notas telegráficas, algunos psicopatólogos europeos han perseverado en la búsqueda de modelos generales capaces de explicar la psicosis. Dejando al margen la psicopatología psicoanalítica, quizá la obra que ha logrado cuajar un sistema aplicable al conjunto de la patología mental ha sido la elaborada en Francia por Henri Ey (1900-1977). Médico-jefe del Hospital psiquiátrico de Bonneval, Ey abordó en sus numerosas publicaciones los temas más clásicos de la psicopatología, especialmente los delirios y las alucinaciones. Inspirándose en las concepciones de J. H. Jackson y de P. Janet, en la *Gestalttheorie* de K. Koffka y en la neurología globalista de K. Goldstein, así como en las corrientes fenomenológicas y existencialistas, estableció una doctrina general a la que denominó *organo-dynamisme*. Con estos dos términos unidos se define, en primer lugar, la organización del sujeto humano y sus eventuales desorganizaciones patológicas y, en segundo, las fuerzas y conflictos que mantiene esta organización a lo largo de la vida. En esta síntesis global de los aspectos físicos y psíquicos de la persona, la organización del sujeto se asienta en una jerarquía de niveles, en los que los superiores controlan e inhiben a los inferiores. Las enfermedades mentales inducen desorganizaciones en esa jerarquía, produciendo dos tipos de desórdenes: negativos (producidos por el nivel que ya no funciona) y positivos (causados por los niveles inferiores que se liberan y adquieren un funcionamiento autónomo); la enfermedad mental supone, al tiempo, un déficit de la organización progresiva del ser y una modalidad regresiva de la existencia. Toda la concepción psicopatológica desarrollada por Ey se asienta en la noción de "desestructuración" de las funciones, separando así dos grandes grupos patológicos: la disolución del campo de la conciencia (psicosis agudas, manía y melancolía) y la disolución de la personalidad (neurosis, psicosis crónicas, retrasos y demencias).

Prolífico escritor, Henri Ey ha repetido en muchos ocasiones que la propiedad específica que distingue al espíritu humano del mundo de los seres vivos es la libertad, razón por la cual tenía a gala manifestar que "la psiquiatría es una patología de la libertad". Aunque sobradamente comentado, este adagio debe entenderse en el sentido de que la patología mental afecta precisamente al hombre en eso que tiene de más característico, esto es, la libertad y su pérdida potencial merced a la enfermedad.

Crítico con el psicoanálisis, por cuanto éste se decanta por una psicogénesis integral, pero también con el mecanicismo radical de Clérambault, en materia etiológica este autor sostuvo que las enfermedades mentales tienen siempre un soporte material alterado –alteración del cerebro–, aunque éste no siempre pueda ser demostrado y no alcance a explicar completamente su causa. Aunque su alumno y sobresaliente historiador de la psiquiatría, el profesor Georges Lanté-

ri-Laura, no se ha cansado de quitar hierro al organicismo imputado a esta doctrina, no se puede dejar de ver en ella esa raigambre típicamente psiquiátrica –apreciable en obras tan desiguales como las de J. P. Falret y la de E. Bleuler, por citar sólo dos ejemplos– según la cual la alteración primaria corresponde, aproximadamente, a la materia y la secundaria, a la personalidad o psiquismo, que no haría otra cosa sino colorear la fenomenología del cuadro clínico; dicho con otros términos: la etiología se sitúa directamente en el organismo, mientras que la patogenia incluye ciertas reacciones y mecanismos psíquicos.

Los movimientos sociales contestatarios surgidos en los años sesenta llegaron también al corazón de la psiquiatría y de sus instituciones. Muchos clínicos jóvenes (Basaglia, Laing, Cooper, Szasz), pero también algunos sociólogos y filósofos –en especial M. Foucault y su *Historie de la folie à l'âge clasique*, publicada en 1961– asestaron críticas muy severas la psiquiatría tradicional y a su noción de enfermedad mental, a la que T. Szasz calificó de "mito". En esos años de extensión de la psicofarmacología clínica, los psiquiatras ingleses Ronald Laing (1927-1989) y David Cooper (1931-1986), muy influidos por Sartre y Husserl, pero también por Binswanger, Strauss y E. Minkowski, iniciaron este movimiento rechazando el abuso de las etiquetas diagnósticas e inscribiendo la locura en una dimensión social. Amén de todas las críticas al sistema represor que instaura el discurso y la práctica psiquiátricas, los llamados "antipsiquiatras" mostraron una actitud muy recelosa con respecto a la nosografía de las enfermedades mentales, asimilando la crisis psicótica a un viaje, al que Laing denominó "metanoia". Más que ningún otro, este autor insistió repetidamente en que la crisis como tal implicaba también un cambio –ése es su sentido original en griego–, una transformación espiritual, en la medida en que la propia psicosis contenía también una posible solución y unos medios de curación internos. Ciertamente, el propio Laing comenzó su práctica psiquiátrica en el período anterior al descubrimiento de los actuales psicofármacos. Como otros de sus correligionarios, se acercó al psicoanálisis para combatir el nihilismo terapéutico que dominaba la psiquiatría de la época. En esos momentos concurren en Inglaterra un abuso del diagnóstico de esquizofrenia, un masivo control social de los trastornados mediante la psicofarmacología y una economía de posguerra que facilita la exclusión del inadaptado. Estos factores sitúan la coyuntura histórica en la que se desarrolló el movimiento antipsiquiátrico.

Esta actitud recelosa frente a la nosografía se manifiesta, especialmente en Laing, en la recuperación de la palabra *madness* (locura) y en una defensa de la visión unitaria de la patología mental psicótica. Inspirándose en la noción de "violencia simbólica", los antipsiquiatras denunciaron los efectos perniciosos sobre los pacientes de las "etiquetas diagnósticas", pero también la incapacidad que inducen los neurolépticos y los esfuerzos de los terapeutas por adaptar a los pacientes al medio social

que consideran más salutífero. En su consideración, todas estas actuaciones tienden, aunque no se lo propongan, a la cronificación, que no es otra cosa que una manera de sobrevivir en una locura que no está siendo bien entendida. Su propuesta no fue otra que una actitud no invasiva ante esas "desviaciones", tanto por parte de las instituciones como de los profesionales; se trataba ante todo de saber acompañar al loco en su singular viaje a través de la locura.

En el plano etiológico, Laing y Esterson se mostraron partidarios de una causalidad social y familiar de los trastornos mentales, aproximándose a la teoría del etnosociólogo G. Bateson y la Escuela de Palo Alto y su noción de *double bind* ("doble vínculo"). A este respecto, en una larga entrevista a Laing publicada bajo el título *Intervista sul folle e il saggio* (1979), éste recuerda que "la esquizofrenia no es algo exclusivo de una persona"; y más adelante, terciando sobre la supuesta causalidad neuroquímica de la psicosis: "Si existe una química del terror, existe también una química de la desesperación crónica; y es más, existe una química para cada cosa. En consecuencia, no podemos valorar todas estas cosas de modo justo hasta que los científicos no hayan desarrollado una auténtica química social [...]".

El movimiento antipsiquiátrico se extendió en Europa como la pólvora. Los resultados más notorios en el terreno asistencial se alcanzaron en Italia gracias a Franco Basaglia y la reforma tajante que llevó a cabo en el manicomio de Gorizia. Las opiniones de Basaglia abundan en una crítica al capitalismo radical y a cualquier forma de totalitarismo, pues los consideró en sí mismos patógenos; además, con relación a la psiquiatría, denunció que servía ante todo para ocultar la realidad del problema del que se estaba ocupando. Pero los efectos de este movimiento de "liberación de los enfermos" fueron paulatinamente asentándose en el resto de países. A fecha de hoy, parece impensable que sin esta insurrección contra la inercia represora encomendada a la psiquiatría desde hace doscientos años, y también contra el nihilismo terapéutico, se hubieran podido producir las actuales reformas de las instituciones asilares, la creación de otros dispositivos asistenciales más adecuados para este tipo de pacientes o la implantación de las psicoterapias en los ambulatorios de salud mental. Sin embargo, este movimiento que tanto espantó a H. Ey estuvo en parte falto de un fundamento teórico adecuado. Sus brillantes intuiciones nosológicas y su atrevida actitud antinosográfica no siempre resistieron un examen conceptual detenido.

Fuera de estas conmociones, una gran parte de las contribuciones de la psicopatología psiquiátrica actual están lamentablemente mediatizadas por los intentos de explicar los efectos deseables o indeseables de los psicofármacos. Se trata aquí de localizar síntomas muy específicos sobre los que aplicar fármacos cada vez más específicos; se llega incluso a secuestrar la expresión "psicopatología descrip-

tiva" para adjudicársela a este tipo de investigaciones, por lo demás al servicio una ideología somaticista. La extensión masiva de estas drogas ha transformado en gran medida la clínica de la observación y de la escucha, perdiéndose por el camino toda la reflexión psicopatológica *stricto sensu*. La inercia que ha establecido este tipo de técnica no parece mostrar ningún interés por el *pathos* particular, pues suele conformarse con encontrar los criterios oportunos para establecer un diagnóstico internacional y prescribir un tratamiento estandarizado; en la mayoría de las ocasiones, sólo cuando éste no funciona se detiene a examinar nuevamente los síntomas más conspicuos con el único propósito de diseñar un procedimiento que los acalle. Se produce así un efecto que relega la psicopatología a posiciones marginales hasta descentrarla de ese núcleo en el que la tradición la había colocado en la investigación del malestar subjetivo, degradándola y reduciéndola a una burda semiología, la cual es empleada para componer diagnósticos descriptivos en permanente mutación. En esta dirección apuntan, más que ninguna otra propuesta taxonómica, los últimos *DSM*, lamentablemente usados por algunos como manuales de psicopatología. Sobre este particular ha terciado recientemente el profesor López Piñero (*Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*, 2002) con los términos que a continuación se citan: "Todavía más grave es la confusión creada al utilizar como diagnósticos en la práctica clínica términos de la clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud o de la American Psychiatric Association, que son meros consensos de conveniencia destinados a la normalización estadística. Basta leer sus definiciones para comprobar que su uso acrítico está favoreciendo un escolasticismo meramente verbalista".

No son éstos buenos tiempos para la psicopatología psiquiátrica. "La corriente hegemónica de la psiquiatría actual –escribe Colina en su último libro *El saber delirante* (2001)– ha hecho suyas las tesis propias y, sin mayor pudor, las antagónicas también. Según tiende a reducir la práctica psiquiátrica al diagnóstico y la prescripción, al mismo tiempo, bajo una notoria mala fe, reclama para sí el celo por la psicopatología, por la historia, por la rehabilitación, por la cronicidad y sus estigmas, como si estos asuntos no le fueran ajenos e incompatibles con su metodología que sólo aspira a poner envoltorios nuevos a viejas ideas".

Frente a este panorama ciertamente sombrío, la clínica psicoanalítica ha tomado en las últimas décadas el relevo en la investigación psicopatológica. El interés insoslayable por entender y explicar el malestar subjetivo ha conducido a los psicoanalistas a desempolvar los tratados y las monografías de nuestros clásicos, a servirse de sus construcciones psicopatológicas para orientarse en el quehacer cotidiano, a someterlos a la prueba diaria del trabajo clínico, a perfeccionarlos y reformularlos a la luz de la enseñanza que permanentemente se desprende de la experiencia analítica.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA

Existe, ciertamente, tal cantidad de publicaciones sobre la historia de la psicopatología que el lector que en ella se inicia puede extraviarse si no selecciona adecuadamente sus lecturas. En tan vasta disciplina resulta del todo recomendable tener permanentemente al alcance de la mano –ya sea para consultarlos puntualmente o para profundizar en sus materias– algunos de los grandes tratados, enciclopedias e incluso diccionarios que han conquistado por derecho propio el reconocimiento mayoritario de los investigadores. De entre todos ellos, dos son sin duda los más recomendables: en el ámbito concreto de la historia de la medicina, la magna obra dirigida por Pedro Laín Entralgo, *Historia universal de la medicina*, 7 vols., Barcelona, Salvat, 1972-1975 (existe una edición en CD-ROM); en el terreno del saber y la filosofía, por supuesto, el sin par *Diccionario de Filosofía* (4 tomos, Barcelona, Ariel, 2001) de José Ferrater Mora. Más modesto que los anteriores y también más desigual, pero asimismo útil, resulta el texto dirigido por Jacques Postel, *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie clinique*, París, Larousse, 1998.

En lo tocante a las monografías que ofrecen una visión general de nuestro objeto de investigación, dos especialmente pueden también servir de guía: el voluminoso trabajo colectivo dirigido por Jacques Postel y Claude Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983 [ed. española: *Historia de la psiquiatría*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1987]; y, junto a ésta, la más breve de E. H. Ackernecht, *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1957 [ed. española: *Breve historia de la psiquiatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1962]. Asimismo, una primera aproximación puede hallarse en la publicación

coordinada por el Prof. Rafael Huertas, "La locura y las enfermedades mentales en la historia", *Historia 16*, 1993, n.º 211, pp. 23-88. Los lectores apresurados encontrarán también el camino allanado en la breve monografía de Y. Pélicier, *Historie de la Psychiatrie*, París, PUF, 1994.

Más que en ningún otro período, la locura y las enfermedades mentales han sido principalmente examinadas a lo largo de los siglos XIX y XX. Y lo han hecho los autores desde perspectivas muy distintas, aunque es la nosológica y la nosográfica la que conviene aquí consignar. Tres son, a este respecto, los ensayos más originales e informados: el de Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, París, Editions du Temps, 1998 [ed. española: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000]; el debido a Paul Bercherie, *Les fondements de la clinique*, París, Navarin, 1980 [ed. española: *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires, Manantial, 1986; no incluye ésta, lamentablemente, el Prólogo de G. Lantéri-Laura ni tampoco las ilustraciones]; finalmente, el de José María Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, 1999.

Entre aquellos que glosan las vidas y las obras de los más señeros clínicos y psicopatólogos, es menester seguir invitando a la lectura de las obras ya clásicas: René Semelaigne, *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, 2 vol., París, Baillière et fils, 1932; y en lo que atañe a la clínica alemana, para los más antiguos, Theodor Kirchhoff (ed.), *Deutsche Irrenärzte*, 2 vols., Berlín, Springer, 1921-1924; y para los más recientes, Kurt Kolle (ed.), *Große Nervenärzte*, 3 vol., Stuttgart, Thieme, 1956-1963. Algunos breves ensayos sobre destacados psicopatólogos –Chaslin, Kraepelin y Clérambault, entre otros– pueden leerse también en el monográfico "Quelques grands noms de la Psychiatrie", de *Confrontations psychiatriques*, 1973, 11, pp. 1-249. Y junto a las anteriores, la reciente contribución de Pierre Morel: *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1995. En el ámbito de la llamada psiquiatría dinámica, claro está, el clásico de H. Ellenberger: *The Discovery of Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Londres, 1970 [ed. española: *El descubrimiento del psicoanálisis. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*, Madrid, Gredos, 1976]. Aunque un tanto irregular en sus contenidos, el *Dictionnaire de la psychanalyse* (Fayard, 1997) de É. Roudinesco y M. Plon ofrece asimismo un buen número de semblanzas biográficas de los autores psicoanalíticos. Finalmente, entre las historias ilustradas de la psiquiatría y el psicoanálisis cabe recomendarse la firmada por P. Morel, J. P. Bourgeron y É. Roudinesco, *Au-delà du conscient*, París, Hazan, 2000.

Dos textos de Freud resultan aquí imprescindibles para situar el inicio del psicoanálisis y sus posteriores desarrollos: *Contribución a la historia del movimiento*

psicoanalítico [*Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung*, 1914] y *Presentación autobiográfica* [*Selbstdarstellung*, publicada en 1925]. Las obras de Freud consultadas y citadas a lo largo de estos *Fundamentos* corresponden tanto a la edición alemana *Gesammelte Werke* (Londres, Imago, 1940-1952, y Francfort del Meno, S. Fischer Verlag, 1972; 18 vols.) como a la inglesa *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmung Freud* (Londres, The Hogarth Press, 1953-1974; 24 vols.), ordenada, comentada y anotada por James Strachey, así como a las dos traducciones españolas: la más clásica de Luis López-Ballesteros (Madrid, Biblioteca Nueva, 1972; 9 vols.) y la más reciente de José Luis Etcheverry (Buenos Aires, Amorrortu, 1986; 24 vols.), la cual incluye los comentarios y anotaciones de Strachey. En adelante, nuestras referencias bibliográficas de Freud incluirán, para no incurrir en redundancias, únicamente la versión alemana y la edición de Amorrortu.

Por lo demás, tal como se ha advertido en las *Palabras previas*, en la Bibliografía General que cierra estos *Fundamentos* el lector hallará una selección de las publicaciones que, a nuestro juicio, son de mayor interés para profundizar en este ámbito del saber.

Parte II

LOS MODELOS PSICOANALÍTICOS EN PSICOPATOLOGÍA

PRESENTACIÓN

Tras la exposición histórica desarrollada en los cuatro capítulos anteriores, fácilmente se colegirá que los modelos, tendencias y orientaciones en psicopatología distan mucho de aproximarse a la uniformidad. Mas todos ellos podrían ser reducidos a dos, al menos desde el punto de vista didáctico: la psicopatología psiquiátrica, cuya querencia por el paradigma de la patología médica le es consustancial –a pesar de sus variados enfoques–, y la psicopatología psicoanalítica, en la cual predomina abiertamente la dimensión de la subjetivad y se conjuga la trabazón entre el lenguaje y el ser (*parlêtre*, según la terminología propuesta por Lacan).

No obstante, tampoco en el ámbito concreto de la psicopatología psicoanalítica resulta pertinente circunscribir un conjunto homogéneo. Antes al contrario: aunque se aprecian algunos elementos comunes, lo cierto es que pueden describirse varios modelos característicos y diferenciados, todos ellos arracimados en el tronco común del psicoanálisis. De estos diversos modelos de la psicopatología psicoanalítica y de sus aportaciones mayores trata la presente Parte II, en la que se presta una especial atención a la orientación desarrollada por Jacques Lacan.

5

SOBRE LOS MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

Aunque el estudio y la descripción de los trastornos psíquicos se remonta cuando menos a la Antigüedad, el surgimiento de la psicopatología moderna puede datarse a finales del siglo XIX, casi un siglo después de la aparición de las primeras clasificaciones psiquiátricas de enfoque sistemático, aquellas que fueron especialmente elaboradas por Pinel y Esquirol. Tal como se ha indicado en los capítulos precedentes, el psicoanálisis se valió inicialmente de un cierto número de conceptos de la psiquiatría, pero los modificó ostensiblemente y los adecuó en función de su propio proyecto. Desde un punto de vista histórico, el surgimiento del psicoanálisis coincidió con la edición de los primeros tratados de psicopatología. Una de las preocupaciones dominantes en aquella época fue la de dar coherencia epistemológica a los diferentes tipos de saberes acumulados de forma más o menos empírica. En el ámbito de la psiquiatría europea, el interés por establecer un orden en las categorías de la clínica mental se evidencia ya de manera palmaria en el acalorado debate acerca de la extensión del concepto de paranoia que culminó con el informe de Cramer y Bödecker de 1893, así como en la aparición –bajo la influencia de Kahlbaum– del "método clínico" de Kraepelin y en los notables trabajos críticos de Chaslin, especialmente en sus *Éléments de sémiologie et cliniques mentales* (1912), y de Jaspers, en su *Allgemeine Psychopathologie* (1913).

En ese mismo momento, Sigmund Freud, inspirándose en la metodología verificacionista del físico Ernst Mach, escribió sucesivamente "Das Interesse an der Psychoanalyse" ("El interés por el psicoanálisis", 1913) y poco después sus artículos de "metapsicología", en los que intentó establecer y fundamentar los

conceptos cruciales del psicoanálisis. Se trata pues de una segunda intención que puede compararse a la elaboración de un metalenguaje, término éste que aparece simultáneamente en el terreno de la lógica: se quiere de este modo poner de manifiesto unos principios que justifiquen la clasificación de los trastornos, pero que den cuenta también de su causalidad y su desarrollo, así como de su tratamiento. Para situar en este contexto la especificidad de la psicopatología psicoanalítica, debemos, a modo de preámbulo, revisar y discutir los diferentes tipos de modelos que se han ido empleando hasta la actualidad. Un desarrollo más minucioso de algunos de estos modelos podrá leerse a lo largo de la Parte V de estos *Fundamentos*.

5.1. Las clasificaciones populares y el punto de vista antropológico

Han sido sobre todo los antropólogos quienes con mayor calado investigaron el modo con que las sociedades tradicionales enfocaron y clasificaron los distintos tipos de trastornos mentales. Desde una perspectiva causal, resulta omnipresente la influencia de fuerzas sobrenaturales, a menudo articuladas de una manera que puede ser puesta en relación con las estructuras familiares de intercambio, las cuales han sido igualmente invocadas como causa de los síntomas psíquicos (venganza de una fuerza sobrenatural, maleficio, posesión); sobre este particular y circunscribiéndonos al ámbito de la causalidad, bien puede afirmarse que los trastornos psíquicos no fueron diferenciados claramente de las afecciones físicas.

Sobradamente conocidas son algunas características de las clasificaciones nosológicas propias de esas sociedades tradicionales, pues aunque están jerarquizadas, no aportan nombres ni explicaciones para los rangos de la jerarquía y muestran una fuerte ligazón con creencias religiosas o mitos locales. Asimismo, se ha subrayado en multitud de ocasiones la paradójica coexistencia de muy cumplidos conocimientos farmacopéicos junto a explicaciones que no guardan relación alguna con sus verdaderos mecanismos terapéuticos. Sin embargo, la tesis del primitivismo del "pensamiento mágico" fue desmontada por antropólogos como C. Lévi-Strauss, quien por el contrario relativizó sin concesiones la diferencia entre "pensamiento salvaje" y "pensamiento científico", estimando que entre ellos no existiría una diferencia cualitativa. A tenor de estas consideraciones, algunos autores han creído poder demostrar que no habría ninguna clasificación científica indiscutible y que, por ejemplo, se podría considerar al *DSM-III* como una "clasificación popular" –tal como sostiene Blashfield–, pues su jerarquización y sistematización no siempre se apoya en bases científicas, presenta además numerosos solapa-

mientos, es asimismo etnocéntrica, etc. Los trabajos antropológicos y sociológicos sobre las enfermedades mentales coinciden a la hora de mostrar hasta qué punto éstas se ven afectadas por factores sociales o culturales.

Otra teoría aún, surgida de las ciencias cognitivas, puede incluirse en esta corriente; se trata de la teoría de los "prototipos", según la cual un concepto clasificatorio tenderá en la práctica a ser asimilado con los individuos de una especie particular, por lo demás presentada como más representativa que otras. Cualesquiera que sean las explicaciones dadas a este fenómeno, está claro que evidencia una especie de "simplificación popular" o "ideológica" del problema de las clasificaciones.

5.2. Modelos de inspiración linneana

El naturalista sueco K. Linneo (1707-1778), fundador de una célebre clasificación morfológica basada en dos criterios aplicables al conjunto del reino de la botánica, inspiró la mayor parte de las clasificaciones aparecidas en el terreno de las ciencias naturales y, por supuesto, en el de la psiquiatría. Sin embargo, en la misma proporción que este tipo de clasificaciones no aportaba nada interesante respecto a la naturaleza de los trastornos, se las criticó ampliamente a partir de J. P. Falret, esto es, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX.

5.3. El modelo sydenhamiano y su influencia

Fue el gran médico inglés Thomas Sydenham (1634-1689) quien, a lo largo de la segunda mitad del siglo XVII, consiguió elevar el empirismo clínico a un sistema racional de patología médica, en especial merced a la noción de "especie morbosa", suerte de compromiso entre la experiencia y la razón. Basó su método en la observación y el estudio longitudinal, suponiendo a la sazón la posibilidad de distinguir "enfermedades" de naturaleza muy diferente, incluso en aquellos casos en los que no se dispone de elementos causales que permitan disipar cuantas objeciones puedan hacerse a tal diferenciación. Basándose en este tipo de observaciones longitudinales, Sydenham fue el primero en distinguir el sarampión de la rubeola. Dada su coherencia interna y los apetecibles resultados que podía deparar, su método fue considerado un fundamento importante para la clasificación a falta de más información sobre agentes etiológicos específicos.

A mediados del siglo XIX Jean-Pierre Falret se hizo eco de esta metodología, que habría de ser nuevamente reivindicada en los últimos años de ese siglo por

Emil Kraepelin para orquestar su "método clínico"; ciertamente, para Kraepelin debían existir entidades morbosas independientes (*Krankheitzustände*), las cuales difícilmente podían ser individualizadas sólo mediante la observación sincrónica, pero sí podían diferenciarse a partir de su detenido seguimiento a largo plazo, dado que según este autor las distintas enfermedades mentales presentaban tipos distintos de evolución natural. Aunque dicho proyecto supuso a la postre un fracaso estrepitoso, eso no impidió que fuera posteriormente retomado por Spitzer, Robins y Guze cuando elaboraron las bases teóricas del *DSM-III*. A este respecto, Robins y Guze reivindicaron entonces una concepción de los "trastornos psíquicos" (*mental disorders*) basada en cinco fases:

1. Descripción clínica.
2. Datos de laboratorio.
3. Delimitación por relación a otros trastornos.
4. Evolución (*follow-up*).
5. Estudio familiar.

Sin embargo, este último modelo no guarda demasiada fidelidad a las concepciones originarias de Sydenham, pues además de mostrar una notable querencia por los síndromes, se apoya de muy buen grado en tentativas de validación psicométrica.

5.4. Modelos continuistas

A la inversa del modelo sydenhamiano, los modelos continuistas suponen la existencia de un *continuum* entre todas las afecciones psíquicas. Tal era el caso, entre otros, del complejo modelo elaborado por Pinel. Yuxtaponía éste una causalidad "moral" (las pasiones) y una causalidad somato-digestiva, y estimaba además que un mismo enfermo podía presentar sucesivamente una melancolía, una demencia, una manía, etc., pues en su consideración cada una de estas afecciones no constituía sino un aspecto de una enfermedad única llamada "alienación mental". Aunque fue ésta la corriente de pensamiento más preeminente durante la primera mitad del siglo XIX, aun cuando se nutría de influencias y lecturas muy diferentes, con el paso de las décadas perdió paulatinamente adeptos a la par que los ganaban J. P. Falret, L. Kahlbaum y E. Kraepelin.

Si bien no puede considerarse una regla general, el modelo del *continuum* está fuertemente articulado con las concepciones unitarias de la patología mental. Un buen ejemplo de ello lo hallamos en W. Griesinger, quien inspirándose en Bayle,

propuso la concepción unitaria de un proceso patológico (*Einheitspsychose*) de larga duración que debía transcurrir por etapas obligatorias, debutando con trastornos del humor (melancolía) y concluyendo en alguna forma de demencia. Coincidiendo con el anterior en cuanto a la visión unitaria, pero difiriendo abiertamente en materia etiológica, Ideler y los *Psychiker* protestantes propusieron que la unidad de las diferentes enfermedades estaba determinada por una falta moral capaz de originarlas a todas ellas.

Asimismo, parece evidente el estrecho lazo que unió a las teorías procesuales de las afecciones psíquicas –es decir, las teorías según las cuales habría un *processus* típico responsable de las enfermedades mentales– con las teorías continuistas; a fin de precisar esta consideración, es necesario recordar que la noción de "proceso" tiene, según Karl Jaspers, un sentido de discontinuidad, característica propia de la psicosis, diferenciándose del concepto de "desarrollo", donde sí está en juego un *continuum*. A este respecto, Paul Bercherie ha enfatizado que la noción de un "proceso" característico de las psiconeurosis, cualesquiera que sean, resulta ostensible en las elaboraciones freudianas: la represión original se seguiría de una fijación primaria del síntoma, y los retornos de lo reprimido darían lugar a contrainvestiduras, las cuales producirían los síntomas secundarios.

Sin embargo, es necesario subrayar que desde el principio de sus elaboraciones Freud insistió en la idea de que las manifestaciones clínicas dependían de varios factores cuya presentación condicionaban notablemente. En el curso del siglo XX, la idea continuista prosiguió sus desarrollos en distintos ámbitos de la clínica mental; así, en la teoría psicoanalítica de Melanie Klein y en la teoría biológica de Adolf Meyer y sus numerosos alumnos, pero también en las elaboraciones de Genil-Perrin, Claude, Kretschmer y otros autores proclives a las "constituciones patológicas".

5.5. Teorías sindrómicas

Surgido como reacción frente al modelo de las entidades independientes propugnado por Emil Kraepelin, durante la primera década del siglo XX se elaboraron y consolidaron algunas teorías de corte sindrómico, en especial la alumbrada por A. Hoche, cuya influencia en la psicopatología de Karl Jaspers habría de reportarle una notable difusión. Tomando como punto de referencia el estado de conocimientos de la psiquiatría de aquellos años, esta corriente asevera la imposibilidad de establecer diferenciaciones nosográficas que no sean otra cosa que meras agrupaciones de síntomas cuya aparición suele coincidir frecuentemente en el tiempo; dichas agrupaciones vendrían determinadas por etiologías muy variadas y, por tanto, también su tratamiento debería de ser múltiple.

Este modelo, al que suele tildarse de "prudente" pero también de relativamente "poco exigente", ha influenciado profundamente la psicopatología psiquiátrica del siglo XX, especialmente las teorías norteamericanas de los *DSM* (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana), aunque también puede captarse de un modo más secreto en una buena parte de la psicopatología psicoanalítica afiliada a la psicología del Yo (noción de "organización" de las defensas del Yo).

5.6. Teoría de los tipos clínicos

Deriva esta teoría directamente de las investigaciones anatomopatológicas de la neurología, tal como fueron desarrolladas por J. M. Charcot. En el proceso de investigación orientado hacia al descubrimiento de las verdaderas enfermedades mentales, el famoso neurólogo parisino distinguía una primera fase destinada a identificar "formas clínicas" (*types cliniques*), es decir, grupos de síntomas para los que la estructura constante de los signos en el curso de la evolución de la enfermedad y el estado de los conocimientos científicos permiten suponer que existiría una etiología única, la cual debería ser posteriormente confirmada por la investigación anatomofisiológica. El *estatus* de esos tipos clínicos es ambiguo, pues aunque la intuición del clínico resulta esencial para constituirlos, su confirmación debe venir de una especie de relación biyectiva entre la evidencia lesional y los signos clínicos.

Philippe Chaslin, desde 1895, intentó aplicar esta concepción a la psiquiatría a partir de su descripción de la "confusión mental primitiva"; posteriormente continuó empleándola en sus lecciones clínicas, pero reconociendo los límites de las investigaciones lesionales y centrándose mucho más en la estructura constante de los signos clínicos, sobre todo en su magna descripción de las "locuras discordantes", publicada en 1912. El término fue también retomado por Jacques Lacan en 1975, quien consideró que los "tipos de síntomas" (*types de symptômes*) serían manifestaciones de la estructura, de la cual sólo el discurso analítico podría dar cuenta de una manera concluyente.

5.7. La tentación de la "mitología cerebral"

Entre los escollos más insalvables con los que se ha topado la psicopatología psiquiátrica se halla desde siempre el proyecto de reducir los trastornos psíquicos a cuadros médicos propiamente dichos. A fin de paliar esta dificultad, la

mayor parte de los autores han pergeñado diversas hipótesis tendentes a asociar los síntomas psicopatológicos con una "posible" lesión cerebral. Tal fue la iniciativa desplegada por W. Griesinger, quien a mediados del siglo XIX proclamaba que todo trastorno mental tenía que estar causado por una lesión cerebral. Pues bien, una de las corrientes psiquiátricas más fructíferas surgidas de la orientación griesingeriana desembocó cuarenta años después en lo que se ha dado en denominar "mitología cerebral", esto es, el conjunto de teorías y especulaciones, elaboradas especialmente por Meynert y Wernicke, con las que se pretendían describir lesiones o trastornos funcionales cerebrales a los que se atribuía la causalidad directa de las afecciones psíquicas; aunque esta orientación se había inspirado muy de cerca en el modelo neurológico de las afasias (trastornos del lenguaje por lesión cerebral, teoría llamada del "territorio" lesional), en el ámbito de la patología psíquica su pertinencia resultaba más que dudosa. Así y todo, este tipo de exposiciones ha permanecido incólume en ciertos sectores mayoritarios del discurso psiquiátrico, en especial en la "psiquiatría biológica", que ha propuesto a partir de 1960 numerosas explicaciones de esa índole a toda clase de síntomas, sin conseguir, finalmente, que ninguna de esas tentativas resultara concluyente debido a que no se ha realizado ningún descubrimiento de causas unívocas determinantes.

Por su parte, el modelo freudiano se separó abiertamente desde sus inicios de las tesis localizacionistas, con las que el fundador del psicoanálisis estaba muy familiarizado merced a su formación neurológica y neuroanatómica.

5.8. Las incertidumbres de la herencia

Desde hace mucho tiempo se ha especulado con la herencia como agente causal –por ejemplo, en la teoría de la degeneración–, y como tal se incluyó desde mediados del siglo XIX en los intentos de clasificación psiquiátrica, sobre todo para particularizar el grupo de las psicopatías y también para distinguir los delirios crónicos de los episodios delirantes agudos (*bouffées délirantes*). De entre todos los conceptos surgidos en el campo de la salud mental, es éste, probablemente, el que ha concitado efectos políticos más poderosos, pues sugiere la idea de una transmisión intergeneracional de las enfermedades y anima, por ello mismo, a una posible actuación social destinada a mitigarla. Sus consecuencias se han hecho sentir no sólo en las propuestas relativas a la "higiene mental" y en los procedimientos de esterilización desarrollados en los países nórdicos y anglosajones a partir de 1910, sino también en las ominosas prácticas de selección y de exterminio llevadas a cabo en la Alemania nazi.

Apoyándose casi exclusivamente en datos estadísticos hasta finales de los años cuarenta, algunos investigadores han logrado dotar a este tipo de estudios de unas bases menos cuestionables a partir del resurgimiento del mendelismo y del descubrimiento de la "doble hélice" que estructura el ADN. Si bien la influencia ideológica de esa corriente ha sido inmensa, su justificación científica permanece aún mal afianzada en psicopatología, dado que la diferenciación entre innato y adquirido sigue siendo hoy en día objeto de acaloradas discusiones, amén de que la genética continúa experimentando una profunda revisión al haber aumentado muy recientemente el conocimiento del mapa genético, de modo que muchas ideas sobre este particular están en permanente reelaboración. En efecto, el número relativamente pequeño de genes funcionales que han sido secuenciados (unos 30.000, es decir, apenas alguno más que en animales inferiores como la lombriz de tierra) hace cada vez más improbable que se pueda identificar un gen único responsable de las enfermedades mentales.

Las investigaciones actuales indican que el papel desempeñado por estos genes sería mucho más complicado que el de una mera y simple "predeterminación": el cometido de algunos genes parece consistir en inhibir o modificar el de otros según esquemas complejos; los mecanismos de transcripción del ADN y ARN a las proteínas resulta bastante más enrevesado de lo que en principio se imaginaba; finalmente, los diversos factores del entorno parecen contribuir de manera importante en las relaciones entre los genes y a un nivel mucho más elemental de lo que supusieron los genetistas hace unos decenios. Una encrucijada tal está completamente acorde con las ideas freudianas, que desde sus inicios se alzaron enérgicamente contra los modelos hereditarios en psicopatología.

5.9. Los tests psicológicos y la psicología diferencial

Este ámbito de la investigación se desarrolló a partir de finales del siglo XIX y se ha venido aplicando de forma creciente en psicopatología psiquiátrica; ciertamente, a falta de datos causales incontestables, se ha pretendido con ellos dotar de bases consensuadas a las clasificaciones. Se trata, por tanto, de un tipo de justificación muy apreciado actualmente y más aún en el marco de los *DSM*, donde la mayor parte de las afecciones pueden ser evaluadas mediante "entrevistas estructuradas". Sabido es que la psicología diferencial distingue entre la fiabilidad de un test y su validez. La fiabilidad (*reliability*, en inglés) es la medida del grado en que un test evalúa el concepto subyacente al que se le asocia, es decir, su grado de consistencia; a este respecto suelen describirse tres tipos de metodologías: tests paralelos, método test-retest y consistencia interna. La validez, por

su parte, es el grado de evidencia que corrobora las inferencias hechas a partir de resultados de los tests; pueden distinguirse asimismo tres tipos: la validez del contenido, la validez en función de un criterio reconocido y la validez de construcción, es decir, referida a una teoría en particular.

Respecto a las aplicaciones específicas de la psicología diferencial al campo de la psiquiatría, se ha llamado la atención acerca de que, casi siempre, tales aplicaciones solían descuidar la diferencia entre fiabilidad (coherencia de los instrumentos de medida) y validez (realidad, "contenido" al cual remiten los instrumentos). Dicho principio fue defendido sobre todo por L. J. Cronbach, N. Rajaratnam y G. C. Gleser en su artículo de 1963 "Theory of generalizability". Para estos autores, la referencia última tiende a ser un "consenso entre clínicos" (medido estadísticamente por el "coeficiente kappa") respecto de síndromes "ateóricos", esto es, aquellos cuya coherencia clínica permanece mal determinada. Esta corriente ha sido enérgicamente criticada por la corriente lacaniana, que ha visto en ello una injustificable complicidad con las exigencias más mercantilistas.

5.10. Modelos centrados en la valoración de riesgos

Las concepciones más recientes están muy ligadas históricamente a la preocupación por la valoración de los riesgos, desarrollada desde finales del pasado siglo por los sistemas de asistencia y solidaridad social. En ese marco, las características del riesgo social son consideradas como los rasgos sobresalientes de un trastorno psiquiátrico, y las cuestiones relativas a la estructura del trastorno se ligan a la imputabilidad en términos de responsabilidad jurídica (especialmente en el caso de que una acusación por cuidados inadecuados pueda llegar hasta los tribunales) y a la posibilidad de mutualización de la protección contra dichos riesgos. Es éste el punto de vista que predomina actualmente, aunque se presenta bajo versiones y apariencias diferentes. Dicha perspectiva prevalece tanto en Norteamérica (limitaciones al modelo liberal según Rawlins o Dworkin) como en Europa (teoría de la responsabilidad y los riesgos, sobre todo a partir de los trabajos de Hans Jonas), ya sea mediante prácticas de *case management* (gestión privada según el principio de restricción de los costes sociales) o a través de las técnicas de planificación centralizada del gasto sanitario. Este tipo de modelos se basan especialmente en datos epidemiológicos, de los cuales se valoran básicamente los principios psicopatológicos "sindrómicos", centrándose en sus costes sociales.

5.11. La oposición entre estructura profunda y estructura superficial

Si bien para muchos autores esta oposición ha sido considerada como fundadora del concepto de psicopatología, tal coincidencia no ha impedido que se suscitaran versiones muy contradictorias sobre los términos en los que se asienta. Aparecida formalmente a partir de 1850, la oposición entre "estructura profunda" y "estructura superficial" ha sido unas veces justificada por la eclosión brutal de trastornos sin relación aparente con lo que hasta entonces se sabía del enfermo, y otras por la discontinuidad de los síntomas o por su repetición espaciada con "intervalos libres". Las versiones aportadas sobre dicha distinción no dejan de asombrar por su notable heterogeneidad; en el momento actual, las que han hallado más reconocimiento y difusión son, por un lado, el antagonismo propuesto por Zubin entre "vulnerabilidad" y "trastornos actuales", y, por otro, la oposición ampliamente desarrollada por el psicoanálisis estructural entre "fenómeno" y "estructura".

Zubin, quien se basa en las investigaciones que evidencian la discontinuidad evolutiva de la mayor parte de los casos de esquizofrenia, consideró que la noción de vulnerabilidad engloba al menos siete movimientos concurrentes. Estos modelos se reparten entre las ciencias "duras" como la genética, las teorías ecológicas, las del desarrollo, las del aprendizaje, las químicas (metabólicas), las neurofisiológico-cognitivas, las anatómicas y, por otra parte, el modelo "social" (*coping*). Es esta última teoría la que, a juicio de Zubin, puede considerarse actualmente como mejor probada: lo más frecuente es que los sujetos esquizofrénicos se descompensen como respuesta a acontecimientos desfavorables de su entorno, ya se trate de fallos en la "red social", bien del carácter determinante de los acontecimientos vitales (*life events*) o de una actitud desfavorable del entorno (*expressed emotions*).

No hay modelo psicoanalítico que deje de reconocer la oposición entre estructura profunda y estructura superficial, aunque sólo lo haga apelando a la dialéctica consciente-inconsciente, Yo-Ello y, especialmente, proceso primario-proceso secundario. Según estos modelos, los síntomas están determinados por motivaciones inaparentes. A ello hay que añadir que, durante un cierto tiempo, dichas motivaciones pueden permanecer compensadas sin manifestar por el momento su "expresión" consciente. Tales consideraciones serían válidas para todas las estructuras psicopatológicas propuestas por el psicoanálisis, esto es, la neurosis, la psicosis y la perversión, mientras que el modelo de la vulnerabilidad se limita sobre todo a las psicosis y los problemas psicosomáticos.

Principalmente ha sido el modelo lacaniano el que con más empeño y fundamento se viene dedicando a sustentar la hipótesis según la cual la falta de un significante esencial (que recibe en Lacan la denominación de significante del

Nombre-del-Padre) provocaría una cierta fragilidad en el sujeto, originando su estructura psicótica; el signo clínico más llamativo de tal fragilidad lo constituyen precisamente los "fenómenos elementales" discretos, los cuales permanecen frecuentemente encubiertos o disimulados. El sujeto puede enmascarar dicha falta durante un tiempo más o menos largo y mediante distintos medios; sin embargo, si se ve obligado a apelar a ese significante ausente, cuya inscripción falta en su inconsciente, le sobrevendrá una descompensación psicótica, que a su vez podrá ser ulteriormente compensada a modo de prótesis. Estas compensaciones o reequilibrios pueden, evidentemente, ser de mejor o peor calidad.

Una característica importante de la noción de estructura –tal y como ha sido desarrollada por el psicoanálisis lacaniano– es su lazo directo con la noción de transferencia, en particular bajo la forma de un saber inconsciente.

6

RELACIONES Y DIFERENCIAS HISTÓRICAS ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y OTRAS DISCIPLINAS

Se exponen en este capítulo, de forma concisa y desde una perspectiva histórica, aquellos ámbitos en los que el psicoanálisis se aproxima a otras disciplinas y también los límites que sitúan sus diferencias, prestando aquí una atención especial a la psiquiatría dinámica y a la psicología clínica. Al señalar estas relaciones y diferencias, se acotará el terreno específico del psicoanálisis en materia de psicopatología, cuyos diversos modelos teóricos serán tratados en los capítulos 7 y 8.

6.1. Psicoanálisis y psiquiatría dinámica

Siguiendo a H. Ellenberger en su conocida obra *The Discovery of Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (1970), es posible distinguir al menos tres momentos históricos diferentes en el curso de los cuales ha emergido una psiquiatría dinámica. En primer lugar, la época de los tratamientos filantrópicos y morales (*vid.* Parte I), que comienza a desarrollarse a mediados del siglo XVIII y declina a mediados del XIX con la aparición de concepciones que encumbran las nociones de cronicidad y degeneración. En segundo lugar, aquellos modelos procedentes del magnetismo que habían dado sus primeros pasos en los albores del siglo XVIII y se habían extendido tiempo después en referencia a la hipnosis, hasta lograr una notable extensión en Europa central y occidental a partir de 1870; sabido es que este tipo de concepciones había adoptado la hipótesis de la existencia de mecanismos psíquicos que escapaban a la conciencia y que podían provocar diversas patologías mentales. Finalmente, los modelos influenciados por el

psicoanálisis, los cuales surgen en la primera década del siglo XX y se inician casi simultáneamente en Europa y en Estados Unidos.

Las aplicaciones posibles del psicoanálisis a la psiquiatría se han mantenido siempre de máxima actualidad a lo largo de la última centuria, especialmente las que se refieren a la terapéutica psíquica de las psicosis, ese ámbito de la psicopatología que constituye una parte esencial de los trastornos que tradicionalmente han sido objeto de la medicina mental. Dicha cuestión fue ampliamente debatida por Sigmund Freud desde sus observaciones iniciales sobre "Las neuropsicosis de defensa" ("Die Abwehrneuropsychosen", 1894); años después, nuestro autor volverá una y otra vez sobre este particular en sus diferentes artículos sobre la transferencia y la paranoia. Así, veremos repartirse las aplicaciones del psicoanálisis a la psiquiatría al menos en dos terrenos: por una parte, las curas analíticas modificadas y, por otra, las técnicas de grupo desarrolladas especialmente en instituciones en las que la rehabilitación pugnará con la elucidación de los mecanismos del delirio.

Las primeras aplicaciones del psicoanálisis a la psiquiatría clínica se llevaron a cabo en la clínica zuriquesa del Burghölzli bajo la dirección de E. Bleuler, aunque fue su adjunto C. G. Jung quien más se distinguió en su realización. Juzgadas desde nuestros criterios y conocimientos actuales, nos parece evidente que esas primeras aplicaciones se ejecutaron en aquella época de una manera demasiado literal, sin tener incluso en consideración las limitaciones relativas a la indicación del tratamiento señaladas primero por Sigmund Freud y después por Karl Abraham. De ese modo, se trató a algunos psicóticos declarados siguiendo el procedimiento de la cura analítica "clásica" de la neurosis, es decir, el analista administraba durante las sesiones ciertas interpretaciones de la transferencia destinadas a "levantar la represión"; en concreto, las sesiones realizadas por el propio Jung podían extenderse ininterrumpidamente durante varias horas, tal como efectivamente sucedió en el tratamiento que le dispensó a Otto Gross, un psiquiatra psicótico inspirador de la teoría bleuleriana de la esquizofrenia.

A esta aplicación voluntarista de la técnica analítica se añadieron las experimentaciones realizadas merced al "test de asociación" –inventado por Galton y ampliamente desarrollado por Aschaffenburg–, prueba a la que se suponía simultáneamente la capacidad de explorar el universo mental psicótico y la de demostrar las ideas psicoanalíticas. El "test de asociación" fue el instrumento más usual para realizar trabajos universitarios psiquiátricos inspirados por el psicoanálisis; Carl G. Jung y Sabina Spielrein lo utilizaron ampliamente. Su empleo se extendió igualmente a los estudios criminológicos. Incluso la propia definición de alguno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia, por ejemplo la "relajación (*Lockerung*) de las asociaciones", estaba directamente inspirada en el procedimiento del test.

A título indicativo para glosar la importancia docente que alcanzó el Burghölzli, baste recordar los nombres de algunos clínicos que realizaron allí parte de su formación: en el ámbito del psicoanálisis podemos destacar a K. Abraham, M. Eitingon, H. Numberg, A. Meader, F. Rikling, E. Jones, A. Brill, H. Ellenberger, L. Binswanger y J. Lacan, quien realizó también un breve *stage*; en el ámbito psiquiátrico, los profesores suizos Klaesi, M. Müller, Stachlin y Steck.

Fruto de la buena concordia que por entonces reinaba entre Freud, Bleuler y Jung, en 1909 se fundó el *Jahrbuch für psychoanalistische und psychopatologische Forschungen*, valioso testimonio de la nueva alianza entre psicoanálisis y psiquiatría. Sin embargo, este *Anuario* dejó de publicarse a partir de 1913 tras consumarse la ruptura definitiva entre Freud y Jung; a partir de entonces fue reemplazado por el *Internazionale ärztliche Zeitschrift für Psychoanalyse.*

El artículo de Freud "El interés por el psicoanálisis", publicado en 1913 a la vez que la *Psicopatología general* de Jaspers, aunque desde una perspectiva radicalmente divergente, nos muestra cuantas valiosas enseñanzas germinaron en el seno de esa colaboración entre el psicoanálisis y la psicopatología psiquiátrica. Ciertamente, ahí donde Jaspers separó dos campos relativamente impermeables (lo "comprensible", es decir, eso que consideró accesible a las psicoterapias y aprehensible mediante la empatía, opuesto a lo "no comprensible", es decir, inaccesible a la empatía y que remite la mayoría de las veces a procesos orgánicos), Freud afirmó por el contrario que buen número de "procesos" considerados "orgánicos", también los deficitarios, eran fácilmente inteligibles mediante la investigación de los mecanismos psíquicos que él había definido y que incluso eran tratables según el método psicoanalítico.

Cuando Jaspers creó la noción de "incomprensible", pese a que la introdujo para uso interno de su propia psicopatología, le confirió además un empleo anti-freudiano. Su crítica consistió en defender que, al contrario de lo que sostenía el psicoanálisis, no todo lo que concierne al ser humano tiene un sentido deducible; dicha argumentación fue especialmente desarrollada en la monografía *Wesen und Kritik der Psychotherapie* (*Esencia y crítica de la psicoterapia*, 1955). A la tesis jaspersiana respondió Lacan mostrando su reticencia ante las cosas supuestamente comprensibles: el énfasis puesto en "comprender" (*verstehen*) sólo conduce a la confusión porque pretende dar por sentado que hay síntomas que son obvios por predecibles; por su parte, "explicar" (*erklären*) supone el fundamento del discurso verdaderamente científico –donde la obviedad no tiene cabida–, en el cual se inscribe, a su vez, el psicoanálisis.

Resulta evidente que han existido varios modos de enfocar las aplicaciones del psicoanálisis a la psiquiatría clínica. A este respecto, en su texto ya mencionado de 1913 Freud insistió esencialmente sobre dos aspectos: en primer lugar, el hecho de que el psicoanálisis pone de manifiesto los mecanismos psíquicos

inconscientes; en segundo lugar, el procedimiento del análisis de la transferencia que permite revelar tales mecanismos. Por consiguiente, nada sorprende que la clínica psicoanalítica haya sido recientemente caracterizada por J. A. Miller como "clínica bajo transferencia" (*clinique sous transfert*), resaltando con ello que la mayor parte de las categorías clínicas se caracterizan esencialmente por el modo que adquiere en cada una de ellas la transferencia sobre el analista.

Después de 1913 los psiquiatras suizos y alemanes de orientación psicoanalítica continuaron criticando la partición propuesta por Jaspers entre "lo comprensible" y "lo explicable", afirmando que el delirio psicótico debe ser considerado plenamente accesible tanto al entendimiento como al tratamiento analítico. Asimismo, la expansión del psicoanálisis hacia Estados Unidos se consiguió en buena medida gracias al prestigio del Burghölzli: A. Meyer, A. A. Brill, K. Menninger y H. S. Sullivan se convirtieron en sus heraldos y promovieron –o hicieron promover por medio de sus alumnos– las aplicaciones del modelo psicoanalítico a la psiquiatría.

Varios han sido los tipos de lectura que en la práctica se desarrollaron respecto a la posición freudiana tal y como fue formulada en "El interés por el psicoanálisis". Se decantó una primera posición por considerar que a los psicóticos se les pueden aplicar modalidades "no modificadas" de la cura analítica, es decir, apenas diferentes de las empleadas en las neurosis. Una perspectiva de este estilo fue durante bastante tiempo sostenida por la escuela kleiniana, por ejemplo insistiendo en que si una interpretación no era suficientemente efectiva es porque no era lo bastante "profunda". Una variante de dicha posición consistió en estimar que el tacto del analista y sus cualidades personales deberían bastar para resolver los casos difíciles, aunque eso supusiese eventualmente ciertos sacrificios de su vida privada. Sobre este particular cabe evocar el célebre caso de Marguerite Séchehaye, quien en la década de 1930 se hizo cargo en su domicilio de la famosa paciente apodada Renée; se ocupó de ella y la atendió, ciertamente, en condiciones que caben calificarse de heroicas –llegando incluso a convivir con ella, adoptándola tiempo después–, mas no sin que el tratamiento se viese entrecortado por períodos de hospitalización, once en total.

Otro modelo, propuesto en este caso por el psicoanalista Paul Federn, experto en el tratamiento de las psicosis, se caracterizó por introducir sustanciales modificaciones en la técnica analítica. Tales renovaciones se centraron especialmente en la promoción de modos de estabilización "re-represión", captando para ello los fenómenos elementales desde su aparición. Según Federn, este tipo de tratamiento podía ser realizado en el consultorio privado. Sin embargo, en aquellos casos en que el paciente manifestaba crisis agudas de angustia, una regresión o incluso una descompensación, se procedía a hospitalizarlo confiándolo a una

enfermera especializada (Gertrud Schwing) que le aplicaba una técnica específica de maternaje.

A tenor del modelo propuesto por Ernst Simmel a finales de los años veinte en el Sanatorio de Tegel, sito en los suburbios de Berlín, y que tanto habría de influir en otros psicoanalistas como F. Fromm-Reichmann o H. Searles, el analista ejercía en el interior de un centro hospitalario, en el cual ocupaba un lugar jerárquico preeminente; asimismo, el psicoanalista requería del personal sanitario que le confiase la totalidad de informaciones sobre los hechos y gestos de los pacientes que estaban siendo psicoanalizados por él. Para Simmel ("Psychoanalytic treatment in a sanatorium", 1929), se trataba esencialmente de reunir los distintos aspectos de la transferencia en una única y central que él pudiera interpretar sin limitación. Paralelamente, se restringía expresamente la vida pulsional de los pacientes, es decir, nada de relaciones sexuales, prohibición de consumir alcohol, dietas estrictas y otras limitaciones análogas. Cabe mencionar que, en sus inicios, este tipo de tratamiento estaba especialmente dirigido a pacientes toxicómanos.

A partir de 1940 fueron dos las orientaciones de la aplicación del psicoanálisis a la psiquiatría clínica. La primera de ellas se dedicó a apoyar las prácticas de la rehabilitación psiquiátrica. A este respecto se suelen mencionar dos modelos, uno continental y otro inglés. El primero de ellos, el modelo continental de la "terapia activa", retoma y amplía un modelo clásico –el antaño propuesto por W. Griesinger– consistente en exigir a los enfermos su activa participación en trabajos agrícolas o en el mantenimiento de la institución, elaborándose una graduación de tareas según la evolución de los pacientes y en un medio autoritario, tal como preconizaba Hermann Simon; este mismo modelo, si bien aplicado de una forma bastante más suavizada, fue generosamente empleado en Suiza según las orientaciones de A. Répond y más tarde integrado en el modelo de la "terapia institucional", aunque añadiéndole medidas democráticas –en especial la asunción de responsabilidades por parte de los pacientes, los debates democráticos y la crítica social según la tradición marxista– e incorporando aspectos de la doctrina psicoanalítica.

El segundo de los modelos, la *therapeutic community* desarrollada en Inglaterra, proponía igualmente distribuir a los pacientes en talleres ocupacionales pero permitiéndoles participar en un grupo de discusión; esos pacientes habían sido en un principio militares hospitalizados por neurosis de guerra durante la Segunda Guerra Mundial, siguiendo el procedimiento iniciado por el psicoanalista kleiniano Wilfred R. Bion. También este enfoque evolucionará posteriormente hacia modalidades mucho más democráticas, tal como era el estilo de Maxwell Jones, permitiendo por ejemplo la asunción colectiva de responsabilidades así como fomentando debates sobre la organización de la institución y

hasta de la sociedad. Aunque se pueda considerar el posterior movimiento antipsiquiátrico –asentado en la idea de que los trastornos mentales están ante todo determinados por abusos sociales– como antagonista de los proyectos de reeducación aportados por esta corriente, en la práctica se ha tendido a asimilarlos en muchas ocasiones.

La segunda orientación se desarrolló básicamente en las tradiciones francófona e hispanoparlante: se trata del modelo de inspiración lacaniana, en el cual el psicoanálisis es enfocado como una continuación de la psiquiatría, si bien a través de una óptica diferente. Todo el énfasis recae aquí sobre el tipo de transformación de la vivencia delirante particular en cada caso, y sobre todo en la clase de dialéctica existente entre los fenómenos elementales y los modos de estabilización que podrían corresponderles. Tanto el delirio –comprendiendo por tal, por ejemplo, la relación de Paul Schreber con su Dios– como los fenómenos elementales –entendidos inicialmente a partir de una vivencia persecutoria respecto una instancia "supuesto saber"– serán aprehendidos desde el ángulo de la transferencia, y así se calculará el tratamiento en referencia al manejo de los distintos tipos de transferencia desplegados por el paciente.

Entre las indicaciones prácticas más generales, los diversos autores coinciden a la hora de recomendar evitar el *transfert central*, dadas sus cualidades persecutorias, para fomentar de este modo los distintos tipos del *transfert latéral*; asimismo, en algunos casos concretos se favorecerá en el sujeto la elaboración de un saber delirante "separado", de tipo filosófico, por ejemplo; de igual modo se intentará reducir o modificar los contenidos delirantes insistiendo en las coordenadas de aparición de los fenómenos elementales o en el tipo de enunciación concomitante. *Grosso modo*, bien puede decirse que el psicoanálisis lacaniano ha sido incorporado y empleado de una manera bastante laxa por la corriente de la psicoterapia institucional, aunque en ocasiones tal incorporación ha desvirtuado en exceso la propia lógica interna de esa orientación analítica.

6.2. Psicoanálisis y psicología clínica

La psicología clínica se definió bastante pronto por su inclinación al empleo de tests que permitían "objetivar" el funcionamiento psíquico. A finales del siglo XIX se pueden apreciar ya dos tipos diferentes de procedimientos psicométricos: primero, los tests cuantitativos, que inicialmente tuvieron por objeto el estudio del nivel intelectual del niño, especialmente el test de Binet-Simon creado en 1880; más tarde, en la década de 1890, los tests asociativos, y a partir de los años veinte el test proyectivo de Hermann Rorschach.

Ya desde los albores de la corriente psicométrica tendieron los especialistas en "tests de asociación" al uso de conceptos psicoanalíticos –sobre todo los de proyección, imagen corporal y fuerza del Yo– para interpretar así los resultados de sus pruebas. Resulta evidente, por el contrario, que los psicólogos más proclives a los tests cuantitativos mantuvieron una considerable distancia con los ámbitos del saber analítico. Fue a partir de la segunda década de la pasada centuria cuando algunos psicoanalistas comenzaron a desarrollar sus críticas a la noción de "nivel intelectual", ayudándose en especial de conceptos como seudorretraso e inhibición; tal posición crítica terminaría por asentarse y convertirse en una tradición permanente en los círculos psicoanalíticos.

También desde 1920 comenzaron a fraguarse los primeros bocetos de la psicología del desarrollo o psicología evolutiva –en especial de la mano de Piaget, Vitgotsky, Wallon, Gessell–, que intentará describir diferentes estadios del desarrollo intelectual, psicomotor o afectivo. Jean Piaget, quien en los inicios de su carrera había recibido formación psicoanalítica, lograría forjar algunas nociones cuya raigambre analítica resulta evidente, principalmente la de "egocentrismo". Posteriormente, algunas corrientes posfreudianas –en particular las derivadas de la psicología del Yo– mantuvieron un estrecho contacto con los especialistas en psicología evolutiva, mientras que otras estimaron por el contrario que el concepto de desarrollo debería relativizarse y ser considerado a tenor de su naturaleza compuesta. En líneas generales, ambos campos han permanecido netamente diferenciados pese a haberse trabado entre ellos numerosos contactos, por ejemplo entre J. Lacan y H. Wallon, entre M. Mahler y J. Piaget, y de igual modo en el reciente debate de Daniel Stern con la psicología evolutiva, o en los trabajos de C. Trevarthen con psicoanalistas kleinianos.

7

LOS MODELOS POSFREUDIANOS Y SUS RELACIONES CON LA PSIQUIATRÍA DE SU TIEMPO

Como enseguida mostraremos, una franca diferenciación entre las distintas corrientes psicoanalíticas comenzó a perfilarse a finales de la tercera década del siglo XX, sobre todo en lo que atañe al análisis de las resistencias, pues éste llegó a convertirse en una de sus más cruciales cuestiones. Así fue como surgieron y se elaboraron propuestas muy particulares respecto a las aplicaciones del psicoanálisis a la psicopatología y a la terapéutica, cuyas divergencias se pueden apreciar al menos en los tres aspectos que siguen: la teoría de la subjetividad, la teoría de la formación de síntomas y la técnica psicoanalítica.

En el ámbito de la subjetividad, cada una de esas teorías propuso reinterpretaciones *sui generis* de la metapsicología freudiana, en particular del texto "Triebe und Triebeschicksale" ("Pulsiones y destinos de pulsión", 1915), en el que Freud había descrito la génesis del sujeto, partiendo de un Yo indiferenciado inicial hasta la distinción entre "Yo" y "no-Yo" según el principio del placer, proponiendo más tarde la distinción entre Yo-placer y Yo-realidad. Mas esas reinterpretaciones discordantes alcanzaron asimismo a otros conceptos fundamentales como el de inconsciente, el de conflicto psíquico y también las diferentes instancias de la segunda tópica. De igual modo, en el terreno de la formación de los síntomas cada teoría desarrolló su particular concepción de la angustia, de la represión, del posterior destino de la construcción del síntoma y de los distintos tipos de síntomas. Finalmente, en materia de técnica psicoanalítica las diferencias han afectado tanto a las indicaciones de la cura como a sus fines, a los métodos a emplear y especialmente a los tipos de interpretaciones.

7.1. La psicología del Yo

El modelo llamado "estructural" en Estados Unidos, también conocido como "psicología del Yo" (*Ego Psychology*), deriva de tres influencias dominantes que se desarrollaron entre 1920 y 1930: por un lado, algunos de los últimos trabajos de Sigmund Freud sobre la fuerza que el Yo puede oponer a las pulsiones y el papel que adquiere el Yo en la construcción del síntoma; por otro, el modelo desarrollado por H. Hartmann, E. Kris y R. Loewenstein, según el cual el Yo procedería del desarrollo de una zona "no-conflictiva"; finalmente, la reclasificación realizada por W. Reich y después por O. Fenichel de los diferentes tipos de resistencias bajo el gobierno de las resistencias del Yo. Desde entonces, el Yo ha sido a veces designado como una instancia en la que se localizaría tanto el núcleo de las neurosis y las psicosis –la construcción del síntoma por medio de las defensas caracteriales– como su solución. Naturalmente, todas estas consideraciones tienden a enmarcarse plenamente en los desarrollos propuestos por Freud en su segunda tópica, en donde la represión ligada a la amenaza de castración ya no constituye el problema crucial de la cura; las defensas resultan ahora determinantes a la hora de explicar la formación de síntomas duraderos, incluso esas defensas favorecen la "deformación del carácter", haciendo más dudosa la eficacia de la cura.

La respuesta específica elaborada por la *Ego Psychology*, que será igualmente su punto débil, reside en el hecho de considerar que las defensas son en la práctica resistencias, todas ellas referidas al Yo. Los dos aspectos de éste descritos clásicamente por Freud, esto es, el de consistir esencialmente en identificaciones y el de asumir las funciones de control, quedan también unificados bajo el concepto de "fuerzas del Yo"; de este modo, por ser el Yo ante todo y de forma predominante el lugar de un desconocimiento y de elecciones desfavorables, esta corriente le tilda de "débil". Pero el núcleo del Yo es, según Hartmann, "no-conflictivo" y capaz en principio de percepciones adecuadas y de controlar las pulsiones, lo que supone una cierta fuerza en algunos casos.

Los analistas pertenecientes a la corriente de la *Ego Psychology* intentaron resolver esta contradicción, y respondieron a ella masivamente valiéndose de préstamos de la teoría del desarrollo, aliada de la psicología genética de Piaget. Aplicaron el modelo del desarrollo propuesto por éste para explicar la evolución de las formas de inteligencia del niño a los diferentes estadios de evolución pulsional descritos por Freud y después por Abraham. A la cabeza de esta iniciativa destacó con luz propia Anna Freud, quien habría de incluir en el Yo el conjunto de los mecanismos de defensa (represión, desplazamiento, formación reactiva, aislamiento del afecto, anulación retroactiva, somatización, conversión, etc.), siendo secundada más tarde por Erik Erikson, Edith Jacobson, Margaret Mahler, Phyllis Greenacre y otros.

A tenor de las teorías elaboradas por Heinz Hartmann, a quien suele considerarse el fundador de esta corriente, el Yo se caracteriza sobre todo por sus "funciones" integradoras. Dichas funciones son enumeradas del modo siguiente: la evaluación de la realidad (*reality testing*), el control de los impulsos, los procesos cognitivos, el juicio, el funcionamiento sintético-integrador, la capacidad de dominio, así como la autonomía primaria y secundaria. De hecho, se puede considerar que la *Ego Psychology* ha consistido en una traducción en términos de dominio psicológico de los mecanismos inconscientes descritos por el psicoanálisis. Es así como se han pergeñado numerosas aplicaciones de estos procedimientos al ámbito de la psicología, siguiendo la modalidad anteriormente propuesta por Anna Freud en su concepción de las líneas del desarrollo; especialmente Bellak y sus colaboradores, en 1973, se prodigaron a la hora de proponer escalas de evaluación para estas dimensiones diferentes. A modo de síntesis, bien se puede afirmar que una de las características más señeras de la *Ego Psychology* ha venido consistiendo en esta forma de traducción de los "mecanismos de defensa" en "mecanismos de control del Yo".

En el terreno de la terapéutica, la *Ego Psychology* ha insistido sobremanera en el hecho de que las interpretaciones se deben dirigir en un primer momento hacia las resistencias y más tarde hacia los contenidos reprimidos; incluso –sobre todo en la obra de Kris– se alienta con especial ahínco a no dirigirse sino a las resistencias, pues se considera al inconsciente como carente de consistencia propia fuera de ellas. Un buen ejemplo de cuanto acaba de exponerse lo constituye el célebre caso de Ernst Kris conocido como "el hombre de los sesos frescos". Se trata de un paciente a quien nada más empezar su cura este analista administró ciertas interpretaciones de sus resistencias, practicándole a renglón seguido una confrontación de su fantasma de plagio con la "realidad" y dejando así de lado el tipo de recorte originario simbólico que determinaba su conducta.

De ese modo, la concepción del tratamiento psicoanalítico desplegada por la *Ego Psychology* tiende sin mesura a convertirse en una práctica en la cual el aspecto "correctivo" se sitúa en primer plano. Resulta por lo demás innegable que ciertos aspectos culturales han facilitado a una corriente de tales características cuajar precisamente en Estados Unidos, en especial por la prevalencia de la ética protestante de la responsabilidad individual, pero también merced al nivel general de violencia y agresividad particularmente elevado. A este respecto, K. Menninger recordaba ufano que la patología americana es más bien una patología del acto, mientras que la europea es una patología de la inhibición.

Como podrá suponerse, a medida que se implantaron este tipo de enfoques terapéuticos correctivos comenzó paulatinamente a manifestarse un buen número de problemas relativos a la adecuación del tratamiento a cada paciente en par-

ticular. Mientras que el sujeto freudiano se caracteriza básicamente por el tipo de lenguaje privado, secreto y propio de su inconsciente, para la corriente de la *Ego Psychology* el inconsciente no tiene un mensaje preciso fuera de las impulsiones primitivas, máxime cuando sus particularidades están organizadas por el Yo.

A tenor de estos planteamientos, como podrá suponerse, se suscitó un debate cada vez más recurrente e insoslayable: ¿qué tipo de pacientes son analizables y cuáles no lo son? En efecto, o bien el paciente tenía desde el principio un Yo suficientemente fuerte y el tratamiento propuesto por la "psicología del Yo" era el apropiado, o bien podía suceder que el Yo no fuera tan fuerte como convenía y se intentaba por ello reforzarlo o incluso no se lo aceptaba para el tratamiento. De especial importancia resulta advertir aquí que para esta corriente el tipo de mecanismo privilegiado en el Yo es el obsesivo, dado que éste permite mantener a distancia los aspectos emocionales invasivos y amenazantes. Este matiz constituye una modificación importante respecto a la posición analítica clásica, en la cual el discurso de la histérica se había erigido en el más genuino estandarte de la expansión del psicoanálisis.

Particularmente indicativas de la situación antedicha fueron las dificultades sobrevenidas precisamente en el tratamiento de pacientes histéricos. Un ejemplo palmario de todo ello se aprecia en un célebre artículo de Elisabeth Zetzel, en el que esta autora propuso distinguir varias clases de histeria siguiendo un *continuum* de cuatro tipos cuyos extremos se sitúan entre las "buenas" y las "malas histéricas". Según esta psicoanalista, las "buenas histéricas" son analizantes cuyo Yo contiene una cantidad suficiente de mecanismos obsesivos como para establecer una relación sostenida con la realidad; también están presentes fuertes identificaciones paternas, además de una problemática edípica "triangular". Cuanto más débiles se presenten estas características, más "inmaduras" son esas personalidades, las cuales ponen de manifiesto además dificultades para apreciar la diferencia entre fantasmas y realidad. De esta guisa, el analista puede llegar a sospechar que tras tan aparente problemática histérica se escondan quizá trastornos más graves de tipo depresivo e incluso psicótico.

Para intentar contrarrestar la tendencia a la disminución de las "indicaciones del análisis" que resultaba de todas estas complicaciones, no faltaron los autores que se interesaron especialmente por los pacientes difíciles, los llamados *borderline*; así, Otto Kernberg propuso sistematizar un tipo de diagnóstico y de tratamiento próximo al psicoanálisis, aunque más "expresivo" y con un encuadre técnico más ligero, que permitiera hacerse cargo de este tipo de sujetos. Evidentemente, un nuevo problema sobrevino con el tratamiento de los pacientes psicóticos, para el que –hablando con propiedad– la corriente de la "psicología del Yo" casi no ha aportado ninguna contribución notable. En efecto, apenas pueden computarse

como tal los brillantes trabajos de Paul Federn, dado que su concepción del Yo es muy diferente de la concepción norteamericana clásica: ciertamente, para él la particularidad esencial del Yo consistía en componer los límites del cuerpo, y no una zona no-conflictiva capaz de dominio. Por otro lado, una característica singular de la *Ego Psychology* reside en que la mayor parte de sus autores ha mantenido la distinción establecida por Freud entre neurosis y psicosis, ya sea por el hecho de atribuir a esta última un trastorno ligado a una perturbación en el desarrollo del Yo, o bien porque consideren que la psicosis proviene de un "déficit" diferente al de las defensas específicas de los sujetos neuróticos, tal como N. J. London enfatizó en 1973.

Sin duda, un lugar aparte en nuestros comentarios debe reservarse a las producciones teóricas de Wilhelm Reich. Si hubiéramos de resumir en dos las contribuciones mayores de este médico formado en Viena y posteriormente afincado en Norteamérica, bastaría con resaltar, por un lado, su tendencia a fusionar el psicoanálisis y el marxismo –asunto éste que le deparó no pocos contratiempos, especialmente su expulsión del movimiento psicoanalítico– y, por otro, la elaboración de una técnica centrada en el análisis de la resistencia –para ser más precisoso, un tipo de análisis de la "coraza caracterial"–, la cual fue pródigamente continuada por la *Ego Psychology*, aunque esta originalidad no se atribuyese en la práctica a la cuando menos excéntrica personalidad de su promotor. Sin embargo, a partir de los años cuarenta, se consagró Reich a singulares investigaciones sobre la energía sexual ("Orgón atmosférico"), las cuales fueron retomadas por los clínicos de la "bioenergía" desde una perspectiva catártica muy alejada ya de la práctica psicoanalítica.

7.2. Las teorías de las relaciones objetales; el modelo kleiniano y la evolución de los objetos internos; el proyecto de la Tavistock Clinic, los modelos de la *therapeutic community* y sus aplicaciones psicosociales

Todas estas teorías, aparecidas a partir de la tercera década del siglo pasado y espigadas en su calidad de características de una parte importante del grupo psicoanalítico británico, coinciden de común acuerdo en la idea de que el sujeto, bajo sus formas más primordiales, está siempre en relación con un objeto que representa para él al Otro parental. Aunque cabría preguntarse si estas teorías no estuvieron en sus inicios influenciadas por la corriente húngara –sobre todo por Ferenczi–, se ha venido considerando habitualmente a Melanie Klein y a Ronald Fairbairn como sus teóricos más importantes.

Sabido es que para Melanie Klein el recién nacido experimenta inicialmente una actividad fantasmática en la cual tiene que vérselas con objetos que son el

resultado de la proyección de los instintos sádicos, provocados por frustraciones precoces. El bebé "ataca" así al cuerpo materno y, en el movimiento de retorno, se siente asediado por la angustia de retaliación; estas vivencias precoces estarían dominadas por mecanismos de clivaje o escisión de los objetos (especialmente la idealización y la proyección), los cuales caracterizan la fase "esquizo-paranoide". En los primeros años de la década de los treinta, Melanie Klein describió una segunda fase llamada "depresiva", a partir de la cual el niño reconocería que el Otro materno no está simplemente constituido por objetos clivados, sino que sería un objeto "total", del cual él mismo depende y cuya delimitación sería la condición del reconocimiento de la realidad exterior. Los precursores de esta fase se encontrarían en el destete, momento éste en el que el niño percibiría la dolorosa experiencia de la dependencia del Otro materno.

Una llamativa particularidad de la corriente kleiniana radicará en el rechazo de la distinción freudiana entre neurosis y psicosis. Tal como estiman los autores arracimados en esta escuela psicoanalítica, los trastornos esquizofrénicos no se diferenciarían más que cuantitativamente de los histéricos pues, a su juicio, en uno y otro se emplean exactamente los mismos mecanismos. Todo trastorno psíquico, según ellos, debe ser interpretado bien como una dificultad de integración de la posición depresiva, bien como una regresión a la posición esquizo-paranoide. Coherentes con los desarrollos indicados, prevaleció entre los kleinianos la idea de que un tratamiento psicoanalítico del mismo tipo resultaría tan apropiado con los sujetos neuróticos como con los psicóticos, salvo que en el caso de estos últimos dicho tratamiento debería de ser más profundo.

En la práctica, los autores kleinianos o poskleinianos se han dado a conocer básicamente merced a sus intervenciones con niños, como bien puede apreciarse en los trabajos de F. Tustin o de D. Meltzer. Las curas analíticas emprendidas con adultos psicóticos han necesitado a menudo importantes modificaciones de la técnica –por ejemplo, la técnica de "contención" promovida por Bion–, en la medida en que la técnica kleiniana estándar –como es el caso de la empleada por Rosenfeld– venía motivando un buen número de críticas.

Situándonos ahora en el marco de las instituciones terapéuticas, las teorías kleinianas han desempeñado allí diversas aplicaciones ciertamente interesantes. Si hubiéramos de espigar entre todas ellas, la desarrollada en la Tavistock Clinic londinense merecería un lugar muy destacado, pues dicho establecimiento se erigió con luz propia desde los años treinta en el lugar por excelencia de estas prácticas. Amén de su vertiente eminentemente clínica, la institución fue a la vez un centro de formación (Instituto Psicoanalítico) y también de tratamiento e investigación, cuyo eco y notoriedad se extendieron ampliamente por todo el mundo, especialmente en América del Sur y más concretamente en Argentina y Brasil.

Las investigaciones allí desplegadas se dirigieron tanto a casos individuales como a mecanismos grupales (familias, grupos profesionales, grupos políticos); evidentemente, allí se aplicaron las teorías kleinianas de las posiciones esquizo-paranoides y depresivas, pero también otras elaboraciones enraizadas con las terapias familiares, así como diversos programas de salud mental.

A partir de los años cincuenta, Fairbain procuró una variante teórica de la relación de objeto y se destacó de forma muy particular por sus investigaciones sobre los "estados esquizoides". Según su consideración, habría en ellos una forma de represión merced a la cual el sujeto separaría y rechazaría una parte de su personalidad a raíz de una frustración procedente del exterior. Conveniente resulta advertir que mientras el sujeto kleiniano primordial está habitado por instintos sádicos, el sujeto fairbainiano busca por el contrario un objeto que le permita dar a conocer sus necesidades; en opinión del analista escocés, el responsable de ese tipo de "clivaje" es fundamentalmente el Otro parental. Según parece, las coordenadas culturales desempeñan un papel destacado en la elaboración teórica de Fairbain, y más que ninguna otra, su inserción en el calvinismo escocés (rechazo del concepto freudiano de pulsión, insistencia en la rigidez de la educación recibida). Sea lo que fuere, parece que su teoría, construida expresamente para sujetos procedentes de tradiciones puritanas, se aplica sobre todo a casos de sujetos neuróticos. Una idea más precisa de la técnica analítica empleada por este autor se puede hallar en el relato que Harry Guntrip realizó a propósito de su análisis con él.

Las aportaciones de Fairbain han sido defendidas especialmente y de forma muy notoria por Grotstein durante la penúltima década del pasado siglo en Estados Unidos; allí precisamente sus concepciones terminarían por sumarse a las propugnadas por las corrientes críticas con la "psicología del Yo". Mientras que esta última tiende a considerar los conflictos en términos de tensión, descarga, control y adaptación, la teoría de las relaciones objetales ha insistido sobremanera en el hecho de que algunas representaciones internalizadas de las relaciones interpersonales han podido convertirse en conflictivas. No han faltado tampoco los analistas que se han esforzado en reconciliar las tesis de la *Ego Psychology* con las promovidas por la corriente de las relaciones objetales; tal ha sido el caso de Otto Kernberg (Nueva York) y de Grotstein (Los Ángeles). Kernberg desarrolló e impulsó una concepción sobre los pacientes *borderline*, a los que clásicamente no solía admitirse en las curas psicoanalíticas; el mismo autor estimó, además, que estos pacientes sufrían un cierto tipo de escisión del Yo que debería ser tratado mediante una técnica especial, en la cual se debe combinar la interpretación con otro tipo de intervenciones "expresivas" y de "apoyo" si se quiere controlar mejor el marco de la cura. Por su parte, las aportaciones de Grotstein se han caracteriza-

do por sus intentos de adaptar e integrar la teoría de Fairbain en el marco de la teoría del Yo.

Una peculiaridad fundamental de la corriente aquí en cuestión ha consistido en rechazar la distinción sostenida por Freud entre neurosis y psicosis, argumentando a este respecto que todo sujeto presenta un "núcleo psicótico" merced a la siempre relativa integración de la posición depresiva, única garante para ellos del sentido de la realidad. De este modo, los analistas agrupados en torno a estas ideas han venido defendido permanentemente y sin ambages que es posible acometer la terapéutica de la psicosis mediante una técnica apenas modificada, pese a que los resultados por ellos obtenidos no siempre han estado a la altura de sus expectativas. En la práctica, este tipo de tratamiento se ha propuesto sobre todo para niños psicóticos.

7.3. La teoría de la introyección y de la contratransferencia

Se trata de una tendencia indudablemente enraizada en las investigaciones de la corriente húngara. Es ésta una escuela que desde el principio incluyó entre sus seguidores a psicoanalistas muy heterogéneos. Algunos de ellos se mostraron muy proclives a los fundamentos biológicos, como Lorand y Rapaport; tampoco faltaron quienes se decantaron hacia los aspectos relativos a la fuerza del Yo, como es el caso de Mahler, Bak y Hermann; incluso otros evidenciaron aún una querencia manifiesta por las relaciones de objeto, como M. Klein. No obstante, sea cual fuere su particularidad, en todos ellos se percibe de manera omnipresente una inclinación hacia las relaciones precoces madre-hijo, originariamente expresada por Ferenczi, quien desarrolló a partir de dichas relaciones sus trabajos acerca de la importancia de la introyección y de la contratransferencia en la dirección de la cura.

Fue precisamente Sandor Ferenczi uno de los primeros en considerar, no sin razón, que las resistencias en la cura habrían de ser situadas más bien del lado del analista que del lado del paciente. La técnica propuesta por este analista húngaro conoció distintas modificaciones que estuvieron muy condicionadas por esa misma temática, en especial la teoría de la "relajación y neocatarsis" propuesta al final de su obra. Como se sabe, se trataba en esta concepción de inducir una regresión máxima en los pacientes más difíciles, ayudándose de la flexibilidad de la técnica analítica y en particular de una forma de expresividad del analista absolutamente inusual (abrazar a los pacientes, confiarles sus propias vivencias, etc.).

Aunque Ferenczi haya sido vehementemente atacado en vida y también pese a que la mayor parte de los analistas posfreudianos han criticado su concepto de

contratransferencia, reprochando en concreto al analista de Budapest el hecho de dejarse manejar por sus analizantes, desde los años cincuenta han despuntado algunos clínicos que, sin referirse directamente a él, consideraban que la contratransferencia era un medio imprescindible para el análisis. Estos analistas expresaron sus reservas respecto a los procedimientos habituales del análisis según la corriente de la "psicología del Yo", estimando que las interpretaciones aportadas por ésta no dejaban de ser demasiado superficiales debido a una insuficiente implicación de los analistas en el tratamiento; pero se diferenciaban también de la corriente kleiniana porque para ellos ésta insistía sobremanera en el carácter sádico de las pulsiones en detrimento de una necesidad primaria de reconocimiento. Tal fue el caso de Lucy Tower (EE UU), de Margaret Little (Londres), de Masud Khan (Londres) o de Harold Searles (Boston).

Con el paso de los años, la mencionada corriente logró un reconocimiento tan notable que la contratransferencia llegó a convertirse en un emblema de la orientación postkleiniana, sobre todo en las obras de Spillius y Betty Joseph. *Grosso modo,* estos analistas consideraron que las interpretaciones más profundas no pueden hallarse ni administrarse de forma verbal, sino que resultarían de movimientos emocionales inexpresables; por lo demás, tales interpretaciones se producirían en situaciones límite, donde podrían intervenir principalmente contactos no verbales que deberán completar el trabajo interpretativo propiamente verbal. La corriente aquí en cuestión fue revisada por Lacan al hilo de su elaboración sobre la teoría del "deseo del analista", según la cual el deseo del paciente apunta hacia un lugar situado más allá de las palabras del analista y, en consecuencia, las intervenciones interpretativas no deben pues contentarse con elucidaciones, sino que deben dirigirse hacia un "acto" concerniente a lo Real de la estructura, lo que permite sobre todo promover una separación del sujeto en relación al Otro previo.

Sobre este particular debe reservarse un lugar preponderante a D. W. Winnicott. A pesar de que este autor se mostró bastante crítico respecto a la utilización de la contratransferencia, desarrollando especialmente una concepción de la *transference* centrada sobre el objeto separador entre el niño y la madre (objeto transicional), animó generosamente las investigaciones sobre la contratransferencia entre sus alumnos (sobre todo Margaret I. Little) y finalmente abogó por una ampliación del espacio de la cura que habría de culminar con la noción de análisis de la *counter-transference*, inevitable en los poskleinianos.

Asimismo, Heinz Kohut, analista afincado en Chicago, se ha venido distinguiendo por su elaboración de la noción de *self*, que para él es previa al Yo. Consideró este autor que el manejo de la transferencia debería insistir en las relaciones de objeto que permiten al *self* percibirse como existente, y enfatizó también

que resulta indispensable conducir la técnica psicoanalítica de forma que se permita la restauración de las relaciones primitivas de apoyo. A la problemática edípica tal y como fue propuesta por la *Ego Psychology*, Kohut opuso su teoría del "hombre trágico", cuya existencia no sería posible sin la restauración de ese *self* primario. Kohut contrapuso así el "hombre culpable" freudiano y kleiniano que viene al mundo con la pesada carga de la pulsión de muerte, la cual tendrá que aprender a controlar, al "hombre trágico", un ser vulnerable frecuentemente sometido a injurias que lo fragmentan.

A modo de síntesis, las contribuciones psicopatológicas de esta corriente podrían resumirse destacando que ellas se han concentrado sobre todo en las investigaciones sobre los estados límite (*borderline*). Los autores mencionados han tenido a gala remarcar que las modificaciones técnicas por ellos propuestas se dirigían en especial a sujetos cuyos síntomas no estaban estructurados del modo neurótico habitual, y también a aquellos cuya conflictiva edípica estaba notoriamente sustentada por una problemática preedípica.

7.4. Las corrientes "psicodinámicas" clásicas norteamericanas y las variantes del modelo biopsicosocial; A. Meyer, H. S. Sullivan, K. Menninger, M. Reiser y G. L. Engel

Los modelos llamados "psicodinámicos" han desempeñado un papel considerable en Norteamérica respecto a la promoción de las prácticas de la psiquiatría social, como sobradamente mostró Gerald N. Grob en su monografía *Mentall Illness and American Society, 1875-1940*, publicada en 1983. Fundamentalmente se trata de adaptaciones de las teorías psicoanalíticas al contexto americano, resaltando la noción de conflicto y subestimando, por lo general, las determinaciones sexuales. Su promotor fue el psiquiatra de origen suizo Adolf Meyer, quien tras haber emigrado a Estados Unidos llegó a ocupar la dirección médica del hospital universitario John Hopkins. En una época en que las teorías psiquiátricas eran especialmente limitadas y estaban dominadas por las ideas sobre la herencia, Meyer planteó una teoría optimista y liberal que intentaba combinar las causas biológicas, psicológicas y sociales a través del concepto de "ergasias", esto es, las grandes tendencias adaptativas inicialmente de origen biológico pero susceptibles de manifestarse en los tres terrenos. Pensaba de este modo acceder a la explicación del desarrollo de los síntomas psiquiátricos y determinar también sus tipos de tratamientos correspondientes.

Si bien sus propios discípulos no conservaron su teoría de las ergasias, su concepción de la interdependencia y la interacción de los tres tipos de factores se ins-

tituyó como una constante de la psiquiatría universitaria norteamericana, hasta tal punto que varias generaciones de psicoanalistas del ámbito académico trataron de forzar las teorías psicoanalíticas para que cupieran mejor en el proyecto meyeriano. Una peculiaridad fundamental de este plan consistió en describir las características biológicas internas de las ergasias, estudiando también los distintos factores facilitadores o destructores, a los que se consideró fuente de patología. Así, se llegó a concebir a estos últimos principalmente como agresiones, *stressors* procedentes del entorno o bien conflictos internos entre dependencia y deseo de separación llevados hasta su paroxismo.

El modelo de Meyer fue pródigamente utilizado por autores como Harry Stack Sullivan o Karl Menninger, en una opción continuista en materia de clasificación, explicando mediante un estrés o una desorganización más o menos importante tanto los problemas neuróticos como los psicóticos, y eso pese a que Menninger estaba además muy influenciado por la concepción del Superyó desarrollada por Franz Alexander. No habría pues, según esta teoría, una discontinuidad entre las neurosis y las psicosis. De esta suerte, el término "psicosis" se emplearía para designar una intensidad cuantitativa de las "reacciones vitales", empleándose también para nombrar ciertos fenómenos de angustia, algunos momentos de desidentificación e incluso banales formaciones del inconsciente.

G. L. Engel, desde la década de los sesenta, intentó elaborar un modelo de tipo meyeriano para explicar tanto la patología del vínculo y la separación, sobre todo en los casos de hospitalismo, como los trastornos psicosomáticos. Desarrolló en especial el concepto de *giving up-given up syndrome*, un tipo especial de desesperanza susceptible de conducir hacia manifestaciones psicosomáticas masivas.

Por otra parte, parece que fue M. Reiser el primero en hablar de "entorno biopsicosocial" para explicar diferentes tipos de alteraciones psiquiátricas y psicosomáticas. Sabido es que, de hecho, ese modelo tendía a reducir los conflictos psíquicos a formas de estrés –concebido por lo demás de modo muy próximo al modelo skinneriano– y, dado su peculiar enfoque de los factores "sociales", éstos no decían nada del aspecto cultural o antropológico de los síntomas. Reiser elaboró posteriormente un modelo llamado del *dual track*, pretendiendo explicar con él los síntomas neuróticos mediante una concepción a medio camino entre la teoría del estrés y el psicoanálisis y, simultáneamente, mediante argumentaciones psicofisiológicas. Sin embargo, el tipo de subjetividad aprehendido por ese modelo procede de la psicología del Yo, es decir, el único sujeto consistente es a fin de cuentas un sujeto de la dominación, del control de las impulsiones. Esta observación puede generalizarse al conjunto de los autores integrados en esta corriente, pues gran parte de ellos estuvieron asimismo influenciados por la *Ego Psychology*.

7.5. Los modelos cientificistas: S. Lorand, L. Kubie y la cibernética, K. Colby y el "neuropsicoanálisis"

Erróneo resulta estimar que el psicoanálisis haya roto con las disciplinas fundamentales o ciencias básicas de la medicina, tales como la biología o la neuropsicología, y eso a pesar de las negativas de Freud a publicar su *Entwurf einer Psychologie* (*Proyecto de psicología*, 1895) y de su pronta renuncia al localizacionismo neurológico de la "mitología cerebral" propalada por sus maestros. Los escritos de Freud atestiguan constantemente el deseo de tener en cuenta en cada momento las últimas investigaciones de las ciencias básicas, sin dejar de afirmar además la total independencia del punto de vista psicoanalítico y la irreductibilidad de conceptos tales como el inconsciente, las pulsiones, la transferencia o la irrepresentabilidad de la sexualidad. Ya desde sus *Studien über Hysterie* (*Estudios sobre la histeria*, 1895), Freud modificó considerablemente el modelo termodinámico propuesto por Breuer. De igual modo, sus indagaciones sobre la psicosexualidad intentaron constantemente apoyarse en las investigaciones contemporáneas de la biología o la sexología, pero siempre defendiendo su propia originalidad.

La corriente que a continuación vamos a bosquejar sostiene, empero, todo lo contrario, pues ha objetado al freudismo lo que considera una ruptura con la neurología y se ha esforzado en proponer modelos alternativos que consigan reintegrar al psicoanálisis en el campo de las "ciencias duras", aun a riesgo de reducir a mínimos su esencia y originalidad. En el marco de esta tendencia, Siegfried Bernfeld propuso un modelo para las pulsiones que las volvía a subsumir en la termodinámica, y Sandor Lorand formuló su modelo bioquímico del Superyó.

En esta misma línea, en los años cuarenta, Lawrence Kubie –el psicoanalista neoyorquino que había ejercido un meritorio papel en la creación de la cibernética cuando se desempeñaba como investigador en fisiología– abogó a favor de reestructurar el psicoanálisis en función de los nuevos datos sobre inteligencia artificial y se esforzó en verificar el resultado de la cura analítica mediante procedimientos experimentales. Algunos años más tarde, concretamente en 1953, Jacques Lacan construyó su teoría del significante y sus grafos tomando ciertas referencias de las investigaciones cibernéticas, aunque guardando la distancia necesaria respecto a la neurología y esmerándose lo suficiente para inscribir el conjunto de su trayectoria en un "retorno a Freud".

Para Lacan, ciertamente, es el funcionamiento de la cadena significante inconsciente lo que debe ser ilustrado mediante los ordenadores; el aparato psíquico evidencia al menos tres tipos de funcionamiento diferentes que sobreañaden sus leyes a la combinación de simples diferencias binarias de + o –. A partir de esos trabajos, Lacan desarrollará sus grafos del deseo, con tres clases de circuitos diferentes

(como veremos más adelante): un circuito que se cierra o abrocha por una retroacción directa (cadena significante inconsciente), otro circuito que impide dicha retroacción (circuito del Yo) y otro aún que implica una incompletitud de tal retroacción (circuito de la separación y de las pulsiones).

Notable fue la reputación que en fechas posteriores alcanzaron algunas tentativas de "neurologizar" el psicoanálisis. Se pueden citar a este respecto los trabajos de Pribram y Gill, quienes intentaron demostrar que las hipótesis defendidas en el *Proyecto de psicología* habían obtenido confirmación por parte de las neurociencias desarrolladas en los años sesenta y setenta. Precisamente fue a finales de los setenta cuando el psicoanalista K. Colby pretendió crear un programa informático capaz de reproducir exactamente las respuestas de un paciente paranoico.

Actualmente las investigaciones sobre las relaciones entre psicoanálisis y neurociencias están en plena expansión; en este sentido, un investigador de origen sudafricano, Solms, ha fundado recientemente una revista titulada *Neuropsychoanalysis*. Esta corriente oscila aún hoy día entre distintas clases de reduccionismos –se intenta localizar en el terreno neurológico, por ejemplo, tal o cual instancia psíquica, o reducir los hechos psíquicos a hechos biológicos– y de teorías más flexibles, en las cuales se debaten los puntos de unión entre la problemática psíquica inconsciente y la investigación neurocientífica.

En el ámbito norteamericano se ha asistido recientemente a una controversia entre los autores que, como Kandel, juzgan que es necesario retornar a un enfoque monista –en el cual los mecanismos descritos por los analistas serían traducidos a términos de psicología del comportamiento y relacionados con mecanismos psicofisiológicos conocidos– y aquellos autores que piensan que un mínimo de dualismo es indispensable. Son estos últimos (Reiser, Engel, Schmale) quienes estiman que no se puede llegar más allá de constatar la existencia de un *dual track*, con los mecanismos psicofisiológicos por un lado y los mecanismos descritos por los psicoanalistas por el otro. Se trata de campos que legitiman cada uno de ellos una descripción particular, pero de los que también se sabe que pueden influenciarse mutuamente. Así, por ejemplo, se considera que tomar antidepresivos puede modificar el humor y las características psíquicas de un individuo. Pero de igual modo se ha llegado a demostrar que las modificaciones del comportamiento podían a la larga cambiar la estructura de las neuronas, o también que una depresión persistente podía provocar modificaciones tisulares cerebrales. Es evidente que este debate se hace eco en diverso grado de las discusiones habidas en los años cuarenta y cincuenta respecto a la cuestión de saber qué aspecto del funcionamiento psíquico debía ser considerado competencia de la cibernética.

Por lo demás, cabe preguntarse si en la práctica esta corriente debe ser calificada de independiente. Pues en la mayor parte de estos autores el recurso a las "ciencias duras" interviene principalmente como una justificación científica de otras corrientes; por ejemplo, la psicología del Yo en el caso de Lawrence Kubie, la teoría de las relaciones objetales en el de Arnold Modell o la teoría de la autonomía del significante en el de Jacques Lacan.

7.6. A propósito de los agrupamientos recientes de las corrientes psicoanalíticas

En el artículo "Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools", Otto Kernberg, antiguo presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), presentó recientemente su visión del panorama psicoanalítico anglosajón contemporáneo. Sus conclusiones resultan cuando menos sorprendentes, y por ello merecen un comentario. Es necesario considerar, afirma Kernberg, que sólo hay dos corrientes anglosajonas: una es la resultante de la reunión de la "corriente principal" (*mainstream*) de la *Ego Psychology* con la corriente kleiniana; la otra tendencia es la llamada *intersubjectivist-interpersonal-self-psychology*.

Tradicionalmente, empero, se venían describiendo tres corrientes, de manera que así se diferenciaban los kleinianos de la *Ego Psychology* hasta finales de los años ochenta, lo que fue en cierto modo oficializado con los trabajos de Spillius y Betty Joseph. Kernberg explica que, con el paso del tiempo, esas dos corrientes corren el riesgo de confundirse. Según sus suposiciones, él prevé una fusión a corto plazo entre la *mainstream* –reagrupamiento de la corriente de la *Ego Psychology* y la de las relaciones de objeto– y la orientación kohutiana de la *intersubjectivist-interpersonal-self-psychology*.

Mas un reagrupamiento de este tipo ya había sido anteriormente sugerido en los trabajos de Daniel Stern, especialista del desarrollo del niño, y es actualmente propuesto por autores pertenecientes a la tradición húngara, dedicados de manera muy especial a las investigaciones sobre el vínculo. Según esos autores, una integración teórica de las capacidades del Yo y de las formas de vínculo sería posible actualmente si se considera que el Yo en su desarrollo integra en su estructura el control de los mecanismos del vínculo. De esta forma, las dos grandes corrientes restantes serían, por una parte, la "corriente principal ampliada" y, por otra, la corriente lacaniana, cuyo reconocimiento internacional es cada vez más importante.

8

LOS CINCO MODELOS PSICOPATOLÓGICOS LACANIANOS

Como el lector habrá podido apreciar, hasta el momento presente hemos descrito brevemente cinco modelos posfreudianos de psicopatología, todos ellos distintos (*vid.* 7.1 a 7.5): la *Ego Psychology*, la teoría de las relaciones objetales, la corriente de la introyección y de la contratransferencia, los modelos psicodinámicos y los modelos cientificistas; estos comentarios han concluido con un breve apunte sobre las tendencias a agruparse que muestran las grandes escuelas actuales. Nos resta ahora presentar las contribuciones de la corriente lacaniana, el sexto de los modelos posteriores a Freud, aunque no puede calificarse con propiedad de "posfreudiano", pues este adjetivo sustantivado lo aplica Lacan en un sentido restrictivo y crítico a las otras corrientes para subrayar el afán revisionista de la doctrina freudiana.

La orientación lacaniana incluye ciertos aspectos que aparecen también en alguno de los modelos anteriormente referidos y su exposición no está exenta de dificultades. Por tal motivo le dedicaremos un capítulo específico, ya que ni es suficientemente conocida ni las interpretaciones que de ella se han difundido son siempre fieles al espíritu de sus textos. A fin de glosar los fundamentos y desarrollos más importantes de esta última corriente, procederemos a subdividir la exposición en cinco apartados; cada uno de ellos representa un modelo psicopatológico diferenciado pero diacrónicamente articulado. Estos modelos sucesivos son:

a) La psicogénesis (la paranoia de autopunición y la causalidad esencial de la locura).

b) Las consecuencias del estadio del espejo.
c) El Nombre-del-Padre y el predominio del significante en lo Simbólico.
d) La alienación y la separación en la constitución del sujeto: el objeto *a*.
e) El nudo borromeo y el anudamiento RSI (Real, Simbólico e Imaginario).

Sabido es que el término "psicopatología" apenas aparece en la obra de Jacques Lacan; en buena medida, empero, este psicoanalista francés continuó y precisó la obra fundadora de Sigmund Freud en este domino del saber. Desde sus primeras publicaciones son muy frecuentes las citas y referencias a los clásicos de la psicopatología, terciando y contribuyendo por lo demás a los debates de las cinco grandes corrientes de investigación en esta materia: la psiquiatría germanófona –en particular las escuelas de Breslau, Heidelberg y Tubinga–, la francesa, a menudo citada y discutida, la suiza, especialmente la tradición bleuleriana, la italiana y, finalmente, la corriente psicodinámica americana. Tiempo después, en los años cincuenta, las referencias a obras psiquiátricas se tornan más implícitas y la discusión de las contribuciones psicoanalíticas pasa al primer plano de la escena. En este sentido, y a título indicativo, Henry Krutzen ha computado un total de noventa y siete autores psicoanalíticos citados en el transcurso de los seminarios de Lacan, mientras que sólo fueron tres los psiquiatras explícitamente evocados: K. Jaspers, G. de Clérambault y H. Ey. A la lista elaborada por Krutzen, nosotros añadimos los nombres de Bleuler, Blondel, Genil-Perrin, Kretschmer, Minkowski, Séglas, Sérieux y Capgras, y Wernicke.

En el ámbito estrictamente psicoanalítico se pueden encontrar en la enseñanza y los textos de Lacan los ecos de la mayoría de las corrientes posfreudianas que acabamos de describir. Así, por ejemplo, en "La direction de la cure et les principes de son pouvoir" (1958) consideró que la posición propia de su teoría habría de ubicarse en una cuarta posición respecto a las tres concepciones posfreudianas clásicas (*Ego Psychology*, relaciones de objeto e introyección-contratransferencia). Por otra parte, Lacan comentó y analizó en múltiples ocasiones los trabajos de las dos últimas corrientes anteriormente evocadas, el modelo psicodinámico americano y el cientificista, habiendo incluso contribuido a este último de una manera muy personal.

8.1. Primer modelo: la psicogénesis (la paranoia de autopunición y la causalidad esencial de la locura)

La noción de causalidad psíquica o psicogénesis aparece en la obra de Lacan en dos momentos y en dos concepciones teóricas diferentes: primeramente en su

Tesis Doctoral en medicina *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, defendida en 1932, en relación a dos términos ligados entre sí, *psychogénie* y *personnalité*; posteriormente en el Coloquio de Bonneval de 1946, del cual surgió el texto "Propos sur la causalité psychique" (1947). El presente epígrafe está destinado a comentar ambas contribuciones y a poner de relieve sus importantes diferencias.

Durante la primera época describió Lacan la personalidad en función de tres aspectos, en los cuales siempre contempla una dimensión objetiva y otra subjetiva. En primer lugar, un "desarrollo biográfico" que se caracteriza objetivamente por una evolución típica y por las relaciones de comprensión, mientras que desde la perspectiva del sujeto se traduce en los modos objetivos según los cuales éste vive su historia. En segundo lugar, una "concepción de sí mismo" definida objetivamente por actitudes vitales y por un progreso dialéctico aprehensible en ellas; desde el punto de vista del sujeto, tal concepción se manifiesta en imágenes ideales de sí mismo. Finalmente, una "cierta tensión de las relaciones sociales" cuya traducción subjetiva se aprecia en "el valor representativo de que él se siente afectado con respecto a los demás".

En *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Lacan propuso una definición de la *psychogénie* ("psicogenia") en los siguientes términos que, dada su importancia, a continuación citamos en toda su extensión:

> Es psicógeno un síntoma –físico o mental– cuyas causas se expresan en función de los mecanismos complejos de la personalidad, cuya manifestación los refleja y cuyo tratamiento puede depender de ellos.
>
> Tal es el caso:
>
> - cuando el acontecimiento causal no es determinante sino en función de la historia vivida por el sujeto, de su concepción de sí mismo y de su situación vital con respecto a la sociedad;
> - cuando el síntoma refleja en su forma un acontecimiento o un estado de la historia psíquica, cuando expresa los contenidos posibles de la imaginación, del deseo o del querer del sujeto, cuando tiene un valor demostrativo que apunta a otra persona;
> - cuando el tratamiento puede depender de una modificación de la situación vital correspondiente, sea que esta modificación se produzca en los hechos mismos, en la reacción afectiva del sujeto frente a ellos o en la representación objetiva que de ellos tiene.
>
> El síntoma de que se trata no deja por ello de descansar sobre bases orgánicas, fisiológicas siempre, patológicas las más de las veces, en algunas ocasiones sobre lesiones notables.

> Una cosa, sin embargo, es estudiar su causalidad orgánica, lesional o funcional, y otra cosa es estudiar su causalidad psicógena.

Como puede apreciarse, esta noción entraña una modalidad de causalidad psíquica relativamente independiente de las condiciones neurobiológicas en las que sobreviene, pues se construye en referencia a una figura del Otro que ha sido deducida a partir de diversos acontecimientos ante los cuales el sujeto se encuentra confrontado. Dicha noción se muestra, por tanto, muy próxima a eso que Georges Politzer llamó en esa misma época *drame*.

Una parte importante y muy alabada de su Tesis *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* está dedicada a las teorías sobre la paranoia, la psicosis más patentemente psicogenética. A partir de un buen número de argumentos desgranados con admirable precisión, Lacan aprecia que la causalidad psíquica que en ella opera muestra a la vez un proceso (*processus*), ya que existe una ruptura respecto a lo anteriormente vivido y, al tiempo, reacciones (*réactions*) frente a acontecimientos significativos, tal como propugna Karl Jaspers.

Es necesario advertir que la elección de la paranoia como objeto de su investigación doctoral define ya una posición muy precisa respecto a las grandes corrientes del pensamiento psicopatológico de aquella época. Apenas se ojean las publicaciones psicopatológicas de los años treinta, mayoritariamente dedicadas a la esquizofrenia, resulta evidente el desinterés por la paranoia. Desde el principio, por tanto, la obra de Lacan se construye contracorriente, ya que es ésta la única forma de introducir un cierto progreso en un momento de estancamiento del saber. Parece indiscutible que sus miras pretenden mostrar, a partir de la paranoia, el vínculo inherente que une al sujeto con los fenómenos morbosos que constituyen su psicosis y también con su causa. En tal sentido se encamina la primera parte de su Tesis Doctoral, en la cual se glosan las grandes contribuciones psicopatológicas relativas a la paranoia, haciendo en ella acopio de cuantos argumentos le permitan fundamentar una causalidad psicogenética, aunque éstos provengan de autores muy heterogéneos (Jaspers, Kraepelin, Bleuler, Kretschmer, Sérieux y Capgras, Westerterp, etc.). Mas el interés por fundamentar este tipo de causalidad no se limita a una contribución etiológica y patogénica, sino que pretende también poner de relieve su dimensión terapéutica: siempre y cuando se pueda probar que un trastorno es psicogenético se albergará la posibilidad de intervenir eficazmente sobre él mediante algún tratamiento psíquico. Esta conjunción de aspectos etiológicos y terapéuticos resulta esencial para entender el porqué de la elección de la paranoia, máxime cuando la psiquiatría de la época seguía caracterizándose por su nihilismo terapéutico, por lo demás bastante consustancial al empeño en hallar las causas orgánicas de las psicosis.

A tenor de estos planteamientos, nuestro autor toma una posición abiertamente contraria no sólo frente a la teoría kraepeliniana y a las concepciones francesas de la *dégénérescence* –según las cuales la paranoia evidencia un desarrollo morboso continuo–, sino también respecto a las teorías decididamente organicistas. Tras ponderar la coherencia y alcance de estas proposiciones, se decanta finalmente por el concepto de *réactivité*, desarrollado especialmente por Ernst Kretschmer, y por el de *processus non compréhensible*, desplegado a partir de los trabajos de Clemens Neisser y de Karl Jaspers; sobre esta base, trata de explicar este grupo de psicosis valiéndose de las enseñanzas del psicoanálisis, en especial merced a las concepciones del Superyó sádico pregenital elaboradas por la escuela psicoanalítica francesa (Laforgue, Hesnard y Odier). Jacques Lacan se muestra asimismo de acuerdo con su colega Henri Ey al considerar que el tipo de automatismo desarrollado en la psicosis debe ser entendido como un proceso que incluye datos comprensibles, más complejo sin duda que el automatismo específico y característico de los síntomas neurológicos.

Este primer modelo psicopatológico lacaniano desarrollado hasta 1936 presenta, en síntesis, las siguientes características: por una parte, está especialmente destinado a las psicosis, objeto privilegiado de la psiquiatría; por otra, se centra en la noción de paranoia –un tanto orillada en aquellos años, como ya se ha dicho– y la opone también al modelo clerambaultiano, más centrado en esas formas de psicosis reunidas bajo la rúbrica *psychose hallucinatoire chronique*.

Evoquemos ahora sucintamente las tesis más sobresalientes de la doctrina de Clérambault, a quien consideró su "único maestro en psiquiatría"; ello nos permitirá perfilar con mayor calado la originalidad de la concepción lacaniana. Sabido es que Clérambault distinguió en el seno de las psicosis, por una parte, unas formas clínicas puras, esto es, los trastornos psicóticos que pertenecen a la psicosis alucinatoria crónica de Ballet, y, por otra, las esquizofrenias, los delirios pasionales y los trastornos maníaco-depresivos. A su juicio, la psicosis alucinatoria crónica se define por una *scission de la personnalité*, una especie de *folie à deux* intrapsíquica, análoga a los estados mediúmnicos histéricos, pero asentada sobre una lesión serpiginosa que producía al inicio un *écho* (eco) similar a las alucinaciones psicomotrices de Séglas.

A diferencia de la anterior, el grupo de las psicosis pasionales (erotomanía, reivindicación y celos) se caracteriza por "[...] su patogenia, sus componentes, ya sean comunes o especiales, sus mecanismos ideativos, su hiperestesia que llega a veces hasta el tono hipomaníaco, la intervención inicial de la voluntad, la noción de finalidad, el concepto director único, la vehemencia, las concepciones completadas desde un principio, el tono reivindicativo común, etc.", tal como sostuvo en "Les délires passionnels; Érotomanie. Revendication. Jalousie" (1921); su

instauración no obedece a la xenopatía inicial provocada por el Pequeño Automatismo Mental, sino a la cristalización de una certeza o Postulado ("nudo ideoafectivo inicial"), que en el caso de la erotomanía consiste en la siguiente fórmula: "Es el objeto el que ha comenzado y el que más ama o el único que ama". De igual modo, es necesario diferenciar la psicosis alucinatoria crónica de las demencias precoces, cuya especificidad radica en una verdadera disolución de la personalidad. Por último, las psicosis maníaco-depresivas son tradicionalmente clasificadas aparte, incluso si el Automatismo Mental pudiera determinar cierta excitación maníaca. Por lo demás, Clérambault concedió también cierta importancia a la noción de degeneración, si bien rehusó admitir la existencia de psicosis infantiles, adscribiendo sus trastornos correspondientes dentro de los retrasos mentales.

Pese a que Lacan se mostró en sus inicios (1931) próximo al pensamiento psicopatológico de Clérambault, en su Tesis de 1932 se desmarca de él, y ni siquiera lo incluyó en los agradecimientos que la encabezan. A lo largo del texto se deduce en cambio una clara influencia de Jaspers, pues parece que encuentra en este autor algunos argumentos de autoridad capaces de permitirle trenzar una concepción psicogenética. Tampoco escatimó Lacan críticas a la separación que su maestro de la Enfermería Especial venía estableciendo entre las psicosis pasionales y la paranoia. Pues en su consideración, las psicosis pasionales no son sino formas persecutorias en las que el sujeto recibe interpretaciones *d'emblée*, ideas prevalentes –*überwertige Ideen*, como las nominó Wernicke–, estimando por lo demás que la *sthénie passionnelle* un poco maníaca pudo inducir a Clérambault a considerar la existencia de casos en los cuales dicha interpretación delirante no estaba presente.

Fiel a la tradición francesa, Lacan se hace eco en su Tesis Doctoral de la distinción clásica entre los cuatro grandes tipos de mecanismos presentes en las psicosis, esos que supuestamente constituirían su trama: en primer lugar, los diversos tipos de interpretaciones responsables de la producción del grupo de las paranoias, sean éstas interpretaciones más o menos difusas o prevalentes, o se expresen incluso a través de sueños o trastornos de la memoria, pero cuyo tipo central sigue siendo la "significación personal" y cuya etiología se deriva del "desarrollo" jaspersiano de la personalidad; en segundo lugar, los delirios de imaginación, descritos en especial por Dupré en su *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*; en tercer lugar, las esquizofrenias, a propósito de las cuales vacila a la hora de decantarse bien por la doctrina abiertamente psicogenetista defendida por Henry Claude, bien por la concepción de Eugen Bleuler o bien por la *discordance* de Chaslin; finalmente, los trastornos maníaco-depresivos. Amén de cuanto acaba de apuntarse, es posible también captar cierta dubitación respecto a la existencia de la degeneración, incluso cuando trata de aproximarse al pen-

samiento freudiano y afirma su simpatía por la caracterología psicogenetista kretschmeriana.

En cambio, las neurosis son escasamente consideradas en este momento, limitándose a remitir sus explicaciones a las ya aportadas por Freud y Abraham. Plantea finalmente la noción de "fijación libidinal" como causa principal de la patología, siguiendo en esto a Abraham y Ferenczi, asociándola a la concepción de Kretschmer respecto a la reactividad caracterial.

Distinta a la que acaba de exponerse, la segunda modalidad de la psicogénesis es la que retoma después de la Segunda Guerra Mundial, una vez que ha roto tajantemente con las influencias jaspersianas. Su exposición se llevó a cabo en el Coloquio convocado en Bonneval en septiembre de 1946 por Henri Ey bajo el tema de la psicogénesis, en el curso del cual se debatió sobre la causalidad psíquica y la causalidad orgánica de la psicosis.

El texto presentado por Lacan comienza con una introducción cuyo título no ofrece la menor duda: "Crítica de una teoría organicista de la locura, el órgano-dinamismo de Henri Ey". Dicha contribución está dedicada íntegramente a diseccionar la teoría de su camarada, así como la de su inspirador, el británico John Huglings Jackson, uno de los creadores de la moderna neurología. La crítica se acompaña de un reconocimiento a su antiguo maestro Gaëtan Gatian de Clérambault, eludido en su investigación de 1932. Lacan se muestra ahora especialmente beligerante con el organicismo neurologicista de Ey y formula la siguiente pregunta: si la clave de la psicosis es una lesión cerebral, "¿qué distingue a ese enfermo [neurológico] de un loco?".

En el segundo capítulo, intitulado "La causalidad esencial de la locura", expone ya sus propias concepciones actualizadas. Si bien es cierto que están enlazadas con las que había formulado catorce años atrás en la defensa de su Tesis Doctoral (la locura es un fenómeno del pensamiento), ahora las presenta con dos modificaciones, la primera de ellas sustancial: no hay ninguna referencia al desarrollo de la personalidad de Jaspers, y la mención a la paranoia de autopunición –en las abundantes referencias a su querida paciente Marguerite Pantaine (Aimée), protagonista clínica de la Tesis– contiene el matiz de "término más o menos válido", anunciando así la pronta desaparición de este concepto en su obra. Por lo demás, Lacan se opone a la idea de que la alucinación pueda ser un error, como se venía defendiendo desde Esquirol y sostenía también el propio Henri Ey.

En lo que atañe a la relación con el pensamiento psiquiátrico de su tiempo, es preciso advertir que Jacques Lacan se había mostrado en los años treinta relativamente solidario con el órgano-dinamismo de Henri Ey; fue aquel un momento en que el maestro de Bonneval criticaba, por ejemplo, la concepción del automatismo formulada por Clérambault. Posteriormente, sin embargo, la notable

elaboración de la noción de causalidad psíquica desarrollada por Lacan ("Propos sur la causalité psychique", 1946) terminaría por separarlo completamente de la doctrina órgano-dinámica desarrollada por Ey a finales de la tercera década del siglo pasado. Ciertamente, Ey había hallado su fuente de inspiración directa en el modelo neurológico jacksoniano, el cual sostenía abiertamente que la subjetividad residía en mecanismos superiores de conciencia y de control que debían al mismo tiempo inhibir los mecanismos automáticos inferiores. Tal era la condición en la que se asentaba la libertad del individuo. Bien distinto fue el original planteamiento defendido por Lacan, para quien la conciencia era ante todo una ilusión necesaria y también un desconocimiento (estadio del espejo), instaurándose por ello una alienación de la que el Yo (*moi*) jamás conseguirá deshacerse.

De igual modo, mientras Ey estimaba que la locura es el límite de la libertad humana, Lacan afirmó, por el contrario, que el ideal mismo de la libertad, es decir, el que casi universalmente se tiene como la condición *sine qua non* de la humanidad, es un ideal fundamentalmente insensato. En este sentido, Lacan opina que la reivindicación de una aplicación sin límites de la libertad es característica de la psicosis. Dicha reivindicación es para él la consecuencia lógica de una alienación, esto es, de una captación total por la imagen narcisista. Esta teoría del Yo (*moi*) como "infatuación" no puede comprenderse más que como el resultado de la influencia persistente de los moralistas españoles clásicos, en especial Baltasar Gracián, tal como ha resonado ulteriormente en los filósofos franceses y alemanes.

Continuando con el desarrollo de los argumentos defendidos por Lacan frente a la concepción organicista elaborada por Henri Ey, nuestro autor aprecia en su intervención defendida en el Coloquio de Bonneval que pueden darse dos tipos de desencadenamientos de la psicosis: "Por último –escribió en 'Propos sur la causalité psychique' (1946)–, creo que con el desplazamiento de la causalidad de la locura hacia esa insondable decisión del ser en la que éste comprende o desconoce su liberación, hacia esa trampa del destino que lo engaña respecto de una libertad que no ha conquistado, no formulo nada más que la ley de nuestro devenir, tal cual la expresa la fórmula antigua: Γένοι', οἷοζ ἐσσὶ ('Llega a ser lo que ya eres')". Esos dos tipos de "liberaciones", ambas marcadas por el sello de la patología, pueden ser dadas bien como "*trampa del destino* que lo engaña respecto de una libertad que no ha conquistado" o bien como "*insondable decisión del ser* en la que éste comprende o desconoce su liberación".

Mas el texto "Propos sur la causalité psychique" no se limita exclusivamente a desgranar un buen número de argumentos críticos contra el órgano-dinamismo. Por el contrario, prosigue ahí el análisis de su célebre "caso Aimée", apreciando en esta ocasión tres tiempos en el desarrollo de esa forma de paranoia de

autopunición, variante nosográfica nunca antes descrita. Corresponde la primera a un momento inicial en el que se consigue un equilibrio paradójico y artificial. En efecto, existe en la historia de la paciente un ideal de maldad encarnado por toda una serie de perseguidoras, a las que sorprendentemente copia en su comportamiento ("vanidad, frialdad y abandono de sus deberes naturales"), incluso cuando se representa a sí misma como un ideal de pureza y abnegación, una especie de "alma bella" hegeliana víctima de las maldades de tan detestables seres. Al mismo tiempo desarrolla Aimée una especie de erotomanía platónica, "sexualmente neutralizante", tratando de llevar "una existencia común" de esposa y madre.

A continuación, apunta Lacan un primer momento de liberación sobrevenido merced a una "trampa del destino": su hermana "la vacía completamente de su papel de esposa y madre", de tal forma que la descarga totalmente de sus deberes familiares. Aunque hasta ese momento la paciente no había presentado otra cosa que manifestaciones caracteriales con un trasfondo persecutorio –quieren perjudicar a su hijo–, dicha "liberación" tuvo por efecto desencadenar abiertamente un delirio organizado, que alcanzó su apogeo –"momentos fecundos" del delirio– en el instante en que se encontró "completamente independiente".

Aimée se halla desde entonces encerrada en un círculo muy próximo a lo que Hegel describió en la *Fenomenología del espíritu*. Mas Lacan describe, en este tercer tiempo, una salida de ese círculo muy diferente de la que había previsto el filósofo de Jena. Si por un lado Aimée rechaza tener resentimiento contra su hermana, que ha conseguido que le quiten a su hijo, por otro ataca con un cuchillo a la famosa actriz Huguette Duflot –"la más tardía de las personas en las que ha identificado a sus perseguidoras"–, con quien jamás ha tenido relación real o epistolar. Este acto –realizado a la entrada del teatro Saint-Georges de París, en donde la actriz interpretaba desde hacía tres días la anodina comedia *Tout va bien*– tiene como consecuencia la caída del delirio tras un breve encarcelamiento, pues viene a romper el círculo infernal en el que la paciente se halla confinada. En efecto, si ella rechaza su ser actualizado por su identificación a su hermana, proyectando una imagen de ella misma "tan invertida como virtual" –siguiendo así la "ley del corazón"–, su acto tiene en el fondo una significación suicida: es ella misma quien se agrede a través de la reacción social que ocasiona dicho acto, asunto éste que reconoce prontamente tras la "toma de conciencia" adquirida en la prisión. Esto constituye empero una "solución" a la pregunta que Aimée se plantea, una reabsorción de lo particular en lo universal –tal como Hegel describía el acceso de la conciencia de sí a la virtud–, la cual habría de permitirle un alivio del delirio por el simple hecho estar encarcelada.

Así pues, el modelo de la paranoia desarrollado por Lacan en 1947 supone una primera fase prepsicótica (*bovarysme*), seguida de una primera descompen-

sación ("trampa del destino") que provoca la aparición de trastornos paranoicos evidentes, tras lo cual la paciente concluye por sí misma su recorrido delirante mediante un paso al acto (*passage à l'acte*).

Por otra parte, el contenido de lo vivido en el delirio es considerado como equivalente a la identificación total a la imagen virtual del rival o a la fragmentación corporal. Finalmente, las modificaciones en la presentación de los trastornos están determinadas por actos psíquicos o por acontecimientos exteriores que provocan cambios de posición masivos en la paciente.

El fenómeno de la locura, sostiene Lacan, no se puede separar del problema de la significación, es decir, de la importancia del lenguaje para el ser humano, que está atravesado por su verdad y por su mentira. Porque la verdadera causalidad de la locura estriba –como hemos señalado– "en esa insondable decisión del ser [...] en esa trampa del destino que lo engaña respecto de una libertad que no ha conquistado". Dicha causalidad es fijada por Lacan en las determinaciones de la *imago*. Pero con esta puntuación entramos ya en un nuevo modelo psicopatológico, el determinado por el estadio del espejo.

8.2. Segundo modelo: las consecuencias del estadio del espejo

El segundo modelo se puede extraer a partir de 1936, cuando presentó en el XIV Congreso Psicoanalítico de Marienbad su famosa ponencia sobre el estadio del espejo, la cual fue interrumpida por Ernest Jones, que oficiaba de presidente de la sala, a los diez minutos exactos de comenzar la lectura y en medio de una frase; Lacan jamás se lo perdonó. Este modelo halla su punto de anclaje en la teoría del estadio del espejo "como formador del yo" (*je*). Es preciso recordar que para nuestro autor se trataba en aquel momento de evidenciar una verdadera génesis de los trastornos psicopatológicos basándose en los mecanismos de resistencia del Yo.

La primera presentación sistemática sobre *le stade du miroir* de la que disponemos se encuentra en el extenso artículo titulado "La famille", publicado en la *Encyclopédie française* en 1938. El texto original de 1936 se perdió. Molesto con Jones, Lacan se negó a entregar una copia a la secretaría del Congreso. Se conservaron, sin embargo, las notas tomadas por una joven pediatra y analista llamada Françoise Marette (que pasaría a la posteridad con el nombre de Françoise Dolto) en una presentación que Lacan había realizado tres meses antes del citado Congreso en la Sociedad Psicoanalítica de París.

El texto de la *Encyclopédie* nos presenta un estudio de las relaciones interhumanas en términos "imaginarios" gestaltistas y tiene en cuenta que toda relación interhumana queda al instante relativizada por el problema de su constitución en

tanto forma. Dicha constitución no era abordada en relación a una maduración y una integración progresiva, sino como resultado de una dialéctica muy inspirada en la dialéctica hegeliana del amo y el esclavo, tal como Alexandre Kojève venía interpretándola. Recordemos brevemente que según esta teoría la coexistencia estática de conciencias es imposible y que las relaciones humanas se presentan de entrada como relaciones de dependencia, de esclavitud y de alienación, hasta el punto de que ellas pueden resumirse según la taxativa fórmula "o uno o el otro". Así, el examen que Lacan realiza de la relación a las *imagos* fundadoras de la personalidad se desarrolla en referencia a la alienación. En su artículo "La famille" distingue tres fases críticas particularmente importantes en el desarrollo del niño, cuya significación global –el "complejo", siguiendo la acepción específica que le había conferido la escuela psicoanalítica suiza– no encuentra su resolución más que en los modos de identificación imaginarios (*imagos*). Se trata del complejo de destete, del complejo de intrusión y del complejo de Edipo.

La exposición del complejo de destete (*complexe du sevrage*) evoca en muchos aspectos –especialmente por su carácter inacabado y por su aspecto irrepresentable– la descripción freudiana de la fase oral. Según nuestro autor, se trata de una organización sexual incompleta o, en todo caso, en el límite, donde los lugares del sujeto y del objeto no están en absoluto diferenciados. "El complejo de destete –escribió Lacan en 1938– fija en el psiquismo la relación de la cría, bajo la forma parasitaria exigida por las necesidades de la primera edad del hombre; representa la forma primordial de la imago materna. De ese modo, da lugar a los sentimientos más arcaicos y más estables que unen al individuo con la familia." Pero lo que nos interesa enfatizar aquí es que dicho complejo se sitúa en un momento de separación más o menos asumida por el pequeño sujeto. La descripción realizada de ese momento no deja de recordarnos la gran preocupación que la escuela francesa de entonces manifestaba por la pulsión de muerte y por un Superyó sádico que sería su consecuencia directa.

"Traumático o no –advirtió Lacan en el texto antes referido–, el destete deja en el psiquismo humano la huella permanente de la relación biológica que interrumpe. Esta crisis vital, en efecto, se acompaña con una crisis del psiquismo, la primera, sin duda, cuya solución presenta una estructura dialéctica. Por primera vez, según parece, una tensión vital se resuelve en intención mental. A través de esta intención el destete es aceptado o rechazado." Así pues, eso que se nos presenta en primer plano es una forma de *décision* del sujeto, que da forma retroactivamente a lo que habrá sido el estadio oral, otorgándole en ese movimiento retroactivo (*après-coup*) el estatuto de *intention*.

¿A qué tipo de elección nos estamos refiriendo? No se trata evidentemente de la decisión de un Yo que afirmaría o negaría conscientemente. De hecho, todo

parece ocurrir en el marco de una ambivalencia primordial que pone en juego a la vez dos polos coexistentes y contrarios: el sujeto, aunque aún no se siente existir, y la *imago*, que adquiere consistencia *après-coup*. Esta ambivalencia primordial tratará de ser resuelta más tarde, durante las crisis características del desarrollo, en las diferenciaciones psíquicas de un nivel dialéctico cada vez más elevado y de una irreductibilidad creciente.

Paradójicamente, la dependencia, absolutamente irrepresentable para el sujeto, fundará lo "positivo del complejo", la *imago* de la relación nutricia que tiende a establecer. Esta *imago* sólo adquiere forma a medida que las sensaciones se organizan mentalmente. Sólo algunas estructuras mentales que modelan las experiencias ulteriores serán testimonio de esto, dejando así trasparentarse los contenidos objetivos que ellas habrán formado. De hecho, explica Lacan, esta *imago* implica una tal dependencia que el sujeto no tiene otra elección que la de separarse o sucumbir –el ejemplo tipo de esta última eventualidad quedaría ilustrado por las "toxicomanías por la boca" o la "huelga de hambre de la anorexia mental"–, a menos que la *imago* no sea saturada en la maternidad: el poderío, la riqueza y la duración del sentimiento maternal no serán para Lacan, en este mismo texto, sino el resultado de una saturación en la inversión de la situación que representa la *imago* del seno materno. Por otro lado, el aspecto devorador de esta *imago* explicaría también que ese retorno adquiera aspectos catastróficos en los casos en que el sujeto, tras haber adquirido una cierta independencia, se encuentre de nuevo en situación dependiente.

De igual modo, el complejo de intrusión o estadio del espejo es considerado como un momento de rivalidad fraternal, rivalidad en la que el sujeto experimentará su ser en relación a su imagen, la cual identificará a la de otro. Ciertamente, este proceso representa un progreso respecto al aspecto poco comprensible de la *imago* materna. Es importante advertir que este *stade du miroir* –que Lacan comenzó a teorizar a partir 1936– es aprehendido desde el ángulo de los celos fraternos infantiles, fuente notable de patología psíquica, especialmente en los trastornos paranoicos. Algún tiempo después, no obstante, se servirá de la noción etnológica de *empreinte* (huella) para perfilar mejor esta misma perspectiva. Mas rehusando convertir al estadio del espejo en un mecanismo de integración, Lacan lo reinterpretará como alienación a una totalidad imaginaria y, por tanto, como germen de potenciales conflictos en el ser humano.

En esta misma época, es la figura del padre surgida con ocasión del complejo de Edipo, con la distancia y el sentimiento de respeto que se supone le aporta, la que –según Lacan– pacifica la patología mental inherente a las *imagos*. Advertimos asimismo de forma concisa que es esta repartición en tres tipos de *imagos* la que está en el origen de la distinción entre privación, frustración y castración,

la cual habrá de desarrollar *in extenso* en el seminario *La relation d'objet* dictado entre los años 1956 y 1957.

Respecto a las diferentes entidades clínicas, Lacan propone por primera vez en "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je" (1949) una génesis psicopatológica al margen de la tradicional concepción abrahamiana. Se apoya, por el contrario, en la teoría de Anna Freud –para quien, recordémoslo, el Yo es el asiento privilegiado de las defensas– a fin de considerar que la "represión histérica", muy próxima aún al cuerpo fragmentado, pertenece a un estadio más arcaico que la "inversión obsesiva y sus procesos de aislamiento" –más directamente dependientes de un aislamiento respecto al rival especular–, siendo éstos a su vez previos a la alienación paranoica que se remonta al "viraje del yo (*je*) especular hacia el yo (*je*) social". No obstante, este orden genético de las defensas del Yo (*défenses du moi*) no constituye ni mucho menos la última palabra de la construcción de la subjetividad. Por esa razón Lacan nos propone igualmente una distinción entre mecanismos neuróticos y psicóticos, cuyo argumento puede resumirse en los siguientes términos: mientras los primeros son considerados como resultado de "la inercia propia de las funciones del yo (*je*)" en la constitución fundamental del estadio del espejo, los segundos son descritos como consecuencia de la "captación del sujeto por la situación", a la que calificará posteriormente de *aliénation totale* en la imagen del espejo.

La teoría del estadio del espejo es recuperada por Lacan en varios momentos a lo largo de su obra, retornando periódicamente a ella para realizar constantes torsiones y aportaciones. Desde un principio plantea que la imagen especular es un vano intento de síntesis del sujeto, siempre buscada y siempre fallida, destinada a suturar su insoportable división subjetiva. Es ésta efecto de la represión primaria freudiana (*Urverdrängung*), la cual es a su vez consecuencia del lenguaje. Queda así patente, una vez más, la imposibilidad de la palabra para representar completamente al ser.

La imagen ficticiamente unificada del cuerpo se capta fuera de sí mismo, en el otro, y constituye el soporte del Yo. Esta polaridad la escenifica ejemplarmente el estadio del espejo: del lado *real* del plano especular se encuentra el sujeto con su cuerpo fragmentado y su división inconsciente; del lado *virtual* reencuentra su imagen unificada, base de la infatuación yoica.

La captación especular de la imagen no afecta solamente al hombre, aunque en él alcanza su máximo desarrollo. Así, en un preciso momento, al final del primer año de vida, el niño y el chimpancé manifiestan un interés similar por su imagen reflejada, lo que se expresa en sus intentos de aprehenderla con las manos. En ese momento ambos alcanzan un nivel de inteligencia instrumental bastante parejo. Pero hay otras diferencias que los separan radicalmente; desde el sexto mes,

el niño se ve afectado por un fenómeno perceptivo que expresa a través de dos signos: consiste el primero en una inhibición atenta ante la imagen, y el segundo, en una jubilosa manifestación de energía. En efecto, en torno a los seis meses de vida, el pequeño humano reconoce como tal su imagen en el espejo.

El estadio del espejo debe ser concebido como una identificación, en el sentido más freudiano del término, es decir, como la transformación que tiene lugar en un sujeto cuando asume como propia una imagen. El bebé, sometido a su impotencia motriz y dependiente para su nutrición del Otro materno, celebra jubilosamente su imagen especular, que constituye la matriz simbólica sobre la que el Yo se cristaliza en una forma primordial. De manera que lo más importante, según Lacan, es que la instancia del Yo se sitúa en una línea de ficción que sólo asintóticamente toca el devenir del sujeto, ya que el Yo no puede jamás dar cuenta por completo de la noción de sujeto.

8.3. Tercer modelo: el Nombre-del-Padre y el predominio del significante en lo Simbólico. El fetiche perverso y las formaciones del inconsciente neurótico

El axioma central de este período consiste en considerar que la estructura psíquica está determinada por la consistencia del Otro, definido como el Otro de los significantes y del lenguaje –siguiendo el modelo de la antropología estructural–, es decir, como medio de transmisión intergeneracional del significante fálico. Este tercer modelo diferencia abiertamente neurosis, psicosis y perversiones.

En lo que atañe a las psicosis, Lacan se remite a tres tipos clínicos: las psicosis infantiles, en particular con el estudio de dos casos (el "caso Dick" de Melanie Klein y el "caso Robert" de Rosine Lefort); la paranoia, término éste que adquiere un sentido más amplio que el atribuido anteriormente, pues el "caso Schreber", aquí elevado a la categoría de paradigma, presenta a la vez aspectos esquizofrénicos y paranoicos (*dementia paranoides*); las psicosis con un desencadenamiento parcial y las prepsicosis, en especial el "caso del Hombre de los Lobos" y el caso de prepsicosis descrito por M. Katan.

Respecto a las perversiones, se centra asimismo en tres tipos clínicos: aquellos que evidencian una estructura perversa comprobada, como es el caso de André Gide; aquellos en los que se trataría más bien del "rasgo" (*trait*) o del *acting-out* perverso (en concreto, el caso de exhibicionismo transitorio presentado por Melitta Schmideberg y el caso de una perversión voyeurista transitoria, *acting-out* provocado por el error de interpretación de la analista Ruth Lebovici); y, finalmen-

te, el "caso de la Joven Homosexual", estudiado por Freud, en el que la posición de la paciente radica en una estructura de perversión en lo Imaginario.

La estructura neurótica, por su parte, es ampliamente discutida y dilucidada a partir de los tres tipos clínicos clásicos: el "caso Hans", especialmente en todo lo relativo a la neurosis infantil; el "caso Dora", considerado el paradigma de la histeria; y por último, el "caso del Hombre de las Ratas", juzgado como típico de la neurosis obsesiva, que será ampliamente debatido en relación con los modelos de las relaciones de objeto.

Grosso modo, la clínica desarrollada por Lacan en este período es harto "estructuralista", en el sentido que confirió a ese término Lévi-Strauss. La lógica presente en los casos clínicos es aquí especialmente descrita en función de los determinantes que pueden aprehenderse en la constelación intergeneracional, es decir, en cada caso concreto según la forma particular en la que el intercambio simbólico ha podido tener un fallo, argumento éste que resuena directamente en el ámbito de la problemática fálica tal como Freud la concibió; por lo demás, dicha complicación fálica es reinterpretada a la luz del *Essai sur le don* de Marcel Mauss. Esa lógica configuraría la forma concreta del síntoma, y las maniobras sobrevenidas en el proceso de la cura son consideradas como nuevas respuestas al desequilibrio, a la *rupture de contrat* inicial en la pareja parental, o al menos en uno de sus miembros, en su posición con respecto al deseo. Los diferentes casos presentados a lo largo de este tercer período están todos articulados en torno a tres elementos fundamentales: la cadena significante inconsciente –incluyendo la "ruptura del contrato"– situada en el lugar del Otro, el desconocimiento imaginario y el falo en tanto que apuesta fundamental de la existencia del sujeto.

8.3.1. El "significante fundamental" y el esquema óptico

Se vale Lacan para mostrar sus constataciones, en esta ocasión, de una modificación del experimento propuesto por el físico francés Bouasse (*vid.* figura 8.1). Se trata básicamente, en ese experimento originario, de un florero (V) colocado sobre una caja de la que previamente se ha suprimido una de sus caras. Ahí, bajo la tapadera de la caja (S) se coloca un ramillete de flores, de manera que éstas quedan suspendidas bocabajo; por su parte, el florero se coloca sobre esa misma tapadera. Delante de la cara abierta de la caja se sitúa un espejo cóncavo, acomodado de forma tal que la imagen del ramillete es proyectada por el espejo cóncavo encima del florero; de este modo, un observador podría verlo situado por encima del cuello del florero (A'), siempre y cuando aproxime su ojo hasta un cierto cono configurado por los límites de la proyección determinada por el espejo cóncavo: $\beta B' \gamma$.

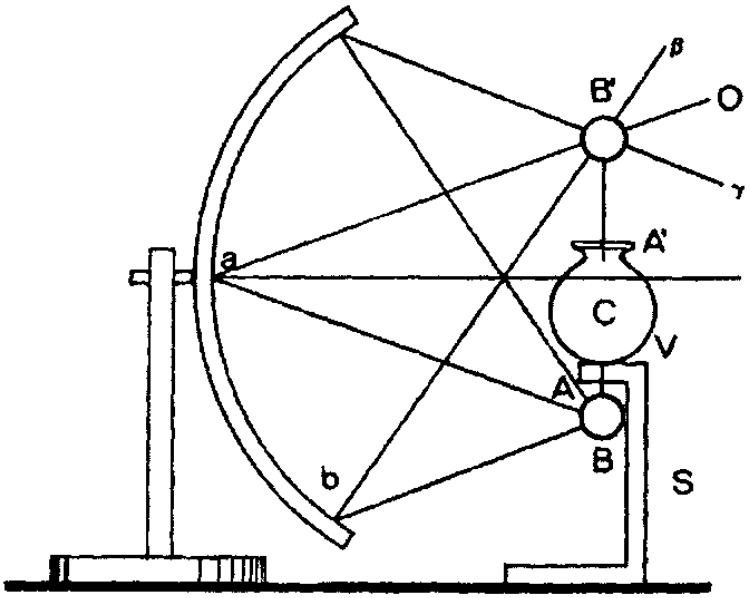


FIGURA 8.1. Primer modelo óptico. *Fuente:* Jacques Lacan, "Observación sobre el informe de Daniel Lagache: 'Psicoanálisis y estructura de la personalidad'" (1960).

Como se sabe, J. Lacan propuso modificar la ilusión óptica de Bouasse, toda vez que la consideró insuficiente para ofrecer un modelo de la incidencia de la relación entre Simbólico e Imaginario. El tipo de Simbólico que describe en esta ocasión no es otro que la cadena significante inconsciente escondida en el sujeto, dado que la constitución de su propio cuerpo implica esta disimulación. Tres fueron las modificaciones planteadas por Lacan (figura 8.2) al protocolo experimental de Bouasse: en la primera, el florero se sitúa en el interior de la caja en el lugar del ramillete de flores; en la segunda, las flores se colocan sobre la caja en el lugar del florero; y, en la tercera, se añade un espejo plano y orientable del otro lado de la caja, simétrico al espejo cóncavo.

En este modelo óptico propuesto por Lacan, el espejo cóncavo simboliza el córtex cerebral, a menudo descrito como *miroir intrapsychique*; el espejo plano constituye una representación del lugar del Otro, ese lugar en el que el sujeto se va a jugar su destino; el florero representa al Ello, reservorio de las pulsiones, y se puede considerar a las flores como una representación del objeto. A diferencia de la ilusión del físico Bouasse, este dispositivo anamorfósico ideado por Lacan no refleja únicamente una imagen real, sino dos tipos de imágenes: una imagen real, situada encima del ojo del observador, y otra imagen virtual, localizada en un espacio virtual detrás del espejo plano; *partes extra partes*, como habría podido decir Descartes.

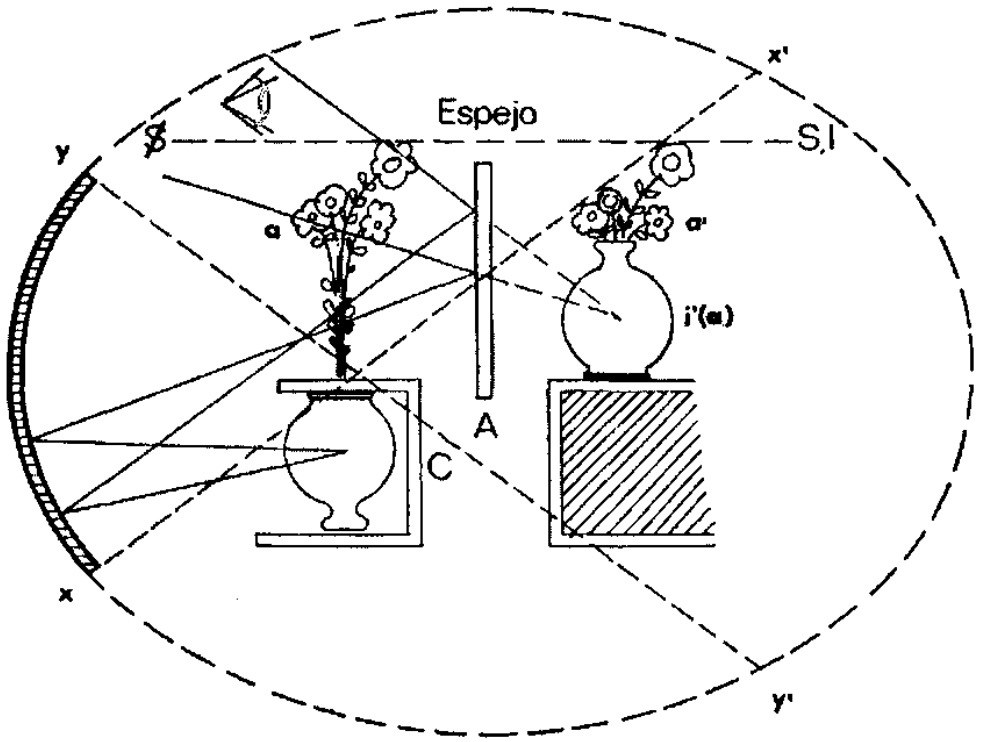


FIGURA 8.2. Segundo modelo óptico. *Fuente:* Jacques Lacan, "Observación sobre el informe de Daniel Lagache: 'Psicoanálisis y estructura de la personalidad'" (1960).

Una diferencia significativa puede apreciarse entre el modelo del estadio del espejo y este aparato óptico, pues en este último no se le atribuye la generación de la *Gestalt* del cuerpo a ninguna imagen real. Se compone éste de dos elementos desemejantes, conjuntados en una imagen virtual anamorfósica, que es la única consistencia de la que puede beneficiarse el cuerpo. De esta manera, el cuerpo se imagina como una acomodación entre el cuello del florero y las flores. "Y lo que el modelo –escribió Lacan en su observación sobre informe sobre D. Lagache (1960)– indica también mediante el florero escondido en la caja es el poco acceso que tiene el sujeto a la realidad de ese cuerpo, que pierde en su interior, en el límite en que, repliegue de capas coalescentes en su envoltura, viene a coserse a ella alrededor de los anillos de sus orificios, la imagina como un guante que pudiera volver del revés."

En un principio Lacan no insistió tanto en esta *accommodation* –que más adelante, en el período de elaboración del objeto *a* y de la temática de la separación, será aprehendida en referencia a la castración–, sino en la manera en la que el sujeto es introducido en un cierto lugar a partir del cual se puede concebir el cuerpo como una totalidad. En este esquema óptico, el ojo del sujeto está situado por encima de las flores y el lugar $ está indicado por la flecha proveniente del ideal

del Yo, esto es, I(A); este *idéal du moi*, que desempeña aquí el papel del Nombre-del-Padre, indica al niño el lugar desde el cual debe mirar. Por contra, algo sobre lo que Lacan no insiste es que esta sumisión necesaria a un imperativo que venga del Otro incluye la creación de un síntoma. En sus primeros seminarios, su énfasis recae sobre el hecho de que la imagen en el espejo está ordenada por un mensaje simbólico que puede resumirse así: I(A) → S.

Toda la maquinaria del esquema óptico puede considerarse una mascarada para disimular el verdadero contenido de ese mensaje. Así, es posible colegir que el esquema óptico es una realización de otro esquema –el conocido como "esquema L"–, también desarrollado en la misma época para explicar la supremacía de la cadena inconsciente simbólica sobre lo Imaginario.

Su punto de partida arranca de la oposición entre los fenómenos imaginarios, que corresponden especialmente al estadio del espejo, y los fenómenos simbólicos, tal como dicha oposición fue argumentada en "Le séminaire sur 'La lettre volée'" (1955) inspirado en el relato del mismo título de Edgar A. Poe. Sabido es que en esta narración, el escritor norteamericano opone dos tipos de espacios. Un espacio simbólico, que corresponde a la carta (*lettre,* "carta" y también "letra") hurtada a la Reina por el Ministro, y que el Prefecto de Policía intenta encontrar en vano; sin embargo, la carta en cuestión permanece a la vista, si bien ha sido disimulada mediante un pequeño truco consistente en un cambio de dirección escrito en su dorso: el Ministro ha dado la vuelta a la carta y se la ha remitido a sí mismo, asunto éste que era posible con las cartas de aquella época. Y un espacio imaginario, precisamente el espacio de desconocimiento en el que se mueve el Prefecto de Policía, quien intenta recuperar la carta vaciando los cajones de los muebles, hurgando en toda clase de objetos, desmontando las tablas del parqué, etc.

La idea fundamental que Lacan trata de subrayar radica en que la aprehensión imaginaria de la realidad consiste esencialmente en una defensa contra la cadena simbólica, en un desconocimiento de las leyes que la rigen. Esta cadena simbólica se apoya en la descripción realizada por Freud respecto a las formaciones del inconsciente, así como en la procurada por Claude Lévi-Strauss respecto a las estructuras del parentesco y también en las primeras aportaciones de la cibernética aparecida en los años cuarenta. Lacan invita a considerar asimismo que el relato de Edgar A. Poe sería una muy buena metáfora de la experiencia analítica, pues el sujeto desconocería la cadena simbólica que lo determina mientras se sostiene en los mecanismos imaginarios. A tenor de lo dicho, la interpretación analítica consistirá en hacer aparecer esta trama simbólica ubicada más allá de la ceguera imaginaria, según el esquema siguiente, conocido como *Esquema L*:

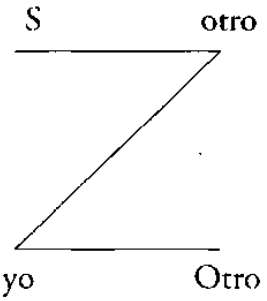


FIGURA 8.3. Esquema L. *Fuente:* Jacques Lacan, "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958).

La relación yo-otro (*moi-autre*) corresponde a la relación imaginaria, mientras que el sujeto (S) está secretamente determinado por la cadena simbólica situada en el lugar del Otro (*Autre*) simbólico, cuyas manifestaciones más conspicuas hallamos en la emergencia de los lapsus, los actos fallidos, los sueños y los síntomas, es decir, en las formaciones del inconsciente.

En sus primeros seminarios, Lacan trató de explicar, mediante la teoría del Nombre-del-Padre, la operación de aceptación primaria por parte del ser humano de un significante fundamental al que se somete el niño en el inicio de su vida, el cual le permite acceder al lenguaje simbólico e inscribirse en la filiación y en el orden generacional. A este significante Lacan lo denominó "significante del Nombre-del-Padre" y opera conforme a la lógica que a continuación se expone.

La triangulación edípica no está compuesta por tres términos, sino por cuatro, ya que los elementos padre-madre-hijo son insuficientes por sí solos para dialectizarse; se precisa de un cuarto elemento: el falo. La articulación entre ellos se establece así:

$$\frac{\text{falo-madre-hijo}}{\text{padre}}$$

en la que el padre –como función, no como persona– sostiene la estructura (en caso de que se bastaran madre e hijo, sería la psicosis). En esta dialéctica, la madre encuentra en el hijo el complemento que falta a su ser, es decir, el falo imaginario que completa su imagen. En lo que respecta al niño –sea varón o hembra–, localiza enseguida el falo en su cuerpo porque éste ofrece un soporte idóneo. Tenemos, por lo tanto, una pareja perfecta sosteniéndose en espejo. Pero algo no funciona porque el falo se desliza y está siempre en otra parte. ¿En dónde? Lacan, en consonancia con Freud, lo sitúa en el padre en tanto que portador. "Es en torno

a él que se instaura el temor de la pérdida del falo en el niño, la reivindicación, la privación o la molestia, la nostalgia del falo en la madre", afirmó Lacan en el seminario *Les psychoses* (1955-1956).

La noción de "padre" adquiere así consistencia en el significante que lo nombra y no en la función generatriz, pues la suya por excelencia es ser portador. Para que haya padre es necesario introducirlo, ya que la naturaleza no lo otorga espontáneamente. De este modo, se llama "metáfora paterna" a la operación que incorpora al hijo este significante crucial que pone límite al goce entre él y su madre, y le permite abrirse a un goce no incestuoso y a sostener un deseo propio. Lacan, en su artículo "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958), escribió la metáfora paterna del modo que sigue:

$$\frac{\text{Nombre-del-Padre}}{\text{Deseo de la madre}} \cdot \frac{\text{Deseo de la Madre}}{\text{Signficado al sujeto}} \rightarrow \text{Nombre-del-Padre} \left(\frac{\text{A}}{\text{Falo}} \right)$$

Este significante puede faltar ("forclusión") no porque haya sido reprimido, sino porque jamás se haya podido incorporar a la subjetividad del ser. Tal eventualidad es posible cuando el goce entre madre e hijo es tan devorador que no deja resquicio para que entre ambos habite un tercero que introduzca una separación. Cuando esto sucede, el hijo se ve imposibilitado de acceder a la ley simbólica –que no es otra que la que regula el parentesco y la filiación mediante el sostén del lenguaje–, cuya primera manifestación es la prohibición del incesto. Pues bien, la psicosis adviene si todo esto falla.

En el seminario titulado *Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954), Lacan propone algunos comentarios sobre dos casos de psicosis infantil: el "caso Dick", un niño autista tratado por Melanie Klein alrededor de los años cuarenta, y el "caso Robert", un niño atendido por Rosine Lefort en el marco de un programa de investigación sobre el abandono dirigido por John Bowlby (Organización Mundial de la Salud). Pone de manifiesto Lacan que en ambos casos falta un cierto tipo de significante imperativo, que normalmente debería aportar al niño un sentimiento de unidad corporal, además de permitirle articular una llamada hacia el personaje materno. En tales casos de psicosis parece darse una confusión entre lo Imaginario y lo Real, confusión que es correlativa al rechazo de un significante que posibilite al niño articular una llamada originaria. Tal situación resulta especialmente llamativa en el "caso Robert", quien tras haber sido alentado a articular demandas en el interior de la escena analítica, se pone a llamar a su madre des-

de lo alto de una escalera; en ese momento preciso, Robert está totalmente agitado e intenta castrarse. Por su parte, en el "caso Dick" parece que la forma en que Melanie Klein le "presta" significantes cruciales permite a este niño articular su propia cadena significante, lo cual sobreviene en relación al juego que desarrolla con un tren.

Paralelamente Lacan elabora a partir de los textos freudianos –en especial el "caso Schreber" y el "caso del Hombre de los Lobos"– una tesis original referida *supra,* según la cual un significante crucial faltaría en la psicosis, cuyas primeras concreciones aparecen en el marco de un fructífero debate entablado con el filósofo Jean Hyppolite en 1954. Conviene aquí resaltar que este concepto de "falta de un significante fundamental" se diferencia netamente de la causalidad habitualmente deducida por las otras corrientes psicoanalíticas, que en aquellos años seguían insistiendo en una supuesta "causalidad homosexual de la paranoia". Ciertamente, este tipo de causalidad había sido propuesta por Freud con vistas a explicar la frecuente presencia de las temáticas homosexuales en las psicosis, justificándola por lo demás mediante un tipo de fijación particular (narcisista), pero también para tratar de aclarar la temporalidad de las temáticas megalomaníacas.

La función del significante fundamental, indica Lacan en su seminario *Las Psicosis* (1955-1956), consiste en limitar de forma directa el deseo (capricho) materno. Pero en el momento que falta ese *significant fondamental,* la llamada que se le hace provoca, dependiendo de cuáles sean las formas clínicas que afecten a un sujeto, efectos diferentes de "retorno en lo Real". En el "caso del Hombre de los Lobos", la descompensación de Sergueï C. Pankejeff se produce de forma tardía y prosigue con una serie de síntomas de tipo obsesivo, concentrándose posteriormente en la convicción delirante de sentirse perjudicado, conjugando así las ideas de perjuicio con un delirio hipocondríaco. La psicoanalista Ruth Mack Brunswick, quien habría de tratarlo posteriormente, sostuvo que ese delirio hipocondríaco ocultaba un delirio de persecución.

Por el contrario, en el "caso Schreber", sin duda más marcado por algunos rasgos de tipo esquizofrénico, se produce una verdadera "regresión al estadio del espejo", es decir, la experiencia de una total irrealización del cuerpo, el cual es considerado por el propio Dr. Paul Schreber como un desperdicio, como un cuerpo muerto, "cadáver leproso", etc. Al mismo tiempo, Schreber, que está constantemente alucinado en ese período crítico de su psicosis, presenta lo que él mismo denomina "milagro del alarido" cuando deja de responder a las "frases interrumpidas" que Dios le dirige ("En cuanto a usted, lo que debe hacer..."*,* que él debe completar con "entregarse a un libertinaje voluptuoso"): siente entonces surgir de su garganta un aullido que provoca en su proximidad diversos fenómenos bizarros y fabrica nuevas figuras milagrosas ("esas formas humanas enviadas

allí por milagro", "imágenes humanas construidas a la ligera"). Así, durante meses, en un estado que nos evoca la catatonía, Schreber hallará empero una estabilización mediante la construcción de un delirio de cambio de sexo, si bien el poder estabilizador del delirio no impidió que presentara una última crisis muy desorganizada al final de su vida, como desarrollaremos con más detalle en la Parte V.

Amén de estos casos paradigmáticos de psicosis francas, la teoría del Nombre-del-Padre permite además explicar aquellos otros en los que una estabilización parcial –gracias a la suplencia de ese significante faltante por otro que para un sujeto opere como prótesis– ha logrado mantenerse durante muchos años, tal como ilustra el caso descrito por Maurits Katan. Se trata de un muchacho que, tras una descompensación parcial sobrevenida a los cuatro años –según él, su padre lo habría castrado entonces–, consigue una cierta estabilización por medio de identificaciones a una serie de objetos que responden para él al deseo materno. La descompensación definitiva le sobrevino toda vez que renunció a tales identificaciones, presentando en ese momento un cuadro marcadamente esquizofrénico.

Por último, esta teoría permite además dar cuenta de la variedad de implicaciones de la temática sexual en los casos de psicosis. Mientras que Freud había sugerido que las paranoias eran el resultado de un tipo particular de represión de tendencias homosexuales, Lacan escinde esta dificultad en dos vertientes. En primer lugar, la forclusión (*forclusion*) del Nombre-del-Padre puede tener una incidencia directa sobre lo vivido del sujeto (vivencia de perplejidad, humor delirante, sentimiento enigmático), aunque la temática sexual no sea la prevalente. En segundo lugar, la forclusión del Nombre-del-Padre puede asimismo afectar de varios modos a la encrucijada fálica, bien sea cuando se traduce directamente en una persecución de tipo homosexual o, por el contrario, cuando cristaliza en una problemática de feminización y permite así reemplazar en buena medida al significante paterno que falta.

En este último supuesto, por lo demás bastante frecuente, el reajuste parece llevarse a cabo en relación a un punto de excepción situado en referencia al deseo de la madre como horizonte de la realidad. De manera típica, el sujeto, que se mantiene como objeto del deseo de la madre –falo que falta a la madre–, intentará encontrar una estabilización situándose como "la mujer que falta a los hombres". Mas también son posibles otras realizaciones de tipo "homosexual", como ilustra ejemplarmente el caso de Otto Gross, un psiquiatra psicótico asistido por C. G. Jung en la segunda década del siglo pasado. Este hombre, uno de los primeros promotores de la "liberación sexual", había elaborado un delirio según el cual el fin del mundo era inminente y no podría evitarse si el culto a Ishtar no se

promovía de forma imperiosa; el culto en cuestión implicaba una lucha contra el paternalismo y la práctica intensiva de relaciones sexuales entre hombres y mujeres –para liberar a estas últimas de la alienación masculina–, asunto éste al que se entregaba sin freno ayudándose de diversas drogas.

Advertimos por el momento que, a finales de los años cincuenta, Jacques Lacan dotaría al Nombre-del-Padre de mayores precisiones y lo incluiría en el mecanismo de construcción del síntoma, elaborando así una metáfora fundamental de la que daremos todos los detalles necesarios cuando desarrollemos el cuarto modelo lacaniano.

8.3.2. Elaboración de las perversiones

Relativamente tardías en comparación con sus investigaciones sobre la psicosis, las primeras teorías de Lacan sobre las perversiones datan de la década de los cincuenta; dichas elaboraciones teóricas, como ya ocurriera con Freud, están íntimamente articuladas a la cuestión del fetichismo. Entre los textos esenciales de este período cabe evocar aquí su seminario *La relación de objeto* (1956-1957) y el artículo de 1958 intitulado "Juventud de Gide o la letra y el deseo". Mientras que los síntomas neuróticos han sido caracterizados desde el inicio de la segunda mitad del pasado siglo por Lacan en referencia a su estructura de metáfora, el fetiche se define, por el contrario, en relación con una estructura metonímica; Lacan la especifica como una "detención en la imagen" (*arrêt sur image*) que opera sobre la insoportable castración materna.

En el mencionado seminario dedicado a la relación de objeto, trata Lacan de contrastar algunos casos en los que un "rasgo de perversión" en un sujeto neurótico corresponde a un *acting out* –esto es, una puesta en escena a modo de transferencia en acto dirigida inconscientemente al analista pero fuera del dispositivo clínico, la cual está determinada por el surgimiento de la angustia que puede sobrevenir, por ejemplo, a continuación de un error en la dirección de la cura analítica–, con aquellos otros casos –en especial, el "caso de la Joven Homosexual" descrito por Freud– en los que el acto perverso está más decidido y compete a una forma de certidumbre estructural.

Todas estas cuestiones fueron ampliamente examinadas y articuladas en profundidad en el artículo dedicado al escritor André Gide. Lacan se define ahí claramente sobre la naturaleza del fetiche y su causalidad, progresando así un paso más que Freud, quien se había dado por satisfecho al advertir que la visión de la madre desprovista de falo suponía para el futuro fetichista la fuente de una angustia sin fondo sólo colmada mediante la creación del fetiche. En "Juventud de Gide

o la letra y el deseo", Lacan propone que el fetiche viene a responder a un tipo particular de escisión del objeto, en referencia a dos artículos publicados por Freud en 1910 y 1912, que tratan respectivamente de la elección especial de objeto en el hombre y de la degradación general de la vida amorosa.

Pero lo que resulta característico y llamativo de Gide es que él, que se declara homosexual uranista, se ha consagrado a un amor platónico hacia su mujer y ha realizado un "matrimonio blanco" aceptado también por su esposa y a la vez prima Madelaine Rondeaux. Amén de este amor, sentía pasión por los jovencitos broncíneos, de pelo oscuro y que "no piensan", con quienes practicaba la masturbación recíproca. Tenemos pues una oposición entre un objeto idealizado e intocable y un objeto masturbatorio y desvalorizado. Pues bien, para Lacan, el "caso Gide" se construye alrededor de esta disociación entre el amor y el deseo; dicho de forma muy sintética, la madre de Gide no habría sabido anudar amor y deseo, razón por la cual uno y otro permanecen disociados.

Abundando sobre este particular, nuestro autor localiza la disociación entre el amor y el deseo en dos vertientes: por una parte, el amor maternal está completamente disociado del deseo y, por otra, está totalmente identificado al mandato del deber. La consecuencia de esta identificación aparece como una negación del goce (*jouissance*). En su narración autobiográfica de la juventud *Si le grain ne meurt* (*Si la semilla no muere*, 1927), el escritor parisino relata cómo cuando su padre murió se vio sumido en la envoltura del amor materno. El psiquiatra Jean Delay, autor del voluminoso estudio *La jeunesse d'André Gide* (1956), escribió a este respecto: "El amor materno constituyó su encierro". Así, el lazo se cierra y aparece una figura muy especial de "La mujer", esto es, la mujer "apegada por entero a su presa". Es la madre de la ley para la cual el deseo está sometido a la ley; es además una mujer descrita como antojadiza y angustiada, pero en todo caso no es esta madre del capricho, sino la mortificación del falo lo que resulta aquí dominante, y entonces, si el deseo femenino en su vertiente histérica puede escribirse A mayúscula barrada ($\mathbb{A}$) de fi minúscula (φ), la posición de la Sra. Gide estaría más bien caracterizada por A mayúscula barrada ($\mathbb{A}$) de $\emptyset$ (conjunto vacío).

El falo aparecerá para Gide sin estar atrapado por la metáfora paterna, paseándose solo a través del mundo, y por tanto el goce fálico se le presentará como algo aislado. Como resultado de esto, es sorprendido masturbándose a los cinco años en la Escuela alsaciana, eminente lugar de la pedagogía protestante parisina, de la que será expulsado por ese hecho. En compensación, otro personaje reinstaurará el deseo bajo una forma traumática: una de sus tías trata de seducirlo, lo cual parece haber constituido el arquetipo de las relaciones eróticas de Gide con los jovencitos.

Lacan sitúa al niño Gide "entre la muerte y el erotismo masturbatorio". Si la significación fálica es lo que permite al sujeto neurótico identificarse a su ser de viviente mediante una sustracción del goce, Gide, por el contrario, está identificado a su ser de muerto. En principio, la puesta en funcionamiento del significante fálico debería arrojar como resultado -φ, esto es, la castración. Pero en el "caso Gide" se aprecia, por un lado, un Φ_0 (fi subcero) y, por otro, un Φ rudimentario, que incumbe a cosas bien diferentes. El Φ_0 corresponde al sentimiento que Gide denomina *Schaudern* –término alemán que designa una especie de escalofrío o estremecimiento de la angustia de muerte–, lo que él mismo denomina la sensación de estar "forcluido" (*forclos*), excluido de la relación con el semejante. Tal sensación de exclusión determinará la persecución de sus compañeros de colegio, que llegaron a encasquetarle un gato muerto en la cabeza, a raíz de lo cual no volvió más al Liceo. En distintas ocasiones siente un temblor desde el fondo de su ser, se identifica con el enfermo imaginario, experimenta ese *Schaudern* y se sitúa en el lugar del falo muerto. El deseo de la madre adquiere en Gide el valor de objeto idealizado, el ángel más o menos fantasmático y un poco cadavérico que encarnará su prima Madeleine a modo de madre mejorada, con las cejas un poco más arqueadas y hechuras algo más agradables pero igualmente fantasmáticas.

Por otra parte, ¿cuál es la posición de Gide como deseante? Cuando goza con los jovencitos se identifica a un goce femenino, al goce de su tía, goce infinito que le pone en comunicación con la naturaleza en toda su extensión, goce de dimensiones oceánicas por completo opuesto al falo muerto, que viene a revestir y recrear al falo artificialmente allí donde éste permanecía completamente elidido, muerto. Se trata, pues, de una creación, de una resurrección del falo en la relación imaginaria que contribuye a afianzar el deseo en una masturbación cara a cara.

El estudio del "caso Gide" permite así a Lacan mostrar la evidencia de un *impasse* fundamental del deseo en el sujeto perverso, afianzar la demostración de una *non-transmission* del falo por intermedio de la madre, cuya solución se alcanza mediante la instauración del fetiche, a la vez que se comprueba que el Nombre-del-Padre está ahí adecuadamente ubicado.

8.3.3. Las neurosis: neurosis obsesiva, histeria y fobia

En este mismo período que Lacan elabora sus notables desarrollos psicopatológicos a propósito de la psicosis y la perversión, propone igualmente distinguir dentro de las neurosis tres grandes tipos: la neurosis obsesiva, la histeria y la fobia, esta última estudiada únicamente en el niño. Como enseguida mostrare-

mos detenidamente, la primera de ellas fue investigada en su estructura a partir del célebre "caso del Hombre de las Ratas", la segunda desarrolló y matizó las consideraciones de Freud sobre el "caso Dora", y la tercera reinterpretó el "caso Juanito".

A) La neurosis obsesiva

Al inicio de los años cincuenta expuso Lacan una lectura abiertamente estructuralista de la neurosis obsesiva, esto es, la obsesión entendida como el resultado directo de la deuda paterna, la cual ha instaurado un engaño, un fracaso, en la transmisión intergeneracional. Dos son las deudas del padre examinadas en el caso de Ernst Lanzer, doctor en Derecho, vienés de origen judío tratado por Freud a partir de 1907 –contaba, por tanto, 29 años– y conocido como el "Hombre de las Ratas". En primer lugar, el padre (Heinrich Lanzer), suboficial de la armada austriaca, había contraído matrimonio ventajoso con su prima carnal Rosa Saborsky, que había sido criada y adoptada por la familia de un lejano pariente suyo, propietario de una importante empresa industrial; de modo que Heinrich, tras casarse con Rosa, entró al servicio de la empresa, accediendo así a un posición económica holgada. Ahora bien, la esposa tenía a gala mofarse públicamente de su marido mientras le recordaba que tiempo atrás había amado a una joven pobre pero hermosa y que había consentido en renunciar a su más querido deseo al desposarse con ella. En segundo lugar, cuando el padre estuvo destinado en la guarnición había contraído deudas de juego y sólo pudo salvar su honor merced a la providencial intervención de un amigo. Mas desaparecido el amigo, jamás consiguió rembolsar esas deudas. Pues bien, una y otra faltas del padre aportarán la temática obsesiva esencial del fantasma, eso que Lacan también denominó el "mito individual" del neurótico.

Los síntomas obsesivos de E. Lanzer, estima Lacan, se anudan en el momento en que su madre le incita a casarse con una mujer rica –y no con la mujer a la que ama, su prima Gisela Adler, la "mujer de sus sueños"–, colocándolo así en situación de repetir precisamente una de las faltas del padre. Fue en ese momento cuando experimentó importantes inhibiciones a la hora de proseguir sus estudios de Derecho; de hecho, sólo tras el análisis con Freud consiguió desarrollar una actividad profesional.

Sus trastornos adquirieron un cariz dramático y alcanzaron un verdadero "trance obsesivo" cuando, desempeñando funciones de oficial de la reserva austriaca y hallándose de maniobras en un emplazamiento que actualmente es territorio polaco, un personaje para él harto inquietante –al que apodará "capitán cruel"– le

refirió el suplicio de las ratas, relatado con todo lujo de detalles por Octave Mirabeau en su libro *Le jardin des supplices*. Se trata de un tormento que consiste en la introducción violenta de una rata en el ano de un condenado a fin de que le devore los intestinos. Ahora bien, la narración de ese relato se produjo justamente después de que, como sucede a veces a los militares, fuera enviado a "maniobras de aproximación" ante la criada de una posada. De repente, el joven militar se siente aterrorizado por la idea de que ese suplicio podría sucederle a sus personas más queridas, en especial a una joven pobre a la que tenía idealizada y a la que su padre le había pedido que abandonara, pero también a su propio padre, quien murió en esa época.

Sobreviene entonces un nuevo incidente, también decisivo para la interpretación de esta neurosis obsesiva. Se le rompen sus quevedos y remite una carta a su oculista de Viena para que le haga llegar otros nuevos. Días después llegaron los anteojos que su óptico le había enviado, los cuales le fueron entregados personalmente por el capitán Novak (el "capitán cruel"), quien le indicó que debía abonar los gastos del envío (3,80 coronas) al teniente A., supervisor de Correos. En ese mismo instante surgió en él la idea de que no devolvería ese dinero, pues de hacerlo les sucedería a su padre y a su amada el suplicio de las ratas. No obstante, a continuación musitó el siguiente juramento: "Tienes que devolver las 3,80 coronas al teniente A.". En esa coyuntura se desencadenó un singular y complejo trance obsesivo.

Dos días después terminaron las maniobras militares. Durante ese tiempo, E. Lanzer realizó continuos esfuerzos para devolver al teniente A. la cantidad adeudada. Intentó primeramente pagarle a través de un oficial que tenía que hacer una gestión en la Oficina de Correos, pero se alegró hondamente cuando éste le devolvió el importe alegando que no había encontrado al susodicho teniente. Finalmente encontró al teniente A., pero el oficial se negó a aceptar el dinero explicándole que él no había pagado nada y que ni siquiera se ocupaba de los asuntos postales, función que competía a un tal teniente B.

Acuciado por su juramento, imaginó una serie de complicados manejos destinados a devolver las 3,80 coronas: iría con los tenientes A. y B. a Correos; allí el teniente A. le daría a la encargada del servicio postal las 3,80 coronas que ésta entregaría al teniente B., y así podría cumplir al pie de la letra el juramento entregando el importe al teniente A. Pero toda esta angustiosa rumiación no habría de servir de nada. Extenuado por tanta zozobra, E. Lanzer recordó finalmente que al día siguiente el teniente A. realizaría con él un viaje en tren hasta la estación de P., y aprovechando tan magnífica ocasión le entregaría por fin el dinero rogándole que se lo entregase al teniente B. como disculpa.

Sin embargo, cuando al día siguiente llegaron a la estación ferroviaria de P. no se atrevió a decirle nada, aunque habló con el asistente del teniente A. y le

comunicó que anunciara a su teniente que le visitaría por la tarde para satisfacer su deuda. Sumido en tamañas cavilaciones cogió un tren en dirección a Viena, pero en cada estación que el tren se detenía pensaba que aún podía bajarse y tomar otro en dirección contraria para cumplir el desatinado juramento. Absorto en sus pensamientos llegó a Viena, donde visitó al doctor Springer y le expuso sus dubitaciones. Aplacado por las palabras del médico, Lanzer durmió tranquilo esa noche y, al día siguiente, acompañado por su amigo, se dirigió a la Oficina Postal y remitió un giro de 3,80 coronas a la empleada de Correos, la persona que había tenido a bien pagar de su bolsillo la mencionada cantidad.

Aunque se trata de una historia bastante farragosa, llama la atención que el propio E. Lanzer supiera desde el principio que era esa empleada de Correos quien había abonado los gastos, de modo que cuando el capitán Novak le dijo que debía entregar 3,80 coronas al teniente A., él ya sabía de sobra que su capitán estaba en un error. Así y todo realizó el juramento obsesivo con una premisa que sabía falsa y que, por consiguiente, era imposible de cumplir. Pese a haber devuelto finalmente las 3,80 coronas a su legítima dueña, los mandatos y las dudas no dejaron de atormentarlo. Decidió entonces visitar a un médico albergando la secreta idea que éste expusiese en un certificado la necesidad de que el teniente A. aceptase las 3,80 coronas, y quedar así libre del embrollo obsesivo. Fue así como Ernst Lanzer se dirigió a la consulta del doctor Freud el 1 de octubre de 1907.

Este guión, esta ceremonia expiatoria –escribe Lacan *ad litteram*– "complementa, suplementa, realiza en paralelo y a la inversa, el equivalente a la situación original". El sujeto intenta con ella, en efecto, responder a cuanto de insoportable tenía para él la situación inicial, haciendo que se cubran las dos deudas, de modo tal que, a fin de cuentas, si todo el guión se cumple, a la funcionaria de Correos no se le habría devuelto completamente lo suyo.

El "caso del Hombre de las Ratas" se revela a todas luces ejemplar, y no tanto por la demostración de las fijaciones anales del paciente, sino porque pone de manifiesto a las claras el contenido de las deudas que han sellado su destino tornando el deseo imposible. Por supuesto, el asunto consiste en permitir a ese sujeto articular de un modo distinto las coordenadas según las cuales su deseo está alienado, para así posibilitarle retomar el mando de su propio destino.

B) La neurosis histérica

También las consideraciones sobre la histeria se enmarcan en este período en una lectura estructuralista, como se aprecia en las referencias al "caso Dora". En el seminario que Lacan dedicó a examinar las relaciones de objeto (1956-1957),

contrasta y confronta punto por punto el "caso Dora" con el de la Joven homosexual, quien sí mantiene una posición imaginaria perversa. En el "caso de la Joven Homosexual", publicado por Freud en 1920, el recurso al fetiche consiste en un aislamiento en el plano imaginario de un objeto fetiche que viene a sustituir a una problemática simbólica –la de la promesa del don– que no ha podido realizarse; se trata de una joven de dieciocho años, hermosa, de rica familia, que es llevada a regañadientes por sus padres a la consulta de Freud –medio año después de haberse intentado suicidar arrojándose al foso por donde circulaba el tranvía– a causa del malestar que éstos sienten por las relaciones que la joven mantiene con una mujer de vida un tanto licenciosa. Otra bien distinta es la complicación que se evidencia en el "caso Dora", pues es lo Simbólico lo que viene a sustituir, a devorar, la relación imaginaria. Pero lo que llama la atención de Lacan en su primera aproximación es hasta qué punto un caso se muestra como negativo del otro.

De hecho, en el "caso Dora" –su nombre auténtico fue Ida Bauer– estaríamos aparentemente ante el mismo tipo de protagonistas: un padre (Philipp Bauer), una hija, una madre eclipsada (Katharina Gerber-Bauer) y una señora (Peppinz Zellenka, conocida como Sra. K.), respecto a los cuales gira todo el problema. Dora, que había consultado anteriormente con un buen número de médicos y ya había sido llevada contra su voluntad por su padre a la consulta del Dr. Freud en el verano de 1898, era la hija pequeña de una familia judía acomodada; su único hermano, Otto Bauer, ha pasado a la historia como un distinguido socialista. Había nacido el 1 de noviembre de 1882 en una casa muy próxima a la consulta de Freud sita en la calle Bergasse 19, de manera que cuando inició el análisis con éste aún no había cumplido los dieciocho años, tal como sostiene Hannah S. Decker en su libro histórico *Freud, Dora and Vienna, 1900* (1991). De entrada, el padre presenta a Dora como una enferma, si bien la crisis afecta a toda la familia. La armonía se había roto dos años atrás y permanecía en una especie de incierto equilibrio que le había sido ocultado a Freud: el padre tenía por amante a la Sra. K. y , además, existía una suerte de cuarteto entre el Sr. y la Sra. K., por un lado, y el padre y la hija, por otro; la madre permanecía pues marginada. A diferencia del "caso de la Joven Homosexual", en el que es la hija quien introduce en el drama a una señora ligera de cascos, en éste es el padre quien incorpora a la señora y quien parece conservarla; *vid* más adelante el apartado dedicado al fantasma histérico, donde se exponen otros comentarios que complementan y esclarecen los aquí glosados.

En un primer tiempo, Dora eleva ante Freud una reivindicación extremadamente viva que concierne al cariño de su padre, pues ella argumenta que esta relación entre los amantes se lo ha arrebatado; además, ha seguido muy de cerca los acontecimientos hasta el punto de no poder soportarlos más. Tiene, pues, un

comportamiento reivindicativo clarísimo. Sabida es la respuesta que Freud dio a esta joven quejumbrosa: todo lo que acaba de contarme, todo ese embrollo en el que está metida, ¿acaso no es algo en lo que usted también ha participado? Y así era, en efecto, ya que con gran complacencia facilitaba los encuentros del padre con la mencionada señora, haciéndose cargo incluso del cuidado de los hijos de ella; por otra parte, la susodicha señora había llegado muy lejos en las confidencia que le hacía.

Los síntomas no duraron nueve meses, como indica Freud de manera errónea –asunto éste que invalida las consideraciones desarrolladas por él sobre la vinculación de los síntomas de Dora con los fantasmas de embarazo–, sino quince, cifra muy significativa en este historial.

A lo largo del caso, Freud se encuentra sumido en una gran ambigüedad respecto al deseo real de Dora; él reconoce en una nota que se ha equivocado al no haber sabido interpretar que la inclinación reprimida de Dora por el Sr. K. (Hans Zellenka) obedecía de hecho a un cariño homosexual por la Sra. K. Todos estos datos nos indican que el problema a investigar se sitúa en el tipo de relación que desarrolla Dora respecto al Sr. y la Sra. K.

A este respecto, Lacan logró desvelar aspectos sustanciales para la comprensión del caso, indicando de entrada que la histérica es alguien que ama por delegación, alguien cuyo objeto es *hommosexual*, con dos emes, en el sentido de que ama a los hombres (*homme* en francés), no a las mujeres (en cuya caso se escribiría con una sola eme). Su interés por la Sra. K. no se basa en un amor homosexual, sino que ella le interesa en tanto que es el objeto del hombre. Dora aborda ese objeto masculino mediante una identificación con alguien de su propio sexo. De manera que la Sra. K. representa la pregunta que perturba a Dora, lo cual no quiere decir que esa señora sea el objeto de deseo de Dora. Esta situación concreta sólo puede entenderse si se considera que el Yo –y únicamente el Yo– de Dora ha trabado una identificación con un personaje viril, es decir, que ella es el Sr. K. y los hombres son para ella otras tantas cristalizaciones posibles de su Yo; únicamente si se capta que ella es el Sr. K., en el lugar imaginario que constituye la personalidad del Sr. K., se podrá comprender por qué está tan unida a la Sra. K.

Sin embargo, la Sra. K. no es simplemente una elección privilegiada entre tantos otros objetos, ni se trata tampoco de un simple investimiento de la función narcisística que está en el fondo de todo enamoramiento; por el contrario, como bien muestran los sueños de Dora, la Sra. K. encarna de hecho la cuestión esencial para Dora.

La joven paciente se halla atascada en plena crisis edípica, que sólo en parte ha sido superada. La lógica del caso nos invita a buscar la explicación en el hecho

de que su padre, al contrario que el de la joven homosexual, es impotente y eso tiene para Dora una importancia inusitada. Así pues, conviene averiguar por qué la hija retorna al complejo de Edipo. La respuesta que propone Lacan es la siguiente: el complejo aporta otra dimensión en relación a la frustración del objeto. En este sentido, Lacan considera dos momentos lógicos: primero, una frustración primitiva que permite empero subsistir al objeto; segundo, la intervención de la madre en otro registro, en tanto que da o no da, en tanto que ese don es o no un signo de amor. Es el padre quien, simbólicamente, otorga ese objeto que falta; ahora bien, en el "caso Dora" él no lo da porque no lo tiene. La carencia fálica se revela aquí esencial y constitutiva de la posición de Dora.

Una nueva dimensión se introduce por el hecho de que el objeto puede ser dado o no. Es éste un aspecto ejemplar del caso, ya que este padre de quien no recibe simbólicamente el don viril es alguien al que está muy apegada; recuérdese que toda la historia comienza con la puesta en escena de una serie de accidentes histéricos harto ligados a las manifestaciones de amor por ese padre que aparece entonces decisivamente como un padre dañado y enfermo, disminuido en sus potencias vitales. El amor por el padre está íntima y proporcionalmente ligado a la devaluación de su figura.

El asunto radica en que aquello que interviene en la relación de amor, en eso que suele designarse como "signo de amor" (*signe d'amour*), es algo que únicamente vale como signo; dicho en otros términos: no hay mayor don posible que dar lo que no se tiene. Detrás del don concedido por un sujeto se halla todo aquello que le falta; el don primitivo, bajo la forma del *potlatch* (Lacan se refiere aquí al *Essai sur le don* del antropólogo Marcel Mauss, donde éste analiza las prácticas del don ritual entre los indígenas de la costa noroeste de Estados Unidos; ese don ritual adquiere el cariz de un desafío ante el cual la persona a quien se destina el don debe responder con un don aún superior, aunque le suponga la ruina), tiene de particular que el sujeto sacrifica y compromete en él más de lo que tiene.

Cuanto acaba de exponerse se puede aplicar con buen criterio al "caso Dora", pues cuando ama a su padre lo ama precisamente por lo que él no le da. Tal posición primitiva se mantiene hasta el final. El problema reside en saber cómo esta posición ha podido ser tolerada y soportada, teniendo en cuenta que el padre se embarca ante Dora en algo distinto a lo que ella, al parecer, ha inducido.

Toda la situación se instaura como si Dora tuviese que preguntarse: ¿qué es lo que le gusta a mi padre de la Sra. K.? Ella está prendada de aquello que su padre puede amar en otra, en la medida en que no sabe lo que es. Ese "ella no sabe lo que es" es aprehendido por Lacan en la dimensión del don del falo en tanto negativizado. El deseo es lo que apunta al falo en tanto que debe ser recibido como don; y en la medida en que es elevado a la dignidad de objeto del don permite

entrar al sujeto en la dialéctica del intercambio. Este objeto –sostuvo Lacan en *La relation d'objet* (1956-1957)– no es "jamás reconocido simbólicamente como algo que tenga un sentido, es siempre problemático, situado por delante de un cierto franqueamiento simbólico".

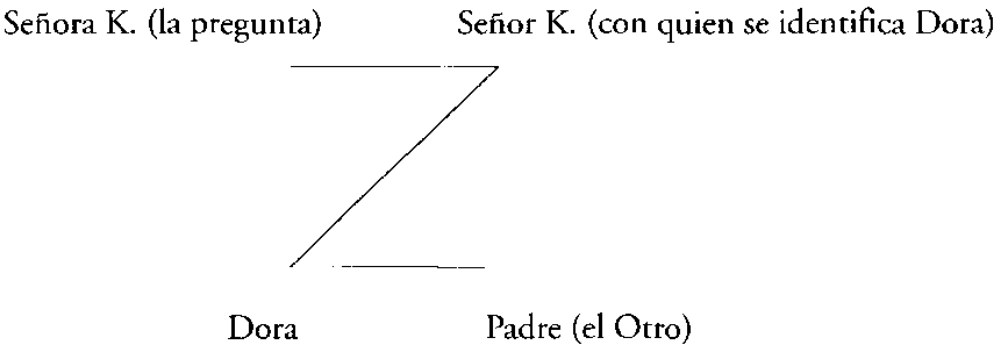
La pregunta esencial de Dora es, por tanto, ¿qué es una mujer? Por eso la Sra. K. encarna esta función femenina y por eso Dora proyecta en ella este enigma, el cual adquiere sentido justamente en relación a la cuestión del don. Sobre este particular se pueden describir dos momentos: en un primer tiempo, Dora se sitúa en la trayectoria de intercambio entre el padre y la Sra. K.; en un segundo tiempo, se vuelve hacia la Sra. K., pero por intermedio del Sr. K. Examinemos con más detalles estos movimientos.

En el primer tiempo, la Sra. K., más allá de sí misma, encarna para Dora cuanto ésta desconoce de esa situación en la que no consigue hallar un lugar donde ubicarse; Dora se va a situar pues en alguna parte entre su padre y la Sra. K. Se sentirá satisfecha porque su padre ame a la Sra. K., a condición de que esta posición se mantenga: el padre impotente suple por todos los medios con el don simbólico lo que no realiza como presencia viril, beneficiando a Dora de pasada. Él la hace así participar de esta posición simbólica.

Pero eso todavía no es suficiente. En un segundo tiempo, Dora trata de establecer, de restituir el acceso a una posición manifestada en el sentido inverso, frente a frente con la mujer que tiene delante. Intenta instaurar una relación triangular, pero en una posición invertida. En este sentido, los comentarios sobre este caso desplegados por Lacan en su seminario *Les psychoses* (1955-1956) enfatizan la connotación netamente erotizada de la relación del Sr. K. con Dora: no sólo el Sr. K. es el Yo (*moi*) de Dora, sino que además ella acepta convertirse, por la garantía que confiere la inversión, en el objeto más allá de la Sra. K.

Dora considerará al Sr. K. como alguien que participa en lo que simboliza la vertiente de pregunta que para ella tiene la Sra. K.; eso le permitirá procurarse una mediación a través de la adoración de la que es objeto la Sra. K. por parte de todos cuantos la rodean. Y Dora es también una participante de esta adoración; es así como se posiciona respecto a la Sra. K. De hecho, el Sr. K. viene a normativizar esta posición, introduciendo algo del elemento masculino en el circuito; para decirlo con otros términos, él reintroduce algo, una forma de realización.

Justamente en ese momento el Sr. K. se excluye del circuito. Tal sucede cuando le dice a Dora, en la célebre escena del lago Garda, en Italia, que su mujer no significa nada para él, que no tiene nada con ella ("*Ich habe nichts an meiner Frau*"). En ese instante, Dora le abofetea.



Analicemos con más detalle qué le ha dicho el Sr. K. respecto al objeto de su pregunta, la Sra. K. Pues que no tiene nada con ella ("mi mujer no significa nada para mí"), que para él el objeto de su deseo no está ubicado en su esposa; en fin, que por ese lado no hay nada que anhelar. Es así como toda la situación se viene abajo ya que Dora descubre que su padre ama en ella precisamente eso que está más allá de ella misma, es decir, la Sra. K. Pero para que el Sr. K. sea tolerable es necesario que la Sra K. ocupe a su vez exactamente la posición inversa, esto es, que Dora sea amada por él más allá de su mujer. Para ello es imprescindible, por exigencia de la estructura, que su esposa siga siendo algo para él, pues precisamente ese "algo" es homólogo a lo que el Sr. K. desea alcanzar más allá de su esposa, es decir, Dora.

En otros términos, si ese lugar que ocupa Dora no puede designarse simbólicamente mediante lo que se nombra positivamente en su mujer, la muchacha se encuentra entonces reducida al rango de "nada". Así es que, desde el momento en que el Sr. K. enuncia que su mujer está fuera del circuito del don, Dora ya no puede sostenerse más allá de la Sra. K; se viene, por lo tanto, abajo.

La paradoja consiste precisamente en que lo que Dora no soporta es que se interesen únicamente por ella, pues si el Sr. K. sólo se interesa por ella, eso significa que su padre, por su parte, no se interesa más que por la Sra. K., lo cual resulta intolerable. Por esta razón, toda la situación se rompió. ¿Por qué?

A propósito de esta cuestión Lacan hace referencia a Lévi-Strauss, el autor de *Structures élémentaires de la parenté*. Según Lévi-Strauss, el intercambio de vínculos de la alianza consiste en esto: recibí una mujer y entrego una hija. Lacan plantea empero una objeción, pues ese proceso, que hace de la mujer un puro y simple objeto de intercambio, no le permite estar verdaderamente integrada en él. Si ella no ha renunciado a algo, es decir, al falo paterno entendido como objeto de don, no podrá –subjetivamente hablando– concebir nada que pudiese recibir de otro hombre. "Está excluida de esa primera institución del don y de la ley en la relación directa del don del amor" –afirmó Lacan en *La relation d'objet*

(1956-1957)–, y no puede vivir tal relación sino sintiéndose reducida pura y simplemente a la condición de objeto. A partir de ese momento Dora se indigna y comienza a decir: "Mi padre me vende a cualquier otro". Y, efectivamente, la complacencia del marido, el Sr. K., se paga mediante la tolerancia de la familia de Dora ante sus tejemanejes para con la joven; y todo esto durante años. En el momento en que el Sr. K. se presenta como alguien que ya no forma parte del circuito, Dora se lanza a protestar sobre algo que hasta el momento había consentido –ser tomada como objeto de intercambio– y a reivindicar de una manera exclusiva el amor de su padre, que le parece totalmente negado.

C) La fobia

Una revisión crítica se aprecia también en las interpretaciones formuladas por Lacan a propósito de la fobia y contenidas en el seminario *La relation d'objet* (1956-1957). Lacan propone ahí su análisis innovador del caso de la fobia infantil de Herbert Graf –más conocido por el seudónimo de "pequeño Hans" o también por "Juanito"–, a quien Freud había dedicado su memorable ensayo de 1909 "Análisis de la fobia de un niño de cinco años" ("Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben"). Resumimos a continuación los ejes principales de dicha crítica y añadimos algunos comentarios breves.

Juanito es un niño de cuatro años y nueve meses que un cierto día, cuando sale con su niñera a pasear, se echa a llorar y pide que le lleve nuevamente a casa para que su madre le consuele. Al llegar la noche llora otra vez y sólo quiere estar con su madre. Al día siguiente ésta le acompaña a la calle, pero al salir del portal se muestra de nuevo atemorizado. Al preguntarle la madre sobre la causa de sus temores, confiesa: "Tenía miedo a que me mordiese un caballo". A partir de ese momento manifiesta una clara fobia a los caballos con evidentes signos de angustia.

Aunque la dirección de la cura la establece Freud, el tratamiento no lo lleva a cabo él, sino el padre de Juanito, que toma notas e interviene a lo largo de las "sesiones", a menudo de forma inadecuada. Freud recibe una sola vez al niño, pero supervisa y orienta al padre a lo largo del proceso.

La primera apreciación que Lacan establece en este caso es de orden metodológico, al completar las indicaciones dadas por Freud respecto a la cuestión de la "mentira" en el niño. Dirige la atención sobre el carácter simbólico de los "mitos" particulares generados por Hans, comparables a los mitos universales descritos por Lévi-Strauss, que en cada relato son susceptibles de variantes, en donde el sujeto procede estableciendo equivalencias de significantes. Incluso si se está lejos de una óptica "realista", esas tramas míticas ponen en juego de manera cla-

ra la realidad psíquica. Desde este punto de vista, Hans describe tres ciclos míticos en los que se ponen en juego medios de transporte: en primer lugar, la serie de caballos y coches de mudanza; en segundo lugar, la serie de desplazamientos de su hermanita Hanna en su cajón –Hans fantasea con que la cigüeña trajo a su hermanita en un cajón, también con que los padres la llevan así de veraneo, luego en coche, con intervención de la cigüeña–; y finalmente, la serie de desplazamientos en ferrocarril del padre y del hijo, bien para ir al zoológico o a visitar a los abuelos. Dichas series encuentran una especie de confluencia en el fantasma de la bañera, el cual pone en juego la castración. En este fantasma, conocido también como el primero del fontanero, Juanito le dice a su padre: "Estaba en el baño y venía el fontanero y lo desatornillaba. Y cogía un destornillador muy grande y me lo clavaba en la barriga". El padre lo traduce con mucho optimismo del modo siguiente: "Estoy en la cama con mamá y viene papá y me echa fuera. Con su pene, de gran tamaño, me empuja, separándome de mamá". Freud, con sutileza, dice que reserva su juicio sobre esta interpretación.

El problema inicial que se supone afecta a Hans, según Freud, es una privación de las caricias maternas, si bien el padre le había sugerido al profesor que "como base de la perturbación nerviosa, sospecho una sobreexcitación sexual debida a los mimos de la madre"; al faltarle éstos, el niño se sentiría angustiado. Lacan no está de acuerdo con este análisis y propone distinguir varios aspectos relativos a la falta, indicando que aquí la importancia radica mucho más en el sentido que adquiere la falta que en la falta misma.

En un principio, lo que le resulta inquietante al niño es que está sometido a ciertas maniobras de la madre que desembocan en la proclamación del falo materno. Más tarde, en esta dialéctica madre-hijo, lo que aparece en primer plano es que su pequeño pene real es insuficiente para sostenerse en la posición de falo requerido por la madre, teniendo en cuenta que el objeto deseado por ésta es más simbólico que real –la referencia a las "jirafas" ejemplifica este aspecto–. Ése es el juego que se trae con su padre a través del dibujo de los animales. El padre esboza unos trazos en el papel representando dos jirafas, grande una y pequeña la otra, y Juanito le reclama que les dibuje la "cosita". Finalmente, hay una especie de llamamiento por parte del niño para recibir del padre una castración simbólica, esto es, segundo fantasma de la bañera y del fontanero.

Por otro lado, Lacan describe la posición de la madre –Olga König, paciente de Freud antes de contraer matrimonio– como un tanto inquietante, pues realiza su *toilette* en ropa interior con el hijo en el baño. Paralelamente, el padre –el musicólogo Max Graf– no parece haber advertido que su *rol* es el de operar una cierta castración simbólica, es decir, frenar un poco a su mujer y mantener ciertas prohibiciones ante su hijo. Se resiste a asumir un papel más firme y enérgico

con su hijo, rechaza la idea de que un día podría "pegarle"; le resulta incluso insoportable haber podido aparecer alguna vez como malintencionado, a pesar de que Hans le exige precisamente eso. A tenor de esa lógica, Lacan interpreta el fantasma en el que el padre debe estar desnudo para manifestarse con una cierta firmeza, en lugar de hacer como si abandonara a su hijo a los caprichos de la esposa. Todo indica igualmente que la abuela que vive en Lainz ha sido tan temible como la madre. Además, el fantasma final, presentado como una resolución del complejo de Edipo, tendrá un marchamo un tanto atípico: Hans se casaría con su madre y el padre con la abuela...

De este modo, para Lacan, la fobia no es un desplazamiento del terror causado por el padre, tal como cree Freud, sino una sustitución del padre allí donde es insuficiente: Hans pide a su padre que lo atemorice, mas éste seguirá permaneciendo sordo a esa demanda. Para suplir esta carencia del padre, Hans construye una metáfora terrorífica destinada a contrabalancear la inquietud que le causa el deseo materno. A este respecto, Lacan considera que el capricho de la madre, eso que es particularmente inquietante en su deseo, se descompone aparentemente en dos aspectos: en primer lugar, la mordedura (del caballo), es decir, el deseo femenino insaciable, que busca en cierto modo algo que devorar; en segundo lugar, encontrarse llevado por un medio de transporte que no se sabe adónde le va a conducir.

Nuestro autor propuso esquematizar el desarrollo del caso mediante fórmulas que aclaren sus resortes esenciales. En ese sentido, procedió a escribir la metáfora paterna constitutiva del sujeto del inconsciente, tal como figura *supra* (8.3.1), cuyo resultado es la significación en la que el deseo de la madre encuentra su solución como efecto de la castración simbólica.

Ahora bien, confrontado a su madre "en el apogeo de su voracidad femenina" –tal como dice Lacan–, Hans se halla ante un problema irresoluble debido a la insuficiencia del padre frente al comportamiento de la madre. Dicha situación puede resumirse en la fórmula siguiente:

$$(\text{Madre} + \text{falo} + \text{Ana}) \cdot \frac{\text{Madre}}{\text{sujeto}} = (\text{mordedura}) + \text{pene real}$$

El nacimiento de Hanna, cuando él tenía tres años y nueve meses, y el contacto sin mediación con el deseo materno provocan una conmoción ante la que el niño se encuentra poco a poco sin recursos. Su escaso pene real –que exhibe ante su madre– no basta en absoluto para solucionar las cosas. Puede apreciarse que en la fórmula *supra* el complejo de castración –términos situados a la dere-

cha del signo de igualdad– es propuesto como solución al complejo de Edipo –términos de la fórmula situados a la izquierda del signo de igualdad–. Surge entonces la metáfora del caballo como solución:

$$\frac{\text{Caballo}}{\text{Madre + falo + Ana}} \cdot \frac{\text{Madre}}{\text{sujeto}} = \text{(m) pene real}$$

Ahora el caballo muerde y amenaza al pene, pero igualmente cae, enganchado a una significación; ahora, "todos los caballos se pueden caer". El análisis podrá así engarzarse con las diferentes facetas del caballo, por lo demás muy complejas. La progresión introdujo las tres series de medios de transporte, con una llamada al padre muy articulada en la serie de viajes en tren realizados con él; el padre es apremiado a intervenir cuando se trata de poder salir del tren a tiempo. Hay que apuntar, no obstante, que el padre interviene efectivamente para atemperar la fobia, por ejemplo, llevando a su hijo consigo.

Dos días antes de la primera fantasía del fontanero, Hans habla con su padre sobre el inicio del síntoma. Recuerda que fue en Gmunden jugando a los caballos con otros niños. Uno de sus amigos galopó tan deprisa que tropezó con una piedra y se hizo sangre. Todos decían: "¡Por culpa del caballo, por culpa del caballo!" (en alemán, *wegen dem Pferd!*, es decir "por causa del caballo"). Hans reconoce: "Fue quizá por culpa del caballo que cogí la tontería". A raíz de esto Freud se da cuenta de que la preposición *wegen* ("por causa de") suena casi igual que el sustantivo *Wagen* ("coche", "carro", "vagón"), lo que abre el camino a la extensión de la fobia desde los caballos a todos los vehículos. Y escribe en una nota a pie de página: "No debe olvidarse nunca que los niños tratan las palabras mucho más objetivamente que los adultos, y que las homofonías son, así, mucho más significativas para ellos".

A partir de un cierto momento la producción mítica se estabiliza y los síntomas fóbicos se van difuminando. Según Lacan, esta estabilización no está ligada al fantasma del fontanero –como pensaba Freud–, sino al hecho de que Hanna se convierta en la protagonista del juego: ella conduce los caballos y es presentada como una figura triunfante resolutoria. Lacan simboliza su lugar de la siguiente forma:

$$\frac{(a)}{f} \cdot P$$

Así, la hermanita, en tanto que objeto (a), será quien domine el falo y gobierne la función sexual de Hans. Todo ello testimonia para Lacan el lugar privile-

giado que adquirirán en la vida posterior de Herbert Graf las mujeres, dueñas de su destino. (Por otra parte, su lugar, entre la madre y la abuela, no deja de evocar la posición de Leonardo da Vinci, especialmente en el célebre cuadro que representa a la Virgen y Santa Ana: ésta tiene a la Virgen sobre sus rodillas y María, a su vez, sujeta al pequeño San Juan, que tiende sus brazos hacia un cordero. Este fantasma determina de hecho el segundo fantasma del fontanero, ese en el que se presenta una especie de castración simbólica resolutoria.) En este último fantasma, que aparece hacia el final del tratamiento, Juanito le dice a su padre: "Oye lo que he pensado. [...] Ha venido el fontanero con unas tenazas y me ha quitado primero el *tras* y me ha puesto otro, y luego la cosita". El padre le interpreta: "Y te dio una cosita mayor y un trasero también mayor, ¿no? [...] Como los de papá". Así pues, la resolución del caso es para Lacan en buena medida atípica, aunque neurótica.

8.4. Cuarto modelo: la alienación y la separación en la constitución del sujeto; el objeto *a*

En este cuarto modelo el Otro se caracteriza porque debe ser necesariamente incompleto y antinómico con el goce encarnado por el objeto *a*. El sujeto se especifica por sus posibilidades de separación respecto al objeto *a*, según una temática en la que se encuentran analogías con las teorías kleiniana y mahleriana.

La noción de causalidad subjetiva se define por el objeto *a*, que es el punto de articulación entre la pulsión y el fantasma, y encarna la causa del deseo. El objeto *a* es ese objeto inalcanzable o inaprehensible que concierne al ser mismo del sujeto, tal como ha estado alienado en el lugar del Otro, y respecto al cual el sujeto se sentirá existir en un movimiento de separación. Si la separación resulta imposible, el sujeto tiene el sentimiento de que no puede escapar del Otro, asunto éste que puede apreciarse a las claras en la psicosis mediante los fenómenos de adivinación del pensamiento y otros característicos del automatismo mental. De este modo, el objeto *a* es la apuesta por excelencia de la vida del sujeto, es signo del deseo del Otro, un deseo que el sujeto afronta al mismo tiempo que lo teme, pues, bajo su forma bruta, remite al "objeto primordial", al carácter incontrolable del deseo materno.

Este período de progresos psicopatológicos de Lacan se centra fundamentalmente en la estructura del fantasma. En efecto, Lacan consideró entonces que el rol del fantasma fundamental consistía precisamente en escribir la relación entre el sujeto y este objeto que lo divide, situado en un lugar misterioso y virtual del deseo del Otro. Paralelamente, el fin de la cura analítica será descrito como un

reconocimiento del fantasma fundamental. Estos datos permitirán afrontar desde una nueva perspectiva las aplicaciones del psicoanálisis a la psicopatología, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de las psicosis.

Los esquemas fundamentales que fueron desarrollados en esta época son el grafo del deseo y una adaptación del grupo matemático de Klein, este último especialmente evocado en el seminario *La logique du fantasme* (1966-1967). Emprendemos ahora la tarea de explicar detalladamente el primero, que es esencial para dar cuenta de la separación tal como la entendía Lacan.

8.4.1. El grafo del deseo

Este esquema ha sido objeto de presentaciones particularmente erróneas, como la desarrollada por Pontalis en una serie de números del *Bulletin de psychologie* a finales de los años cincuenta. Por ejemplo, este autor cree, al parecer, que el primer piso del grafo sería el de la palabra concreta, del enunciado, mientras que el piso superior correspondería al del inconsciente. Este mismo error ha sido retomado prolijamente en muchas presentaciones de Joël Dor. Los términos enunciado y enunciación aparecen expresados de una manera palmaria en la presentación que hace Lacan, pero no tienen en absoluto ese sentido. Sobre este particular, enseguida aportaremos una precisión esencial. Este grafo comporta dos pisos principales y dos pisos subsidiarios, como muestra la figura 8.4 en la cual se reproduce el grafo completo.

El primer piso está contenido entre dos términos:

$$s(A) \rightarrow A$$

donde A (*Autre*, Otro) es el lugar del código inconsciente, que se manifiesta en los puntos de conclusión en los que se encuentra calificado el sujeto. A partir del lugar del código, la significación retorna sobre el sujeto en el síntoma $s(A)$.

Veamos un ejemplo: el Hombre de los Lobos está movido por un deseo de torturar animales, después de hacerse golpear por su padre, hasta el punto en que esta serie de representaciones –esta cadena significante– se encuentra sexualizada en una amenaza de castración; es la pesadilla de los lobos, que produce su síntoma inicial: la fobia a los lobos. Se aprecia que el punto de conclusión que se impone a partir del lugar del código (el Otro) no supone forzosamente que otra persona se manifieste expresamente. La captura del sujeto en la cadena significante es de hecho localizable en la palabra interior, por ejemplo. En el "caso del Hombre de los Lobos", la amenaza de castración, tal como se "realiza" en la pesadilla,

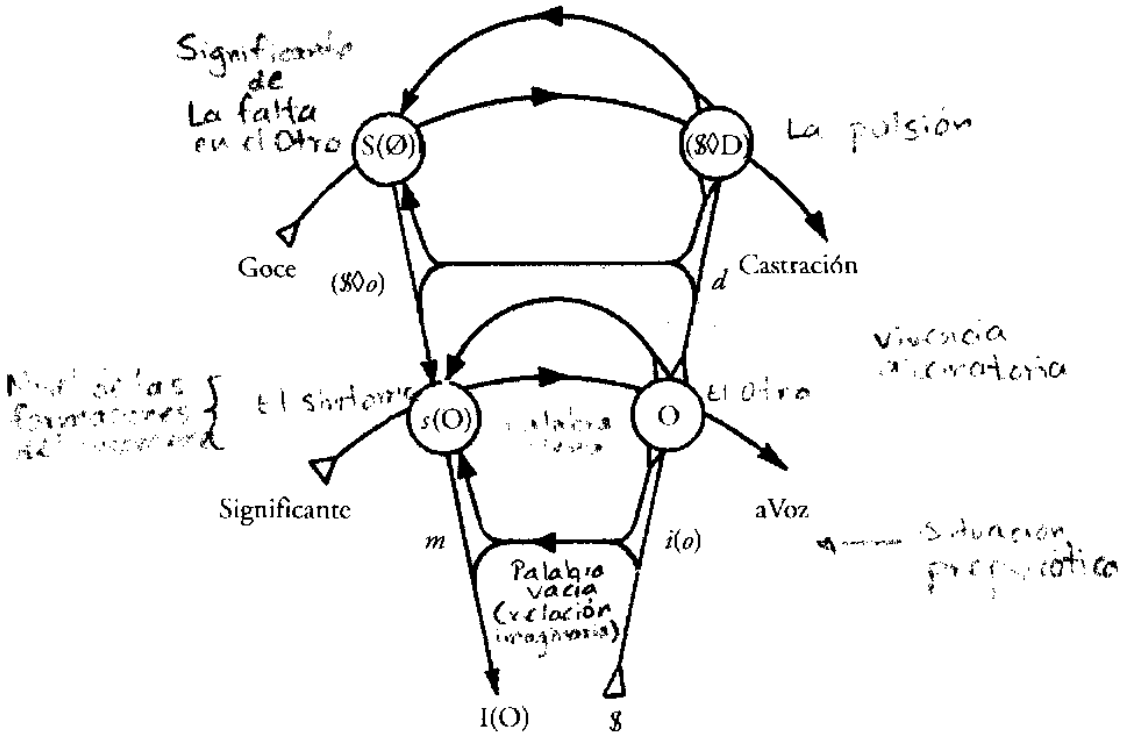


FIGURA 8.4. Grafo del deseo completo. *Fuente:* Jacques Lacan, "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano" (1960).

es una conclusión a la que en cierto modo llega por sí mismo. Ciertamente es él quien hace funcionar la maquinaria significante y quien llega a la terrible conclusión.

Advertimos enseguida que este primer piso es el nivel de las formaciones del inconsciente. A es el Otro como lugar del código y *s*(A) es el síntoma como resultado de un efecto de significación metafórica; por ejemplo, "los lobos" vienen a sustituir la problemática del principio.

Este lugar del Otro –tomado de lo que Freud había llamado la "otra escena" en el capítulo VII de su obra *Die Traumdeutung*– había sido originariamente presentado por Lacan a principio de los años cincuenta; lo había dotado entonces de una ley comparable a las leyes de composición en las teorías matemáticas de conjuntos, encarnada en un significante privilegiado, el significante del Nombre-del-Padre en aquellos casos en que el sujeto es neurótico.

En un segundo tiempo, a finales de los años cincuenta, el lugar del Otro a partir del cual se inscribe el sujeto será definido como incompleto, en conformidad con el teorema de Gödel. Recordemos brevemente que este lógico y matemático mostró que un conjunto provisto de una ley no puede ser a la vez completo y consistente en función de esa ley. Lacan expuso y trató de demostrar que

la oposición entre objeto y significante puede ser considerada como una aplicación particular del teorema de Gödel. Si suponemos que el sistema significante incluido en el lugar del Otro es completo, no habría manera de incluir, en esas condiciones, al propio sujeto; si suponemos que es incompleto, podrá ser completado por un objeto heterogéneo, esto es, el objeto pulsional. Es esta última eventualidad la que exploró Lacan en su grafo del deseo. De modo que el segundo piso del grafo supone que el Otro –del primer piso– sea incompleto. El objeto será el medio por el que el sujeto intervendrá en el lugar del Otro. Él supondrá además que existe en el interior del lugar del Otro, como uno de sus elementos, el conjunto vacío, y tratará de localizarse ahí.

El segundo piso puede calificarse *stricto sensu* de "piso de la separación", que es precisamente lo que Lacan quiere decir cuando habla de "enunciación", como vamos a mostrar seguidamente. Se reparte de la siguiente forma:

$$S(\not{A}) \longrightarrow (\$ \lozenge D)$$

donde $S(\not{A})$ representa al significante (o, mejor aún, el lugar) de una falta en el Otro (tachado), y $(\$ \lozenge D)$ representa a la pulsión.

No se trata de representar con este piso "otro nivel más profundo", sino de mostrar otra cara de la captura del sujeto por la cadena significante. De una forma concreta se pretende aquí dar cuenta de lo que ocurre en el nivel pulsional, en la determinación de la demanda sobre el cuerpo como cuerpo de goce. Advirtamos que este aspecto no es una pura especulación teórica, como lo creyó, por ejemplo, Widlöcher en su debate entablado hace algunos años con Laplanche a propósito de las pulsiones. Se asienta inicialmente en la observación de niños, y en especial de "niños succionadores" a partir de finales del siglo XIX. En la observación original publicada en 1879 por el pediatra húngaro S. Lindner, que será retomada por Freud en 1905, se describe al niño que chupa su pulgar separándose de la presencia materna, para así dormirse; su movimiento de succión está sometido a una verdadera gramática.

Del mismo modo, en la descripción de los objetos transicionales realizada por D. W. Winnicott, el objeto sirve para conseguir una separación en relación a la presencia materna o al medio circundante inmediato. Winnicott apunta justamente que este efecto de separación no se alcanza más que en los casos neuróticos, mientras que los sujetos psicóticos no logran pacificarse mediante este procedimiento. Esta otra cara de la cadena significante, en tanto que es investida por el goce, encuentra también un punto de detención que es la amenaza de castración, consustancial a la actividad pulsional. Ella produce un efecto de retorno, que es el de la inconsistencia del Otro ($S(\not{A})$).

De cada uno de esos dos pisos cuelga otro suplementario (*vid.* figura 8.4), al que inicialmente se le suponía representar la relación imaginaria surgida de la relación simbólica, otorgándole una especie de sustancia. El primer piso es una simple continuación del esquema L. Entre *s*(A) y A opera la palabra plena, tal como ella se articula en el inconsciente a partir del momento de puntuación donde el código, lugar del Otro y batería de los significantes, se manifiesta provocando síntomas, actos fallidos, lapsus. Más abajo se desarrolla la relación imaginaria, que hace lo que puede para evitar la palabra plena: es la "palabra vacía".

Dos supuestos pueden presentarse: o bien el Otro se muestra completo, rechazando así el lugar de la falta y conformando la psicosis; o bien el Otro se muestra incompleto, y autoriza una falta modulada por la función paterna, ahora sí reconocida y aceptada por la madre. Hay en este segundo caso remisión a un más allá; este más allá corresponde al segundo piso del grafo.

En el primer supuesto, la palabra plena provoca síntomas característicos de la psicosis: alucinaciones, intuiciones delirantes, ideas de persecución; en fin, el sentimiento subjetivo de que es imposible una separación respecto al Otro. El sujeto oscila entre esa vivencia de pérdida de límites, de influencias por parte de un Otro todopoderoso, y entre momentos de desamparo donde tiene el sentimiento de que el Otro lo deja caer. Hay que precisar que cuando Lacan explicita este grafo en el texto "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien" (1960) sólo aborda las psicosis de tipo paranoico. Será más tarde cuando evocará las psicosis discordantes (esquizofrenia), las psicosis maníaco-depresivas o el autismo. En estos casos, una separación "positiva" es pues inoperante. Esto explicaría, por ejemplo, los casos de psicosis simbiótica descritos por Margaret Mahler, en los cuales el niño empieza a delirar cuando es separado de la madre: la separación le sentenciaría a una inexistencia pura y simple, la cual tratará de colmar mediante el delirio.

En el supuesto en el que el niño llegue a situarse en el piso superior, como es el caso de los sujetos neuróticos, lo que allí se articula es la vertiente de goce de la captura en el lenguaje. Es importante anotar que la demanda tiene igualmente esta cara de goce corporal. En uno de sus ensayos de metapsicología, "Triebe und Triebeschicksale" ["Pulsiones y destinos de pulsión", 1915], Freud empleó y desarrolló la expresión "gramática de las pulsiones", caracterizando la pulsión en relación a cuatro aspectos: el empuje (*Drang*), llamado "exigencia pulsional", que Lacan considerará como la cara de goce de la demanda; la fuente (*Quelle*) o zona erógena interesada en la pulsión, por lo general un orificio corporal; el fin (*Ziel*), es decir, la manera en la que la satisfacción es alcanzada; y el objeto (*Objekt*).

Mas en la actividad pulsional siempre se produce –explica Freud– el paso de un fin activo a uno pasivo, y después, nuevamente, el retorno a un fin activo. Correlativamente, el sujeto llega a ser en un momento determinado el objeto del Otro para experimentar la satisfacción. El cierre de la pulsión puede pues ser considerado como el cierre de una demanda. En la elaboración teórica propuesta por Lacan en este período, la neurosis se especifica por el hecho de que la actividad pulsional está allí organizada por el fantasma, en tanto que él incluye la castración. Por contra, en los casos de psicosis, las pulsiones desconocen esta regulación, a resultas de lo cual los límites del cuerpo no están muy asegurados y lo vivido por el sujeto será de tipo alucinatorio.

8.4.2. Los dos tipos de alucinaciones psicóticas

A tenor de esta configuración, se puede considerar que el primer piso del grafo y su suplemento describen dos grandes tipos de vivencias propias de la psicosis. Por una parte, el sujeto puede mantenerse sobre el eje *i(a)—m*, evitando con ello ser confrontado a una figura del Otro que exceda los límites de la relación imaginaria. Se aprecia aquí la situación prepsicótica. Por otra parte, si este límite ha sido franqueado, se precipita la vivencia alucinatoria, situación ésta expresada por Lacan mediante la tensión existente entre *s*(A) y A.

El primer tipo de casos concierne a las alucinaciones que insisten ante todo sobre las marcas de enunciación, es decir, la vertiente *s*(A). Tal es el caso, especialmente, de la paciente presentada por Jacques Lacan que alucina el insulto "¡Marrana!", dirigido a ella misma, tras la enunciación interior de cierta frase.

Se trata de dos mujeres, una madre y una hija, que forman una pareja auténtica pues viven y deliran juntas. Lacan explora a la hija, ingresada en un servicio psiquiátrico, quien le explica que un día se encontró en el rellano de la escalera, cuando salía de su casa, con un vecino, un hombre casado, molesto, amante habitual de una de sus vecinas de vida alegre. Al cruzarse en el pasillo, él le espetó una grosería, que es incapaz de repetir porque la degrada como mujer. Accede, sin embargo, esbozando una pequeña sonrisa, a confesar que ella le había dicho también algo al pasar: "Vengo de la charcutería".

Lacan señala que desde el punto de vista de la comprensión la cosa parece clara; esa frase es un modo de decirle: "¡Cerdo!", lo cual parece merecido para un hombre casado que acaba de salir del apartamento de su amante. Pero lo cierto es que la paciente no se lo dijo. De manera que también aquí la comprensión falla. Hay que girar un poco la mirada y preguntarse por qué esta mujer en vez de ser directa empleó el rodeo de la alusión. Merced al *savoir-faire* de Lacan, a los

pocos instantes completa el diálogo que se resistía a declarar: "Le dije: 'Vengo de la charcutería'. [...] Él dijo: 'Marrana'".

Las relaciones de la paciente con la pareja de amantes es muy ambigua. Por una parte los vive como personajes persecutorios, aunque no se muestra demasiado reivindicativa ante ellos. Por otra, es amiga de la mujer, que es el personaje central de su vida. Obtendremos la escena completa si a esto añadimos que sus relaciones con el mundo exterior son casi inexistentes y se caracterizan por la perplejidad. Casi todo su interés está centrado en dirigir su mirada sobre la vecina y su amante.

Anotemos además que, según se desprende de los antecedentes recogidos en la historia clínica, la madre y la hija nunca se separaron. Incluso cuando la joven se casó –matrimonio que resultó un completo fracaso– continuaron viviendo unidas. Ambas huyeron súbitamente de la dramática situación conyugal cuando el marido de la hija intentó cortarla en rodajas, tal como confirman los informes médicos. Y ambas consideraron desde el principio a la vecina una intrusa, pues llamaba continuamente a su puerta, si bien es verdad que por motivos domésticos. Ciertamente, bregaron para alejarla de ellas hasta que consiguieron expulsarla de la casa. Fue en ese momento cuando se desencadenó la psicosis que la llevó al asilo donde la entrevistó Lacan.

Es preciso tener en cuenta que esta pareja madre-hija vive aislada en su mundo femenino, excluyendo radicalmente lo masculino de su vida, de tal manera que ningún mensaje les llega del Otro. En efecto, la injuria "¡Marrana!" es el propio mensaje directo del sujeto, emitido por ella misma, que le retorna desde el otro (aquí con minúscula pues se refiere al semejante) como reflejado en un espejo. No hay paso por el Otro (con mayúscula) del lenguaje, que siempre transforma e invierte el mensaje que uno emite. Para entender esto resulta necesario contemplar la estructura escindida de la palabra, según la cual es imposible hablar sin oírse. Ahora bien, "¡Marrana!" no ha sido algo imaginado por la sujeto, sino una palabra escuchada verdaderamente. Su certeza resulta en este punto incontestable. La pregunta recae, por tanto, en quién habla. Puesto que se trata de una alucinación no es otro quien habla, es lo Real quien habla, de ahí el sentimiento subjetivo de certeza. El otro, el semejante, es tomado como una marioneta que no habla por sí misma, sino mediante alguien que está detrás y que articula su voz y sus movimientos.

Ella había pensado "Vengo de la charcutería [...]", y oye "¡Marrana!" justo en un momento en el que debería llegar lógicamente la conclusión de su frase. Según el análisis lógico que propone Lacan, esto sobreviene en un momento en el que se busca un cierre de la significación, el cual no puede provenir más que del Otro. En lugar de una conclusión tranquilizadora, la enunciación de la paciente con-

cluye con un insulto, que remite al ser de desperdicio que ella representa en ausencia de tal garantía.

De manera que, en lugar de un mensaje inconsciente del cual podría zafarse el sujeto por separación, se encuentra pues un mensaje reducido a eso que en el código representa el mensaje, según una formulación inspirada en Roman Jakobson –código/mensaje, lo que este lingüista llama "embrague" o "conmutador" (*shifter*), es decir, ese tipo de términos que determinan el objeto exclusivamente en relación a quien habla, como son las marcas de enunciación, los pronombres personales, etc.–. En el preciso momento en que es convocada la posibilidad de separación, el sujeto escucha un insulto alucinatorio.

También en el caso del magistrado Dr. Schreber se constata algo parecido. Pero sucede aquí de una forma más elaborada a través de alucinaciones interrumpidas, en las que el sujeto se siente interpelado a responder completando frases. Se trata de la "coacción al juego continuo –forzado– del pensamiento", de cuyo incumplimiento el Otro (Dios) concluirá que Schreber carece de inteligencia y lo dejará tirado (*Liegenlassen*). Bien se aprecia aquí el grado suplementario de complicación, pues para impedir –o cuando menos atenuar– que el Otro lo insulte o lo abandone, Schreber se entrega a un diálogo alucinatorio agotador. A su manera, como ocurre en ciertos pacientes investigados por Bick y Kinsbourne, Schreber atestigua que se agarra a sus alucinaciones, ya que éstas le posibilitan rectificar los abusos del personaje divino.

De forma complementaria, el Dr. Schreber produce la formación de un neocódigo que le suministra informaciones acerca del "orden del universo", una lengua especial y fundamental (*Grundsprache*) consistente en un mensaje sobre el código del cual se constituye el universo. A este respecto, Jacques Lacan se inspira aquí en la teoría de Roman Jakobson relativa a la traducción, que este último apunta de la siguiente forma: mensaje sobre código (M/C). Esos neologismos producidos por Schreber tienen un contenido metafísico y tienden a proponer una explicación del orden del universo, incluso cuando su sentido esté teñido de enigma.

Si el segundo tipo de alucinaciones ha sido recientemente considerado como "signo de cronificación" (L. del Pistoia), también se ha señalado que podían desempeñar un papel relativamente estabilizador (E. Laurent), ya que favorecen la promoción de un neocódigo dotado de valor explicativo. Por el contrario, el primer tipo de alucinaciones presenta un aspecto netamente más incómodo, incluso torturante, del cual los pacientes se quejan espontáneamente por sentirse completamente presa de ellas, y tanto más cuanto que la designación que les es característica tiende a ser insultante.

8.4.3. La psicosis maníaco-depresiva y su especificidad respecto a las otras formas depresivas

A lo largo de los años sesenta Lacan se interesó asimismo por la psicosis maníaco-depresiva, aportando sobre el particular notables precisiones. Hay que recordar, empero, que en años anteriores apenas le había dedicado a este asunto algunas líneas y comentarios. Así, en el seminario *L'éthique de la psychanalyse* (1959-1960), nuestro autor había descrito los dos grandes tipos de muertes presentes en el delirio melancólico, inspirándose para ello en el drama *Antígona* de Sófocles. Por un lado, el sujeto se presenta en la existencia como "ya muerto", se vive como condenado, y, por otro lado, intenta encontrar una segunda muerte que le permita salir del encierro en el que se sitúa. Estas dos muertes, de hecho, fueron identificadas como realizaciones especiales de dos movimientos estructurales: la primera, a la alienación bajo el significante, y la segunda a la posibilidad de una separación tal como es normalmente permitida por medio del objeto.

Pocos años después, en el seminario *L'angoisse* (1962-1963), Lacan examinó los diversos cuadros clínicos depresivos y maníacos en relación al objeto del deseo. Ciertamente, hallamos en este seminario una investigación meticulosa del problema de la separación de un objeto que sea a la vez causa de la angustia y objeto del deseo; pero pronto se nos brinda una guía muy orientativa, pues mientras que todo deseo se origina en una falta, la angustia sobreviene justamente cuando falta esa falta. El deseo del sujeto es tomado en una especie de retorno: está situado previa e irremediablemente en el interior del Otro. Jacques Lacan propone designar mediante la letra "a" minúscula el indicador del deseo del Otro, al que el sujeto va a identificar su propio deseo, hasta tal punto que se podría decir que ya no es el sujeto quien desea; pero todo ello ocurre como si el sujeto sólo llegase a desear mediante ese objeto que pertenece al Otro. El objeto *a* designa un lugar ignorado del Otro, "algo que falta en el Otro y que él no sabe". A continuación de esta inversión previa, el acceso al deseo del Otro se convierte –según Lacan– en el único rodeo mediante el cual el hombre puede reencontrar el objeto de su deseo, del que nuestro autor aportará sobre todo ejemplos en el registro de la imagen especular.

¿Cuál es el estatuto de este objeto del deseo? Advirtamos antes que nada su ambigüedad implícita. Es una construcción ficticia, puesto que es un objeto que el sujeto ha situado, transferido al Otro. Por otra parte, esta transferencia no es presentada como si requiriese de una temporalidad genética, como les gustaría a la mayoría de los teóricos que, como E. Jacobson, consideran que los objetos sobre los que el sujeto afirmaba su narcisismo debían –en el curso de su evolución– ser

cada vez menos fusionales y cada vez más realistas. Pues bien, Lacan no exige que el objeto del deseo sea un objeto "realista".

A partir de ahí, se puede constatar que tanto el afecto de angustia como el afecto depresivo son tratados por Lacan en el registro del deseo, en la medida en que está encarnado por un objeto negativizado incluido en el Otro. A título recordatorio, cabe advertir que nuestro autor no considera la angustia una emoción, sino un afecto, más aún, el único afecto que no es engañoso. Si de una manera general la pantalla del fantasma, disimulando y negativizando el objeto, le permite mantener todo su embeleso y su misterio, hay ocasiones en que esta negativización tranquilizadora se difumina, apareciendo entonces aumentado, como un íncubo o un súcubo, en un característico cambio de atmósfera, tal como sucede en el relato de Anton Chéjov titulado "Miedos", evocado por Lacan en este seminario.

Es pues la angustia un afecto, en tanto positivación del goce del Otro impuesto al sujeto. La angustia –explica entonces– "no es sin objeto" (*n'est pas sans objet*), sino que implica un objeto particular, el objeto *a*, causa del deseo, y sobreviene cuando el sujeto es confrontado con el deseo del Otro precisamente por desconocer qué objeto es él para ese deseo. O bien es el afecto depresivo, que Lacan tiende a encarar según tres aspectos: el duelo, las depresiones resistentes y la melancolía.

En relación a lo que constituye el duelo, Lacan aprecia en la "Lección X" del seminario *L'angoisse* que la explicación aportada por Freud sobre la identificación con el objeto perdido no es suficiente. En su consideración, el duelo es posible a partir del momento en el cual el sujeto se percata de que existe alguien para quien pueda ser una falta, asegurándose pues un lugar en el deseo del Otro. De manera que "sólo hacemos duelo por personas de las que podemos decir: 'Yo era su falta'. Hacemos duelo por personas a las que hemos tratado bien o mal, respecto a las cuales no teníamos noción de cumplir con ellas esa función de estar en el lugar de lo que les falta. En el amor, lo que damos es esencialmente algo que no tenemos, y cuando lo que no tenemos vuelve a nosotros, hay una regresión, claro está, y a la vez una revelación de aquello en lo cual hemos fallado a la otra persona para representar su falta". Esta cita contiene, ciertamente, un valor técnico, puesto que sirve de conclusión al comentario a un artículo de Margaret Little, representante mayor de la corriente llamada de la contra-transferencia. Pero, por otra parte, el duelo se encuentra ahí positivado: mediante eso es restituido al sujeto el valor del deseo (ser deseo de deseo).

De igual modo, resulta muy interesante que Lacan correlacione el duelo con el *acting out*, como tentativa de mediación directa respecto al deseo del Otro y al mismo tiempo búsqueda de la falta en el Otro, que es asimismo la

cuestión "de aquello en lo cual hemos fallado a la otra persona para representar su falta". En la "Lección XXV" del mismo seminario, estos aspectos se tornan presentes mediante persona interpuesta. Para Hamlet, la ausencia de duelo en su madre es lo que le impide pasar al acto; constata que su padre no falta absolutamente a su madre para representar su falta. Su deseo se derrumba ante ese espectáculo, y no logrará restablecerse más que con ocasión de un "verdadero" duelo, el que hace a Laertes inclinarse sobre el sepulcro de su hermana Ofelia. De manera que en el duelo, explica Lacan, se trata de mantener lazos para que el deseo esté ligado al objeto *i(a)* idealizado en el espejo. El duelo es, pues, lo que salvaguarda de alguna manera al deseo, garantizando su localización en el seno del Otro.

Las depresiones particularmente resistentes, por otra parte, son evocadas a propósito de un artículo de Ferenczi sobre los niños no deseados. Mucho más que en las frustraciones reales soportadas por el paciente, el énfasis se sitúa ahí en eso que es experimentado como el deseo del Otro. En el mismo pasaje, Lacan sugiere que se remplace la teoría de las personalidades *borderline* al subrayar que la posición del sujeto le lleva a realizar *actings out.*

A su vez, la melancolía es mencionada en dos pasajes célebres: en primer lugar, un fragmento del seminario *L'étique de la psychoanalyse* (1959-1960), donde el sujeto melancólico es presentado como viviéndose ya muerto y a la búsqueda de una segunda muerte; y, en segundo lugar, en la "Lección XXV" del seminario *L'angoisse*, mediante una apreciación que subraya que en la melancolía la reversión "objetal" sobre el propio Yo (*moi*) del sujeto no se termina: es el objeto quien triunfa y se presenta bajo una forma desidealizada. Mientras que en el sujeto sumido en duelo el objeto ha permanecido enmascarado tras el objeto idealizado *i(a)*, el melancólico sigue un trayecto que le hace pasar a través de su propia imagen, acometiéndolo para reunir este objeto *a* por el atravesamiento del marco del fantasma, es decir, precipitándose a menudo por la ventana: "[...] esto es lo que el melancólico necesita que pase, por así decir a través de su propia imagen, a la cual ataca primero para poder alcanzar en ese objeto *a* que lo trasciende aquello cuyo mando se le escapa y cuya caída lo arrastrará en la precipitación, en el suicidio. Y todo ello con ese automatismo, con ese mecanismo, con ese carácter necesario y fundamentalmente alienado con el cual saben ustedes que se realizan los suicidios de los melancólicos, y no en cualquier marco. Porque si con tanta frecuencia tienen lugar por la ventana, si no a través de la ventana, esto no es casual: se trata del recurso a una estructura que no es otra cosa que la que yo enfatizo como la del fantasma".

Por el contrario, en la manía insiste Lacan sobre el hecho de que el objeto del deseo no parece desempeñar adecuadamente su papel de limitación. El suje-

to "no está entonces lastrado por ningún *a*, lo que a veces le entrega sin ninguna posibilidad de libertad a la metonimia infinita y puramente lúdica de la cadena significante". Esta concepción no se entiende bien si no se la sitúa en la tradición de investigaciones realizadas respecto a la fuga de ideas –especialmente las elaboradas por Liepmann y por Hönigswald–, que desde los inicios del siglo XX trataron de determinar la naturaleza del mecanismo por el cual el sujeto normal llega a desechar de su discurso o sucesión de sus ideas las asociaciones indeseables. En cualquier caso, es una concepción muy distinta a la propuesta por la teoría freudiana, según la cual la manía no es otra cosa que el reverso de la melancolía.

Esta localización del deseo del sujeto en el Otro es probablemente lo que ha conferido a Lacan ciertos acentos spinozianos cuando habla de la depresión, en general, como "una cobardía, una falta moral que no se sitúa en última instancia más que en el pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura" ("Télévision", 1974). Amén de lo antedicho y de la desesperación de Dios –tema habitual en la teología de la Edad Media–, nos parece evocar a Spinoza por dos motivos. Sabido es que este filósofo hacía equivaler la razón humana al entendimiento divino y que, por otra parte: "Una pasión deja de ser una pasión tan pronto como nos formamos de ella una representación clara y distinta", como escribió en su *Ética*. De forma muy similar, Lacan invita a considerar que la reversión original evocada anteriormente obliga al sujeto a no encarar su deseo a través de la manera que le permita inscribirse en el lugar del Otro. El rechazo toma en cuenta esta inscripción preliminar, pudiendo así provocar un hundimiento depresivo del lazo que el sujeto puede mantener con su deseo.

8.4.4. La estructura del fantasma perverso

La estructura del fantasma perverso, tal como es estudiada por Lacan a partir de 1959, pone igualmente en juego la articulación del objeto y del Otro. Además, en este caso, a diferencia de las elaboraciones teóricas realizadas en el período precedente, el Otro es presentado como incompleto e incluso como vacío de goce. De este modo, cuanto se había presentado en el período precedente como una carencia en la transmisión del falo es ahora mostrado como carencia en la estructura misma del Otro: el goce está ahí ausente y la apuesta del fantasma perverso consistirá en reinstaurarlo.

En "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien" (1960) aprecia Lacan que en la estructura perversa el objeto *a* se encuentra ubi-

cado en el lugar privilegiado del goce y sustituido en la falta en el Otro (Otro barrado). Además, se añade una *récupération du phallus*, cuya "aniquilación" en el deseo materno el sujeto ha vivido dolorosamente –como ya lo hemos mostrado a propósito de A. Gide– en lugar de una negativización del falo, como sucede en los casos de sujetos neuróticos. Asimismo, en su artículo posterior "Kant avec Sade" (1962), insistirá Lacan en la idea de que el sujeto perverso intenta hacerse el instrumento del goce del Otro: "Se imagina ser el Otro para asegurar su goce".

Investigando los textos y avatares vitales de Donatien Alphonse François de Sade, en el seminario *L'éthique de la psychanalyse* juzga Lacan que el caso del célebre marqués resulta harto demostrativo de las particularidades de la posición del campo del Otro en la perversión, las cuales se perfilan a continuación. Consiste la primera en el hecho de que el corazón de la estructura del Otro, su goce, esté constituido por objetos parciales y no por una relación armoniosa con el semejante. Cuando Sade formula la ley del goce a tenor de la cual es preciso fundar un sistema de sociedad idealmente utópica, se expresa empleando itálicas en la edición de *Juliette*: "*Dejadme a cada instante cualquier parte de vuestro cuerpo que pueda satisfacerme, y gozad, si queréis, de cualquiera del mío que os resulte agradable*". Así pues, es el objeto parcial –lo que ulteriormente Lacan llamará el objeto *a*– quien debe completar al Otro, respecto al cual es rigurosamente heterónomo. "El objeto total –expresó Lacan en el seminario sobre la ética–, el prójimo, viene a perfilarse en él, separado de nosotros, elevándose, si me permiten decirlo, evocando la imagen del Carpaccio de San Giorgio degli Schiavone en Venecia, en medio del dibujo de un osario."

El segundo de los aspectos antes mencionados se refiere al carácter indestructible del Otro que aparece en el fantasma perverso, razón por la cual surge en la figura indeleble de su víctima. De esta suerte, Justine representa la víctima inalterable que permanentemente sobrevive a los malos tratos.

El tercer aspecto, finalmente, se refiere a la idea de un suplicio eterno que no deja de mostrar analogías con ese sentimiento del melancólico de estar ya muerto: "Pues es ésta una extraña incoherencia –apunta Lacan también en el seminario sobre la ética– en este autor, que anhela que nada de sí mismo subsista, que desea que para nada sea accesible a los hombres el lugar de su tumba, la cual deberá ser recubierta por matorrales".

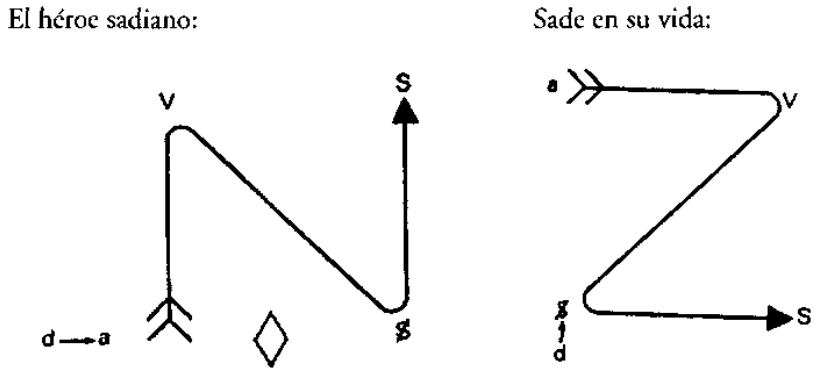
Encontramos aquí figuras contradictorias análogas a las anteriormente halladas en el caso de André Gide. Recuérdese que a propósito de Gide Lacan había apuntado la fuerte contradicción entre "la madre de la ley" –destructora del falo– y la "madre del deseo" –esa que pone en juego el renacer de un falo aislado–. Puede apreciarse aquí una notable contradicción entre, por una parte, la víctima inal-

terable e idealizada, y, por otra, la idea de una condenación eterna, de un objeto destruido para siempre.

Esta particular temporalidad presente en la perversión será asimismo discernida por Lacan como un tiempo eternizado, el cual se opone frontalmente al fracaso temporal del neurótico, quien tiende unas veces a retrasarse y otras a llegar demasiado pronto. Por otra parte, Jacques Lacan distingue dos formas diferenciales en la realización del fantasma sadiano: en primer lugar, lo que concierne a la puesta en escena del héroe sadiano; en segundo lugar, cuanto se refiere al propio Sade en su vida.

En lo que atañe a la puesta en escena del héroe sadiano, se aprecia que éste realiza las leyes últimas de la naturaleza haciéndose objeto o instrumento de una "voluntad de goce" (*volonté de jouissance*), es decir, convirtiéndose en el verdugo que eleva a la víctima a la cualidad de un sujeto completamente "patológico" en el sentido kantiano, esto es, completamente dominado por sus inclinaciones. Él divide a una víctima cuya insondable hermosura responde a la inconsistencia del mundo. Sin embargo, si dicha figura está abundantemente representada en las novelas de Sade y en la reputación diabólica que merced a ellas se le atribuyó, su posición fue muy diferente en su vida personal. En efecto, el marqués mostró gran querencia a ser una víctima no sólo por la publicidad que se atribuyó a su conducta desviada –máxime en un período en el que tales licencias eran toleradas a los nobles sólo si eran discretos–, sino también por sus escandalosas opiniones y sus protestas públicas contra la revolución, justo en el momento en que ésta parecía inevitable, basculando tiempo después hasta el otro extremo al exigir más crímenes aún, al proclamar el derecho de cada uno a abusar de los otros. A resultas de cuanto acaba de apuntarse, Sade, más que un "sádico" triunfante, fue una víctima, un sujeto dividido, encarcelado y perseguido durante su vida.

En el seminario *L'angoisse*, dictado entre 1962 y 1963, Jacques Lacan intentó especificar la relación entre el sujeto perverso y la ley. Según él, la ley es eso que debe dar razón del deseo, manteniéndose entre ambos términos una relación dialéctica: por una parte, la ley es un límite al deseo y, por otra, la ley crea el deseo mediante la instauración de la prohibición. Mientras que el neurótico en su fantasma realiza un fracaso que se pormenoriza como imposibilidad en el obsesivo y como impotencia en la histérica, la solución propia del perverso reside en oponer a este fracaso un objeto que tienda a presentarse como voluntad de goce del Otro. Sin embargo, esta tentativa está destinada en sí misma a fracasar, pues el perverso se inclina a subestimar la inconsistencia de ese Otro de quien termina por hacerse la víctima.



a = Fetiche (atormentador)
V = Voluntad
$ = El sujeto dividido del juicio moral
S = El sujeto patológico (sujeto kantiano de la inclinación, *Neigung*)

FIGURA 8.5. El héroe sadiano *versus* Sade en su vida.
Fuente: Jacques Lacan, "Kant con Sade" (1962).

8.4.5. La estructura del fantasma en las neurosis

La solución característica promovida por la estructura neurótica consiste, explica Lacan en "Subversion du sujet et dialectique du désir" (1960), en identificar la falta del Otro con la demanda de éste. Desde ese momento, la demanda del Otro se coloca en el lugar del objeto en el fantasma del neurótico. Como la demanda radical es para Lacan idéntica a la pulsión, esto permite comprender la prevalencia de lo que ha sido designado como "regresión a una fijación pulsional" en el neurótico, solución dolorosamente percibida que es el modo con el que intenta resolver el atolladero del objeto de su deseo en tanto que dependiente del deseo del Otro. Tras el recurso a la demanda se escondería pues la angustia del deseo del Otro; desde ese momento propone Lacan una repartición de las neurosis que ya no es exactamente la misma que es posible realizar mediante el análisis de la retórica de las formaciones del inconsciente.

El objeto fóbico, por una parte, está presente como simple cobertura de la angustia del deseo del Otro. Esto confiere a la fobia un estatuto particular, en el cual el síntoma se presenta como un objeto, aunque esté articulado de forma simbólica.

Por otra parte, en el obsesivo, el fantasma "niega el deseo del Otro conformando su fantasma para acentuar lo imposible del desvanecimiento del sujeto". Se trata aquí de enfatizar esta paradoja según la cual, mientras el sujeto obsesivo se presenta como asediado por la obsesión que tiende a dividirlo, también se define por sus "defensas caracteriales" neutralizantes, con las que intenta anular esta división que le viene del deseo del Otro –de quien procura cerciorarse que esté

como muerto–, buscando así asegurarse una garantía absoluta relativa a la consistencia del Otro.

A diferencia de los anteriores, en el sujeto histérico el deseo sólo se mantiene por su insatisfacción, la cual él mismo procura al sustraerse como objeto al deseo del Otro. Del mismo modo que el obsesivo se inclina a presentarse como garante del deseo del Otro, también y en la misma proporción la evasión propia de la posición histérica crea un personaje "sin fe", confrontado directamente a actuar el enigma de su sexuación: esta falta de fe está directamente causada por la inexistencia de una respuesta.

A) El fantasma obsesivo

La bipartición que acaba de apuntarse es igualmente respetada en el seminario *Le transfert* (1960-1961), donde Lacan propone por primera vez la fórmula del fantasma obsesivo, retomando naturalmente una serie de apuntes anteriormente desarrollados, en especial los relativos al Hombre de las Ratas. Antes conviene señalar un aspecto poco habitual cuando se debate sobre la neurosis obsesiva y que interesa muy especialmente a nuestro tema: se pondrá muy poco énfasis en la forma del síntoma, en el aislamiento, el contrainvestimiento, etc. Veremos que los trabajos de Freud sobre esta materia se sitúan más bien en un segundo tiempo en las investigaciones sobre la neurosis obsesiva, donde lo que más bien adquiere protagonismo es el fracaso del síntoma. Sobre este particular, Lacan extrae las enseñanzas de algunos trabajos que, a partir de los años veinte, se interesaron mucho más en los comportamientos obsesivos que en los síntomas propiamente dichos. Y resulta muy interesante que nuestro autor evoque en un cierto momento de su argumentación la biografía de juventud de Goethe, *Poesía y Verdad* [*Dichtung und Wahrheit*], la cual precisamente mereció los comentarios, en 1929, del analista de la primera generación Theodor Reik tras haber inspirado a E. Lanzer –el Hombre de las Ratas– y al propio Freud.

Así, la fórmula del fantasma del obsesivo es presentada de la siguiente forma: $\mathbb{A} \lozenge \Phi$ (a, a', a", a'", ...). Dos son las vertientes que se pueden distinguir respecto al fantasma obsesivo: por un lado, la confrontación del sujeto con el Otro o, más exactamente, con la falla en el Otro, donde el sujeto trata de presentarse como un garante último, y, por otro, la confrontación con sus objetos por la degradación fálica de la presencia real.

El "caso del Hombre de las Ratas" permite ilustrar de forma diáfana tal situación. Todo sujeto –señaló Lacan en su conferencia "Le mythe individuel du névrosé" (1953)– puede sentirse con derecho a esperar dos cosas: en primer lugar, "hacer-

se reconocer en su función viril y en su trabajo, asumir los frutos de ello sin la sensación de que se pueda atribuir el mérito a nadie más que a él, sin ser testigo alienado de los actos de su propio yo"; en segundo lugar, un "goce apacible y unívoco del objeto sexual".

Pero, de hecho, el Hombre de las Ratas aparece desdoblado bajo esos dos aspectos. Por un lado, en la asunción de su rol social y de su virilidad ve aparecer junto a él un personaje con el que tiene una relación narcisista mortal, personaje en quien delega la responsabilidad de representarle en el mundo y de vivir en su lugar. En verdad, ése no es él y se siente excluido, fuera de su propia experiencia vital, desunido de su propia existencia.

Por otro lado, su *partenaire* sexual se desdobla, especialmente bajo la forma de la mujer rica y la mujer pobre. Esta anulación que afecta al *partenaire* sexual tiene para él un valor de realidad excesivamente prevalente. Otro objeto, otro personaje, se presenta entonces desdoblando al primero, y se encuentra el objeto de una pasión idealizada, de una forma más o menos fantasmática, con un estilo análogo al del amor-pasión, que empuja hacia una identificación mortal.

B) El fantasma histérico

En lo relativo al fantasma histérico, Lacan discute –también en el seminario *Le transfert* (1960-1961)– lo que llama los efectos sintomáticos del complejo de castración, examinándolos bajo las clases de la transformación, incluso de la degradación, impuesta al falo en tanto que significante privilegiado, ya que se considera que es éste quien encarna el deseo.

Así pues, paradójicamente, se puede considerar que al igual que sucede en el obsesivo, el sujeto histérico tampoco acepta ser confrontado al objeto de su deseo. Pero esto adquiere en uno y otro casos una forma radicalmente diferente. De hecho, Dora rehúsa contentarse en el fantasma ($ ◊ a); en eso es histérica, explicó Lacan el 19 de abril de 1961. Si ella parece en ciertos momentos –en ese sentido apunta Freud– confrontarse al Sr. K. como objeto de su deseo (objeto *a*), él ante todo es su instrumento. En realidad, a través de él, la joven paciente de Freud apunta a otra cosa, ya que el ser humano piensa "con" su alma como instrumento, según Aristóteles. ¿A qué se encuentra confrontada Dora? "Cuanto más mira, más se encuentra con A, con el Otro absoluto." La versión obsesiva del fantasma, que se apoya en la degradación, se puede por tanto contrastar con la versión histérica, la cual emplea eso que Lacan designa en 1960 como Otro absoluto.

Este Otro absoluto, cuya encarnación es la Sra. K., es pues la razón por la que Dora no puede satisfacerse en el nivel del *fading* (desvanecimiento) del sujeto ($)

ante el objeto (a). Le falta otra cosa: A (Otro), que es el centro de sus preocupaciones, a quien ella cree duro como el hierro, asunto éste que la diferencia radicalmente de una paranoica, ya que Lacan, como los fenomenólogos (Matussek), define al paranoico no tanto por su certeza, sino por su incapacidad para creer. Ciertamente, la pregunta "¿quién soy yo?" tiene para la joven Dora un sentido, y en absoluto provoca en ella una perplejidad total o el desencadenamiento del no-sentido, como sí podría ocurrir en el caso de un sujeto psicótico. Lo que allí responde es el significante φ perfectamente cerrado, siempre velado. Y, por consiguiente, de todo eso Dora no da otra cosa que aproximaciones, sustitutos, apariencias lo más cercanas que le es posible dar, formas *fi* minúscula (φ). Ella se ofrece como sostén del deseo, especialmente del de su padre. Se obtiene pues una fórmula que debería de ser φ◊ A, y el sujeto histérico se entrega a todas las molestias del mundo para construirla, haciendo resurgir a pesar de todo un falo viviente para escapar a la mortificación significante.

¿Es acaso su padre impotente con la Sra. K.? Pues bien, es ella quien hará la cópula, quien pagará con su persona y con sus síntomas: su tos espasmódica justificará y sostendrá cuanto ella puede imaginar de las relaciones sexuales demasiado parciales entre su padre y la Sra. K.; en definitiva, sus síntomas expresarán la impotencia del padre. Pero ya que eso no es suficiente, hará intervenir la imagen del Sr. K. y se dejará cortejar por él, le utilizará como objeto para acercarse al objeto inefable y le "sustituirá" por sí misma. Y todo ello a condición de que el Sr. K. pueda encarnar al portador del falo fascinado por ese objeto inefable que es la Sra. K.

Pero el problema es que este hombre, creyendo obrar según conviene a sus propias intenciones, termina por decirle a Dora que su mujer no es nada para él. Eso es precisamente lo que ella no puede soportar, pues ha orquestado todo este montaje para mantenerse "ella", reemplazada por un admirador del falo, ante el objeto inefable. Y es así como Dora pasa al acto, lo abofetea y se fuga, explicando finalmente que su padre ha querido prostituirla.

¿Qué ha pretendido hacer Dora?, ¿en qué situación se halla ubicada? Pues precisamente en la de ser la "procuradora" de ese signo en forma imaginaria, es decir, una especie de "intermediaria" o "alcahueta" en el peor sentido (*cf.* en inglés *procurer*, "proxeneta"). Ciertamente, la histérica muestra una inclinación a eso, que en ocasiones puede provocar complicados comportamientos de sustitución e intercambio de papeles. Y lo lleva a cabo de una forma harto diferente a la del obsesivo. Pues ciertamente éste –como ilustra el caso expuesto por Lacan en "La direction de la cure et les principes de son pouvoir" (1958)– llega incluso hasta "hacernos una jugarreta de prestidigitación bastante particular", que consiste en proponer a la mujer que tiene las claves de su deseo los servicios sexuales de otro hombre,

porque para él el deseo es imposible. Empero, la histérica tratará de originar, provocar y mantener dramas sentimentales y a reconstituirse en la sustitución. El hombre aquí va a ser requerido, incluso obligado, a afrontar en su lugar al Otro. Una posición del mismo tipo es evocada por Joan Rivière en su artículo autobiográfico sobre la mascarada ("La féminité en tant que mascarade"), comentado por Lacan en el seminario *Les formations de l'inconscient* (1957-1958).

Esta sustitución constituirá, por otra parte, la base de lo que se acostumbra a llamar "mitomanía de la histérica": su deseo es sustituido por un signo que se supone completa al Otro inefable. Y por eso ella mantendrá su deseo insatisfecho, siempre sustituido, con tal de que el Otro guarde la llave de su misterio, con tal de que el Otro sea reparado.

Así las cosas, es posible anotar en cuanto al sujeto histérico dos tipos de posiciones antinómicas respecto al saber. Tal diferenciación fue enfatizada abundantemente por Lacan en su seminario *L'envers de la psychanalyse* (1969-1970). Se trata, en primer lugar, de un "saber hacer" y de una capacidad de inventiva en el ámbito de la sustitución y en la relación con el Otro, asunto éste que podría también formularse como la producción de S_2, esto es, el saber en su dimensión de articulación de los significantes en el universo simbólico. Consiste, en segundo lugar, en una pasión por el misterio ante ese Otro –posteriormente denominado por Lacan S(Ⱥ)–; confiar a ese Otro las claves del misterio, ese Otro que es la cara femenina de la figura de Dios –significante del Otro barrado–, lo que está garantizado por la puesta de *a* en la posición de verdad, es decir, de fascinación.

Se puede añadir además que la frigidez correspondería a ese momento en el que el "semblante" (*semblant*) permitido por el otro en espejo se rompe, y así el sujeto se encuentra confrontado a S(Ⱥ) sin que medie la cobertura del *divino amante*. Recordemos cómo, por el contrario, en los éxtasis místicos apenas existe relación del sujeto con un misterioso S(Ⱥ), ya que la figura del *divino amante* está ahí omnipresente, ejerciendo siempre una especie de mediación.

8.5. Quinto modelo: el nudo borromeo y la articulación entre Real, Simbólico e Imaginario

A partir de 1973 Lacan propondrá un nuevo axioma fundamental en su teoría consistente en destacar que la relación sexual es imposible, afirmación contundente que es preciso entender teniendo en consideración el conjunto de sus desarrollos precedentes. En adelante, dicho axioma le permitirá una revisión de sus contribuciones teóricas anteriores. De manera muy especial, el Otro ya nunca más será simplemente aprehendido como incompleto –a completar por el obje-

to *a*–, sino como teniendo que ser creado en el fantasma por un anudamiento entre Simbólico, Imaginario y Real. Este desarrollo teórico supone considerar la existencia de casos en los cuales el anudamiento no puede realizarse. Tal es lo que sucede de manera palmaria en la esquizofrenia, en particular en sus formas más graves, es decir, en los cuadros hebefrénicos donde no se puede atribuir al paciente ninguna "intencionalidad".

Es esencialmente a partir de los años sesenta y sobre todo de los años setenta cuando Lacan propondrá una elaboración teórica destinada a aportar indicaciones para el tratamiento de la esquizofrenia en el sentido francófono del término. Uno de nosotros, F. Sauvagnat, ha mostrado que esta elaboración se inspiraba en los trabajos de Chaslin sobre la *discordance*. Sin embargo, en relación a la perspectiva adoptada por Chaslin, quien fundamentaba abiertamente su teoría de la discordancia en la "psicología de las facultades", la posición de Lacan resulta harto diferente. Examinemos con más detalles estas consideraciones.

Primeramente conviene advertir que en la obra de Lacan se aprecia un rechazo de la concepción clásica de la discordancia, esto es, de la disarmonía como desviación y como anormalidad. Sabido es que esta noción de anormalidad *per se* es muy cuestionada desde el punto de vista psicoanalítico, puesto que Freud no vaciló en absoluto a la hora de entender la *Spaltung* –considerada exclusivamente por Eugen Bleuler como la manifestación típica de la esquizofrenia– como un fenómeno también normal, tal y como manifestó abiertamente en su artículo inconcluso de 1938 "Die Ichspaltung im Abwehrvorgang" ["La escisión del yo en el proceso defensivo"]. Lacan, por su parte, recuperará este término para designar la división del sujeto por el significante y lo empleará igualmente en un sentido similar al de *fading*.

Se puede considerar que existe, según Lacan, una discordancia "normal" –ligada al término *discordantiel* creado por el gramático y psicoanalista Edouard Pichon– que concierne bien a la dehiscencia implicada por el estadio del espejo, bien a la estructura del inconsciente; tal tipo de discordancia hace, por ejemplo, del goce fálico alguna cosa de "fuera-del-cuerpo", y del inconsciente una equivocación o metedura de pata (*une-bévue*) que no puede ser "sintónico" con el Yo.

Ciertamente, se convendrá que estos términos responden ante todo a fenómenos, ya sean estructurales o ya sean histéricos, que no pertenecen, por tanto, al terreno de aquello que Chaslin quería resaltar. Consideramos, sin embargo, que la dimensión psicopatológica –especialmente la elaborada por la escuela francesa– de la discordancia aparece en las postrimerías de la obra de Lacan, justamente cuando afronta el anudamiento entre la dimensión real, la imaginaria y la simbólica, del cual señala que no es en absoluto *naturel*. De esta forma, la situación "esquizofrénica" de discordancia se convierte en una especie de referente de

discusiones, pues interrogarse sobre los modos posibles de anudamiento de las tres dimensiones por él despejadas implica inevitablemente preguntarse por los modos potenciales de estabilización del sujeto esquizofrénico.

A tenor de la forma en la que Lacan presenta estas consideraciones se puede colegir que esas tres dimensiones son ante todo agujeros, aberturas o hiatos, susceptibles de anudarse entre ellos y de adquirir así consistencia: hiato de lo Simbólico, ya que no hay Otro del Otro (entendido el Otro como sistema de significantes sometido a la condición gödeliana de ser o bien incompleto o bien inconsistente); hiato de lo Imaginario, esto es, el "saco de la imagen del cuerpo"; hiato de la no-relación sexual en lo Real, pues "el goce fálico sólo existe bajo el aspecto de algo capaz de hacer agujero en lo Real".

Esta tríada Imaginario-Real-Simbólico no deja de evocar la tríada freudiana plasmada en la segunda tópica de 1923, es decir, el Yo, el Ello y el Superyó; en este sentido, debemos recordar que cuando desarrolló esta elaboración teórica Freud también intentaba explicar las neurosis narcisistas, aunque no se refería explícitamente a la esquizofrenia en sentido estricto.

El término "nudo borromeo" fue introducido por Lacan en su enseñanza en 1972 para aludir a ciertas figuras topológicas que podían dar cuenta de la articulación Real, Simbólico, Imaginario (R. S. I.), en la que el predominio de lo Real es determinante. Precisamente este poderío pone en precario dicha articulación, por lo que en 1975 añade al trébol un cuarto bucle, que es realmente el que permite anudar los otros tres; ese cuarto bucle fue denominado con el neologismo *sinthome*, homofónico con *symptôme* (la palabra que designa en francés al síntoma) y con *saint homme* (hombre santo). Esta última expresión está inspirada en Santo Tomás, ya que en el estudio sobre la psicosis de James Joyce concluye Lacan que este escritor irlandés se especifica por su síntoma creador por excelencia: la epifanía.

El significante del Nombre-del-Padre, que constituía el punto fundamental del tercer modelo psicopatológico lacaniano (*vid.* apartado 8.3 de este mismo capítulo), se reduce ahora, a la luz de sus últimas aportaciones sobre la psicosis, únicamente a una de las formas posibles de *sinthome,* es decir, una de las modalidades de anudamiento R. S. I. que permiten suplir lo Real.

Lacan comparará la articulación entre estas tres dimensiones con el célebre escudo de armas de la familia Borromeo de Milán. Se trata de una figura compuesta por tres anillos en forma de trébol que simbolizan la triple alianza entre las tres ramas de la familia y que se hallan eslabonados entre ellos de tal forma que si uno se secciona, indefectiblemente los otros también se desligan. En esta época Lacan está centrado en el estudio de la obra de Ludwig Wittgenstein, a partir de la cual realiza la doble invención del "matema" (una escritura con estruc-

tura de fórmula matemática, ajena, por lo tanto, al equívoco y a la interpretación) y del nudo borromeo (una lógica determinada por la topología).

En lugar de proponer, como Chaslin hiciera en su tiempo, que habría una armonía natural entre las facultades psíquicas de los sujetos normales, Lacan detalla un desarrollo que anima a considerar los siguientes tres aspectos.

En primer lugar, en el caso de los sujetos neuróticos, los diferentes dominios se encuentran articulados o "anudados" entre sí de una forma tal que les confiere a la vez una limitación y una consistencia. Así, por ejemplo, hablando del "saco de la imagen del cuerpo", Lacan precisará el 11 de mayo de 1976 en su seminario *Le sinthome* que "un saco no está cerrado hasta que no se le ata".

En segundo lugar, este anudamiento corresponde a la aparición de un fantasma fundamental por el que la vida del sujeto está organizada, entre su posición de sujeto inconsciente y el objeto causa de su deseo, presentado como limitado por la articulación de las tres dimensiones; lo cual podemos convenir que se corresponde también con la versión lacaniana clásica de la intencionalidad.

En tercer lugar, esta articulación falta en el caso de las psicosis disociativas, especialmente la esquizofrenia. Debido a esta falta, los diferentes dominios se encuentran ya sea en continuidad (lo Simbólico no está diferenciado de lo Real), ya sea sin alguna articulación entre ellos que pueda conferir una consistencia (lo Imaginario, es decir, la vivencia corporal, no tiene trabazón con las otras dos dimensiones).

Tal "ausencia de anudamiento" entre las dimensiones imaginaria, real y simbólica ha llegado a constituirse en la guía mediante la cual la corriente lacaniana examina los problemas planteados por Freud con su noción de "neurosis narcisistas". Sobre este particular, se suscitan a menudo las siguientes interrogaciones: ¿Cómo comprender la indiferencia ante ciertos aspectos del mundo exterior que manifiestan sobremanera los sujetos esquizofrénicos? ¿Cómo entender el rechazo, la indiferencia de muchos de esos sujetos respecto al vínculo terapéutico? ¿Cómo explicar, de hecho, que no se trata de una verdadera "demencia" o de un "déficit obligado", sino más bien –como acertadamente señaló Eugen Bleuler– de una "pseudo-demencia" en la cual tan aparente deterioro puede llegarse a compensar, incluso a mejorar muchísimo cuando menos se esperaba? ¿Cómo fundamentar ese hecho sobradamente probado por los estudios longitudinales sobre la evolución de psicosis esquizofrénicas, según el cual más de la mitad de tales sujetos llegan a estabilizarse y aproximadamente una tercera parte lo consigue de una manera más bien favorable, es decir, logrando un funcionamiento social satisfactorio?

La reflexión desplegada por Lacan le conducirá pues a investigar los tipos de anudamientos capaces de explicar diferentes modos de manifestaciones clínicas

características de ciertos pacientes: falso *self*, personalidad "como si" (*as if*), delirio confuso, sentimiento de influencia, o incluso la imposibilidad de ningún anudamiento, como sucede en la hebefrenia. En el caso del escritor irlandés James Joyce –quien a juzgar por la hipótesis ampliamente desarrollada por Lacan presentaba una estructura esquizofrénica–, nuestro autor opinó que se había realizado un anudamiento entre el cuerpo del sujeto y el de su esposa, por una parte, y, por otra, que lo Simbólico se diferenciaba frente a lo Real merced a una regulación artística de los fenómenos elementales y las voces escuchadas y limitadas por un proceso de reescritura (*vid.* Parte V).

El mismo esquema teórico le llevará a proponer una nueva lectura de las psicosis maníaco-depresivas. Pues mientras que en los años sesenta Lacan había estimado que en esos estados el objeto *a* no participaba, en "Télévision" (1974) se verá conducido a interrogarse respecto al tipo de elección subjetiva por la cual esos sujetos renuncian a ordenarse bajo el "signo", es decir, ese tipo de anudamiento que les podría permitir crear un objeto *a* limitador. En esta ocasión, el rechazo de este anudamiento será descrito como "rechazo del inconsciente" (*rejet de l'inconscient*) y como "cobardía moral" (*lâcheté morale*). La apuesta de esta proposición radica en permitir la localización de los momentos de descompensación, así como en proponer modos de tratamientos psicoterapéuticos adaptados a esos casos particulares, cuya conocida característica es la frecuencia de intervalos de remisión.

9

POSICIÓN DOCTRINAL DEL PSICOANÁLISIS RESPECTO A LOS FENÓMENOS ELEMENTALES Y LA ESTRUCTURA; CONFRONTACIÓN CON OTRAS TEORÍAS

Una particularidad notable del psicoanálisis lacaniano consiste en el desarrollo de la teoría de los fenómenos elementales. Aunque variados en su textura fenomenológica, todos los fenómenos elementales presentan ciertos rasgos comunes y pueden hallarse especialmente en tres ámbitos: el pensamiento, la vivencia del cuerpo y los sentimientos, especialmente los enigmáticos y de perplejidad, los de inefabilidad y las auto-referencias. Se trata de fenómenos cuya matriz mínima revela y contiene la estructura general de la psicosis. Por ser consustanciales a ella, casi patognomónicos en la práctica clínica, su discreta presencia denota y revela la existencia de una estructura psicótica, cuyo desencadenamiento clínico puede o no haberse producido. Dichos fenómenos pueden hallarse de una forma constante o bien recurrente, pueden asimismo estar enmascarados o ensombrecidos por otras cristalizaciones sindrómicas muy aparatosas o por formaciones del carácter y rasgos de la personalidad, pero no hay psicoterapia ni neuroléptico que pueda erradicarlos completamente.

El valor esencial de estos fenómenos viene dado no tanto por la manifestación aprehensible, sino por la relación que el sujeto mantiene con ellos; tal relación nos muestra inequívocamente a un sujeto sumido en la perplejidad o en un inquietante vacío de significación. Además, la utilidad clínica de dichos fenómenos no se limita exclusivamente al ámbito diagnóstico, por más que sean imprescindibles para detectar una psicosis que aún no se ha puesto en marcha, sino que nos indican también, en gran medida, la posición de salida y la orientación con la que el sujeto encara la experiencia de su locura; en este sentido, estos pequeños signos también son indicadores veraces de los posibles modos de estabilización

hacia los que podemos encaminar a nuestros pacientes psicóticos, tomados en este caso uno por uno.

Este ámbito micro-fenomenológico de la clínica de las psicosis ha merecido la atención de algunos clásicos de la psicopatología, especialmente aquellos que desarrollaron su trabajo en servicios de urgencia y otros dispositivos que permitían captar los primeros movimientos subjetivos de la emergencia de la locura. Cabe, a este respecto, evocar las grandes contribuciones de Clemens Neisser, Alexander Marguliés, Robert Gaupp, Murk Westerterp y Gaëtan de Clérambault, las cuatro primeras referidas a la *krankhalfte Eigenbeziehung* (habitualmente traducida como "significación personal enfermiza" o "autorreferencia morbosa", si bien cabría enfatizar que se trata de la experiencia subjetiva de estar concernido por una significación aún enigmática) y la última dedicada a matizar los fenómenos iniciales y sutiles que sirven de asiento al síndrome de Automatismo Mental.

Jacques Lacan retomó el testigo de todas estas aportaciones y desarrolló especialmente su teoría de los fenómenos elementales a propósito de la paranoia y la esquizofrenia. Amén de algunas precisiones sobre esta materia contenidas ya en su Tesis Doctoral sobre el "caso Aimée", el grueso de sus contribuciones mayores se remonta a los años cincuenta, período en el que resaltó la solidaridad existente entre estos fenómenos discretos y el desarrollo ulterior del delirio. Lacan contradecía así abiertamente a su maestro Clérambault, quien había considerado por el contrario que unos y otro no guardaban relación alguna. A este respecto, en su sèminario *Les psychoses* (1955-1956) afirmó: "Los fenómenos elementales no son más elementales que lo que subyace al conjunto de la construcción del delirio. Son tan elementales como lo es, en relación a una planta, la hoja en la que se verán ciertos detalles del modo en que se imbrican e insertan las nervaduras: hay algo en común a toda la planta que se reproduce en ciertas formas que componen su totalidad. Asimismo, encontramos estructuras análogas respecto a la composición, la motivación, la construcción temática del delirio, y también respecto al fenómeno elemental. Dicho de otro modo, siempre la misma fuerza estructurante [...] que actúa en el delirio, ya lo consideremos en una de sus partes o en su totalidad".

El fenómeno elemental que por entonces había atraído la atención de Lacan fue la "significación personal" (*signification personnelle*), recuperado especialmente a partir de la descripción otrora realizada por Sérieux y Capgras, quienes se hacían eco a su vez de las contribuciones alemanas; dicho fenómeno aportaría un fundamento esencial a su teoría de la forclusión del Nombre-del-Padre. Posteriormente, en su artículo "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose" (1958) precisó que el proceso delirante se desarrollaba a partir de una sensación de enigma, esto es, de un "vacío de significación", con-

firiendo progresivamente el delirio un sentido cada vez más irreal a este enigma inicial.

En ese mismo artículo Lacan se hacía eco de la distinción establecida por el lingüista ruso-americano Roman Jakobson entre código y mensaje; nuestro autor distinguió ahí dos tipos de alucinaciones presentes en el "caso Schreber": las alucinaciones centradas en el código (neologismos, "lengua fundamental") y las alucinaciones centradas en el mensaje (mensajes alucinados interrumpidos, insultos).

Más tarde aún, especialmente en los años setenta, Lacan habría de examinar los fenómenos elementales en la esquizofrenia a través del concepto de desanudamiento entre lo Real, lo Imaginario y lo Simbólico, una noción que se muestra próxima –como ya se ha mencionado– a la *discordance* desarrollada por Chaslin en 1912.

A partir de entonces, en el seno de la orientación lacaniana se han propuesto *grosso modo* cuatro tipos de desarrollos sobre el asunto aquí en cuestión. En primer lugar, J. A. Miller ha señalado que existía en el interior de la obra de Lacan una analogía permanente entre la noción de interpretación delirante y la de interpretación en el sentido psicoanalítico del término; un acercamiento similar había sido ya evocado por Bychowski en los años cincuenta, cuando recomendaba evitar las interpretaciones clásicas en el tratamiento de sujetos psicóticos. Desarrollando la idea según la cual el inconsciente tendría como característica general la interpretación, siendo designado el sujeto por esta interpretación, propuso Miller considerar que la interpretación analítica sería forzosamente secundaria en relación a las interpretaciones producidas por el inconsciente del sujeto, lo que sugería otra doctrina de la interpretación diferente de la que habitualmente se viene promoviendo en el movimiento analítico.

En segundo lugar, inspirándose en la distinción establecida por Gottlob Frege entre *Sinn* (sentido) y *Bedeutung* (significación), F. Sauvagnat ha apuntado que se podrían localizar dos tipos de fenómenos elementales en el autismo: un fenómeno del tipo "designación insoportable", correspondiente al *aloneness* de L. Kanner, y otro fenómeno del tipo "unificación del sentido", similar a la *sameness* de Kanner, que se manifiesta especialmente en los fenómenos repetitivos. Los tipos de objetos "autísticos" característicos podrán ser entonces comprendidos como tentativas de anudamientos entre las dimensiones imaginaria, real y simbólica, pudiendo llegar a desembocar, en su extremo, en cuadros con marcado cariz deficitario, si bien en otros casos (especialmente la "psicopatía autística" de Asperger) también pueden conducir hacia formas compatibles con una buena, a veces con muy buena inserción social (casos descritos por Donna Williams y también aquellos otros aportados por Temple Grandin).

En tercer lugar, y ahora en relación con las psicosis maníaco-depresivas, Sauvagnat también ha señalado que en muchas de ellas se podría considerar como

fenómeno elemental el "encadenamiento ininterrumpido de significantes", apreciable en el delirio de culpabilidad o en la fuga de ideas, y que la "creación de un objeto inseparable" –o su equivalente, la "hiperidentificación" descrita por Kraus– podría ser considerada como una tentativa de compensación respecto a esta problemática inicial.

Finalmente, Sauvagnat ha enfatizado que el modelo final propuesto por Lacan se inspira ampliamente en las elaboraciones de Chaslin sobre las locuras discordantes, en la medida en que para este último el lenguaje, el pensamiento, el humor y los actos estaban desarticulados en esa afección esquizofrénica. De este modo, los fenómenos elementales de la esquizofrenia pueden ser concebidos como fallos en la articulación entre las pulsiones (lo Real), el lenguaje (lo Simbólico) y el cuerpo (lo Imaginario), cuyas particularidades se ilustran en el cuadro que sigue.

CUADRO 9.1
Los fenómenos elementales en las distintas psicosis

Paranoia	$S_1 \rightarrow (\$) = a$ (designación del sujeto; "significación personal"; el sujeto se halla colocado en posición de objeto). S_2 = Enigma (tentativa de construcción del delirio en torno a un sentido persecutorio).
Psicosis maníaco-depresiva	No-función de objeto separador (encadenamiento del sujeto a los significantes). • Vertiente maníaca (fuga de ideas, imposibilidad de limitar las asociaciones). • Vertiente melancólica (imposibilidad de escapar a la culpabilidad, identificación a un objeto no-separador).
Esquizofrenia	• Continuidad entre lo Real (las pulsiones) y lo Simbólico. • Ausencia de anudamiento entre lo Imaginario (imagen del cuerpo), lo Simbólico y lo Real.
Autismo	• Designación insoportable contra la que el sujeto se defiende mediante el "caparazón autístico" (*aloneness*). • Unificación del sentido, rechazo de la ambigüedad (*sameness*, estereotipias).

10

MODELOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOANÁLISIS

Suele considerarse, por lo general, que los tipos de investigación más frecuentemente asociados al psicoanálisis son los siguientes: las investigaciones sobre las asociaciones verbales, los trabajos de psicología del desarrollo, los estudios sobre el vínculo, las neurociencias, el ámbito de la psicosomática y las indagaciones destinadas a valorar los resultados de las curas. Examinaremos a continuación, si bien de una manera breve, cada uno de ellos.

Respecto a las investigaciones sobre las asociaciones verbales, como ya se ha apuntado anteriormente, surgió en el seno del Burghölzli (Zúrich) una corriente de investigación que comparaba los resultados obtenidos por el procedimiento psicoanalítico con los resultados de los tests de asociaciones, tal como muestran los trabajos iniciales de Aschaffenburg y Jung. Esta corriente se consagró esencialmente a la práctica de tests proyectivos.

Por su parte, los trabajos dedicados a la psicología del desarrollo hallaron inicialmente su inspiración en el psicoanálisis. Actualmente no faltan las indagaciones que conjugan una y otra disciplinas, en especial las destinadas a investigar el desarrollo de lactantes y de niños pequeños, cuyos desarrollos más cumplidos han surgido en los dominios de la psicología de *self*–inspirada por Kohut– y de la *Ego Psychology*.

En relación con los estudios sobre el vínculo, a menudo ligados a las investigaciones sobre el desarrollo, cabe asimismo resaltar que éstos fueron promovidos por algunos psicoanalistas, principalmente I. Hermann y J. Bowlby, con un marcado interés por la etología animal. Con el paso de los años, dichas investigaciones han ido alcanzado paulatinamente una notoria resonancia, de modo que la

mayor parte de las teorías analíticas recientes contienen referencias a ellos. En el dominio lacaniano, la teoría del Otro ha sido generosamente respaldada en los numerosos debates suscitados sobre ese particular, en especial a partir de los trabajos de Lacan sobre el estadio del espejo.

Como ya se mostró anteriormente, las investigaciones neurocientíficas preceden en Freud a sus trabajos propiamente psicoanalíticos. Posteriormente, cada corriente psicoanalítica ha contribuido y terciado a su manera en este debate. Sobre este particular, las aportaciones de la orientación lacaniana han sido particularmente fructíferas y abundantes, sobre todo en cuanto atañe a sus debates con la cibernética; pero también lo han sido aquellas otras elaboradas por autores norteamericanos, cuyos resultados acostumbran a publicarse en las revistas *Psychoanalysis and Contemporary Science* y *Neuropsychoanalysis*. A propósito de las relaciones posibles que pueden trabarse entre el psicoanálisis y las neurociencias, caben distinguirse varias corrientes de opinión diferentes: en primer lugar, la discusión surgida en los años cuarenta y cincuenta en torno a las relaciones entre cibernética y psicoanálisis; en segundo lugar, el debate sobre el *Entwurf einer Psychologie* [*Proyecto de psicología,* 1895] de Freud, que ha desatado todo tipo de pasiones de manera casi ininterrumpida tras la publicación de este manuscrito en 1950; finalmente, las disputas centradas en la pertinencia o no de introducir la inteligencia artificial en el dominio clínico, animadas en especial por los trabajos del psicoanalista K. M. Colby y del neurobiólogo B. Edelmann.

A modo de síntesis, bien puede decirse que por más heterogéneas y audaces que sean, todas esas posiciones se reparten en última instancia en dos frentes: aquel que por encima de todo preserva la distinción entre las investigaciones propiamente psicoanalíticas y las investigaciones biológicas –argumentando de buen grado que en ningún caso las primeras pueden reducirse a las segundas–, y aquel otro que estima, por el contrario, la posible y pertinente reducción de los conceptos psicoanalíticos o del material obtenido en las curas a conceptos o prácticas experimentales.

El ámbito de la psicosomática ha sido igualmente objeto de numerosas aportaciones y desarrollos por parte del movimiento psicoanalítico. A este respecto, conviene recordar las siguientes cinco líneas de investigación. En primer lugar, Flanders Dunbar desarrolló, desde los años treinta y cuarenta, la noción de "perfiles de personalidad de base" con los que caracterizó las variedades de síndromes psicosomáticos declarados (hipertensión cardiovascular, reumatismo, diabetes, etc.). En segundo lugar, Franz Alexander, el principal animador del Instituto de Chicago, elaboró una teoría –derivada a su vez de sus propias consideraciones sobre los superyós patológicos– según la cual ciertos conflictos inconscientes típicos desempeñan un papel crucial en la formación de trastornos psi-

cosomáticos. Dicho papel se lleva a cabo en función de un eje privilegiado dependencia/rebelión, que según su parecer sería un equivalente de la polarización neurológica simpático/parasimpático. Es así como Alexander intentó caracterizar los conflictos típicos de los *holy seven*, esto es, las siete categorías de trastornos psicosomáticos graves. En tercer lugar, Felix Deutsch –médico personal de Freud hasta 1923– se esforzó por orquestar una concepción de la "unidad psicosomática" y del "salto en el cuerpo", indicando con ella, entre otras aportaciones, que no existiría transición entre la conversión histérica y las lesiones psicosomáticas. En cuarto lugar, una corriente norteamericana, la encabezada por Engel y Reiser, se apoya sobre la teoría del vínculo y la patología de la separación, especialmente la noción de *helplessness/hopelessness*. Finalmente, los desarrollos teóricos lacanianos han contribuido al así llamado "fenómeno psicosomático", en especial con la noción de holofrase y de *cartouche psychosomatique*.

Resta, por último, perfilar el dominio de las investigaciones sobre las curas analíticas propiamente dichas, las cuales vienen motivando de forma ininterrumpida la publicación de numerosos trabajos desde el momento en que el psicoanálisis inició su singladura. A continuación se apuntan las tendencias más importantes.

Una primera corriente aprecia que la investigación debe residir esencialmente en el desarrollo de conceptos a partir de las dificultades surgidas en los análisis, pero también en los debates científicos; tal fue la posición del propio Freud y tal será asimismo la posición mayoritaria.

Una segunda tendencia, aparecida hacia 1917, se caracteriza por aportar investigaciones estadísticas sobre los resultados de las curas en el marco de los Institutos de formación psicoanalíticos. A tenor de los postulados que orientan esta corriente, se trataría de discriminar los resultados favorables y desfavorables en función de criterios simples.

Una tercera orientación intenta responder a la pregunta sobre las relaciones entre el proceso y los resultados presentados por Bibring en el congreso de Marienbad en 1936. Dicha orientación se esfuerza por responder a la pregunta que considera esencial: ¿qué debe pasar en el proceso analítico para que un resultado favorable pueda aparecer al final? Las investigaciones en este campo fueron iniciadas por la corriente húngara, principalmente por Michael Balint y sus alumnos, cuyos trabajos han desempeñado sobre este particular un papel crucial.

Una cuarta perspectiva intenta, por su parte, extraer consecuencias de la complejidad de las curas anteriormente puestas en evidencia. Los representantes de este punto de vista muestran una querencia especial por el ámbito de investigación circunscrito por la siguiente pregunta formulada por H. Kächele en 1992:

"¿Qué microprocesos entran en la composición de los macroprocesos de la cura, de forma tal que se los pueda localizar clínicamente?".

Como podrá suponerse, en el ámbito psicoanalítico existe un permanente debate de fondo sobre la naturaleza de lo que puede verificarse, así como los medios disponibles para realizar dicha tarea. A este respecto, un número importante de psicoanalistas considera que la "verificación" –en el sentido de una comparación entre diferentes curas– no es posible, esgrimiendo en apoyo de su negativa no sólo el hecho evidente de la variedad de los procesos analíticos, sino también razones éticas y de confidencialidad; por el contrario, otro grupo de analistas estima su completa viabilidad. Entre los analistas proclives a las comprobaciones se dibujan dos posiciones: unos son partidarios de la verificación extrínseca, es decir, la que se ejerce mediante instrumentos exteriores al psicoanálisis mismo y su propia evaluación es realizada por personas que no son psicoanalistas, basándose en el modelo de evaluación de las psicoterapias de tipo comportamental y cognitivo; el resto, por el contrario, se muestra favorable a la verificación intrínseca, esto es, al debate entre analistas a propósito de los contenidos y los resultados de las curas.

Respecto a la verificación intrínseca, se barajan asimismo dos tipos de procedimiento. Un buen número de autores propende a dejar en manos de un panel de analistas las evaluaciones de registros de curas, procedimiento éste desarrollado sobre todo en Estados Unidos y en Alemania –especialmente en la Universidad de Ulm–. Frente a esta tendencia se erige otra que concibe las verificaciones a partir de los testimonios de los propios analizantes. En el marco de este último tipo de procedimiento, se comprobó desde hace tiempo que su investigación resultaba prácticamente imposible cuando se aplicaba indiscriminadamente a cualquier tipo de analizante, máxime cuando los relatos referidos por los no-especialistas eran a menudo novelescos y evidenciaban profundas modificaciones, planteando por lo demás sustanciales problemas éticos. Sobre este particular, J. Lacan instituyó en 1967 el procedimiento del pase (*la passe*), el cual requiere de los candidatos la capacidad de transmitir recuerdos muy concretos de su cura analítica. Este procedimiento, que es distinto del procedimiento de admisión de nuevos miembros y está más bien destinado a dar testimonio del fin del análisis y de la experiencia que éste ha supuesto a cada analizante, funciona en la actualidad desde hace ya una veintena de años, aportando resultados harto interesantes para la clínica general y permitiendo especialmente modificaciones teóricas de una notable enjundia.

11

PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA

Sabido es que las psicoterapias existían antes del nacimiento del psicoanálisis, si bien este último ha aportado a aquéllas una larga lista de contribuciones cruciales. Las relaciones entre psicoanálisis y psicoterapia vienen siendo objeto de numerosos debates desde hace ya más de un siglo. También en el momento actual asistimos a un ingente número de publicaciones y debates destinados a delimitar el ámbito específico de las psicoterapias, sus variedades, métodos y objetivos propios. A ello contribuye, sin duda, la implantación social de la figura del psicólogo clínico, tanto el que realiza su práctica en el ámbito privado como el que lo hace en las redes de asistencia mental pública. Pero también, y de manera muy especial en algunos países de Europa, la Administración ha comenzado a establecer normativas para regular la práctica profesional de las psicoterapias. Mas se topan la Administración, los colegios profesionales y otras asociaciones implicadas con enormes dificultades a la hora de establecer ciertos criterios mínimos que demarquen y regulen ese tipo de prácticas destinadas a la terapéutica psíquica. Como enseguida mostraremos, tales dificultades hablan a las claras de la heterogeneidad esencial que domina ese ámbito.

11.1. Cuatro grandes tendencias en psicoterapia

Aunque algunos autores como Grawe, Donati o Bernhauer han llegado a describir hasta trescientos tipos de psicoterapias, nosotros las agruparemos únicamente bajo cuatro grandes tendencias: las psicoterapias religiosas; las psicotera-

pias corporales; el magnetismo, la hipnosis y la sugestión; y las psicoterapias focalizadas en el síntoma. Finalmente, concluiremos el presente epígrafe desgranando las relaciones más importantes entre el psicoanálisis y la psicoterapia.

Los investigadores suelen convenir en que fue en el seno del culto religioso donde se han gestado y desarrollado las más antiguas formas de psicoterapia. Tales prácticas terapéuticas se prodigaron de forma ininterrumpida desde hace muchos milenios en el marco de todo tipo de religiones, explicando unas veces sus resultados como un efecto directo del culto –efectos benéficos de plegarias, imposición de objetos sagrados, exorcismos– y otras juzgándolos como consecuencia de intervenciones divinas o de personajes santos, cuyos prodigiosos resultados eran generalmente considerados milagros. Si bien todas las religiones tienen a gala su capacidad de procurar efectos terapéuticos en grados diversos, no coinciden empero a la hora de atribuirles el mismo valor. Por ejemplo, dichos efectos son juzgados como marginales en las formas occidentales de la tradición católico-romana, en la que suele atribuirse un amplio reconocimiento a la medicina científica o incluso al psicoanálisis en algunos países, como es el caso de los Jesuitas y los Dominicos franceses. Por el contrario, en ciertos grupos religiosos se estima que tales efectos son completamente esenciales, como sucede en la Christian Science Church de Mary Baker Eddy (Boston, Estados Unidos), que además de criticar enérgicamente la "medicina clásica" también pretendía curar todo tipo de enfermedades valiéndose únicamente de la oración. Esta última corriente se opone a menudo a los modelos científicos de una manera frontal y bastante refractaria; a juzgar por los manejos de los que se sirven, a pocos extrañan los frecuentes procesos judiciales emprendidos contra ella por prácticas de exorcismos ilegales, especialmente cuando rehúsan dispensar a cuantos afectados caen en sus manos aquellos cuidados que resultan del todo imprescindibles.

En las religiones más antiguas se considera por lo general el tratamiento como una ocasión propicia para estrechar nuevos lazos con la divinidad –por ejemplo, N'doep en Mali o Candomblé en Brasil– o también para luchar contra los hechiceros responsables de embrujamientos. En las variantes derivadas del cristianismo, este tipo de procedimientos son frecuentemente empleados bien para combatir contra las formas diabólicas, bien para asegurar el dominio religioso y moral, o bien, a veces, para utilizar las virtudes de un santo local más o menos continuador de tradiciones populares premonoteístas. De esta suerte, un número muy importante de sacerdotes tiene a gala presentarse como si estuvieran dotados de capacidades terapéuticas; de igual modo, muchos tipos de psicoterapia se presentan a su vez como prácticas religiosas bastante poco secularizadas, tendiendo en ellas a exponerse los cambios terapéuticos como si de un proceso milagroso se tratara, aunque éste sea formulado en una jerga de tipo científico.

No son pocos los problemas que plantea este tipo de prácticas, ni menor es aún la dificultad de evaluar sus resultados; por el contrario, harto conocidos son los aciagos riesgos sobrevenidos a consecuencia de caer en las redes de una secta. No menos numerosas son tampoco las prácticas psicoterapéuticas denominadas *new age*, cuya inspiración se remonta a algunas tradiciones de "religión natural" propias de esa corriente; tal es el caso de las reencarnaciones, las iluminaciones, las reivindicaciones de sentimientos de *déjà vu*, etc.

Por lo que atañe a las psicoterapias corporales, pueden definirse éstas como un conjunto de prácticas muy desiguales cuyo fundamento común se asienta en una manipulación del cuerpo con fines terapéuticos –por ejemplo, la gimnasia o los masajes–. Todas ellas se basan en la idea según la cual el tratamiento del cuerpo tiene un efecto más o menos directo sobre las afecciones psíquicas; todas ellas son también prácticas antiguas y ampliamente difundidas. Es necesario evocar a este respecto que el programa del "tratamiento moral" descrito por Pinel y Esquirol –o cuantos equivalentes pergeñaron los pioneros anglosajones– incluía recomendaciones sobre la dieta o el ejercicio higiénico del cuerpo. El propio Freud, incluso, prescribió esporádicamente masajes durante el período inicial de su práctica basada en la hipnosis –como sucedió en el tratamiento de Emmy von N.–, si bien pronto abandonó este proceder. Tales medios terapéuticos, empero, no dejan de resultar problemáticos cuando se los confronta con la especificidad a la que supuestamente se los destina. Pero aún lo son más cuando se aplican como tratamientos sexológicos o incluso ginecológicos, pues ahí precisamente los límites éticos –en concreto, los nada desdeñables riesgos de abusos sexuales– pueden ser transgredidos.

Un tercer grupo de terapéutica puede ser agrupado en relación al magnetismo, la hipnosis y la sugestión. Surgida históricamente de corrientes iluministas y de la "religión natural" en el siglo XVII, esta corriente postulaba en sus inicios –esto es, merced a la obra de Franz Anton Mesmer surgida hacia mitad y finales del siglo XVIII– que los síntomas venían determinados por obstrucciones de flujos magnéticos a los que se trataba de restablecer su movimiento mediante aquellas manipulaciones que se juzgasen apropiadas. La noción de magnetismo había sido extrapolada de la física, especialmente de la astrofísica, y con ella se trataba de nombrar una fuerza presente en todos los órdenes de la naturaleza. Esta tradición conoció un cierto número de variaciones y modificaciones a lo largo de su evolución. Ciertamente, al tiempo que se cuestionó –el médico escocés James Braid, quien acuñó el término "hipnotismo", fue uno de los adalides de esta crítica– la eficacia del supuesto "flujo magnético" comenzaron a perfilarse los primeros esbozos conceptuales sobre la hipnosis; más tarde aún, toda vez que ésta fue rebatida –el papel de la Escuela de Nancy (Liébeault y Bernheim, especial-

mente) resultó aquí determinante–, se presentó la sugestión como esa fuerza activa que podía ser utilizada con fines terapéuticos.

Una particularidad de esta corriente consiste en haber postulado la existencia de mecanismos no-conscientes responsables de los síntomas, los cuales podían además ser una fuente de inspiración capaz de orientar respecto al diagnóstico o la conducta terapéutica. En el momento actual, este tipo de prácticas terapéuticas son pródigamente utilizadas en ciertos dominios culturales, en especial en Estados Unidos y en la Federación Rusa. En cuanto a las corrientes basadas en la sugestión, bien puede afirmarse que han constituido uno de los orígenes de las terapias centradas en el síntoma. Así, la técnica del tratamiento de desviaciones sexuales mediante sugestión propuesta por Schrenck-Notzing desde finales del siglo XIX fue recuperada sin mayores variaciones cincuenta años más tarde por Wolpe, aunque este último la dotó de una justificación teórica diferente. Desde un punto de vista historiográfico, también puede afirmarse que el psicoanálisis se inspiró inicialmente en aquellas corrientes tanto magnéticas como hipnóticas, aunque es bien cierto que imprimió ahí modificaciones radicales; recuérdese que el propio Freud empleó la hipnosis hasta 1896.

La última tendencia de psicoterapia es aquella que concentra todos sus desempeños en hacer desaparecer el síntoma. Su surgimiento histórico la emparenta con el behaviorismo y más tarde con el cognitivismo, constituyendo uno y otro sus dos referentes esenciales. La corriente en cuestión desarrolla una tesis central según la cual es posible erradicar el síntoma psicopatológico, mas el empeño en esa desaparición obedece directamente a una demanda social. La causalidad del síntoma es por lo general atribuida al dominio orgánico, devolviendo así su procedencia a una hipotética localización neurológica, la cual, parece ser, se descubrirá "muy pronto". Las teorías desarrolladas añaden a este binomio algunos modos de verificación tendentes a tranquilizar al público respecto a la eficacia del tratamiento. La tríada "síntoma social definido–base orgánica 'pronto probada'–validación" ha sido así intensamente promovida, tratando para ello de asegurar la coherencia del conjunto a través de la técnica empleada: el paciente es invitado a definir su síntoma, luego se le propone un entrenamiento para realizar en su casa y, finalmente, él mismo puede evaluar los resultados. Como podrá suponerse, la progresión en la terapia se caracteriza por la mejoría de notas obtenidas en esta misma evaluación.

Desde hace ya tiempo se acostumbra a presentar este tipo de prácticas aduciendo que casi siempre es eficaz cuando se aplica a "síntomas bien delimitados", los cuales se pretenden hacer desaparecer en unas cuantas sesiones. Empero, durante estos últimos años, tales afirmaciones han sido cada vez más cuestionadas y se han aducido para ello argumentos más fornidos. En ese sentido, se ha podido

probar que las fobias, por ejemplo, no terminan de desaparecer tras el tratamiento sintomático de desensibilización, y eso a pesar de una relativa modificación de su contenido; se ha mostrado igualmente que la mayoría de los síntomas se sustentaban en rasgos patológicos de personalidad, según una trayectoria que parece haber estado inspirada por el desplazamiento de interés formulado por los psicoanalistas, esto es, del síntoma a las resistencias. La inflexión de estas técnicas psicoterapéuticas hacia un tratamiento de la personalidad se acompaña inexorablemente de un importante alargamiento de la duración de esos tratamientos, los cuales actualmente pueden extenderse durante muchos años.

De una manera general, a partir del momento en que las curas psicoanalíticas fueron definidas de forma rigurosa, esto es, desde finales de la primera década del siglo pasado, comenzaron a emerger ciertos tipos de psicoterapias tendentes a simplificar las exigencias psicoanalíticas. Tres son los grandes tipos de simplificación habitualmente propuestos: las simplificaciones relativas a la teoría y a la técnica, las reducciones de la duración y los intentos de reconvertir los objetivos del análisis en objetivos sociales.

Las simplificaciones concernientes a la teoría y la técnica se realizan privilegiando un aspecto aislado de la teoría analítica –por ejemplo, en la psicoterapia adleriana, los aspectos de humillación y sentimiento de inferioridad, o en las psicoterapias surgidas de la bioenergía reichiana, las relativas a la "coraza caracterial"–. En la mayoría de las ocasiones, los aspectos ligados a la cuestión de la sexuación psíquica resultan especialmente marginados, pues se los tilda incluso de peligrosos –argumento éste a menudo desarrollado en los países de tradición protestante, muy combatido también por Karl Jaspers– y se los considera difícilmente aceptables en el ámbito social.

Los intentos de reducir la duración del tratamiento se han acompañado frecuentemente de críticas a las curas analíticas clásicas. Así, Melitta Schmideberg –hija de Melanie Klein– promovió, por ejemplo, la *reality therapy* centrada en la realización de objetivos inmediatos, mostrando de este modo su contrariedad con las curas conducidas por analistas kleinianos. En esa línea apuntan asimismo la "terapia focal" de M. Balint y las de otros autores que han seguido esa senda (Davanloo, Malan, Guilliéron, etc.). También ha sido éste un argumento esgrimido por los promotores de las terapias behavioristas y cognitivas, al menos al principio, esto es, cuando sus propios tratamientos no se dilataban en el tiempo más que un análisis.

La focalización sobre objetivos sociales, que constituía al principio una característica de ciertas terapias de la corriente hipnótica, es persistentemente invocada desde los años treinta; de igual modo, se la ha evocado también en las psicoterapias reeducativas destinadas a militares jóvenes, ampliamente promovidas en

Alemania durante el período nazi. Asimismo, se ha rememorado la focalización en múltiples ocasiones en el marco de las psicoterapias behavioristas y cognitivistas.

11.2. El psicoanálisis aplicado a la psicoterapia

Ya hemos indicado que las psicoterapias son mucho más antiguas que el psicoanálisis. Es ahora el momento de mostrar qué influencias ha tenido el psicoanálisis sobre las psicoterapias y cómo y en qué se diferencia éste de las diversas formas de psicoterapia.

Grosso modo puede afirmarse que la aportación propia del psicoanálisis al dominio de las psicoterapias ha consistido al menos en cinco contribuciones, las cuales pasamos a enumerar brevemente. En primer lugar, las elaboraciones teóricas fundadas sobre los conocimientos científicos más recientes, en particular en el dominio de las ciencias afines al psicoanálisis, esto es, las neurociencias, la lingüística, la lógica, las matemáticas, la sociología y la filosofía. En segundo lugar, el concepto de repetición en tanto articulado materialmente al concepto de significante, es decir, la repetición no sólo personal, sino también intergeneracional. En tercer lugar, el concepto de transferencia concebido como insistencia de una problemática propia del sujeto que implica su derecho a la existencia. En cuarto lugar, el concepto de inconsciente estructurado por el lenguaje, asunto éste que determina una complejidad del aparato psíquico y, especialmente, la existencia de varias instancias concurrentes debido a la represión. Por último, la importancia de las pulsiones sexuales concebidas en tanto causalidad esencial de la patología psíquica, las cuales, aun siendo consideradas irrepresentables, constituyen al mismo tiempo un fin último de los contenidos psíquicos; las pulsiones dan lugar, por una parte, a la represión y, por otra, a las defensas de naturaleza más "caracterial".

Ya desde sus inicios, en el seno mismo del movimiento psicoanalítico no faltaron las propuestas destinadas a la modificación de la técnica. Sobre este particular, se plantearon cuando menos dos tipos de distinciones: por una parte, entre el psicoanálisis "puro" –según la denominación de la corriente lacaniana– o la "cura tipo" –según la designación de la IPA– y, por otra parte, las aplicaciones del psicoanálisis a la psicoterapia –orientación lacaniana– o las "psicoterapias psicoanalíticas" –IPA–. Sea como fuere, en todos los casos la tesis central defiende que esas aplicaciones son incompletas en relación con el psicoanálisis "puro". Existen, sin embargo, varias maneras de plantear dicha incompletitud.

El primer tipo de diferenciación propuesta por Freud consistió en analizar la transferencia, aportando así datos muy precisos para diferenciarla de la mera suges-

tión. El desarrollo de este primer criterio siguió dos caminos diferentes. En un principio, Freud ("Sobre psicoterapia", redactado en 1904) estimó que en el psicoanálisis se debía proceder "*per via di levare*", es decir, por sustracción, y no "*per via di porre*", esto es, añadiendo tal o cual elemento o prescripción, pues esas sugestiones se consideraban más propias de la psicoterapia que del psicoanálisis: "Idénticamente, la técnica sugestiva actúa *per via di porre*; no se preocupa del origen, la fuerza y el sentido de los síntomas patológicos, sino que les sobrepone algo –la sugestión– que supone ha de ser lo suficientemente fuerte para impedir la exteriorización de la idea patológica. En cambio, la terapia analítica no quiere agregar nada, no quiere introducir nada nuevo, sino por el contrario quitar y extraer algo, y con este fin se preocupa de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena que se propone hacer desaparecer".

De esta manera, las indicaciones técnicas prohibían sugerir a los pacientes formas de modificar su existencia y se limitaban a favorecer en los analizantes el descubrimiento de aquellos contenidos inconscientes que la determinaban. Así, se invitaba al paciente a enunciar cuanto le venía a su mente, incluyendo también las fantasías que podían estar referidas al analista y que tuvieran un cariz molesto. Pero, amén de las conexiones entre transferencia y sugestión, Freud se interrogó asimismo sobre las relaciones entre interpretación y transferencia, enfatizando en especial que ciertos aspectos de la transferencia debían ser completamente analizados a fin de que la cura pudiera llegar a su conclusión. Así las cosas, el interés se concentró entonces en saber si la transferencia debía ser entendida como el objeto privilegiado de la interpretación o si, por el contrario, se la debía considerar como un instrumento para acceder al inconsciente.

De una manera general, los analistas de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) optaron por la primera fórmula, cifrando su objetivo en el hecho de obtener un mejor *insight* con el paciente –en particular mediante la utilización de la alianza terapéutica y la identificación con el analista–, manteniéndose empero ciertas variantes según las diferentes corrientes. A tenor de los criterios de estos analistas, debe considerarse como psicoterapia psicoanalítica una cura que o bien analice sólo parcialmente la transferencia –en especial la transferencia negativa, sobre todo el caso de los analistas kleinianos–, o bien evite deliberadamente interpretar ciertos aspectos de la transferencia a fin de "sostener" al paciente (*supportive therapy*), con objeto de encuadrarlo mejor o para ayudarlo a expresar sus dificultades de una forma más articulada (*expressive therapy*).

Los analistas de la orientación lacaniana han optado generalmente por la segunda fórmula, inclinándose a considerar que la transferencia debía ser ante todo un instrumento para acceder a la verdad del sujeto o a su real. De esta manera, la insistencia en el *insight* se ha juzgado en el sentido de un adoctrinamiento,

y la perseverancia en la relación dual intersubjetiva, en su dimensión de relación de sujeto a sujeto, se ha valorado como un confinamiento en el registro de las relaciones imaginarias; una y otra competen más a la psicoterapia que al psicoanálisis, pero sobre todo amplifican paradójicamente los riesgos del *acting out*, incluso aunque se las diferencie de las psicoterapias de apoyo.

Asimismo, un segundo tipo de diferenciación se ha propuesto en los términos que siguen: mientras el psicoanálisis privilegiaría la puesta en evidencia del inconsciente, la psicoterapia no le conferiría una importancia tan determinante o simplemente no lo tendría en cuenta. Tal distinción está también presente en Freud, quien no dejó de insistir en la idea de que toda sesión de análisis debería provocar la sorpresa de los pacientes, precisamente porque las temáticas inconsciente son así puestas de manifiesto.

A este respecto, se pueden distinguir tres versiones distintas en los posfreudianos. Unas han sido elaboradas por la *Ego Psychology*, otras por la corriente de las relaciones de objeto, y aun otras por las teorías intersubjetivas.

Según la *Ego Psychology*, el inconsciente se deduce esencialmente de una insuficiencia del Yo respecto a la fuerza de las pulsiones. De esta manera, el análisis debe restringirse a los mecanismos inconscientes y a privilegiar un mejor *insight*; las interpretaciones del analista se dirigen al Yo del paciente. La psicoterapia, por el contrario, opta por un tratamiento menos profundo y se contenta con modificar algunas de las hipótesis patológicas del paciente.

A juzgar por las teorías de las relaciones objetales, el inconsciente consiste ante todo en las relaciones patológicas con objetos que implican ya sea una agresividad o una dependencia, los cuales constituyen el verdadero contenido de los síntomas. Se trata por ello de modificar esos modos de relaciones fundamentales, fomentando especialmente una aceptación de la posición depresiva y una mejor delimitación de la realidad, tal y como preconiza la corriente kleiniana. Así las cosas, se considera psicoterapia a toda cura analítica que no analice en profundidad estas relaciones fundamentales.

Conforme a las teorías intersubjetivas, el inconsciente incluye relaciones de reconocimiento mutuo entre el *self* y los objetos parentales que han estado marcadas por decepciones importantes. Se tratará así de elaborar relaciones de objeto que permitan obtener un reconocimiento más auténtico, desconfiando de cuantos tipos de modificación insisten únicamente en el fortalecimiento del Yo. En esta corriente, cualquier técnica que no valore las relaciones de reconocimiento fundamentales será considerada como una psicoterapia parcial, estimándose que cumple de manera incompleta los objetivos del verdadero psicoanálisis, tal como explica H. Kohut en los dos análisis del Sr. Z. ("The Two Analyses of Mr. Z", 1979).

Por el contrario, según la corriente lacaniana, "el inconsciente está estructurado como un lenguaje" y en modo alguno puede reducirse ni a una insuficiencia del Yo ni a mecanismos objetales e intersubjetivos. Su contenido, para Lacan, o bien viene dado como simbólico y muy anterior al nacimiento del sujeto –tal como explicita este autor en su artículo "Le mythe individuel du névrosé" (1953)–, o bien, según una versión ulterior, como concerniente a un real a propósito del cual el sujeto ha producido diversas interpretaciones cifradas, las cuales se trata de descifrar o de mostrar, a pesar del desconocimiento que embarga al paciente; en este sentido, la interpretación se dirige al inconsciente del analizante y no a su Yo. Si estos datos significantes están presentes en su discurso, sólo una interpretación que aproveche esos mecanismos de condensación y desplazamiento (metáfora y metonimia) permitirá acceder ahí donde conviene, más allá de las racionalizaciones imaginarias que el paciente puede producir. Según esto, se considera psicoterapias a aquellas curas que no tienen en cuenta la mencionada hipótesis del inconsciente.

A tenor de un tercer tipo de diferenciación, el análisis se define en función de su terminación. Según este punto de vista, aquellas curas que no han concluido pueden considerarse psicoterapias antes que verdaderos análisis, en particular si éstas establecen de antemano una duración breve, bien porque el paciente esté hospitalizado, bien porque se ha prefijado un número concreto de sesiones, etc.

Conviene a este respecto reseñar que se ha ideado un buen número de variantes sobre el problema puesto aquí en cuestión. La noción según la cual un análisis debe ser llevado hasta su término, a falta de lo cual el resultado sería insatisfactorio, está presente también en Freud, aunque no es menos cierto que él osciló entre varias posiciones a este respecto. En un primer tiempo, y de modo muy especial en su artículo "Acerca del *fausse reconnaissance* (*'déjà raconté'*) en el curso del trabajo psicoanalítico" (1914), pensó que el final de la cura debía ser considerado según el mecanismo del *déjà su* (ya sabido), según el cual el paciente llega a atestiguar al final del tratamiento que ya sabía eso que ha ido descubriendo en su análisis, a lo que Freud añade: "Con esto queda cumplida la labor psicoanalítica".

En un segundo tiempo, sin embargo, Freud estimó que, merced a tres tipos de factores, la cura puede adquirir un aspecto interminable: la angustia de castración en los hombres, la envidia de pene en las mujeres y, de una forma general, la fuerza de las exigencias pulsionales, que convierten ciertas situaciones vitales en intolerables y tornan relativos los resultados obtenidos. En el congreso de Marienbad (1936), las comunicaciones sobre esta materia insistieron sobre las modificaciones en el equilibrio entre las diferentes instancias psíquicas que se trataba de obtener, considerándolas igualmente como relativas. Esta concepción será en adelante retomada a grandes rasgos por los teóricos de la *Ego Psychology*.

Estas consideraciones fueron abiertamente contestadas por Ferenczi, quien por el contrario preconizó un "final natural de la cura". Dicha conclusión natural, según Ferenczi y más tarde Balint, radicaba en el descubrimiento en la cura del amor primario incondicional del niño más allá de los síntomas, amor primario que en todo análisis llevado hasta su conclusión habría que hallar, especialmente analizando las resistencias del propio analista y no sólo las del paciente. A partir de estas indicaciones, Balint y sus alumnos coligieron que se podía acortar la duración de los análisis siempre y cuando éstos se concentraran en la problemática del amor primario. A tenor de tales planteamientos, estos autores relativizaron la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia, proponiendo una suerte de terapias cortas "focalizadas" en un "motivo central relacional" que incluya a la vez la transferencia y la contra-transferencia, y constituya asimismo el verdadero entramado de lo que debe ser una verdadera cura analítica. Mas una posición de estas características relativiza de hecho la diferencia entre la psicoterapia corta e inconclusa, por una parte, y, por otra, el psicoanálisis largo y concluido. La susodicha tesis fue asimismo retomada por diversos autores anglófonos y germanófonos, quienes trataron de robustecer con ella sus argumentos contrarios a establecer una diferencia taxativa entre psicoterapia analítica "focalizada" y psicoanálisis.

De un modo diferente, la corriente lacaniana se hizo también eco de la propuesta ferencziana, en especial en la "Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École" formulada por Jacques Lacan. En efecto, para Lacan, sólo *après-coup* (retroactivamente) se podía verdaderamente aseverar que un psicoanálisis había tenido lugar, hecho éste que se caracterizaba por la travesía del fantasma fundamental y la asunción del ser-para-la-muerte (*l'être-pour-la-mort*) resultante de la separación obtenida respecto a la alienación constitutiva en los significantes del Otro. Dicha travesía debía permitir al ex analizante testimoniar eficazmente del contenido de su análisis con fines de transmisión y verificación. De este modo, antes que proponer algún tipo de reducción en la duración de la cura, se resaltaba sobre todo la posibilidad de una efectiva verificación.

Un cuarto tipo, puramente formal, de distinción entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica fue propuesto en el seno de la IPA, en particular para reglamentar la admisión de candidatos. Se trata de una regla meramente cuantitativa, cuyo criterio mayor reside en la duración y número de sesiones. Tal propuesta se asienta en la duración de las sesiones –50 minutos según algunos y 45 según otros–, en el número de sesiones semanales –entre cuatro y seis sesiones, dependiendo de las corrientes, para un "verdadero" psicoanálisis– y en el número total de sesiones analíticas –habitualmente, al menos quinientas sesiones para un "verdadero análisis"–, así como en el uso o no del diván. Este criterio estrictamente

numérico sugiere de hecho una ausencia de diferenciación cualitativa y esencial entre psicoanálisis y psicoterapia.

Un quinto tipo de discernimiento respecto al final de la cura fue el planteado también por la corriente lacaniana, modificando con ello la demarcación entre el psicoanálisis, por una parte, y, por otra, la aplicación del psicoanálisis a la terapéutica. A tenor de las últimas publicaciones de Lacan, en las que se propone una nueva interpretación del adagio freudiano "*Wo es war soll Ich Werden*", el final del análisis no consistiría tampoco en la travesía del fantasma (*traversée du fantasme*), sino en una "identificación al síntoma" (*identification au symptôme*). Ciertamente, en este último estado de la teoría lacaniana, el síntoma es parcialmente modificable por el análisis; empero, hay también un cierto componente que no sería modificable debido a la inconsistencia del Otro, pues es indispensable para el sujeto y constituye una realidad última irreductible. De esta manera, el objetivo de la cura sería permitir al paciente descubrir las coordenadas del anudamiento de su síntoma y tomar una posición que le permita utilizar ese síntoma de una manera que no se vuelva contra él. Así las cosas, la diferenciación entre psicoterapia –es decir, una práctica destinada a ordenar la desavenencia entre el sujeto y el mundo– y psicoanálisis se encuentra mucho más relativizada que en las formulaciones precedentes, incluso si la pura y simple resorción del síntoma en provecho de la armonía social no es aceptada.

12

PSICOANÁLISIS, CRIMINOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA MÉDICO-LEGAL

Desde 1890 la criminología fue incorporando algunas contribuciones del psicoanálisis, especialmente la descripción del síndrome de Ganser y su relación con los fenómenos histéricos tal como el psicoanálisis los investigaba, o también la controversia respecto al "diagnóstico de establecimiento de los hechos", promovido tanto por juristas como por psicoanalistas.

Por su parte, el psicoanálisis se dedicó a partir de la segunda década del pasado siglo a una serie de reflexiones sobre sus relaciones con la criminología, ideas éstas que enseguida serían puestas en práctica con diversa fortuna, pues pronto se suscitaron posiciones muy diferentes e incluso contradictorias entre los propios analistas. El primer tipo descrito fue el "delincuente por sentimiento de culpabilidad", es decir, un sujeto afectado por un sentimiento de culpabilidad tal que le empuja a cometer crímenes o delitos con el único fin de hacerse castigar.

A propósito de este tipo de carácter (*Charaktertype*) Freud realizó en 1916 una especie de programa de investigación para desarrollar en el dominio de la criminología. Esta descripción fue prontamente respaldada por los trabajos sobre la culpabilidad y su asiento en el aparato psíquico, esto es, la teoría del Superyó. En *Tótem y Tabú* (1912-1913), y a contrapelo de las teorías clásicas del Derecho, Freud proponía la hipótesis de que el estado "natural" estaba marcado por la figura fundadora del asesinato del padre, cuya culpabilidad habría de resonar en los síntomas neuróticos de los descendientes. Siguiendo esta línea, Alexander y Staub –este último había sido en sus inicios jurista y alumno del penalista liberal Liszt, quien por su parte había rechazado las teorías vindicativas del derecho penal, optando por un cálculo de las penas según los prejuicios sociales– llegaron a pro-

poner curas analíticas a delincuentes, esperando mediante ellas remplazar su Superyó punitivo arcaico por un funcionamiento psíquico centrado por el signo del amor al semejante. Los tipos de criminales tratados por Alexander y Staub, y más tarde por Alexander y Healey, eran sobre todo cleptómanos, fuguistas y delincuentes de poca monta, cuya distorsión del Superyó resultaba evidente. Pero muy pronto se trazó entre los analistas una línea divisoria.

Por una parte, a partir de los trabajos de Alexander y Staub –de manera muy especial en eso que se dio en llamar de forma un tanto pomposa la Escuela de Berlín, si bien era en realidad un seminario dirigido por Alexander durante algunos años (1929-1931) y en cual intentó incluir a los magistrados– se perfiló una tradición de colaboración con la justicia. Alexander, pero también y sobre todo Staub, estaba persuadido de que podía convencer a los magistrados del sólido fundamento de su punto de vista e incluso –al menos al principio de los años treinta– de que la gran mayoría de los delincuentes podían ser considerados como "delincuentes por sentimiento de culpabilidad"; en consecuencia, en lugar de condenarlos, a estos sujetos se les debía tratar mediante psicoanálisis. Sin embargo, esta suerte de consideraciones y propuestas distaron mucho de ser respaldadas por un gran éxito.

La mencionada posición teórica fue criticada directamente por Sandor Ferenczi y Theodor Reik, quienes estimaron que no era posible, ni siquiera deseable, confundir la situación criminal real y la situación analítica; advirtieron también que las prácticas penales tenían su propia lógica, la cual se revelaba harto incompatible con la lógica psicoanalítica. Esta lógica del Derecho Penal tendía por su propia naturaleza a superponer responsabilidad y castigo, pues desde siempre se había dado por supuesto –quizá equivocadamente– que existiría en los individuos un sentido innato de la justicia. De este modo, según Reik, el sujeto del inconsciente puede ser descrito como un "asesino desconocido", y los mecanismos del inconsciente se inclinan, tanto a nivel individual como social, a no considerar la identificación del sujeto más que bajo el ángulo de la designación de un culpable, y eso sobre todo en razón de que la noción de complicidad es ella misma extremadamente relativa. Según lo antedicho, el riesgo se situaba en el hecho de que el Derecho Penal sólo utilizase algunos conceptos analíticos para sus propios fines y los volviese así inoperantes.

Para responder precisamente a estos problemas, un director de institución educativa, August Aichhorn, desarrolló inmediatamente después de la Primera Guerra Mundial una técnica educativa para jóvenes delincuentes. Se inspiraba ésta ampliamente en los principios psicoanalíticos y se asentaba en particular en el cuestionamiento radical de los mecanismos del Superyó en sus aspectos más destructivos, permitiendo en especial a los niños experimentar directamente los

efectos devastadores de esas modalidades de culpabilidad de las que estaban tan afectados.

De hecho, a partir de la tercera y cuarta década del pasado siglo se habían desarrollado cuatro grandes corrientes en el terreno de la criminología psicoanalítica.

La primera corriente, elaborada sobre todo por Daniel Lagache bajo la rúbrica *axiologie* (axiología), se esforzó por hacer del psicoanálisis un auxiliar en los peritajes, y eso tanto si el sujeto estudiado presentaba síntomas psicopatológicos como si no.

La segunda corriente trataba de integrar al psicoanálisis en las prácticas de *guidance* (orientación) infantil –como es el caso de las propuestas de Lebovici y de Mises– o de fortalecimiento del Yo y del sentimiento moral de los delincuentes.

La tercera corriente se desarrolló de una forma más fiel a los trabajos fundadores de la criminología psicoanalítica. De ella se hallan ecos importantes en la mayor parte de países donde la corriente psicoanalítica ha venido desempeñado un destacado papel. Mencionamos a este respecto los trabajos desarrollados en Estados Unidos por K. Menninger, especialmente su obra *The crime of punishment*, donde recupera la perspectiva desarrollada por Alexander y Healey en *Roots of crime*. A pesar de que la generosa perspectiva propuesta por Menninger dista mucho de ser acogida actualmente de una manera muy oficial, un cierto número de recientes prácticas consistentes en la confrontación de los criminales con sus víctimas –destinadas por lo demás a modificar el tipo de aprehensión que tiene el criminal de su posición respecto a su acto– pueden guardar alguna relación con esta perspectiva.

El mencionado punto de vista ha sido especialmente promovido en Francia por Hesnard y Lacan. Sin duda es esta perspectiva la que ha logrado cuajar una huella más perdurable. Perfilemos brevemente sus contornos apelando a tres aspectos. El primero de ellos radica en una concepción según la cual el inconsciente se caracteriza por un sentimiento de culpabilidad ilocalizable, únicamente identificable para el sujeto mediante una autopunición. Es el "universo morboso de la culpa" descrito por Hesnard, el cual Lacan generalizaría en 1970 al considerar que el inconsciente es idéntico al discurso del Amo. El segundo aspecto, por su parte, está ligado a la clínica estructural desarrollada por Lacan; se trata, en especial, de la idea que afirma la diferencia entre fenómenos clínicos y estructura del sujeto, permaneciendo ésta por regla general oculta o pudiendo también manifestarse a través de fenómenos discretos –fenómenos elementales, pequeño automatismo mental–, y que, sobre todo, no podían ser sistemáticamente correlacionados con un tipo de paso al acto (*passage à l'acte*). Por último, el tercer aspecto es el que se asienta en la diferenciación de al menos tres tipos o modalidades de pasos al acto, los cuales acostumbran a describirse como "crímenes del Superyó", "crímenes del Yo" y "crímenes del Ello".

Corresponde el primero de los citados a la serie de los delitos por sentimiento de culpabilidad, a los que se añaden asimismo diversos crímenes paranoicos o melancólicos en los que el papel del delirio y las alucinaciones era el de un Superyó "criminógeno", que provocaba en el paciente la convicción, articulada de forma razonada, de que el paso al acto era para él la única solución viable.

Los crímenes del Ello representan una rúbrica especial, compuesta esencialmente por los crímenes inmotivados de esquizofrénicos prodrómicos (Willmans), de hebefrénicos (Guiraud y Cailleux), de sujetos que presentan una esquizofrenia simple (Bleuler) casi asintomática –a los que H. Ey calificaba de *héboïdophrénie*–, en los cuales la simbolización del acto era ciertamente muy parcial. Esos sujetos únicamente experimentan fenómenos elementales que no desembocan en un delirio articulado. El paso al acto sobreviene en el momento en que el trastornado llega a una conclusión delirante instantánea: todas sus desdichas, todos sus sufrimientos o incluso los desórdenes del mundo son causados por un solo objeto, al cual es imprescindible suprimir para obtener la "liberación". Este delirio instantáneo no perdura, tornándose por otra parte muy difícil el diagnóstico, así como la evaluación de la responsabilidad.

Por último, los crímenes del Yo son descritos como actos aparentemente calculados, aunque determinados de una forma muy notable por los mecanismos de desconocimiento propios del Yo y completados por un cierto número de justificaciones sociales; el carácter de desconocimiento y de infatuación son ahí prevalentes. Si Lacan, siguiendo a Hesnard, sugería que esos actos podían ser cometidos por sujetos completamente "normales" que pretendían justificarse mediante mecanismos de des-responsabilización social (exacciones, violaciones rituales en situación de guerra, etc.), asimismo podían existir casos en los que el criminal fuera psicótico, pero con una prevalencia de mecanismos de desconocimiento yoicos, sugiriendo así una cierta vinculación con las hipótesis de la escuela de Frankfurt relativas a la personalidad autoritaria y la etnocéntrica de Horkheimer.

Al hilo de estas consideraciones, la corriente lacaniana también ha venido favoreciendo y desarrollando una importante tradición de crítica del Derecho –especialmente merced a los trabajos de Pierre Legendre y sus alumnos–, así como un buen número de trabajos de investigación sobre Derecho Penal y Ciencias Políticas, en especial los elaborados por Zizek y también aquellos otros estudios culturales de influencia norteamericana.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA

En relación con los modelos psicopatológicos, para nuestra exposición nos hemos inspirado libremente en la obra de A. C. Crombie *Styles of scientific thinking in the European tradition: the history of arguments and explanations especially in the mathematical and biomedical sciences and arts* (Londres, Duckworth, 3 vol., 1994). El lector interesado hallará igualmente provechosas las consultas a la obra de Karl Jaspers *Allgemeine Psychopathologie*, Springer-Verlag, 1946 (1913) [ed. española: *Psicopatología general*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1993] y a la de George Lantéri-Laura *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, París, Editions du Temps, 1998 [ed. española: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000]. Por supuesto, en todo lo concerniente a las relaciones históricas entre la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis continúa siendo irreemplazable el volumen de H. Ellenberger *The Discovery of Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Londres, 1970 [ed. española: *El descubrimiento del psicoanálisis. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*, Madrid, Gredos, 1976; hay una edición francesa reciente, prologada por É. Roudinesco: *Histoire de la découverte de l'inconscient*, París, Fayard, 1994].

Con respecto al ámbito de la psicopatología no psicoanalítica, el estudio de L. N. Robins y J. E. Barrett *The Validity of Psychiatric Diagnosis* (Nueva York, Raven Press, 1989) aporta una descripción muy detallada de sus aspectos más importantes y actuales, y se centra de una manera muy especial en la consistencia de los criterios sydenhamianos reivindicados por los creadores del *DSM-III*; dentro de esta obra, R. K. Blashfield desarrolla una perspectiva crítica en su contribución "Alternative taxonomic models of psychiatric classification", y lo mis-

mo Zubin en la discusión que sigue a dicha contribución. Muy recomendable es también la obra de S. Kirk y H. Kutchins *The selling of DSM. The rethoric of science in psychiatry* (Nueva York, Walter de Gruyter, 1992), la cual contiene una acertada crítica sobre la influencia de los grupos de presión en la elaboración del *DSM-III* y de sus posteriores versiones. La obra de Bonduelle y cols., *Charcot, un grand médecin dans son siècle* (París, Michalon, 1996), y la de M. Gros y G. Lantéri-Laura *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine* (París, EPEL, 1992) aportan indicaciones muy valiosas sobre los tipos clínicos desarrollados por la escuela francesa, en especial los elaborados por Charcot y Chaslin. Asimismo, Jacques Lacan ha retomado esta cuestión especialmente en su "Introducción" a la edición alemana de los *Écrits*, que el lector hispanoparlante puede hallar traducida en *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1995, n.º 42, pp. 9-15.

Las grandes corrientes psicoanalíticas fueron descritas con precisión por P. Bercherie en la primera parte de su obra *Géographie du champ psychanalytique* (París, Navarin, 1988), si bien la cientificista y la lacaniana fueron soslayadas por este autor. En lo que atañe a la corriente norteamericana, la monografía de G. O. Gabbard *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM Edition* (Washington DC, American Psychiatric Press, 1994) contiene probablemente la perspectiva global más sólidamente documentada. Respecto de las otras corrientes, pese a que la descripción de las teorías es a menudo demasiado breve, se hallarán referencias biográficas precisas en el *Dictionnaire de la psychanalyse* (Fayard, 1997) de É. Roudinesco y M. Plon. Igualmente resulta recomendable la reciente obra coordinada por A. de Mijolla *Dictionnaire International de Psychanalyse*, París, Calmann-Lévy, 2002. Una buena presentación de las corrientes británicas puede leerse en la obra de Hinshelwood *Dictionary of Kleinian Thought* (Londres, Free Associations Books, 1989). Con respecto a la integración de las corrientes cientificistas resultan de especial interés los debates publicados en las revistas *Psychoanalysis and Contemporary Science* y, más recientemente, en *Neuropsychoanalysis*. También actual es la contribución histórica "Psychanalyse et neurosciences" que uno de nosotros, F. Sauvagnat, ha publicado en la obra colectiva *Psychanalyse et recherches universitaires*, Université de Rennes-II, 1993.

En relación con la "psicopatología lacaniana" –esto es, los tipos de modelos psicopatológicos utilizados por Jacques Lacan–, según nuestro conocimiento no había sido hasta el día de hoy investigada tan sistemáticamente como se hace en el presente capítulo 8. Un buen número de pistas que nos han guiado provienen de las indicaciones desarrolladas por Jacques-Alain Miller en su seminarios, especialmente *Séminaire du symptôme au fantasme et retour* (1982-1983) y *Un, deux, trois, quatre* (1984-1985), así como en su artículo "Clinique ironique", publicado en el monográfico "L'Enigme et la psychose" de *La Cause Freudienne*, 1993, n.º 23, pp. 7-13.

Por su parte, los modelos de investigación y de evaluación han sido discutidos de forma muy interesante en el primer número de la revista *Neuropsychoanalysis*, con excepción de los modelos lacanianos. El trabajo histórico de H. Kächele ("Psychoanalytische Therapieforschung 1930-1990", *Psyche*, 1992, pp. 259-283) puede considerarse esencial a la hora de considerar los tipos de evaluación de las psicoterapias psicoanalíticas; asimismo, el artículo de F. Sauvagnat "La place de la procédure de la passe dans les recherches sur le processus psychanalytique" (*Mental. Revue Européenne de Santé Mentale*, 1996, n.° 3, pp. 7-25) completa esta perspectiva con las aportaciones propias del movimiento lacaniano en todo lo relativo a las relaciones entre psicoanálisis y psicoterapia. Otro trabajo de F. Sauvagnat ("Diabolus in psychopathologia", en J. M.ª Álvarez y R. Esteban (eds.), *Crimen y locura*, en prensa) analiza con precisión todos los detalles sobre las relaciones históricas entre el psicoanálisis y la psiquiatría médico-legal.

Finalmente, la siempre apasionante investigación de los fenómenos elementales de la psicosis ha sido objeto de buena parte de nuestros trabajos, en especial los de F. Sauvagnat ("Historia de los fenómenos elementales. A propósito de la 'significación personal'", *Confluencias*, 1989, vol. III, n.º 2, pp. 28-31; "De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques sont-ils l'indice", en H. Grivois (ed.), *Psychose naissante, psychose unique*, París, Masson, 1991) y los de J. M.ª Álvarez ("Significación personal y xenopatía", *Freudiana*, 1997, 19, 83-91; "Los fenómenos elementales de la psicosis", *Cuadernos de Psicoanálisis de Castilla y León*, 2001, n.º 3, pp. 39-59).

Parte III

POSICIONES SUBJETIVAS Y SITUACIONES CLÍNICAS

PRESENTACIÓN

Expuestos ya en la Parte II los grandes modelos psicopatológicos, nos proponemos en ésta aportar al lector algunos argumentos y reflexiones sobre la ética psicoanalítica, otros también sobre los fundamentos técnicos de su práctica, y describir además los detalles de las distintas modalidades de presentación del malestar subjetivo (el síntoma y sus equivalentes). Ciertamente, desde el punto de vista del psicoanálisis, no es posible disociar la clínica de la ética, razón por la cual se conjugan y desarrollan a la par en los seis capítulos que siguen. De igual modo, las construcciones teóricas que caracterizan la psicopatología psicoanalítica dimanan de cuanto se aprehende durante los tratamientos, como muestra de modo paradigmático la noción freudiana de "neurosis de transferencia". Tal es el motivo por el que en esta Parte III glosaremos los diferentes períodos de las teorías freudiana y lacaniana relativos a la cura analítica.

Mas todas estas consideraciones son aquí abordadas siguiendo una orientación eminentemente práctica, tratando así de apuntar los principios que deben orientar al clínico en su quehacer cotidiano. Al hilo de esta orientación, esta parte III concluye con una puesta al día de la entrevista clínica y las figuras del Otro y los otros, proponiendo finalmente algunas indicaciones prácticas destinadas a evitar el paso al acto, especialmente en el caso de aquellos sujetos afectados de órdenes e insultos alucinatorios, asunto éste que se mostrará mediante tres ilustraciones clínicas.

13

CUESTIONES ÉTICAS. LA ÉTICA PSICOANALÍTICA

A propósito del concepto de ética se han propuesto definiciones muy divergentes: consiste para algunos en determinar cuáles son las condiciones de la "buena vida", en el sentido dado a dicha expresión desde la Antigüedad clásica; para otros se trataría, esencialmente, de determinar las condiciones de la acción justa. Advertiremos de entrada que la ética psicoanalítica se asienta en un terreno muy específico de la experiencia y presenta unas connotaciones muy particulares y a la par complejas: intenta describir cuáles son las condiciones concretas de las elecciones subjetivas inconscientes, esas de las que se ocupa profesionalmente el analista. En su práctica –el acto analítico–, el analista supone en el paciente un inconsciente en activo. Por tanto, no puede contentarse con conocer solamente los enunciados verbalizados por el analizante, pues debe también considerar la enunciación inconsciente que actúa en él. En eso consiste precisamente el compromiso del acto psicoanalítico.

13.1. Sobre las diferencias entre la ética psicoanalítica y otras éticas profesionales

Suelen describirse habitualmente cuatro dimensiones éticas fundamentales en la psiquiatría de los países democráticos, tal como recogen Beauchamp y Childress en *Principles of biomedical ethics* (1979): el principio de autonomía, el de dignidad, el de integridad y el de vulnerabilidad. Tales principios, inspirados en el juramento de Hipócrates, se refieren a todos los derechos de los

pacientes y por lo tanto a los deberes que comprometen a los profesionales de la salud mental.

Según el principio de autonomía, la libertad del paciente debe ser preservada al máximo, lo cual supone especialmente proporcionarle la mejor información acerca del estado de su salud y de los posibles tratamientos. Se trata pues de salvaguardar todas las posibilidades de elección del paciente poniendo a su disposición la información más adecuada. En el terreno psiquiátrico, este principio se aplica en particular mediante la creación de vías de recurso en los casos de internamiento por orden de alguna autoridad judicial o gubernativa, de control judicial si el internamiento es involuntario y urgente, también a través de la posibilidad de acceder a su propio historial clínico y por la disponibilidad del personal ante sus preguntas y advertencias.

En relación con el principio de dignidad, los cuidados ofrecidos deberán respetarla lo más posible, evitándose en especial aquellas actuaciones ejercidas en condiciones degradantes. Se trata de que el paciente no sea reducido a un mero "portador de una enfermedad", a un cuerpo deshumanizado, siendo fundamental velar para que conserve su lugar social, su cualidad de ciudadano.

Atendiendo al principio de integridad, ésta también será respetada al máximo en todos los pacientes. Se vuelve con ello al axioma clásico "*primum non nocere*", según el cual los tratamientos de elección son aquellos que conllevan el menor riesgo de provocar una agravación en el enfermo, en función de lo cual es a veces preferible la abstinencia terapéutica si el riesgo supera al beneficio esperable o al perjuicio de que evolucione la enfermedad.

Respecto al principio de vulnerabilidad, la debilidad del paciente deberá ser protegida contra los abusos que su trastorno podría facilitar. En el campo de la psiquiatría, se corresponden en particular con este principio las medidas judiciales tomadas a fin de evitar que los bienes del paciente le sean enajenados, así como la prevención de cualquier abuso de poder (abusos sexuales, maltratos diversos).

Resulta habitual añadir a estas recomendaciones la obligación de tener en cuenta el estado de los conocimientos científicos del momento relativos a la terapéutica (*state of the art*), pero se contempla igualmente cada vez más la obligación de aplicar tratamientos estandarizados –protocolizados– para cada tipo de enfermedad ("referencias contrastables", guías de "buena práctica", etc.). Esto constituye un terreno de interacción entre las exigencias sociales y las prácticas terapéuticas, al que se han unido en los últimos quince años las medidas de racionalización del gasto sanitario (coste por proceso, *case-management*, etc.). Estas últimas se han impuesto sobre todo en el ámbito anglosajón, donde la atención médica de los pacientes es supervisada por *case managers* administrativos según reglas contables de maximización de la eficacia en relación al coste, que desgra-

ciadamente pueden tender a una minimización de la eficacia para minimizar el coste. El conjunto de exigencias sociales y administrativas plantea a veces numerosos problemas a la asistencia psiquiátrica, fundamentalmente porque su nosografía no se ha establecido aún sobre bases irrefutables.

Así y todo, los problemas de confidencialidad que plantean dichas recomendaciones u obligaciones van paulatinamente en aumento, en la medida en que los organismos financiadores tienden a exigir a los médicos y psicólogos informes cada vez más detallados sobre la vida personal –y hasta íntima– de sus pacientes. A esto se añade el derecho, cada día más extendido, a que los enfermos dispongan de su historial clínico, con el consiguiente riesgo de que lo malinterpreten o de que comuniquen los datos a organismos cuya misión no es, lamentablemente, la de proteger su vida privada ni sus intereses.

De un modo muy general podría decirse que la ética profesional promovida hoy en día en los ambientes psiquiátricos consiste en una serie de normas dirigidas a defender al paciente ante las imperfecciones de la terapéutica y ante los tratamientos abusivos, pero también y sobre todo las reglas éticas se destinan a proteger al facultativo del temido riesgo de ser procesado. Y, ciertamente, en este último supuesto ese riesgo va en aumento debido a la influencia norteamericana.

Sobre la materia aquí en cuestión, el psicoanálisis aporta exigencias más específicas. Naturalmente, ello se debe a que el objeto de su trabajo no es un sujeto por definición "libre" y "consciente", como lo es el sujeto del Derecho, ni un sujeto simplemente vulnerable, como el de la Medicina, sino un sujeto en el cual al menos una parte de sus motivos inconscientes se dirigen a su autodestrucción o están determinados por fantasmas, es decir, fantasías inconscientes que le resultan en buena medida inaceptables: un gran número de las elecciones que el sujeto puede hacer son inconscientes, y la ética psicoanalítica –tal y como fue definida por Jacques Lacan– se dedica precisamente a describir los tipos de aporías concretas en las que el paciente está atrapado, así como los diferentes modos de actuación a que el analista pueda verse impelido. Bien puede decirse que, en términos generales, la ética médica se detiene en el límite donde comienza el sujeto del inconsciente; por el contrario, es justamente ahí donde comienza la ética psicoanalítica.

Describiremos a continuación tres aspectos de esta última: en primer lugar, el modo según el cual Sigmund Freud la anticipó como respuesta a las cuestiones éticas que estaban en boga en su época; después, la manera en que Lacan propuso una nueva lectura de los elementos clásicos de la ética para entroncarlos con la ética psicoanalítica; y, finalmente, repasaremos algunas perspectivas actuales.

13.2. La ética freudiana

Sigmund Freud se vio inicialmente confrontado con las cuatro grandes corrientes éticas emanadas de los correspondientes modos de pensamiento florecidos a finales del siglo XIX –puritanismo, utilitarismo, evolucionismo e igualitarismo– y también con la particular situación histórica que en ese momento atravesaba el Imperio Austro-Húngaro.

Según estima la ética puritana, ampliamente difundida por Europa a partir de 1850, las exigencias del cuerpo deben someterse a formas especialmente radicales de continencia, hasta el punto de que cualquier mención de la sexualidad e incluso cualquier queja estaban rigurosamente prohibidas. La mayoría de los especialistas suele coincidir en resaltar el papel determinante que tuvo el puritanismo en la clínica de la histeria que Freud magistralmente teorizó; la misma coincidencia se aprecia también en su reflexión acerca del "malestar en la cultura".

Sutilmente entretejida con la ascensión del capitalismo, la ética utilitarista tiende a valorar únicamente aquello que pueda ser socialmente útil. Tal como argumenta Jeremy Bentham (1748-1832), su fundador, el utilitarismo descansa sobre una teoría semiótica que intenta desvalorizar las "ficciones" pues sólo indirectamente representan a los objetos; la ética utilitarista propuesta por Bentham, en definitiva, radica en el principio de interés, esto es, en la búsqueda de placer y en la evitación del dolor. Educado según los radicales principios éticos benthamianos, John Stuart Mill (1806-1873) desarrolló una forma más liberal del utilitarismo, luego retomada por Franz Brentano (1838-1917): para ellos, el bien se define como lo que puede producir el máximo de utilidad para el mayor número de personas. A finales del XIX esta teoría tendió a fundirse con la ética evolucionista, según la cual los actos humanos estarían gobernados por la lucha por la existencia, dirigida ésta fundamentalmente a la conservación de una colectividad. Con Galton, yerno de Darwin, estas ideas tuvieron una resonancia racista y colonialista, apoyándose sobre todo en la teoría de la degeneración: la utilidad máxima pasa por la neutralización de los individuos menos productivos y que comprometen la conservación del grupo. Freud tuvo en cuenta ciertos aspectos de las teorías utilitaristas al desarrollar las diferencias entre principio del placer y principio de realidad, pero desde una perspectiva muy modificada.

Sabido es que la ascensión de la ética igualitarista se debió principalmente a los movimientos sociales, los cuales se aliaron en el período del cambio de siglo con los movimientos feministas; combatieron estos últimos especialmente contra los abusos sexuales y en particular contra las relaciones sexuales indeseadas impuestas a las mujeres en el medio laboral. Freud evocará muy discretamente dichos movimientos en sus artículos sobre "higiene social", tomando claramen-

te partido a favor de una libertad sexual que fuese igual para las muchachas que para los varones. La perspectiva igualitarista fue también analizada en *El porvenir de una ilusión* (1927) y en *El malestar en la cultura* (1930), advirtiendo que, desde el punto de vista pulsional, ella impone una forma de sublimación suplementaria cuyo precio deberá pagar el hombre moderno.

A estas distintas corrientes hay que añadir los específicos problemas sociopolíticos austro-húngaros sobrevenidos a finales del XIX. El imperio sólo reconocía dos lenguas oficiales para varias decenas de nacionalidades distintas. Debatía la sociología finisecular la cuestión de saber cómo articular de manera creíble los modos de pertenecer a la sociedad formal dotada de cuadros políticos reconocidos (*Gesellsschaft*) y a las comunidades que constituían una prolongación de la familia y del grupo étnico. Desde el principio, Freud hizo del inconsciente "un problema de traducción", mostrándose particularmente interesado en averiguar en qué medida una problemática ligada a una lengua concreta (incluyendo ahí "las lenguas pulsionales") sería traducible y podría encontrar solución en otra. Sus consideraciones sobre el problema de la censura, sobre todo en *La interpretación de los sueños* (1900), pueden contemplarse como una prolongación de las discusiones sobre la censura gubernativa que tantos estragos causó en el teatro popular austriaco, de las que fue especialmente víctima Johann Nestroy, el dramaturgo favorito de Freud.

A partir de cuanto acaba de apuntarse, se puede describir la posición ética de Freud como un compromiso a favor de la verdad reprimida del deseo: por un lado se trataba de reconocer qué tipo de represión ha operado el sujeto como consecuencia de sus fantasmas y, por otro, se trataba también de dar existencia y legitimación social a la práctica psicoanalítica. Esta doble "apertura del inconsciente" tuvo como resultado la primera tópica, en la cual Freud mostraba el conflicto entre el "principio del placer", regulador del deseo inconsciente, y el "principio de realidad", tal como era impuesto por la ética utilitarista. Quizá por eso Freud eligió como símbolo de su propia posición ética la tragedia más típica de la Antigüedad griega, *Edipo rey*, la cual, según Aristóteles, es la que contiene el mayor número de las peripecias y confusiones que ponen en evidencia los mecanismos del autoengaño.

En un segundo tiempo, con la segunda tópica Freud pondrá el acento en otro tipo de drama, éste empedocleico, que resulta de la oposición entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte (amor y odio, *philía* y *neikos*). El problema radica entonces en saber cómo preservar, a partir del momento en que se produce el desvelamiento analítico, la dimensión del amor que permita al sujeto experimentar el cambio pulsional necesario y renunciar al vértigo de la pulsión de muerte. Así es como Freud se enfrenta con las aporías del Superyó,

con la compleja problemática de la alianza, ciertamente paradójica, entre el Ello y el Superyó "obsceno y feroz", lo cual le anima a considerar con algo de ironía el compromiso socialista de muchos analistas de la segunda generación, ante el aumento de los motivos expresionistas prevalentes en la época de la república de Weimar.

Mas la experiencia moral que nos interesa en el psicoanálisis no puede permanecer ligada únicamente al Superyó. Su fundamento ético se encuentra en la célebre frase formulada por Freud al final de la lección XXXI de las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933): "*Wo Es war, soll Ich werden*". Bien sabido es que el sentido de este enunciado ha dado pie a múltiples debates. En español, López-Ballesteros lo tradujo como "Donde era Ello, ha de ser Yo". Y, ciertamente, no es ésta una mala fórmula, aunque podría inducir a considerar que dentro de su segunda tópica (Ello-Yo-Superyó) Freud propone que el Yo, entendido como una instancia vinculada a la realidad, debe sustituir al Ello.

Por su parte, en francés, la primera traducción realizada en 1936 por Anne Bermann, colaboradora de Marie Bonaparte, decía "*le Moi doit dèloger le Ça*" ("el Yo debe desalojar al Ello"), lo cual implica un sentido todavía más restrictivo que en español, pues vacía completamente dicho enunciado de su contenido pulsional e introduce en su lugar los datos de la realidad circundante, las normas sociales y el ámbito de lo consciente. En varias ocasiones mostró Lacan su disconformidad con esta traducción, arguyendo su inexactitud y denunciando que sitúa al psicoanálisis en la posición de una psicología adaptativa. Por estas razones –y jugando con la homofonía de la pronunciación francesa coloquial– propuso una fórmula más próxima al alemán y también más fiel a Freud. Así, por ejemplo, en "La instancia de la letra o la razón desde Freud" (1957) escribió : "*Wo es war, soll Ich werden.* Là où fut ça, il me faut advenir" [Donde estuvo ello, tengo que advenir]; y en "La ciencia y la verdad" (1965): "*Wo es war, soll Ich werden* [...]: là où c'était, là comme sujet dois-je advenir" [Allí donde ello era, allí como sujeto debo advenir]. En ambos casos Lacan enfatiza que el verbo alemán *war* es empleado en su modo verbal original de imperfecto y con su sentido propio, rescatando así la segunda tópica freudiana de la tentación psicologista. De manera que, en español, tan problemático enunciado podría traducirse: "Allí donde (eso) [Ello] era, debo advenir (sujeto)", lo cual expresa la insondable decisión del ser de emerger como sujeto del deseo a partir de las primeras experiencias de satisfacción pulsional y de la apertura al lenguaje que el encuentro con el Otro permite. De este modo se acentúa una decisión subjetiva aunque inconsciente –y no un azar biológico–, como también lo es hacer un tratamiento.

13.3. Lacan y su relectura de las teorías clásicas de la ética

Como hemos anticipado ya, Freud tomó una posición concreta en relación con las formas de la ética propias de la transición del siglo XIX al XX. Quiso Lacan modificar este enfoque al menos de dos maneras. Por un lado, volviendo a los autores y obras que establecieron los elementos precursores de las formulaciones éticas contemporáneas, concretamente el teatro de Sófocles y la filosofía de Platón y Aristóteles en la Antigüedad, la ética del amor cortés en la Edad Media y los debates suscitados por *La crítica de la razón práctica* de Kant en la época moderna, ya que consideraba que estos pioneros planteaban los verdaderos problemas mejor que sus actuales vástagos. Por otra parte, estimó conveniente situarse respecto a Freud en una segunda vertiente de los trabajos psicoanalíticos. De manera que mientras que el creador del psicoanálisis había insistido en particular sobre la función paterna al tratar acerca de la censura y la represión, Lacan abundó mucho más en la importancia del problema de la feminidad, asunto que se habría de revelar crucial desde los años cuarenta. Tal aspecto se manifiesta especialmente en el modo como analiza la tragedia de Antígona en contrapunto a la de Edipo, pero también en su reflexión sobre la trilogía de Paul Claudel (*Le pain dur*, *Le père humilié*, *L'otage* [*El pan duro*, *El padre humillado*, *El rehén*]) en su seminario *La transferencia* (1960-1961), donde examina el deseo histérico como ligado a una especie de autotraición consentida para tapar las faltas del padre.

En sus primeros seminarios había expuesto Lacan su personal lectura del *Edipo* de Sófocles, considerando que la lección proporcionada por esta tragedia no debía obtenerse sólo desde el punto de vista del espectador –el cual observa cómo Edipo sufre una desilusión, aprende a reconocer su funesto destino y saca provecho de todo ello identificándose con la función paterna (así había descrito Freud la "desaparición del complejo de Edipo como consecuencia de la amenaza de castración en el muchacho")–, sino que el modelo de la modificación subjetiva debería entenderse como el modo en que el propio Edipo sufre una castración que le hace analógicamente "atravesar" el fantasma que había provocado su desconocimiento. En el seminario *La ética del psicoanálisis* (1959-1960) Lacan sostuvo en cierto modo una inversión, pues más que interesarse por Edipo lo hace por su hija Antígona. A este respecto considera que Antígona constituye una objeción mayor a la ética que posteriormente sería promovida por Aristóteles, en la cual se trataba de evitar la *akolasia*, es decir, la intemperancia, a la cual se puede sucumbir por un error de lógica consistente en tomar los medios como fines.

En efecto, Antígona conoce las leyes de la Ciudad, sabe que Creonte ha prohibido que se entierre a su hermano Polinices a causa de las masacres que éste ha causado. Sin embargo, hay un asunto previo del que no puede desembarazarse,

su relación privilegiada con ese hermano que para ella representa el sentido de su propia vida: es aquel a quien jamás podría remplazar, ni siquiera con un marido ni con un hijo. Incluso antes de desarrollar esta idea, Lacan pone de relieve el hecho de que, en su *Proyecto de psicología* (1895), Freud había señalado la existencia de una *proton pseudos*, una "primera mentira" en la raíz de la neurosis, un primer juicio que organiza secretamente el "principio del placer" y las elecciones posteriores del sujeto. Lacan utiliza aquí el *Proyecto* de Freud para oponerse a la lectura clásica de la sucesión principio del placer/principio de realidad. El principio del placer no es primitivo ni incontrolado, y tampoco completamente preexistente al principio de realidad, el cual sería su simple continuación por distintos medios, estima Lacan. De hecho, Freud señaló un juicio primario referido al objeto materno irrepresentable, el objeto original del goce, al cual nombró *das Ding* ("la cosa"), empleando el mismo término que se utilizaba para designar a Dios en la teología alemana del Barroco, bajo la tradición judía según la cual Dios es irrepresentable e innombrable.

Este juicio primario es un primer "juicio de realidad" que arrastrará consigo el destino del sujeto. Ciertamente, el destino de Edipo brota de nuevo sobre su hija, presentada al comienzo de la *Antígona* de Sófocles como "ya muerta", como si ya hubiese acabado su curso, como si ya hubiese llegado al final de su destino en la vida, al verse afectada por los significantes previos de la maldición paterna. La acción de la tragedia se desarrolla entre esta "primera muerte" de la heroína y su muerte segunda, definitiva, cuando es enterrada aún viva junto al cadáver de su hermano, el objeto del que no se puede separar. Veremos a continuación cómo Jacques Lacan retomó esta cuestión en los años sesenta para proponer su descripción lógica.

También en el seminario *La ética del psicoanálisis*, del mismo modo que había propuesto una lectura del reverso femenino del Edipo, Lacan desarrolló la comparación de la ética de Kant con los escritos de Donatien Alphonse François de Sade (1740-1814). El grave filósofo y el marqués libertino fueron coetáneos y pertenecientes a la misma tradición filosófica, la de las consecuencias del sensualismo de finales del siglo XVIII, tal como se había desarrollado durante varios decenios partiendo de la obra de Rousseau y de Diderot. Podemos datar el comienzo de este debate en la aparición de la corriente de la "religión natural", desarrollada a comienzos del siglo XVIII al hilo de los trabajos de Descartes: éste había defendido la idea de Dios como ser supremo al que la razón humana no podría acercarse de modo comprensivo, pero consideraba que habitualmente Dios no intervenía en las leyes naturales. A partir de ahí se desarrolla progresivamente la idea de que existirían ciertos "movimientos naturales del alma humana" que la harían acceder directamente al sentido de la justicia sin especial intervención divi-

na, y que la aparición de tal sentido se vería facilitada por el contacto con la naturaleza. Fue Rousseau el gran teórico de estas ideas, y también Shaftesbury.

Pero simultáneamente adquirió también auge en el siglo XVIII una teoría vitalista, surgida indirectamente de Leibniz y localizada sobre todo en la Escuela de Medicina de Montpellier, que consideraba que la sensación –especie de percepción primitiva– permite postular una continuidad entre todos los seres vivientes y entre todos los fenómenos del universo, físicos, orgánicos y mentales; el universo forma un *continuum* y éste puede compararse a un organismo en el que cada parte está en relación con otra. Así, puede establecerse una graduación que vaya de las percepciones más simples a las más complejas; entre estas últimas, autores como D'Holbach o Diderot incluían los sentimientos morales y la idea de Dios.

Surgió además otra teoría más radical merced a la influencia de la corriente librepensadora (llamada "libertina"), la cual estaba sostenida por La Mettrie y teorizada por Sade. El *continuum* de las percepciones, que permitía alinear en una misma serie a los minerales, los vegetales, los animales y finalmente a los seres humanos, sería el resultado de una misma expansión de un principio divino –principio que no sería moral, sino inmoral y cuya proliferación continua e incontrolada obedecería a una voluntad maléfica–; concepción ésta influida por la tradición gnóstica de la existencia simultánea de un dios bueno y un dios malo; a partir de eso, el único principio moral que hay que adoptar es un principio de destrucción, el cual sería sin embargo total y eternamente insuficiente para detener o poner coto a esa expansión sin límites. Es así como el marqués de Sade trataba de justificar el crimen.

Por su parte, Kant percibió muy bien los riesgos del sensualismo y preconizó que los principios morales, incluso aunque pudiesen ser el objeto de una sensación (como quería Rousseau), debían ser considerados como *a prioris,* es decir, aparte de la sensación, independientes de las inclinaciones del alma, sin objeto definido, sin servidumbre y regidos por un imperativo categórico que a la vez debería darles carácter de universalidad. En respuesta a la *Crítica de la razón práctica* de Kant, Sade dio a la luz su panfleto *Français encore un effort pour être républicains* [*Franceses, aún otro esfuerzo más para ser republicanos*], en el que describe una forma teratológica de imperativo categórico: "Tengo derecho a gozar de tu cuerpo, puede decirme cualquiera, y ejerceré ese derecho sin más límites que mi fantasía", etc. Esta osadía y algunos delitos menores le valieron a Sade una serie de encarcelamientos pese a pertenecer a la antigua nobleza, hasta que fue liberado por la Revolución para ser de nuevo encarcelado debido a su incontrolable entusiasmo por lo excesivo.

El caso Sade le sirve a Lacan para ilustrar dos tipos de consideraciones. En primer lugar, pone de manifiesto el carácter "sádico", "obsceno y feroz" del Super-

yó, y destaca un asunto especialmente relevante para el psicoanálisis según el cual ninguna identificación podría satisfacerle. En segundo lugar, muestra unas cuantas características de la estructura perversa, y en particular el hecho de que en ella la vertiente masoquista es más "auténtica" que las baladronadas "sádicas", pues en tal estructura de lo que se trata es esencialmente de complementar a un Otro que es vivido como si el goce lo hubiera abandonado. De este modo, el sujeto perverso trabaja para el goce del Otro, se sitúa en posición de instrumento destinado a procurar un goce al Otro, ya que él sólo goza haciendo gozar al Otro: "[el perverso] no puede extraer su goce sino en esta situación extraña donde la única identificación que le es posible es aquella que lo hace identificarse no al Otro ni al falo, sino a este objeto cuya actividad procura goce [...]. Por citar un ejemplo banal, diré que el goce del sádico para aparecer tiene necesidad de otro para que, haciéndose látigo, surja el placer", sostuvo Lacan en *La identificación* (1961-1962).

Asimismo, en el seminario *La ética del psicoanálisis* (1959-1960) Lacan rememoraba la tradición occidental del amor cortés, subrayando que ciertos textos medievales manifiestan una alta veneración al evocar los órganos más bajos; extrae de ahí la idea según la cual, desde el principio, el objeto pulsional necesita un modo de sublimación sin el que ni siquiera es concebible: aquí también aparece la noción de una especie de estructuración previa del objeto pulsional de la que se servirá posteriormente. Pero es en el seminario *La transferencia* (1960-1961) donde Lacan investiga el origen del amor cortés, para él *El banquete* de Platón. Sostiene que Platón llegó a entrever la mayor parte de las teorías psicoanalíticas sobre la naturaleza de la libido. Siete son los discursos que componen los *Diálogos* de Platón, y todos ellos son ampliamente analizados. Lacan estudia así sucesivamente el discurso de Fedro, quien teoriza el sacrificio amoroso en el cual el *erastés*, el amante, da su vida por el *erómenos*, enfocando la situación inversa como un *summum* del amor. Después, el discurso de Pausanias, que diferencia la Venus celeste y la Venus terrestre, distinción que Freud ya retomara en su teoría de la sexualidad masculina. A continuación, el discurso de Erixímaco sobre la armonía universal que el amor supone, prefigurando la teoría del "amor total" o del objeto total según Karl Abraham y Melanie Klein. Prosigue el seminario con la teoría de Aristófanes sobre el andrógino original cortado en dos por el demiurgo, anticipando las teorías de la complementariedad de los sexos, y seguidamente con el discurso de Agatón, para quien el amor no puede cometer injusticia. Dedica un breve interludio a Diotima, la extranjera de Mantinea, antes del discurso de Alcibíades, sobre el que finalmente Lacan se detiene en especial, a diferencia de la gran mayoría de estudiosos, pues en su opinión Alcibíades "tiene de hecho la relación más estrecha con el problema del amor". Anota que Sócrates, por su negativa a satisfacer a Alcibíades y por su presentación como personaje

enigmático, permite hacer brotar el deseo y emprender una nueva lectura, sólo posible a condición de poner en evidencia su relación con la falta de objeto. Así, el discurso de Alcibíades puede considerarse como la introducción al tema crucial del deseo del analista como condición ética de la cura, lo cual resume en cierto modo la ética lacaniana. A partir de estas consideraciones propuso Lacan sistematizar los tipos de aporías que sirven de modelo para estudiar las relaciones de un sujeto con su deseo.

13.4. Los tipos de elección inconsciente según Jacques Lacan

Los tipos de elección propios del sujeto del inconsciente fueron descritos por Lacan a lo largo del seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964).

1. *La "elección exclusa".* Es menester recordar, antes de nada, lo que Jacques-Alain Miller, en su seminario *Un, dos, tres, cuatro* (1984-1985), denominó la "elección exclusa". Se afirma ésta sobre el hecho de que el sujeto, desde el principio, está habitado por el lenguaje. Tal consideración es absolutamente congruente con ciertas investigaciones recientemente publicadas, en las cuales se ha podido demostrar que desde los primeros días de vida son capaces los lactantes de distinguir el idioma hablado por su madre del resto de los posibles; asimismo, también algunas investigaciones actuales han evidenciado que incluso en los sujetos autistas que no hablan el mundo está sin embargo estructurado por el lenguaje. De manera que la "elección exclusa", extremadamente costosa, consiste en intentar "negarse" a pasar por el lenguaje, de lo cual podemos deducir que se le percibe como peligroso, capaz de provocar una fragmentación del cuerpo, etc. Los estados graves de tipo autista, aquellos que conllevan un total rechazo de la comunicación, pueden ser considerados una consecuencia de cuanto acaba de apuntarse.
2. *La alienación en el significante.* Determinada desde antes de que el sujeto llegue al mundo, la alienación en el significante lo sería sólo por su nominación: esta imposición del lenguaje al sujeto "desde el exterior", que le constituye como "*asujetado* [*assujetti*] al significante" es un elemento previo que impondrá su marca a todas las "elecciones" posteriores, incluso a aquella que pueda parecer más libre y ajena a influencias. Según Lacan, la alienación en el significante impone al sujeto la aporía llamada "la bolsa o la vida": la compara a lo que le ocurriría a un sujeto que llevase toda su

fortuna encima y fuese asaltado por un malhechor armado; si el sujeto se niega a darle la bolsa, el maleante le quitará la bolsa y la vida; si le da la bolsa, seguirá vivo (de momento), pero desprovisto del sentido que su bolsa confería a su vida. De esta condición dependen pues dos tipos de elección, que Lacan denomina "elección forzada" y "elección imposible".

3. *La elección forzada.* Se trata aquí de elegir rechazar o no el sentido (inconsciente) que ha tomado la vida del sujeto. Dos son las versiones posibles. En primer lugar, puede ser asumida como "identidad absoluta", pretendiendo el sujeto negar cualquier dependencia respecto a una instancia exterior, sobre todo del lenguaje; este tipo de elección constituye una resistencia particularmente frecuente (resistencia caracterial), que puede aliarse a un discurso organicista que anime al sujeto a proclamar, por ejemplo, su convicción de que sus síntomas sólo son resultado de mecanismos biológicos o de mecanismos sociales inamovibles. La segunda posibilidad la constituyen aquellas formas de rechazo activo de la determinación por el significante. Tal elección se manifiesta especialmente mediante el paso al acto (*passage à l'acte*), cuyas variadas formas se localizan entre la fuga y el suicidio; en este registro encontramos toda una serie de posiciones que van desde la tentativa de renacer en otra vida hasta una especie de balance en el cual el sujeto llega a una conclusión que quiere sea definitiva.
4. *La elección imposible.* Dicha elección resulta particularmente avivada por la situación analítica, pues ahí el analizante es exhortado a centrarse en las formaciones de su inconsciente o, dicho de otro modo, sobre el sujeto del deseo. La elección imposible nos trae a la memoria el sujeto del sueño, que es habitualmente múltiple ya que el soñador se proyecta en varios personajes de lo soñado; además, el deseo del sueño es un deseo infantil cargado de imposibilidad, censurado, casi "muerto", pero que a la vez encarna la verdad más íntima. Una realización particular de esta elección se lleva a cabo en el *acting out*, en el cual el paciente se presenta como perdido y exhibiendo más o menos claramente su extravío mediante acciones un tanto desconcertantes en las que representa su problemática.
5. *La elección de la separación.* Resulta ésta la más característica de ese motor de la realidad psíquica al que denominamos "fantasma" (*fantasme*). En ella el sujeto rechaza los términos de la alienación al lenguaje y se presenta entonces como un objeto que intenta hacer corresponder a una falta en el Otro. Lo que aquí se acentúa es la diferencia radical entre el sujeto y el Otro. El sujeto aquí definido es un sujeto del acto, en especial de la apuesta, de la ordalía, y la realización que afronta la vive como perteneciente a la categoría del milagro. El fantasma fundamental del sujeto se articula

según esa lógica que sostiene la transferencia. Está claro que es sobre ese terreno donde deberá ejercerse el acto analítico.

Posteriormente, en el seminario *Aun* (1973), Lacan desarrolló en especial las antinomias determinadas por la sexuación (*sexuation*), esto es, las distintas modalidades según las cuales los hombres y las mujeres se relacionan con su sexo, ampliando con ello las investigaciones freudianas. De hecho, mientras las demás corrientes psicoanalíticas han orillado esta cuestión, la orientación lacaniana la ha desarrollado hasta alcanzar importantes resoluciones, las cuales se resumen, pese a su dificultad, en los tres siguientes puntos:

- En primer lugar, la *posición masculina*, a propósito de la cual Lacan señala una antinomia entre dos aspectos del goce: "el goce fálico del uno" y, frente a éste, el amor escapando de la dimensión del goce fálico.
- La *posición femenina*, en segundo lugar, respecto de la que nuestro autor muestra también una antinomia en la relación con el falo entre la posición materna "todo-fálica" (los objetos del mundo son reducidos a falos maternos) y la no-toda característica del Superyó femenino, según la cual ningún objeto pertenecerá jamás al sujeto, identificando por otra parte tal maldición a la figura de la otra mujer idealizada de modo cuasidivino.
- En tercer lugar, *la no existencia de la "relación sexual"*, muy enfatizada por Lacan. Se trata aquí de sostener la falta de la armonía entre los sexos, describiendo al hombre fundamentalmente como estrago para la mujer (envilecimiento en el objeto) o incluso como aquello "a lo que no puede unirse sino en la psicosis"; a su vez, presenta a la mujer como "la prueba de la paciencia del hombre", casi como "síntoma" desde el punto de vista masculino.

Es necesario, finalmente, apuntar las últimas consideraciones de Lacan a propósito de la estructura del Otro y de la no existencia de la "relación sexual", todas ellas desarrolladas a partir de 1973. Distingue entonces tres modos de goce, lo que sugiere a su vez diferenciar tres tipos de acto analítico. Así, define el "sentido" como el dominio de lo Simbólico sobre lo Imaginario. Considera el "goce fálico", por su parte, como separación de lo Real respecto a la cadena significante. Por fin, describe "el goce del Otro" (imaginarización de lo Real) como inexistente en sí, pero es una entidad que el sujeto intenta hacer existir mediante su síntoma, pues sólo ella puede proporcionarle la sensación de tener "un cuerpo viviente". A partir de ahí, Lacan modifica la máxima freudiana "*Wo es war, soll Ich werden*", entendiendo que el fin de la cura debe consistir en la "identificación con el síntoma", es decir, llegar a hacer reposar la sensación de existir del sujeto

sobre una forma del síntoma depurada, reducida a lo que le es más particular, una vez abandonadas las diferentes formas de alienación en aquellos discursos sociales que le exoneran de su verdadera responsabilidad.

13.5. Psicoanálisis y éticas contemporáneas

En los trabajos contemporáneos sobre ética vemos diferenciarse dos grandes tendencias predominantes respectivamente en Europa y América del Norte. Describiremos aquí los rasgos más destacados de cada una de ellas, a sabiendas de que se han dado y se dan numerosas influencias mutuas.

En Norteamérica, la ética "liberal-utilitarista" es la tendencia dominante y oficialmente presentada como la más legítima. Para esta corriente de pensamiento, la noción de libertad remite esencialmente a dos aspectos: a la libertad de elección del ciudadano (fundamentalmente entendida como elección en materia religiosa y económica), que no debe ser limitada por el Estado, y a la libre circulación de los productos de consumo, que se vive como un dogma casi sagrado. Los demás tipos de ética (comunitarista, socialista, feminista, libertaria) suelen ser presentadas como tentativas de limitación o de extensión incontrolada de la propia ética liberal-utilitarista, la cual, "étnica" y "teológicamente", es vivida como fundamental. Desde el punto de vista de la salud mental, la doctrina dominante es la que defiende la reducción máxima de los costes, con una asunción personal de los riesgos individuales, una desconfianza hacia la regulación estatal de los sistemas de protección de la salud, privilegiándose las iniciativas asistenciales privadas, bien se basen en sistemas mutualistas, bien en la noción de "compasión" de los particulares. En cuanto al psicoanálisis, desde hace sesenta años domina una concepción de la ética basada en la fuerza del Yo (según dicta la *Ego Psychology*), muy ligada a las tradiciones locales de la teología protestante, en particular la teoría de la "autoestima" o *self-esteem*. La alternativa más importante propuesta en ese campo cultural ha sido la teoría elaborada por Heinz Kohut sobre el "hombre trágico", traicionado inevitablemente por el entorno en la medida en que su subjetividad consiste en una solidaridad entre el *self* y los objetos que le dan consistencia.

En Europa ha prevalecido durante los últimos decenios la ética de la responsabilidad y la precaución. Derivada de la ética del riesgo popularizada inicialmente por las primeras realizaciones de sistemas de seguro sanitario (Alemania, 1870) y posteriormente por las corrientes social-democráticas europeas, se ha impuesto como una exigencia consensuada. Según el llamado "sistema alemán de solidaridad", generalizado en la casi totalidad de los países de la Europa occi-

dental, la mutualización del riesgo se hace bajo control del Estado, que asegura un cierto reparto entre las distintas capas sociales. Una de las más célebres teorías recientes de esta corriente es la elaborada por el filósofo judío Hans Jonas (*Das Prinzip Verantwortung*, 1979 [*El principio de responsabilidad*]), heideggeriano, quien sostiene que Dios ha dejado en manos del hombre una responsabilidad sin límites; en lo sucesivo, el ser humano tendrá un poder ilimitado sobre la naturaleza, lo cual hace insuficiente la clásica noción de "responsabilidad *après-coup*". El principio de precaución (*Vorsorge*) no pretende ser sólo un modo de programación de futuras acciones, sino también una exigencia que debe influir sobre las opciones políticas de acción inmediata en los casos en que un daño pueda ser previsible según los conocimientos del momento, a condición de que dicha acción no conlleve en sí misma un daño aún más considerable. El debate europeo sobre las psicoterapias también ha puesto de actualidad la exigencia de que se demuestren sus efectos terapéuticos "específicos" tanto como sus desventajas, de forma que se justifique el gasto y se señalen los riesgos sociales. Aunque esta corriente de pensamiento insiste sobre la "solidaridad" mucho más que la corriente americana, se ha ido dejando influir ampliamente por las tesis neoliberales. Asimismo, la importación por América del Norte de la preocupación por la protección social ha dado lugar a prácticas "preventivas" a veces sorprendentes. Así, hace unos años, casi simultáneamente en Australia y en Estados Unidos –también recientemente en España– se han comenzado a fomentar campañas de detección de posibles "indicadores de susceptibilidad a la esquizofrenia" en pacientes preadolescentes sin síntomas manifiestos. Dado que la finalidad parece ser administrar neurolépticos, como medida preventiva, a aquellos jóvenes que den "positivo" en el *screening*, la ética de tales investigaciones y sus aplicaciones prácticas debería responder de antemano a una serie de cuestiones: ¿es suficientemente fino el método de investigación?, ¿es ineluctable la evolución desfavorable posterior?, ¿son los neurolépticos la medida preventiva idónea o cabe pensar en otras, tanto alternativas como complementarias? y, por último, ¿son tales investigaciones y su finalidad lo suficientemente independientes de los intereses de la industria farmacéutica?

En un extremo completamente opuesto a esta corriente dominante se han desarrollado ideas alternativas basadas en la consideración de que el acto político es imprevisible en sí, esto es, que no tiene normas, siendo imposible en el momento del acto echar mano de procedimientos formales. Para Carl Schmitt, el Estado se define por su capacidad de proclamar un estado de excepción más allá de las normas convencionales; para el filósofo, novelista y dramaturgo Peter Sloterdijk, inspirado por Nietzsche según él mismo dice, es inevitable tomar más o menos a ciegas opciones que buscan un progreso, una mejoría para la Huma-

nidad, y es importante asumir los costes y los riesgos sin perjuicio de justificarlos más o menos artificialmente a continuación.

En términos generales, la ética psicoanalítica muestra grandes diferencias con los otros tipos de éticas hoy al uso en la asistencia sanitaria a la salud mental, aunque también esté muy influenciada por la teoría de las probabilidades. Además de que el psicoanálisis, como hemos mencionado varias veces, suponga que el sujeto esté dividido de acuerdo con sus elecciones inconscientes, una cuestión especialmente importante es la de la confidencialidad. Bien claro está, desde siempre, que la práctica analítica es incompatible con regímenes totalitarios, pues requiere ciertas condiciones político-sociales, especialmente la que atañe al mantenimiento del secreto profesional. La promoción de psicoterapias bajo control de organismos públicos es igualmente incompatible con la ética psicoanalítica siempre y cuando los analistas se vean forzados de ese modo a divulgar información sobre sus pacientes. Pero también hay que mencionar aquellas formas de organización social en que las relaciones de rivalidad son intensamente potenciadas, como sucede en algunas prácticas "liberales"; en esos casos, aunque la práctica psicoanalítica no se vuelve necesariamente imposible, al menos los intercambios científicos corren el riesgo de vaciarse de contenido si se ponen trabas a las mínimas formas de solidaridad.

14

LOS DIFERENTES MODOS DE PRESENTACIÓN DE LA PATOLOGÍA PSÍQUICA. EL SÍNTOMA Y SUS EQUIVALENTES

Se glosan a continuación los modos principales en los que acostumbran a presentarse en la clínica las diferentes manifestaciones psicopatológicas, esto es, el síntoma y sus equivalentes: la inhibición, la angustia, la clínica del actuar y el trastorno del carácter ("neurosis del carácter").

A decir de Lacan, el síntoma es signo de "lo que no marcha bien". Pero desde hace muchísimo tiempo se sabe en medicina que no se puede pretender, por lo general, que el síntoma represente a la enfermedad en conjunto; véase sobre este particular la Parte IV, íntegramente dedicada a la semiología clínica. Se diferencia así entre un proceso morboso, más o menos oculto, y el o los síntomas, que son las señales más o menos fiables y más o menos directas de dicho proceso. En efecto, un síntoma en particular –la fiebre en medicina o las alucinaciones en psicopatología– puede remitir a procesos morbosos absolutamente diferentes. Así, se puede alucinar bajo los efectos del terror o tras una soledad prolongada (recuérdense a tal respecto los experimentos de Lilly sobre deprivación sensorial), igual que se puede alucinar en los auténticos trastornos psicóticos; sin embargo, ningún clínico desconoce el hecho notorio de que la estructura de los fenómenos alucinatorios es diferente en cada caso.

La noción de "síntoma" guarda en psicopatología una cierta relación con la de "queja", es decir, con la de demanda dirigida hacia el entorno o hacia el clínico. Sin embargo, esto último sólo afecta a una parte de los casos hallados en la práctica. Ciertamente, el síntoma histérico oscila con facilidad entre la vivencia de incapacidad, la reclamación y la conversión. La resolución de los síntomas corporales mediante la palabra se ve facilitada por el carácter reivindicativo de esta

última, como atestiguan los primeros casos tratados así por Freud. Fueron contemporáneos tales casos de una modificación del lugar social de las mujeres en Europa, sobre todo de las manifestaciones feministas para una mejor representación política y social y también contra la prostitución, a finales del siglo XIX. Tal fue, en efecto, la lucha emprendida por Anna O. (Berta von Pappenheim) una vez concluida su cura con Breuer. Pese a que la influencia del feminismo no sea claramente apreciable en todos los historiales comunicados por S. Freud y J. Breuer, el aspecto reivindicativo de la palabra está en ellos bien presente, especialmente en el rechazo de Elisabeth R. a someterse a la sugestión hipnótica: "Esta conducta negativa –escribió Freud en *Estudios sobre la histeria*– podía atribuirse a dos motivos, esto es, a que la sujeto ejercía sobre la ocurrencia una crítica indebida, estimándola carente de toda significación e importancia o sin relación alguna con la pregunta correspondiente, o a que se trataba de algo que no le era grato comunicar".

Un segundo e importantísimo aspecto radica en el hecho de que el síntoma es interpretable al tener en consideración el campo del inconsciente, descrito por Freud como un lugar de articulación de los deseos reprimidos; así lo explicita en obras como *La interpretación de los sueños* (1900), *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) y *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905). Es bien notorio que Freud señala la proximidad entre los lapsus (como síntomas menores), los sueños (que permiten reencontrar temas infantiles) y los chistes (que constituyen un terreno a mitad de camino entre la acción política y la sabiduría, en especial la tradición judía). El inconsciente es descrito como un fenómeno discontinuo, expresado en situaciones intersubjetivas que traen a escena acontecimientos dramáticos del pasado. La aparición de lo inconsciente puede darse en los sueños o, también a espaldas del sujeto, mediante un lapsus o un acto fallido, y ya más activamente a través de una ocurrencia. Según la tesis de Freud, los síntomas neuróticos, que son fenómenos relativamente continuos, tendrían el mismo contenido reprimido que se manifiesta mediante eclosiones del inconsciente; dicho en otros términos: los síntomas son formaciones del inconsciente.

Sin embargo –y esto es coherente con la tesis de Lacan según la cual la apertura del inconsciente es cosa frágil y su cierre puede sobrevenir en cualquier instante–, para muchos sujetos la posibilidad de hablar de sus síntomas del modo nada convencional que propone la asociación libre (*freie Assoziation*), o de explicarse mínimamente acerca de su malestar o sus dificultades personales, resulta temporal y hasta frecuentemente imposible. Desde luego, eso no impide que sus problemas dejen de expresarse, pero lo harán de forma indirecta. Se constata así la existencia de equivalentes del síntoma, cuya expresión resulta notablemente divergente: se trata de la clínica de la inhibición, la de la angustia (tam-

bién llamada clínica del actuar) y la del carácter (en el sentido psicoanalítico del término).

14.1. La clínica de la inhibición

Puede el sujeto estar inhibido bien porque intente mantenerse aparte de lo que podría recordarle una problemática que le resulta insoportable, bien sea absteniéndose de todo contacto social. Como señala Freud, este distanciamiento puede afectar a una función psíquica o corporal aislada, o a un conjunto de funciones más importante (inhibición global, como en la depresión, por ejemplo). La inhibición puede expresar de modo más o menos claro el problema psíquico subyacente; en el caso clásico de la fobia de Juanito, la inhibición (a salir de casa) se relaciona manifiestamente con un objeto fóbico exterior (los caballos). Pero en otros casos la inhibición aparecerá más alejada del conflicto psíquico de partida, o bien se operará una especie de contagio entre el objeto fobógeno y toda una serie de circunstancias más o menos directamente relacionadas con él. Asimismo, existe un equivalente de la inhibición que se manifiesta mediante el fracaso: inicialmente el sujeto no se ve imposibilitado para seguir tal o cual camino, para emprender y llevar a cabo una actividad, pero la inhibición se manifiesta *a posteriori* mediante un resultado desfavorable. También se pueden entender desde la perspectiva de la inhibición algunas formas de reticencia o de desconfianza.

Vemos pues que es posible hallar la clínica de la inhibición en sujetos muy diferentes. Tal se puede manifestar, en efecto, en todas las neurosis: inhibición ante el objeto fóbico, inhibición sectorial (como en la anorexia histérica), inhibición depresiva (también en la histeria), síntomas asténicos en la neurosis obsesiva e incluso neurosis de destino. Pero también la aprehendemos en la paranoia, sobre todo en sus formas depresivas (paranoia sensitiva de Kretschmer), y en aquellos casos en que la persecución es sectorial (por ejemplo, delirio de envenenamiento cuando el sujeto rechaza tajantemente el alimento). La esquizofrenia presenta igualmente cuadros variados de inhibición; los más llamativos son los de la hebefrenia y la catatonia, sin descartar las inhibiciones características de la esquizofrenia paranoide. Completando nuestra exposición, añadamos que algunos cuadros de inhibición no son ajenos a las estructuras perversas, donde guardan relación con la intensidad de la angustia de castración, sobre todo en la infancia y la adolescencia; asimismo, la literatura especializada refiere con frecuencia que los exhibicionistas llevan la mayor parte del tiempo una vida muy solitaria y se quejan de dificultades para mantener contactos sociales; por último, en los sujetos

homosexuales, las rupturas amorosas ocasionan habitualmente una inhibición importante, que a veces puede invertirse mediante paso al acto.

14.2. La clínica de la angustia y del actuar

El papel del síntoma, estimaba Freud, es el de proporcionar una respuesta a la angustia, lo cual unas veces se consigue mejor que otras (es clásica la oposición entre la "*belle indifférence*" de la histérica, que le es permitida mediante el síntoma de conversión, y la permanencia de la angustia en los síntomas obsesivos). Sin embargo, existen casos en que, de forma temporal o duradera, la angustia no queda enmascarada por el síntoma y el sujeto se ve directamente enfrentado a ella. En tales casos podemos describir dos tipos de configuración sintomatológica: uno en el que la angustia es el síntoma dominante sin que necesariamente desemboque en otros modos de expresarse, y otro en el cual la angustia va a determinar acciones, bien se trate de demandas veladas de ayuda (*acting out*), bien sea que el sujeto persiga con ellas una salida definitiva (paso al acto); dicho en términos de J. A. Miller, el *acting out* corresponde a una pregunta, mientras que el paso al acto se presenta como una respuesta final, guardando ambos términos una relación con el saber inconsciente.

No obstante, buena parte de los autores analíticos reducen los términos freudianos *agieren* ("actuar") o *das Agieren* ("el acto") a la acepción *acting out*, movidos quizá por la traducción unilateral que en tal sentido realizó James Strachey. Este hecho introduce un importante equívoco pues en inglés *acting out* puede significar lo mismo que *agieren*, pero también "terminar", "completar", designando asimismo los "actos violentos". Freud, en efecto, empleó dichos términos –*agieren* es una palabra típicamente vienesa, inusual en alemán corriente, con la que se significa el hecho de "expresarse mediante gestos, de manera teatral, sin palabras"; conviene saber que dicho término fue incorporado por Freud únicamente en referencia a la cura analítica– en oposición a *erinnern* ("recordar"), mostrando así dos formas de revivir el pasado en el presente, una mediante la evocación de recuerdos y otra a través de la actuación (cuando no existe recuerdo de lo que se reprimió y la única vía de expresión es su traducción en actos). A lo largo del seminario *La angustia* (1962-1963), Lacan expuso la necesidad de distinguir dos variantes del *agieren*, el *acting out* y el paso al acto, tal como aquí las desarrollamos. De manera que, según Lacan, el *agieren* freudiano adquiere una extensión mayor.

Es importante tener en cuenta que estas dos expresiones no designan necesariamente actos peligrosos o criminales, sino la aplicación de decisiones inconscientes situadas en un terreno que es el del fantasma. En el primer caso (*acting*

out), esas decisiones inconscientes provocan un estado de perplejidad más o menos agitado, en el cual el sujeto intenta obtener una respuesta del Otro, mientras que en el segundo (paso al acto) se trata de conseguir o bien una salida definitiva para una situación vivida como imposible de resolver, o bien una identificación final. A este respecto, hay que subrayar que la noción de "paso al acto" remite en francés (*passage à l'acte*) a dos campos semánticos posibles: el de la criminología (el paso al acto como acción delictiva, fuera de la ley) y el de la filosofía teológica (el acto, para Aristóteles *energeia* o *entelecheia*, es la realización final y definitiva de un proceso de creación; para los teólogos, destacadamente para Tomás de Aquino, designa la perfección absoluta del acto divino, opuesta a las dilaciones y vacilaciones de las acciones humanas).

Algunos autores, como Laplanche y Pontalis, han opinado que las nociones psicoanalíticas de *acting out* y paso al acto deberían ponerse en relación con el terreno criminológico. Para Lacan tal opinión es errónea. La idea de *acto* que él propone se fundamenta mucho más en una secularización del concepto filosófico-teológico de "acto" –en el sentido de acción que se pretende definitiva– que en una semejanza con el concepto de acto criminal. Tal noción ya está presente en su teoría del estadio del espejo, en el cual el sujeto proyecta una "anticipación" mediante la que se identificará totalmente con la imagen ideal percibida en el espejo, incluso aunque dicha identificación total sea imposible. Los ejemplos iniciales dados por Lacan están claramente afincados en el terreno del fantasma y muy alejados de referencias criminológicas. Por ejemplo, en el caso Dora se trata de estudiar el equilibrio entre una primera situación de *acting out* (Dora se deja seducir activamente por el Sr. K. porque está totalmente fascinada por la esposa de éste, e intenta acercarse a ella mediante tal procedimiento indirecto, estando determinada su fascinación por el carácter conflictivo de sus relaciones con su propia madre) y el momento del paso al acto (Dora abofetea al Sr. K. cuando éste le declara que su mujer no significa nada para él; la muchacha intenta así poner fin a una situación que se le ha vuelto insostenible). En el caso de la Joven Homosexual, la chica se deja ver en un primer momento acompañada por una mujer de mala reputación, para mostrar a su padre cómo tendría él que seducir a su esposa de modo que su hija, ella misma, pueda aceptar un rol femenino (*acting out*); pero el padre le muestra enérgicamente su indignación y la otra mujer la abandona, literalmente la "deja caer"; la muchacha se arroja entonces desde un puente (el verbo alemán es *niederkommt*, es decir, "lanzarse hacia abajo" pero también "dar a luz") para identificarse "definitivamente" con el objeto fálico fantasmático que codicia (paso al acto). Glosando la coyuntura que precipitó el paso al acto de la Joven Homosexual, Lacan enfatizó en su seminario *L'angoisse* (1962-

1963): "Lo que le llega en ese preciso momento al sujeto es su identificación absoluta con ese objeto pequeño *a* al cual ella se reduce".

Debe también tenerse en cuenta que puede haber oscilaciones entre momentos de inhibición vividos dolorosamente, con humillación, y momentos en que el sujeto intente salir de la situación "actuando". En el caso del Hombre de las Ratas, por ejemplo, se ve la oscilación entre las obsesiones que acosan al sujeto y, a continuación de una conversación que responde directamente a su fantasma (relato del suplicio de las ratas contado por un superior jerárquico durante unas maniobras), un *acting out* de varios días de duración que Lacan califica de trance obsesivo. También en los obsesivos se dan suicidios llamados "de balance" cuando el sujeto, tras una decepción, decide terminar con ella mediante una forma que habrá calculado con todo detalle. Esta clínica del actuar corresponde a una parte de lo que se ha llamado "*borderline*" o "estados límite", en la medida en que se aprecia en ellos, según la descripción de Kernberg, una inestabilidad de los síntomas observables y una tendencia a actuar en función de una angustia omnipresente.

Pero quizá sea el momento de recordar que este tipo de manifestaciones puede existir en todas las estructuras clínicas. En las neurosis, así como en la estructura perversa, esos tres aspectos (angustia, *acting out* y paso al acto) pueden estar presentes, como lo atestiguan los dos ejemplos clásicos que expusimos inmediatamente antes. Y también se los encuentra en las psicosis.

En efecto, vemos en las psicosis diversos tipos de angustia: angustia hipocondríaca masiva, vivencias de transformación corporal, sensaciones de peligro inminente acompañadas de vivencias de despersonalización, terror de fin del mundo, de fragmentación, etc. Por otra parte, Lacan insistía en que hay que incluir el momento en que surgen los fenómenos elementales en el interior de la estructura del *acting out*; ciertamente, tales momentos de aparición se acompañan con mucha frecuencia de un comportamiento errático determinado por la sensación de perplejidad, comportamiento típicamente ligado a una actitud de llamada a otro. De hecho, tales comportamientos de llamada son muy frecuentes en sujetos psicóticos, aunque muy a menudo revistan una forma paradójica, incluyendo casi siempre la impresión de que la respuesta a su llamada es imposible, sosteniendo a veces comportamientos especialmente chocantes. Así, por ejemplo, en el momento de su descompensación, una paciente escribe a un psiquiatra de su ciudad para explicarle que sabe que él padece trastornos mentales y se ofrece a ayudarle a superar sus dificultades; concertada una entrevista, es ella quien acepta ser hospitalizada. Un caso extremo es el de la ironía esquizofrénica, en la cual un esquizofrénico paranoide puede manifestar de forma invertida la perplejidad en la que se encuentra mediante continuas observaciones satíricas dirigidas con-

tra sus cuidadores. *Actings out* semejantes pueden también observarse en la paranoia, sobre todo en la fase de perplejidad anterior a la construcción de un delirio más sistematizado, así como en la melancolía delirante, en especial en su forma ansiosa.

Sin embargo, también es bastante frecuente que el actuar no se manifieste en los psicóticos más que como paso al acto. Esto está facilitado por la presencia de ciertos temas delirantes relacionados con la búsqueda de una solución definitiva (salud de la Humanidad, sacrificio altruista, persecución), temas a menudo coloreados con rasgos místicos. Hay que tomar en consideración igualmente otro factor: la aparición de los fenómenos elementales reviste un carácter de designación más o menos imperativa, razón por la cual las órdenes alucinatorias tienden con bastante frecuencia a determinar pasos al acto. La elaboración de un delirio relativamente sistematizado es asimismo un factor importante: si un psicótico llega a elaborar explicaciones relativamente distantes acerca de sus fenómenos elementales, puede verse retardada la solución final consistente en el paso al acto; al contrario, si la explicación delirante es de tipo paranoico, implicando a un perseguidor amenazante o un peligro inminente, el paso al acto puede verse acelerado. De un modo opuesto, en los casos hebefrénicos en que el delirio está muy débilmente articulado, el paso al acto puede ser una tentativa de solución tan brutal como desorganizada, por ejemplo cuando el sujeto la emprende a golpes con el primero que se le acerca.

14.3. La clínica del "carácter" como contrainvestimiento pulsional

El concepto de "carácter" tal y como se utiliza en psicoanálisis casi no guarda relación con lo que en psicología se llama carácter ni personalidad. La clínica psicoanalítica del carácter es una rama de la clínica del síntoma. Según Freud (*Inhibición, síntoma y angustia*, 1926) hay que buscar el origen del carácter en su sentido psicoanalítico en el segundo momento de la construcción del síntoma, cuando lo reprimido retorna y el individuo elabora medidas de protección contra eso, sobre todo para atemperar sus alcances. La construcción del carácter sirve de forma específica para relativizar, para banalizar la significación insoportable que ha dado lugar al síntoma. Los sujetos en que predomina la clínica del carácter consideran no tener ningún síntoma personal llamativo y estiman que sus problemas provienen esencialmente del prójimo o de un destino implacable. Incluso aunque admitan tener peculiaridades, nunca les parecerán patológicas. Según todo lo anterior, se han propuesto diversas descripciones clínicas presentando el carácter como un "contrainvestimiento" que deberá enfrentarse a las ten-

dencias pulsionales, en especial en el caso de la neurosis obsesiva. En este cuadro clínico, el "carácter" que estructura el Yo hará que el sujeto desconozca la naturaleza de su síntoma y el conflicto subyacente, justificándole y atribuyendo su eclosión a alguien, ya se trate de los parientes del paciente, la sociedad, el destino, etc. Desde el punto de vista de la clínica del carácter, cada estructura clínica (neurosis, psicosis, perversión) presentará rasgos específicos.

En el marco de la neurosis se ha descrito una "neurosis histérica del carácter" en la que son típicos el histrionismo, la manipulación y el desafío histérico. El carácter "anal" –cuyas características también fueron descritas por Freud: "el orden, la tacañería y la tenacidad"– suele asociarse a la neurosis obsesiva. Por su parte, en el carácter fóbico lo peculiar es la evitación, que puede sin embargo alternar con conductas contrafóbicas ("huida hacia delante").

En el ámbito de la psicosis, tiempo ha se describió el "carácter paranoico"; por ejemplo, Marcel Montassut en *La constitution paranoïaque*, publicada en 1924, describió los siguientes rasgos: la sobreestimación de sí mismo, la desconfianza, la falsedad de juicio, la inadaptación social y, en menor medida, también otros contingentes como el orgullo, la vanidad, la susceptibilidad, el autodidactismo y el idealismo apasionado; todos ellos podrían reducirse, advierte este autor, a la "psicorrigidez", que es la propiedad primaria del psiquismo paranoico. En los casos de auténtica paranoia, los rasgos de carácter registrados sirven de defensa contra las vivencias invasivas. Eugen Bleuler definió el carácter esquizoide, que presentaba entre otros rasgos una evitación generalizada de los contactos sociales. El psicoanalista Karl Abraham, y tras él la escuela de Heidelberg a partir de 1960, describió rasgos de carácter seudoobsesivos (regularidad extrema, hiperidentificación) que serían típicas defensas de sujetos premelancólicos.

A estas descripciones clásicas diversos autores americanos han añadido "rasgos de personalidad" que de hecho pueden corresponder a defensas caracteriales según los mecanismos referidos anteriormente. Estas cuatro modalidades de presentación de los síntomas, estos cuatro tipos de clínica (inhibición, carácter, angustia y acto), son localizables en la mayor parte de los casos, tanto neuróticos como psicóticos o perversos. Es necesario destacar de modo especial que, contrariamente a lo que suele decirse, la clínica de la inhibición es un aspecto importante de la estructura perversa y que la clínica del actuar también se da en la neurosis obsesiva.

También es importante subrayar que, habitualmente, determinado sujeto puede presentar una cierta proporción de cada uno de estos aspectos. De forma típica el síntoma-queja se construirá con una cierta proporción de "neurosis del carácter". La dimensión de la angustia y del acto surgen en especial en las situaciones de tipo "traumático"; sin embargo, hay sujetos en los que la vivencia de la angus-

tia es extremadamente frecuente, casi constante, como en el caso de los llamados *borderline*. Se aprecian también otras combinaciones más o menos duraderas de estas dimensiones, por ejemplo en aquellos sujetos cuyo carácter se manifiesta permanentemente "inhibido" (el llamado carácter "esquizoide", así como ciertos casos de neurosis obsesiva). Por último, la alternancia entre la inhibición y el *acting out* ha sido frecuentemente observada, viviéndose habitualmente el sujeto como oprimido y rebelándose periódicamente mediante *actings out* (en particular en la neurosis obsesiva).

14.4. Más allá del síntoma; sobre las posiciones subjetivas inconscientes

Tal y como ha sido definido por el psicoanálisis lacaniano, el sujeto se caracteriza al menos por dos aspectos. De un lado, está "supuesto" por el significante, es decir, determinado por él, en particular en el momento de la represión (*refoulement*) constitutiva del síntoma. De otro lado, está definido en relación con el objeto causa de su deseo.

Esta formulación resume otras dos anteriores que ya resultan clásicas en psicoanálisis: el hecho de que la represión o la identificación conciernen sobre todo a representaciones, y también la cuestión de la relación con el objeto pulsional. La doble determinación por la representación ya había sido investigada en la obra de Freud: el mecanismo de la represión había sido tratado en un artículo de la metapsicología ("La represión", 1915) y el mecanismo de identificación fue elucidado en buena parte de los artículos relativos a la segunda tópica; pero el debate sobre la naturaleza del objeto se desarrolló después de Freud. En tal sentido cabe consignar que la tradición kleiniana venía considerando que el objeto es ante todo un objeto pulsional, movilizado a través de una fantasmática fundamentalmente agresiva. Donald W. Winnicott, por el contrario, estimaba que se trata de un objeto separador que debe permitir una dialéctica madre-hijo, colocado bajo el signo del juego y de la construcción de un espacio transicional. Por su parte, Heinz Kohut y Ronald D. Fairbairn insistieron en la independencia del sujeto respecto del objeto, siendo este último literalmente construido por el modo de reconocimiento y, sobre todo, de engaño al que se dedicará el Otro en el lugar del sujeto. De forma contraria a las tesis defendidas por la Psicología del Yo, esta "corriente de las relaciones objetales" insistirá en la idea de que el *self* no es un "yo autárquico", sino que es dependiente del objeto, idea de donde proviene la expresión "*self*-objeto" promovida por Kohut. A diferencia de las posiciones anteriores, Jacques Lacan promoverá una concepción del objeto definido como "la causa del deseo", objeto al que nombra *a* minúscula, el cual permite a la vez complementar al Otro y separarse de él.

Ciertamente, las contribuciones de Lacan a este debate atesoran una importancia capital. En su consideración, el sujeto ($) se presenta a la vez como identificado por el significante y como protestando respecto a esa identificación que le aliena, alienación apreciable en el drama de la represión. La represión también es descrita como una metáfora, esto es, creación de un sentido nuevo que calificará al imposible de la relación sexual al que el sujeto ha sido confrontado. Además, el sujeto también está dividido por el objeto, el cual le permite al mismo tiempo separarse del Otro. Igualmente, se caracteriza a este objeto como eso que es enfocado asintóticamente por la serie de significantes, y por tanto aludido mediante una metonimia. Este doble movimiento de alienación-separación se simboliza en los matemas lacanianos mediante los signos ∨ (unión o reunión) y ∧ (intersección), reunidos del siguiente modo: ◊. De ahí el matema del fantasma, que en la teoría lacaniana indica la relación entre el sujeto y el objeto: $ ◊ a.

De esa relación se desprenden al menos dos tipos fundamentales de posiciones subjetivas inconscientes, las cuales se pueden localizar en toda clase de estructuras.

En el caso de la neurosis, el sujeto se presenta como víctima de la represión, acomodándose por lo tanto fundamentalmente del lado de ($) (sujeto dividido). Tal situación es especialmente apreciable en la histeria y en las quejas que le son propias, llegando en algunos casos a la amnesia o a las personalidades múltiples. Sin embargo, dicha particularidad del sujeto puede ser negada mediante las defensas caracteriales histéricas, que transcurren habitualmente por la vía de la reivindicación o de la generalización. En este caso resulta característico que el sujeto se dedique a reclamar derechos o a protestar contra los abusos que se cometen, tomando habitualmente partido a favor de unas víctimas a las que intenta organizar como colectivo. En lo que atañe a la neurosis obsesiva, como ya hemos apuntado, la tendencia más frecuente consiste en minimizar este aspecto victimista en provecho de las defensas "caracteriales", verdaderos contrainvestimientos contra la represión, de modo tal que el sujeto se presenta como alguien fuerte, alguien que controla y domina la situación, etc.; sin embargo, esta consistencia aparente alterna con momentos de "psicastenia" –término creado por Pierre Janet–, y el sujeto se agota en la lucha contra sus obsesiones, las cuales afectan ante todo al pensamiento y adquieren el aspecto de una demanda excesiva, procedente del Otro, cuyo contenido es la deuda paterna.

En la histeria, la apariencia del objeto tiene un carácter invasor bajo la forma particular de la Otra mujer, que conforma un objeto al que no es exagerado calificar como místico. Por su parte, en la fobia, el objeto reúne características propias de la represión pero de un modo peculiar, constituyendo así el objeto una metáfora allí donde cabría esperar una metonimia. En el caso de Juanito, la pro-

blemática de la castración se condensa en el objeto "caballo" en lugar de aparecer como objeto misterioso del deseo.

Si en la clínica de la queja el sujeto aparece relativamente separado del objeto, en la clínica de la angustia, por el contrario, la separación está en peligro y el objeto se presenta, al menos temporalmente, como si no tuviera límites o como si éstos fueran incontrolables.

Mas esta ausencia de límites es permanente en la psicosis, y de ahí las vivencias persecutorias (paranoia) o de encadenamiento incoercible (psicosis maníaco-depresiva); se trata en este último caso de una imposibilidad de soltarse del sentimiento de ser condenado al infierno en la melancolía o de desengancharse de la cadena significante (fuga de ideas) en la manía. En lo que atañe a la esquizofrenia, las distintas posiciones del sujeto oscilan entre identificaciones que parecen totalmente artificiales dado que ni siquiera consisten en una vivencia corporal asumida de forma "auténtica" (personalidades *as if*, "como si") y una identificación al objeto como desperdicio, hecho éste que facilita diversos pasos al acto (sobre este particular, véase el capítulo 18).

En el *acting out* prevalece la sensación de estar amenazado por un objeto incontrolable, contra el cual el sujeto, literalmente, clama ayuda. A su vez, en el paso al acto la división del sujeto está consumada y éste intenta encontrar una solución mediante una identificación total con el objeto.

Por su parte, en el caso de las perversiones se aprecia habitualmente una oscilación entre momentos en que el sujeto se vive como insuficiente, sobre todo con la idea de fondo de que el falo paterno no le ha sido transmitido ($), y posiciones en las que él mismo aparece como objeto (*a*) y se identifica con un fetiche encargado de recrear –a menudo mediante actos o rituales– un falo que sea aceptado por la madre.

15

ELEMENTOS DE TÉCNICA PSICOANALÍTICA. LOS TEXTOS FREUDIANOS CLÁSICOS Y ALGUNOS ASPECTOS DE SU DESARROLLO POSTERIOR

Los principales escritos en que Freud fue fijando los principios básicos de la técnica psicoanalítica son *Estudios sobre la histeria* (1895), "Sobre psicoterapia" (1905), "Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu)" (1905), "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica" (1910), "Sobre el psicoanálisis 'silvestre'" (1910), "El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis" (1911), "Sobre la dinámica de la transferencia" (1912), "Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912), "Sobre la iniciación del tratamiento" (1913), "Acerca del '*fausse reconnaissance*' ('*déjà raconté*') en el curso del trabajo psicoanalítico" (1914), "Recordar, repetir y elaborar" (1914), "Puntualizaciones sobre el amor da transferencia" (1915), "Nuevos caminos de la terapia analítica" (1919), *El problema del análisis profano* (1926) y finalmente dos textos con valor, por así decir, de recapitulación: "Análisis terminable e interminable" y "Construcciones en el análisis", ambos aparecidos en 1937. Estudiaremos la materia contenida en dichos trabajos dividiendo en cuatro períodos la evolución de la técnica freudiana:

1. La cura catártica y sus ambigüedades.
2. El análisis de las formaciones del inconsciente: la represión y su disolución en la transferencia.
3. El período de la "transferencia como resistencia" y del análisis terminable.
4. El análisis de las resistencias, la "reacción terapéutica negativa" y el análisis interminable.

15.1. La cura catártica y sus ambigüedades

Esta primera fase podría denominarse período "preanalítico": Freud ya ha establecido cierto número de conceptos propiamente analíticos pero su modo de actuar se enmarca aún dentro de la tradición hipnótica.

Se aprecian en este período al menos cuatro influencias notables: la del mesmerismo, la de Breuer, la de la escuela de Nancy (en oposición a la escuela de la Salpêtrière) y, finalmente, la noción de "catarsis" que parece haber sido impuesta por los pacientes vieneses. Ciertamente, la búsqueda de los efectos "catárticos" parece haber sido el resultado de la difusión en los medios cultivados y mundanos de la teoría de la catarsis desarrollada desde 1857 a 1880 por Jacob Bernays a partir de su lectura de la *Poética* de Aristóteles, en la que estudiaba el empleo de términos médicos. Recordemos el pasaje del capítulo VI de la *Poética*, dedicado a la tragedia, cuya trascripción fonética aproximada es "*di'eleou kai phobou perainousa ten ton toioutón pathematón katharsín*", y del que hoy suele hacerse la siguiente traducción: "la cual [la tragedia], moviendo a compasión y temor, obra en el espectador la purificación [*katharsis*] propia de tales estados emotivos". De manera que cuando Freud y Breuer (*Estudios sobre la histeria*, 1895) retomaron el término *katharsis*, bien puede decirse que éste tiene ya una larga historia tras de sí. En efecto, durante los dos últimos siglos el término "catarsis" había suscitado una exégesis que, en cuanto a cantidad de trabajos, ha sido comparada a la exégesis bíblica (Teddy Brunius, *Encyclopaedia of Philosophy*), a pesar de que algunos autores llegaron a considerar que en realidad se trataría de un error del copista.

A tenor de las opiniones de algunos helenistas, especialmente Heinrich Otte (*Kennt Aristoteles die sogenante tragische Katharsis*, 1912) y más recientemente M. D. Petrusevski en un artículo publicado en la revista *Ziva Antika* (*Antigüedad viva*, 1954), el famoso pasaje de la *Poética* de Aristóteles no contendría las palabras *pathematón katharsín*, sino *pragmatón systasín*, argumentando además que el interés por la catarsis no apareció hasta varios siglos después de la muerte del filósofo.

Al hilo de tales consideraciones conviene evocar algunas de las posiciones más célebres a propósito de dicho texto. Resulta notorio que el asunto que más ha inquietado a la crítica es el de saber exactamente qué quiso decir el autor con las palabras *pathematón katharsín*. Resumiendo de manera extremadamente concisa dos milenios de debates, puede afirmarse que en las traducciones aparecidas desde el Medievo se distinguen tres tendencias: los partidarios del "genitivo objetivo" (purificación de un exceso de sentimientos, es decir, catarsis en sentido moral), los del "genitivo subjetivo" (la purificación derivada de la expresión de las pasiones, tendencia ésta que agrupa a las interpretaciones esteticistas, como las de Goe-

the o Corneille), y los del "genitivo separativo" (el espectador resulta purificado, purgado de sus pasiones, pues se sabe que catarsis también significaba "purgación"). Mas a finales del siglo XVIII y principios del XIX dominan las posiciones de quienes defienden que el sentido dado a la *catarsis* teatral tenía una esencia religiosa (purificación religiosa; San Agustín parece haber sido el primero en pensar que la catarsis activa a la caridad cristiana) o moral, y según eso, consideraban que *pathematón katharsín* debería ser interpretado a la vez como genitivo objetivo y subjetivo, o más bien primero subjetivo y después objetivo. Entre los tratadistas de lengua alemana, el autor más significativo de la época fue seguramente Gotthold Ephraim Lessing (1729-1781), quien nos interesa aún más por haber sido considerado uno de los principales teóricos de "la tragedia de destino" (*Schicksaldrama*). Su posición puede resumirse en tres tesis:

1. La activación de los medios, es decir, desencadenar el temor y la compasión, es más importante para la catarsis que el entramado de los hechos (*apangelia:* 'argumento', 'narración'). Esta idea nos importa especialmente porque, como veremos, Freud mantuvo la posición contraria a propósito del drama de destino.
2. La definición del temor y de la compasión (*phobós kai éleos*) es la que Aristóteles empleó en la *Retórica*: tememos todo aquello que despertaría nuestra compasión si le ocurriese o hubiere de ocurrirle a otro; encontramos digno de compasión todo aquello que temeríamos si nos viésemos por ello amenazados. Según esa idea, *phobós* supone *éleos*, de modo que el temor no se experimenta por el otro, sino por nosotros mismos, debido a la semejanza que existe entre nosotros y la persona desafortunada; pero además, ambos sentimientos se despiertan más exquisitamente si quien los sufre es un inocente que no merece tal desgracia.
3. El teatro tiene un fin moral: la catarsis consiste en la transformación del temor y la compasión en "actitudes virtuosas" (*tugendhafte Fertigkeiten*). Tal circunstancia se verá facilitada por dos características de esos dos sentimientos en cuestión: la compasión nos preservará de la insensibilidad o de una sensibilidad excesiva; el temor nos pondrá en guardia contra la creencia en una seguridad completa y contra la pusilanimidad exagerada. Además, ambas pasiones, compasión y temor, se purifican la una a la otra: la piedad modera al miedo y viceversa. Se trata pues de una interpretación a la vez estetizante y moral.

Indudablemente, pese a lo dicho, a mediados del siglo XIX el viraje decisivo en el debate sobre la catarsis lo constituyó *Grundzüge der verlorenen Abhandlung*

des Aristoteles über Wirkung der Tragödie (1857), de Jacob Bernays, filólogo judío y tío paterno de Marta, la mujer de Freud. Durante más de dos décadas Bernays profundizó en la investigación sobre el concepto de catarsis en Aristóteles, con el resultado de un segundo ensayo que se editó en un solo tomo con el primero (*Zwei Abhandlungen über die aristotelische Theorie des Drama: I. Grundzüge der verlorenen Abhandlung des Aristoteles über Wirkung der Tragödie; II. Ergänzung zu Aristoteles Poetik*, 1880). Bernays tuvo gran influencia sobre los trabajos europeos del momento (por ejemplo, sobre Cottler, editor francés de Lessing en 1874), y aún hoy en día sigue siendo para muchos referencia obligada.

Su tesis es relativamente sencilla: Aristóteles era hijo de médico, su padre era sacerdote del culto de Asclepio (o Esculapio), dios de la Medicina, y él mismo hizo el equivalente a los estudios médicos, así que catarsis sería un término médico aplicado a la tragedia. De ahí que "*pathematón katharsín*" no sea un genitivo subjetivo ni objetivo, sino separativo, refiriéndose por ello a la eliminación de los afectos y no a su purificación moral. La catarsis significaría pues "un tratamiento de lo que está oprimido consistente en que, en lugar de intentar transformar o disminuir el agente opresor, trata por el contrario de estimular lo oprimido trayéndolo a un primer plano para provocar así su alivio". Según eso, habría que traducir la frase de Aristóteles de la siguiente manera: "la tragedia provoca mediante [la excitación de] la compasión y el temor la descarga adecuada para aliviar tales emociones (la compasión y el temor)". En apoyo de su tesis, Bernays recordaba diversos textos en los que catarsis tiene un sentido netamente médico, como en la *Política* aristotélica y en varias obras neoplatónicas, y señalaba además la posible existencia de una verdadera terapia catártica de las enfermedades del alma en la Grecia clásica.

Como señala Hirschmüller, biógrafo de Breuer, éste y Freud conocían bien los ensayos de Bernays, así que cuando ambos hablan de "método catártico" no necesitan definir demasiado en qué consiste; hasta tal punto el término catarsis era conocido en aquella época. La teoría de Breuer sobre la depuración de los afectos es prácticamente un calco de las ideas de Bernays, añadiéndoles simplemente los conceptos breuerianos de "afectos activos y pasivos", en el marco de la orientación "energética" de su concepción general del aparato psíquico. Puede por tanto decirse que todo lo concerniente a la catarsis es una importación directa al campo de la psicoterapia de una teoría procedente de la crítica teatral, aplicación facilitada más aún porque sus protagonistas tenían la sensación de que, en justa compensación, la medicina psicológica ponía así de relieve y rendía un homenaje a las teorías del arte dramático.

Y las cosas no se detuvieron ahí. El 2 de febrero de 1896, el diario vienés *Morgen-Presse* publicó un artículo titulado "Chirurgie der Seele" ("Cirugía del alma"),

reseña de los *Estudios sobre la histeria* firmada por Alfred von Berger, director del Burgtheater y profesor universitario de Estética. Un año más tarde, von Berger escribió una especie de posfacio a la *Poética* de Aristóteles editada por el filósofo y helenista Theodor Gomperz, paciente de Breuer y ex profesor de Freud, en el que explicaba cómo "el tratamiento catártico de la histeria que unos médicos, los doctores Joseph Breuer y Sigmund Freud, han descrito es muy apropiado para hacer comprensible el efecto catártico de la tragedia". Por mor de la cortesía vienesa, el bucle se volvía a cerrar ahora en sentido inverso: si se había partido de suponer que la formación médica de Aristóteles le permitió interpretar los efectos del teatro, y si dos milenios después la filología había restituido a la medicina lo que el teatro le debía, nada se oponía pues a que Breuer y Freud no fuesen considerados como "auténticos" críticos teatrales. Por lo demás, Hirschmüller también ha llamado la atención sobre el intercambio epistolar mantenido entre Breuer y Gomperz en el momento de la aparición de la mencionada traducción de la *Poética* del Estagirita.

Bien es verdad que este primer momento de las relaciones entre el psicoanálisis y el teatro hace del paciente a la vez un actor y un espectador: como actor, representa de nuevo la escena traumática, pone al día las emociones "atragantadas", para después convertirse en espectador y ver operarse una catarsis concebida como "purgación". En cierto modo, al paciente se le está así invitando a saltar de un tren en marcha, y a alguna paciente en concreto, por ejemplo a la Sra. P. J. (mencionada en *Los orígenes del psicoanálisis*, publicado en 1950, unos cuantos años después de la muerte de Freud), se la insta a dejar de identificarse con el destino de la Carmen de Bizet. En ese momento, Freud sugiere a su paciente que el papel de Querubín en *Las bodas de Fígaro* deja las cosas mucho más claras que el de Carmen.

Por lo demás, también es posible –como supone Hirschmüller– que la expresión "cura catártica" no fuese original de Freud y Breuer, sino que podría haberles sido proporcionada por algún paciente apasionado del teatro (así como "asociación libre" le fue más o menos sugerida a Freud por una de sus pacientes, a la que en *Estudios sobre la histeria* llama Srta. Elisabeth von R.). En cualquier caso, no conviene olvidar que existe una gran diferencia entre proponer un nombre y establecer la técnica de la asociación libre.

Freud comenzó a practicar la cura catártica en Viena antes de tener un conocimiento extenso del debate francés entre la escuela de Nancy y la de la Salpêtrière, conocimiento que adquirirá más tarde durante su estancia en París. Su técnica inicial se inspira ante todo el mesmerismo de la época, tendencia que, con más o menos vigor, pervivía en Austria desde el siglo XVIII. En los *Estudios sobre la histeria* no discute los diferentes mecanismos mediante los cuales se puede ejer-

cer una influencia hipnótica sobre un paciente. Simplemente aplica la imposición de una mano sobre la frente del enfermo y le sugiere que al retirarla le vendrá algo a la mente que hasta ese momento permanecía en blanco; a este procedimiento le denominaba Freud "método del apremio". La clásica imposición de manos, habitualmente entendida como propiciadora de un alivio para el paciente, busca aquí un efecto más elaborado, el retorno de un recuerdo olvidado, susceptible de provocar un movimiento emotivo catártico. La aparición durante la cura de modificaciones del estado de la conciencia pertenece también al bagaje del mesmerismo vienés, pues dicha corriente admitía que las modificaciones del "magnetismo" que permitían la disolución de los síntomas podían provocar estados segundos transitorios.

El debate entre las escuelas francesas ejercerá esencialmente su influencia sobre las posteriores discusiones acerca de la acción terapéutica, cuando Freud tome posiciones al respecto. La escuela de la Salpêtrière, dirigida por Charcot, se ocupó inicialmente de investigaciones neurológicas y afasiológicas, ya que por aquel entonces se intentaba establecer el nexo entre "tipos clínicos", es decir, entre aquellos cuadros clínicos que se suponía debían pertenecer a la misma enfermedad. Se intentaba encontrar qué clase de lesión nerviosa o cerebral podía ser la causa de ello, así como los agentes patógenos responsables. Secundariamente, Charcot quería determinar qué había de todo eso en la histeria y procedía para ello a sistematizar series de cuadros clínicos (psíquicos y somáticos) característicos de la histeria, para analizar así qué lesión los produciría. Se dio cuenta entre tanto de que la hipnosis podía modificar alguno de esos cuadros. A ese respecto, Charcot adoptó actitudes contradictorias: en algunos ensayos parece investigar esencialmente las diferencias entre los síntomas propiamente neurológicos y los síntomas histéricos, vía que proseguirán mayoritariamente sus alumnos (en especial Babinsky); pero, por otro lado, continuará su investigación en pos de una causa exclusivamente orgánica de la histeria, basándose en una teoría degeneracionista de los "estigmas histéricos" y en su idea de una sucesión necesaria presuntamente existente en los casos observables, lo que le condujo a mantener hospitalizadas durante decenios –sin otra justificación que la investigadora e incluso contra el criterio asilar de la época– a enfermas que de ninguna manera lo precisaban. Tal aspecto de la obra de Charcot fue enérgicamente criticado e incluso ridiculizado, lo cual le hizo perder un buen número de alumnos que se decantaron por la Escuela de Nancy, como ocurrió con Sigmund Freud y Pierre Janet.

La Escuela de Nancy se constituyó en torno a la colaboración surgida entre un antiguo médico general dedicado a practicar el magnetismo, Liébeault, y un médico universitario, Bernheim. Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1905), alumno del cirujano Velpeau, se estableció como médico rural en pont-Saint-Vincent,

pueblo cercano a Nancy, donde se dio cuenta de que muchos de sus pacientes sufrían trastornos "funcionales", es decir, que carecían por completo de fundamento orgánico. Se dedicó entonces a practicar la hipnosis, abandonó la medicina académica y se hizo "sanador". Retomó el método de Faria, exhortando al paciente a dormirse sugiriéndole las sensaciones de la somnolencia, y llegó rápidamente a la conclusión de que la sugestión es la clave de la hipnosis. Distinta fue inicialmente la trayectoria profesional de Hippolyte Bernheim (1840-1919). Estudiante de Medicina en Estrasburgo, no tardó mucho en ser agregado y luego catedrático en la facultad de Medicina de Nancy. En 1882 oyó hablar de un médico rural que trataba con éxito a sus pacientes usando el "sonambulismo artificial". Tras visitar a Liébeault y convencerse de la eficacia terapéutica de la hipnosis, Bernheim escribió *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* (1884), adoptando y desarrollando la idea liebeaultiana de que los efectos de la hipnosis manifiestan el poder de la sugestión mental. Para la Escuela de Nancy, el sueño hipnótico es un sueño semejante al normal y se produce por la idea de dormir inducida en el cerebro del sujeto, pero durante su transcurso éste permanece en contacto con el hipnotizador.

Además del prestigio que la cátedra de Bernheim confirió al estudio de la hipnosis, éste se vio también legitimado por la participación de otros profesionales como Beaunis, catedrático de Fisiología, o el jurista Liégeois, de manera que la Escuela de Nancy adquirió una importancia que rebasaba el mero terreno de la terapéutica, alcanzando enseguida fama internacional y siendo muy visitada por médicos extranjeros. Así, pasaron por la Escuela los alemanes Moll y Schrenk-Notzing, el ruso Bechterew, el inglés Milne Bramwell y los norteamericanos Boris Sidis y Morton Prince, sin olvidar al sueco Wetterstrand, al francosuizo Auguste Forel (catedrático de Psiquiatría en Zúrich y después director del Hospital Burghölzli), ni al poeta holandés van Eeden, quien fundó luego una clínica –el Instituto Liébeault– coparticipada por van Renterghem, biógrafo de Liébeault y de la Escuela.

Los puntos más característicos de la obra de Bernheim pueden resumirse diciendo que para él toda idea comporta una parte de sugestión y que el papel de esta última es muy amplio, afectando tanto a diversos mecanismos psicofisiológicos como a la conciencia. El hecho de que la sugestión pudiese llegar a actuar intensamente sobre la conciencia provocó debates acerca de si sería posible llegar a cometer un crimen bajo sugestión hipnótica, porque, para Bernheim, además, la sugestión tanto podía exaltar como abolir las sensaciones. Por otro lado, dado su dinamismo, tampoco consideraba a la sugestión como un fenómeno absolutamente pasivo. Rechazaba formalmente que la histeria fuese la condición necesaria para ser sugestionado, pues para él se trataba de un fenómeno más amplio

y complejo. Sobre este particular Bernheim se situaba en las antípodas de Charcot e insistía en el carácter desplazable de los fenómenos histéricos ahí donde el maestro de la Salpêtrière sólo estaba dispuesto a ver un proceso nacido de un fondo degenerativo percibible a través de sus estigmas.

Freud, que había realizado una estancia formativa con Charcot desde octubre de 1885 hasta febrero de 1886, se fue paulatinamente distanciando de su enseñanza y visitó a Bernheim y a Liébeault en 1889. Y, ciertamente, le impresionaron en particular una afirmación de Liébeault respecto a que la amnesia poshipnótica no era tan completa como habitualmente se decía, así como el modo en que los de Nancy teorizaban el proceso terapéutico.

En su conferencia de 1904 "Sobre psicoterapia" (1905), dictada en el Colegio de Médicos de Viena, Freud todavía rindió homenaje a Bernheim y a Liébeault e instó a recordar que la psicoterapia era el más antiguo de los tratamientos médicos, citando el libro de Leopold Löwenfeld *Lehrbuch der gesammten Psychoterapie* (1897). Los métodos médicos tradicionales empezaban colocando al paciente en un estado de "fe expectante", pero Bernheim y Liébeault habían mostrado además que los enfermos no estaban dispuestos a renunciar a la psicoterapia: un factor ligado a su disposición psíquica surgía e influenciaba todo el proceso terapéutico desencadenado por el médico, pero algunas veces ejercía también un efecto inhibidor. "Hemos aprendido a aplicar a este hecho el concepto de 'sugestión', y Moebius nos ha mostrado que la inseguridad que reprochamos a muchos de nuestros métodos terapéuticos debe ser atribuida precisamente a la acción perturbadora de este poderoso factor", decía Freud, de manera que la cuestión radicará en que el médico se dote de los medios adecuados que habrán de permitirle controlar ese factor del que se servirá para lograr el fin buscado, que le permitan además regularlo y reforzarlo. Ésa y no otra era para Freud en ese momento la meta que debería alcanzar una psicoterapia científica.

Pero a pesar de su reconocimiento hacia los de Nancy, ya había comprobado Freud que la identificación entre catarsis y mecanismos de la cura constituía un callejón sin salida. Junto a la catarsis abandonaría también la teoría de la seducción, cimiento de la primera teoría del trauma, en provecho de otra teoría en la cual la fantasía inconsciente a la que se articula el deseo del sujeto desempeñaría el papel protagonista. La principal dificultad del método catártico radicaba en que, por lo general, el síntoma no se mostraba ligado a un solo suceso traumático, sino a varios. Además, los "traumas" en cuestión resultaban muchas veces ser reconstrucciones *a posteriori* inspiradas por fantasías del sujeto. Freud había llegado a esta conclusión en 1897, y estas constataciones le alentaron a modificar la técnica de la cura en el sentido de intentar poner de manifiesto tales fantasías. Recordemos sin embargo que el concepto de "fantasía" (o "fantasma", término

que prefieren las corrientes lacanianas) no será elaborado en su específica significación psicoanalítica sino a partir del artículo "Pegan a un niño" (1919).

15.2. El análisis de las formaciones del inconsciente: la represión y su disolución en la transferencia (1900-1910)

El segundo período de la técnica freudiana se polarizará en el análisis de las formaciones del inconsciente, como ejemplificó en el "caso Dora" –íntegramente dedicado al análisis de los sueños de la paciente– y también en el historial del Hombre de los Lobos. La tesis central desarrollada por Freud en esa época es que la focalización sobre las formaciones del inconsciente debería permitir la recuperación de los contenidos reprimidos, lo cual llevó a cabo descuidando un poco los problemas transferenciales, experimentados en aquellos días más bien como un inconveniente.

En "El método psicoanalítico de Freud" (1904), el inventor del psicoanálisis repasa los diferentes momentos de su descubrimiento. Tras recordar al lector que ya el método catártico se diferenciaba de la sugestión, señala que dicho método iba en busca de un elemento que faltaba en el relato del paciente, elemento susceptible de explicar la aparición del síntoma. Como no todos los pacientes eran hipnotizables, Freud investigó sobre otros procedimientos y se decidió por el de la "asociación libre", en el cual los pacientes eran invitados a revelar todos los pensamientos que viniesen a su mente, incluso los más aparentemente irrelevantes o vergonzosos. Con ese procedimiento también aparecían lagunas en lo narrado por el enfermo: "un olvido de hechos reales, una confusión de las circunstancias de tiempo o un relajamiento de las relaciones causales, que hacía incomprensibles los efectos". Además, la tentativa destinada a que el paciente rellenase esas lagunas provocaba en él considerables resistencias. Por todo esto, Freud concibió la hipótesis de que tales amnesias eran el resultado de un proceso al que llamará "represión" (*Verdrängung*), cuyas causas atribuyó a un sentimiento displacentero; las mismas fuerzas psíquicas causantes de la represión estarían actuando en la resistencia que se oponía a la reaparición del recuerdo.

En consecuencia, la técnica psicoanalítica resulta entonces "un arte de interpretación al que corresponde la función de extraer del mineral representado por las ocurrencias involuntarias el metal de ideas reprimidas en ellas contenidas". Esta labor de interpretación, dirigida esencialmente a hacer salir a la luz los pensamientos reprimidos, fue también aplicada a los sueños y a las equivocaciones de la vida cotidiana. En ese mismo texto Freud considera que cuando la represión ha cedido y se han puesto de manifiesto las diferentes causas que pudieran

haberla determinado, "se hace imposible la persistencia de la enfermedad e incluso todo nuevo brote de la misma" o, según otra fórmula muy difundida, "se trata de hacer accesible a la conciencia lo inconsciente", palabras netamente acordes con la tradición ilustrada del "siglo de las Luces", el racionalismo del siglo XVIII. Líneas más abajo expuso igualmente que si bien "sólo raras veces se hace posible llevar tan lejos el tratamiento", sí suele obtenerse al menos una atenuación de los síntomas y la recuperación de la capacidad de trabajo y de disfrute de las cosas.

El procedimiento analítico es concebido como idéntico para todas las formas clínicas de la histeria, las fobias histeriformes y la neurosis obsesiva. Sin embargo, la indicación de este tratamiento varía en función de cómo se presenten los síntomas, siendo los más accesibles aquellos no muy intensos o poco peligrosos para la vida. En los casos agudos de histeria es preciso esperar a la aparición de una fase más tranquila; la anorexia histérica también es considerada por Freud una muy mala indicación de análisis por los peligros inmediatos a los que pueden sucumbir los pacientes.

En lo que respecta a las características personales de los enfermos, es preciso que sean capaces de mantener un grado de conciencia normal, lo que excluye los períodos de confusión o de postración melancólica. Una dosis de inteligencia y un cierto "nivel ético" son también indispensables. Las deformaciones del carácter muy arraigadas y los estados de "agotamiento nervioso" son estimadas como francas contraindicaciones. Se considera asimismo poco favorable una edad superior a la cincuentena. Finalmente, Freud sostiene que el tratamiento puede durar entre seis meses a tres años.

Cuando en 1905 publicó su artículo "Sobre psicoterapia", Freud intentaba rehabilitar los procedimientos psicoterapéuticos demostrando que era posible aplicar una psicoterapia que fuese "científica", el psicoanálisis, y a tal efecto procuró disipar unos cuantos prejuicios, enumerados a continuación:

a) La confusión entre psicoanálisis y sugestión hipnótica. La diferencia entre los dos procedimientos es ilustrada mediante la oposición señalada por Leonardo da Vinci entre aquellas artes que actuaban *per via di porre*, es decir, añadiendo una sustancia suplementaria sobre algo apenas preexistente (como hace la pintura poniendo colores sobre un lienzo en blanco), y aquellas otras que operan *per via di levare*, caso de la escultura, que retira del bloque de piedra la masa sobrante que "encubre la superficie de la estatua en ella contenida". A este segundo modo pertenece el psicoanálisis, mientras que la sugestión seguiría la *via di porre*.

b) La búsqueda del origen de los síntomas no es nada sencilla, y Freud considera que la técnica necesaria no es fácil de adquirir, siendo también impres-

cindible un buen conocimiento de la psicopatología. Se queja ya también de quienes dicen estar haciendo psicoanálisis o psicoterapias sin haberse procurado una auténtica formación.

c) Freud recuerda al lector que el psicoanálisis no es un método terapéutico "rápido". Exige un sacrificio de tiempo y de dinero, y la total sinceridad del paciente. Por su parte, el terapeuta debe haber estudiado el método durante un largo período. Pese a todo, es un método que da en conjunto buenos resultados. A lo anterior añade la ineficacia que habían mostrado otros tratamientos en la mayoría de los enfermos que hasta el momento le habían consultado.

d) Por todo ello, la delimitación de las indicaciones y contraindicaciones del método psicoanalítico resulta difícil, aunque sí pueden proponerse algunas:

1. Freud considera que no debe emprenderse con pacientes "que no posean un cierto nivel cultural y condiciones de carácter en las que podamos confiar hasta cierto punto".
2. Estima también, en ese momento, que la terapia analítica no es apropiada para las psicosis, pero confía en que futuras modificaciones de la técnica (como ocurrirá a partir de las sistematizaciones iniciadas en los años veinte) podrán propiciar "una psicoterapia" de dichas alteraciones.
3. Naturalmente, la edad es un factor que debe ser tenido en cuenta: por encima de los cincuenta una modificación de los puntos de vista del paciente no parece apenas posible, como ya había advertido un año antes.
4. El psicoanálisis no debe ser el método de elección en los momentos en que estén presentes síntomas agudos amenazadores (anorexia, por ejemplo).

e) Pese a tales limitaciones, las indicaciones del psicoanálisis siguen siendo bastante amplias: "todas las formas crónicas de histeria, el amplio sector de los estados obsesivos, las abulias y otras perturbaciones análogas", y presenta la ventaja de que no parece originar riesgos secundarios.

f) La cura analítica se describe como "una traducción de lo inconsciente" llevada a cabo a la contra de las "resistencias" del paciente. Dichas resistencias conciernen en especial al "elemento anímico de su vida sexual", particularmente responsable del desarrollo de las neurosis, lo que exige una condición importantísima para el médico: poseer un alto nivel moral (como proponía Friedrich Theodor Vischer en su novela *Auch Einer*, escrita en 1879) "y haber vencido en sí mismo aquella mezcla de salacidad y moji-

gatería, con la cual acostumbran enfrentarse muchas personas con los problemas sexuales". Freud insiste además en que no es la "privación sexual" por sí sola lo que desencadena una neurosis, sino que el papel esencial lo juega el mecanismo de la represión, aquí descrito como "la repugnancia sexual de los neuróticos, su incapacidad de amar". Así, durante el curso del tratamiento, el asunto radica en tener en cuenta las diferentes formas de manifestarse la represión en cada paciente concreto.

En "El porvenir de la terapia psicoanalítica", conferencia dirigida a los asistentes al Segundo Congreso Psicoanalítico Internacional (Nurenberg, 30 y 31 de marzo de 1910), Freud opina que el perfeccionamiento de dicha disciplina se llevará a cabo de tres maneras: mediante el progreso interno, merced al incremento de su autoridad científica apoyada en los logros terapéuticos y por "el efecto general de nuestra labor".

1. Con la expresión "progreso interno" Freud se refiere a dos aspectos. Se trata, en primer lugar, del aumento de los conocimientos psicoanalíticos. Así, la cura se ha hecho en 1910 más amable de lo que fuera en las épocas del "apremio". Se compone ahora de dos tiempos que se van repitiendo: el médico lleva a cabo un trabajo de deducción y se lo comunica al enfermo, el cual "trabaja" a su vez con lo que se le ha comunicado. "El mecanismo de nuestra intervención médica resulta fácilmente comprensible. Procuramos al enfermo aquella representación consciente provisional que le permite hallar en sí, por analogía, la representación reprimida inconsciente, ayuda intelectual que le facilita el vencimiento de las resistencias entre lo consciente y lo inconsciente. Desde luego, no es éste el único mecanismo que empleamos en la cura analítica. Todos conocéis otro, mucho más poderoso, consistente en el aprovechamiento de la transferencia." Continúa mostrándose partidario de la teoría del simbolismo de los sueños, tesis que en parte abandonará algo más tarde y que será objeto de encendidos debates. Pero en 1910 aún insiste en el importante contenido "sexual" que los conforma.

   En segundo lugar, Freud se refiere a las innovaciones técnicas aparecidas tras los momentos iniciales del psicoanálisis. Después de la época de la abreacción de los síntomas (método catártico) se orientó el tratamiento hacia el descubrimiento de los "complejos" (según el término que acuñó Jung), y finalmente la labor se ha encaminado hacia el vencimiento de las resistencias. Solicita a sus colegas le confirmen si en sus pacientes masculinos las resistencias más difíciles de vencer provienen, como sucede en su experiencia, del "complejo paterno", lo que se manifestaría en la transferencia como

miedo, hostilidad y desconfianza hacia el analista. Karl Abraham publicará posteriormente un artículo en el que confirmará tal hipótesis.

Se muestra también necesario que el médico sea capaz de dominar su contratransferencia, es decir, sus reacciones ante la transferencia mostrada por el paciente; las resistencias internas del analista son susceptibles de limitar el alcance de los tratamientos que emprenda. Por eso se hace imprescindible que el propio analista se haya psicoanalizado y que no deje jamás de profundizar en su análisis. Esta idea será desarrollada sobre todo por la corriente húngara, sobresaliendo al respecto los trabajos de Sandor Ferenczi y los de Vilma Kovacs.

Algunas modificaciones técnicas ya han ido apareciendo, advierte Freud. La técnica psicoanalítica debutó con el tratamiento de la histeria de conversión; el de la fobia (o histeria de angustia) ya exigió modificar el procedimiento, iniciándose simplemente con ayudar a los pacientes a traducir su inconsciente hasta que se sientan capaces de renunciar a la protección que la fobia les ofrece contra la angustia. De igual modo, se prevén otras modificaciones futuras específicas respecto a la neurosis obsesiva. Finalmente, comienza a plantearse también cuanto atañe a la satisfacción de las pulsiones durante el tratamiento.

2. Una cierta "autoridad" ante los ojos de la sociedad debería ser conferida a los psicoanalistas. Freud constata la falta de opinión de que hacían gala los vieneses respecto a muchas cuestiones de la vida (pasividad muy criticada por los moralistas Karl Kraus y Georg Christoph Lichtenberg), así como la necesidad del ser humano de ver amparada su "inestabilidad interior" por alguna figura de autoridad. Esto explica, según él, el incremento de las neurosis consiguiente al declinar de las religiones, paralelo al empobrecimiento del Yo debido al inmenso esfuerzo de represión pulsional que exige la civilización moderna tan basada en el individualismo. Hasta ese momento, la sugestión que emanaba de la autoridad había actuado en contra del psicoanálisis ("el colega a quien correspondía la función de ayudante hallaba singular placer en escupir encima de la mesa de operaciones y los parientes del enfermo amenazaban al operador cada vez que saltaba la sangre o hacía el operado algún movimiento brusco"). Pero si la autoridad moral del psicoanálisis se viese reforzada, podría éste actuar con mejores resultados sobre otras formas clínicas del padecimiento psíquico. Se pasaría así desde una situación comparable a la del "ginecólogo turco", obligado a diagnosticar sin palpar otra cosa que el pulso de la paciente, a la situación propia de la Europa occidental, donde la legitimación social ha convertido al ginecólogo en "el auxiliar favorito de la mujer".

De todos modos, Freud no cree que las curaciones sigan un curso paralelo ni proporcional a la intensidad de las modas terapéuticas, pues muchos tratamientos entonces en boga tenían efectos casi nulos (curas termales, dietéticas, eléctricas). Además, como el psicoanálisis revela a los sujetos los contenidos reprimidos, lo cual resulta siempre desagradable, y como adopta una actitud crítica frente a la sociedad –a la que considera un factor muy importante en la producción de las neurosis–, ésta "no puede pagarnos con simpatía la revelación de sus daños y de sus imperfecciones, y nos acusa de socavar los ideales, porque destruimos algunas ilusiones". Sin embargo, Freud se muestra a la larga optimista, ya que hasta "las verdades más espinosas acaban por ser escuchadas y reconocidas una vez que los intereses heridos y los afectos por ellos despertados han desahogado su violencia".

3. Espera Freud una evolución favorable de la opinión de la sociedad respecto al psicoanálisis cuando se vaya sintiendo ese "efecto general" al que aludió al principio: "El éxito que la terapia pueda obtener en el individuo habrá de obtenerlo igualmente en la colectividad. Los enfermos no podrán ya exteriorizar sus diversas neurosis –su exagerada ternura angustiada, destinada a encubrir el odio; su agorafobia, que delata su ambición defraudada; sus actos obsesivos, que representan reproches y medidas de seguridad contra sus propios propósitos malignos– en cuanto sepan que todos los demás, familiares o extraños, a los cuales quieren ocultar sus procesos anímicos, conocen perfectamente el sentido general de los síntomas y advierten que sus fenómenos patológicos pueden ser interpretados en el acto por todos". Algunos seguirán tratando de ocultar los síntomas, pero eliminada la posibilidad de ocultarlos se habrá eliminado toda "la razón de ser" de la enfermedad. El levantamiento del secreto habrá atacado la "ecuación etiológica" de la cual surgen las neurosis, al igual que ha disminuido la epidemia de apariciones alucinatorias de la Virgen entre las jóvenes campesinas desde que el propio clero ha adquirido la costumbre de avisar al médico e incluso a la policía en vez de promover peregrinaciones o erigir ermitas en esos lugares. Así pues, Freud se muestra en este artículo muy optimista respecto al inexorable –según él– progreso que espera al psicoanálisis: los neuróticos se verán forzados a reconocer honradamente sus "pulsiones dominantes", lucharán en su contra o renunciarán a sus deseos, y la sociedad se irá haciendo más tolerante. Admite, bien es verdad, que un cierto número de sujetos serán incapaces de semejantes progresos, pero piensa que, globalmente, el desvelamiento que proporcionará el psicoanálisis no puede perjudicar a mucha gente y contribuirá a desplegar energías hoy malgastadas que reforzarán entonces la aspiración a una transformación de la sociedad capaz de favorecer la salud de sus componentes.

Sin embargo, esta visión tan optimista fue pronto cuestionada incluso por el propio Freud conforme fue adquiriendo envergadura la problemática de las resistencias. En "Sobre el psicoanálisis 'silvestre'" (1910) comenta el caso de una paciente quejosa de que otro médico había interpretado groseramente sus síntomas como productos de su insatisfacción sexual. La respuesta de Freud pone de manifiesto hasta qué punto consideraba que las resistencias son indisociables de la estructura del inconsciente. Efectivamente, expone que de ser cierto el relato de la enferma ese médico habría cometido una falta de tacto, pero insiste en que además habría demostrado desconocer que la sexualidad es ante todo "psicosexualidad", y también que no es la ignorancia del paciente acerca de las causas de su malestar lo que constituye el factor patógeno principal, "sino las resistencias internas de las cuales depende, que la han provocado y la hacen perdurar. La labor de la terapia es precisamente combatir estas resistencias. La comunicación de aquello que el enfermo ignora por haberlo reprimido, no es más que una de las preparaciones necesarias para la terapia. Si el conocimiento de lo inconsciente fuera tan importante como suponen los profanos, los enfermos se curarían sólo con leer unos cuantos libros o asistir a algunas conferencias. Pero semejantes medidas ejercerán sobre los síntomas patológicos nerviosos la misma influencia que sobre el hambre, en tiempos de escasez, una distribución general de menús bellamente impresos en cartulina. Esta comparación puede aún llevarse más allá, pues la comunicación de lo inconsciente al enfermo tiene siempre por consecuencia una agudización de su conflicto y una agravación de sus dolencias". Así pues, la interpretación debe basarse en dos principios: el primero, que el enfermo mismo, convenientemente preparado, haya llegado a aproximarse suficientemente a lo reprimido; el segundo y principal, utilizar la transferencia, entendida aquí como su "adhesión", su "relación afectiva" con el médico, para impedir al paciente una nueva huida. La idea de que la transferencia no debe ser vista simplemente como medio de expresión de las causas del síntoma, sino también y sobre todo como instrumento del acto analítico, que se convertirá en el tema fundamental desarrollado en el período siguiente, lo cual llevará a Freud a estructurar con bastante más precisión la formación del analista.

15.3. El período de la "transferencia como resistencia" y del análisis terminable (1910-1918)

Durante este período Freud ya no sólo considera que las resistencias se derivan de la represión, sino que además se actualizan en la transferencia, la cual ya no es concebida simplemente como un inconveniente, sino que es verdadera-

mente abordada como un medio ineludible de la cura. La transición entre dichas concepciones es patente en el artículo de 1911 titulado "El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis". Mientras que en el período precedente, y sobre todo en el análisis del "caso Dora", la cura se centraba en el examen de las formaciones del inconsciente, Freud afirma en 1911 que la interpretación de los sueños debe subordinarse al proceso de la cura, el cual estará enfocado sobre los "complejos" y las resistencias que van siendo activados en el paciente, es decir, sobre su reacción transferencial. Mas un problema se suscita en aquellos casos cuyas sesiones se ven literalmente invadidas por el relato de los sueños: "Por ejemplo, si el primer sueño del paciente resulta ser de extraordinario provecho para enlazar los esclarecimientos iniciales dirigidos al enfermo, no tardan luego en surgir otros tan largos y oscuros que se hace imposible llevar a cabo su interpretación en una sola sesión del tratamiento [...]. En algunos casos es tan rica la producción onírica y tan lento el progreso del enfermo en la comprensión de sus sueños, que el analítico no puede menos de pensar que semejante abundancia de material no es sino una manifestación de la resistencia, la cual utiliza para sus fines el descubrimiento de que la cura no puede abarcar la materia así suministrada".

¿Qué hacer entonces? Freud opina que hay que contentarse con lo que pueda ser interpretado en una sola sesión, pues el no haber interpretado todo el contenido de un sueño no puede ser nocivo en sí. Tampoco hay que retomarlo en la sesión siguiente, sino atenerse siempre a la regla fundamental de la asociación libre, esto es, a lo que venga en cada momento a la mente del paciente. Prosigue considerando Freud que el hecho de no alcanzar la explicación completa de todos los sueños no sólo no es un inconveniente, ya que la producción onírica de las neurosis graves nunca es totalmente explicable, dado que tales sueños suelen originarse a partir del conjunto del material patógeno que permanece aún oculto. Refiere después el ejemplo de los sueños-programa y los sueños-biografía, tipos de sueños que concentran el contenido total de la neurosis y son imposibles de interpretar antes de que la cura esté llegando a su fin, pues de otro modo suscitan enormes resistencias y no podrán ser "interpretados" hasta los momentos finales del análisis. Dicha fase se define en "Acerca del *'fausse reconnaissance' ('déjà raconté')* en el curso del trabajo psicoanalítico", de 1914, como el momento en que todas las represiones han sido vencidas y el paciente puede ya hablar de los contenidos reprimidos: "Ahora tengo la sensación de haberlo sabido siempre". Esta "teoría del final de la cura", en la que Freud entonces creía, se basaba en la consideración de la posibilidad de una resolución conjunta de las represiones y las resistencias mediante el análisis de la transferencia. Sin embargo, más adelante apreciaremos que Freud habría de cambiar posteriormente su punto de vista.

Pero en ese momento constata que toda interpretación se verá enfrentada a una resistencia por parte del paciente, resistencia que actúa en el aquí y ahora de la transferencia, y piensa que la interpretación, llevada a su extremo, debería poder triunfar sobre esa clase de resistencia.

A esa resistencia inherente a la transferencia dedicó específicamente el trabajo de 1912 titulado "Sobre la dinámica de la transferencia", donde expone que esta última tiene una doble naturaleza: es la más fuerte de las resistencias y al mismo tiempo es el agente de la acción curativa. La transferencia, resultante de Δαίμων χαί Τύχη [disposición y azar], es decir, de las predisposiciones constitucionales y de los acontecimientos de la vida, es comparada a "un cliché (o una serie de ellos), repetido o reproducido luego regularmente a través de toda la vida, en cuanto lo permiten las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos eróticos asequibles, pero susceptible también de alguna modificación bajo la acción de las impresiones recientes".

En las tendencias que determinan la vida erótica, Freud distingue dos aspectos: una parte consciente vuelta hacia la realidad, y una parte inconsciente que "ha quedado detenida en su desarrollo por el veto de la personalidad consciente y de la misma realidad y sólo ha podido desplegarse en la fantasía o ha permanecido confinada en lo inconsciente, totalmente ignorada por la conciencia de la personalidad. El individuo cuyas necesidades eróticas no son satisfechas por la realidad, orientará representaciones libidinales hacia toda nueva persona que surja en su horizonte, siendo muy probable que las dos porciones de su libido, la capaz de conciencia y la inconsciente, participen en este proceso".

Ambos aspectos se dirigen hacia el analista en la transferencia, y lo hacen siguiendo ciertos modelos, esto es, enlazándose a uno de los clisés previos del sujeto o, dicho de otro modo, incluyendo al médico en una de las "series" psíquicas que el paciente ha formado hasta entonces (imagen del padre, de la madre, del hermano, etc.).

Cuando la verbalización de la asociación libre falla y el paciente guarda silencio, bastará –explica Freud– con comunicar al paciente que se encuentra dominado por una idea que se refiere al terapeuta o a alguna cosa concerniente a éste; entonces desaparece el obstáculo o bien se transforma en una negativa consciente a hablar de eso. Así pues, el que la transferencia –factor de éxito– sea también una resistencia no es un inconveniente tan grave, siempre que el analista genere recursos técnicos para actuar sobre ella.

¿Por qué la transferencia se convierte en una resistencia durante el análisis? Para responder a esta cuestión crucial recurre Freud a la "introversión de la libido", expresión de Jung que designa el proceso consistente en la disminución de la parte de libido capaz de conciencia y orientada hacia la realidad, y el aumen-

to correlativo de la parte inconsciente, que se produce secundariamente a la represión y, fijada a representaciones inconscientes, alimenta las fantasías del sujeto. La libido se ha canalizado total o fragmentariamente por las vías de la regresión y "ha reanimado las imágenes infantiles", o más bien aquella parte de ellas que permanecía inconsciente. La orientación de tratamiento consiste entonces en seguir ese camino, descubrir la libido, hacerla de nuevo asequible a la conciencia y ponerla al servicio de la realidad. Mas "allí donde la investigación analítica tropieza con la libido, encastillada en sus escondites, tiene que surgir un combate. Todas las fuerzas que han motivado la regresión de la libido se alzarán, en calidad de resistencias, contra la labor analítica, para conservar la nueva situación, pues si la introversión o regresión de la libido no hubiese estado justificada por una determinada relación con el mundo exterior (generalmente por la ausencia de satisfacción), no hubiese podido tener efecto". Así pues, las resistencias colaboran entonces con la represión, pero además, como un segundo tipo de resistencia, los complejos inconscientes sobreinvestidos disminuyen la influencia de la realidad.

Freud aborda entonces las intervenciones del analista como un desvelamiento en dos tiempos. "Cuando en la materia del complejo (en el contenido del complejo) hay algo que se presta a ser transferido a la persona del médico se establece en el acto esta transferencia, produciendo la asociación inmediata y anunciándose con los signos de una resistencia; por ejemplo, con una detención de las asociaciones". Por lo tanto, el primer tiempo de la cura consistirá en detectar los fenómenos transferenciales, a cuyo conjunto llamará más tarde "neurosis de transferencia" (en expresión posterior de la corriente lacaniana, "nuevo síntoma" [*nouveau symptôme*]). Y es en un segundo tiempo, ya en el campo de la transferencia, cuando el análisis podrá conseguir resultados decisivos. En realidad, estos dos tiempos se repiten innumerables veces en el curso de un análisis.

Llega así Freud a la conclusión de que si la transferencia puede actuar como resistencia es porque tiene dos facetas: transferencia positiva (sentimientos cariñosos) y transferencia negativa (sentimientos hostiles). La transferencia positiva se descompone a su vez en sentimientos de respeto, afecto, etc., que pueden o no ser conscientes, y sentimientos eróticos inconscientes. Mas la transferencia se convierte en resistencia cuando su carga es netamente negativa (hostil, consciente o no) o cuando, siendo positiva, se transfieren impulsos eróticos reprimidos. El señalamiento de los fenómenos transferenciales orientando la conciencia sobre ellos no desliga del terapeuta más que esos dos últimos componentes del sentimiento; el otro componente positivo, conscientemente aceptable, "subsiste y constituye también, en el psicoanálisis como en los demás métodos terapéuticos, uno de los sustratos del éxito", pues su influencia motiva al paciente a cumplir su par-

te del acuerdo terapéutico, es decir, a hacer en la cura el trabajo psíquico que le llevará a mejorar su situación.

A continuación Freud anota que: "La transferencia negativa merecería una atención más detenida de la que podemos concederle dentro de los límites del presente trabajo. En las formas curables de psiconeurosis coexiste con la transferencia afectiva, apareciendo ambas dirigidas simultáneamente, en muchos casos, sobre la misma persona, situación para la cual ha hallado Bleuler el término de 'ambivalencia'. [...] Una tal ambivalencia sentimental parece ser normal hasta cierto grado, pero a partir de él constituye una característica especial de las personas neuróticas. [...] La ambivalencia de las directivas sentimentales nos explica mejor que nada la facultad de los neuróticos de poner sus transferencias al servicio de la resistencia". El desarrollo posterior de estas ideas condujo a una tipología de la transferencia que en líneas generales podría sintetizarse como predominio de la transferencia erotizada en la histeria, del oposicionismo pasivo –mezclado aún con elementos eróticos– en la neurosis obsesiva, y de la hostilidad en la paranoia, caso este último en el que "cesa toda posibilidad de influjo y de curación"; esta sentencia freudiana pudo contribuir a acrecentar el cierto pesimismo con que inicialmente el psicoanálisis descartó su indicación en el tratamiento de las psicosis, aunque es bien sabido que el propio Freud trató a algunos pacientes psicóticos y dirigió la actividad investigadora de sus discípulos en materia de psicosis, tal como ha demostrado V. Palomera en su reciente Tesis Doctoral *L'expérience psychoanalytique des psychoses à l'époque freudienne* (2002).

Finalmente, Freud juzga la interpretación de la neurosis de transferencia como un combate entre el neurótico y el analista, el cual "quiere obligarle a incluir tales impulsos afectivos en la marcha del tratamiento, subordinados a la observación reflexiva, y estimarlos según su valor psíquico. Esta lucha entre el médico y el paciente, entre el intelecto y la vida pulsional, entre el conocimiento y el querer 'actuar' (*agieren*), se desarrolla casi por entero en el terreno de los fenómenos de la transferencia. En este terreno ha de ser conseguida la victoria, cuya manifestación será la curación de la neurosis".

Ese mismo año, 1912, Freud explicita en "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" algunas reglas técnicas de las que se sirve en su propia práctica. Sugiere evitar tomar notas durante la sesión y limitarse a "acogerlo todo con una igual atención flotante". Ésa es la contrapartida necesaria de la regla fundamental impuesta al paciente, la cual consiste en no omitir nada y renunciar a toda censura y a toda selección; debe a su vez el médico abstenerse de seleccionar o retener algo en especial, dejándose sorprender –subraya Freud– por el material significativo cuando éste se presente, y confiar en su memoria inconsciente cuando tenga que realizar una interpretación. Según lo dicho hasta ahora, el analista

debe erradicar toda censura propia y hallarse en condiciones de utilizar cualquier parte del material anteriormente verbalizado por el paciente. "Si al realizar tal selección nos dejamos guiar por nuestras esperanzas, correremos el peligro de no descubrir jamás sino lo que ya sabemos, y si nos guiamos por nuestras tendencias, falsearemos seguramente la posible percepción. No debemos olvidar que en la mayoría de los análisis oímos del enfermo cosas cuya significación sólo *a posteriori* descubrimos."

En un terreno que podríamos llamar de control de la contratransferencia, propone como modelo de la actitud del analista "la conducta del cirujano, que impone silencio a todos sus afectos e incluso a su compasión humana y concentra todas sus energías psíquicas en su único fin: practicar la operación conforme a todas las reglas del arte", sirviéndose además de una cita de Ambroise Paré, "*Je le pansay, Dieu le guarist*" ("Yo le curé [le vendé, le apliqué el apósito a la herida], Dios le sanó"), aunque cabe preguntarse si tras esa frase no se esconde otra más rotunda de François Leuret, el gran teórico del "tratamiento moral": "Que os odien pero que se curen". Con el fin de adquirir tal control resultará inexcusable que el candidato a ejercer la técnica freudiana se someta a una "purificación psicoanalítica", como ya entonces sostenía la escuela de Zúrich, para adquirir de este modo un conocimiento sobre "aquellos complejos propios que pudieran perturbar su aprehensión del material suministrado por los analizados". La existencia de estas desviaciones no superadas mediante un análisis personal descalifica para ejercer el psicoanálisis, ya que, como decía W. Stekel, "a cada una de las represiones no vencidas en el médico corresponde un punto ciego en su percepción analítica". De manera que este artículo entroniza abiertamente la necesidad del análisis personal o "análisis didáctico".

Líneas adelante Freud pone en guardia contra el *furor sanandi*. Desaconseja que el médico haga confidencias al paciente ofreciéndose como modelo de conducta, para que así sea capaz de "sobrepasar los límites de su reducida personalidad [...]. Pero en la relación psicoanalítica suceden muchas cosas de un modo muy distinto a como sería de esperar según las premisas de la psicología de la conciencia. La experiencia no es nada favorable a semejante técnica afectiva. No es nada difícil advertir que con ella abandonamos el terreno psicoanalítico y nos aproximamos al tratamiento por sugestión [...] no vacilamos en declarar indeseable tal técnica. El médico debe permanecer impenetrable para el enfermo y no mostrar, como un espejo, más que aquello que le es mostrado". Quedan así sacralizadas las reglas técnicas referentes a la actitud neutral y abstinente del terapeuta, quizá más tarde tornadas demasiado rígidas por el "psicoanálisis del Yo". Freud también advierte de otra "peligrosa tentación", la de señalar nuevos fines a las tendencias ahora liberadas de la represión. Todo el asunto radicará en conocer y reco-

nocer las capacidades del analizado para la sublimación. "Como médicos debemos ser tolerantes con las flaquezas del enfermo y satisfacernos con haber devuelto a un individuo, *aunque no se trate de una personalidad sobresaliente*, una parte de su capacidad funcional y de goce".

Esta fase de la teorización sobre la técnica de la cura finaliza hacia el comienzo de la Primera Guerra Mundial, época en que Freud va conformando la teoría del narcisismo, la cual tendrá importantes consecuencias: en el terreno de la psicopatología psicoanalítica, la elaboración del concepto de narcisismo supondrá un gran avance en la comprensión de las psicosis (*vid.* Partes I y V), pero produjo asimismo relevantes desarrollos en cuanto a la doctrina de la cura. La implicación del narcisismo será además la característica fundamental de algunas defensas inaprehensibles en la dialéctica anterior de la transferencia, por lo que dará también lugar a la problemática de la "inanalizabilidad" y a la de la "reacción terapéutica negativa". En el artículo "Recordar, repetir y elaborar" (1914), tras trazar una remembranza histórica de las fases por las que había ido pasando la técnica desde los tiempos de la hipnosis catártica, Freud reconoce que la cura se ha tornado más compleja a medida que ha ido aumentando la experiencia clínica. Aunque sigue habiendo pacientes que presentan lagunas mnémicas fáciles de rellenar, otro grupo numeroso afirma que no tiene nada que decir pues no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, razón por la cual lo vive de nuevo. "No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, naturalmente, que lo hace". Muchos pacientes muestran desde el principio de la cura esa "compulsión de repetición", que no interviene sólo en la cura, en la transferencia, sino en su vida cotidiana. Se plantea pues la relación de la compulsión a la repetición con la transferencia y con la resistencia. Sobre este particular resalta Freud que la transferencia siempre ha sido considerada una repetición. Pero en los casos mencionados tal repetición parece impedir que afloren los recuerdos, constituyendo entonces la repetición un actuar. Cuanto mayor sea la resistencia, los actos sustituirán más a los recuerdos. La compulsión a la repetición queda por tanto identificada como una resistencia equivalente a un rechazo a recordar, resistencia por lo demás relacionada con la transferencia negativa.

Si la transferencia es positiva, débil y moderada, explica Freud, al principio todo sucederá como en la hipnosis ya que la compulsión a la repetición no impedirá la rememoración. Mas si posteriormente se torna hostil o muy intensa, el sujeto se defenderá mediante la represión y, consiguientemente, el recuerdo cederá terreno frente a la repetición. Todos los esfuerzos de la técnica analítica deben ir encaminados, evidentemente, a que esa actitud permita continuar la recuperación de recuerdos.

De ese modo, Freud llega a describir un auténtico combate en el seno de la transferencia, donde el trabajo de rememoración debe impedir que las impulsio-

nes se transformen en acciones. Naturalmente, la evitación de ciertos impulsos potencialmente perjudiciales para el paciente se hace posible cuando la transferencia da pie a algún tipo de alianza con el médico aprovechable terapéuticamente. El analista pediría entonces al paciente el compromiso "de no adoptar durante el curso del tratamiento ninguna resolución importante (elegir carrera o mujer, por ejemplo)". No se le impide empero la ejecución de propósitos poco trascendentales, pues "no olvidemos que sólo la propia y personal experiencia hace al hombre sabio", como indicaban los teóricos clásicos de la educación, tal que Goethe o Pestalozzi.

Todo el problema radica aquí en saber cómo mantener a raya la compulsión a la repetición y transformarla en un motivo más para recuperar recuerdos, esto es, tornarla inofensiva "reconociendo en cierto modo sus derechos y dejándola actuar libremente en un sector determinado", el de la transferencia, siempre que ésta no menoscabe las condiciones mínimas que hacen posible el tratamiento. Por regla general, piensa Freud, el manejo adecuado de la transferencia permitirá ir señalando las resistencias. Ha de contarse con que el analizado necesitará un cierto tiempo para admitir, elaborar y superar su actitud resistente manteniendo la regla fundamental de la asociación libre. A partir de ese momento, identificados los movimientos pulsionales que alimentan las resistencias, "conseguimos siempre dar a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación basada en la transferencia y sustituir su neurosis vulgar por una neurosis de transferencia, de la cual puede ser curado por la labor terapéutica. La transferencia crea así una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición desde la primera a la segunda". Según lo que acaba de apuntarse, el concepto de neurosis de transferencia presenta dos características: es "una enfermedad artificial", pero totalmente asequible al analista puesto que se desarrolla ante él; y es también "un trozo de vida real", actual y actuado pero transitorio, hecho posible por el especial campo psíquico delimitado por las reglas de la cura, en el que se pondrán de manifiesto, además, todos los conflictos reprimidos.

Entre 1915 y 1917 Freud redacta las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* en las que recopila entre otros temas los referentes a la técnica de la cura y sus posibilidades (especialmente desde la XIX, "Resistencia y represión", en adelante), no sin un optimismo quizá fruto de su deseo de legitimación profesional. Aun así, se trasluce un incipiente reconocimiento de serios obstáculos para el tratamiento psicoanalítico, "limitado tanto por la insuficiente movilidad de la libido, que no se deja fácilmente desligar de los objetos a los que se ha fijado, como por la rigidez del narcisismo, que no admite la transferencia de un objeto a otro sino hasta un cierto límite". En consecuencia, en el trascurso del período técni-

co que glosaremos a continuación, Freud revisará paulatinamente sus ideas anteriores sobre los dos tiempos obligados de la cura: neurosis de transferencia y análisis centrado sobre las resistencias. A partir de 1918 todo parece inclinarse hacia el análisis de las resistencias, tornándose más relativo el papel desempeñado por la transferencia. Esta polarización ocurre a raíz de la constatación en varios casos de un problema terapéutico de envergadura, el de la así llamada "reacción terapéutica negativa".

15.4. El análisis de las resistencias, la "reacción terapéutica negativa" y el análisis interminable

El último período de las indicaciones que Freud dejó escritas sobre técnica analítica aún conserva algunas características de fases anteriores, como la idea de que el análisis debe hacer triunfar a las fuerzas del intelecto sobre las pulsiones. En paralelo al giro teórico que dará lugar a la "segunda tópica", barruntado ya en *Más allá del principio del placer* (1920) y consolidado en su correlato *El Yo y el Ello* (1923), en el campo de la técnica lo más llamativo de esta etapa es que Freud se va viendo abocado a renunciar a la idea de que exista un final "natural" de la cura analítica. Tendrá además que afrontar el escollo de la "reacción terapéutica negativa", es decir, el hecho de que la interpretación y el manejo de la transferencia tienen sus límites, y esto incluso cuando el paciente no es un psicótico. En ese sentido, las tres lecturas más importantes de este período son "Las servidumbres del Yo" (capítulo V de *El Yo y el Ello*), "Análisis terminable e interminable" y "Construcciones en el análisis", estas dos últimas de 1937.

Bien sabía Freud desde 1910 ("Sobre el psicoanálisis 'silvestre'") que el problema de las neurosis no radicaba en que algo hubiese sido reprimido: "Hace ya mucho tiempo que se ha superado la idea, basada en una apariencia puramente superficial, de que el enfermo sufre a consecuencia de una especie de ignorancia" (*Unwissenheit*), y que si se remedia esa ignorancia dándole información recuperará de nuevo su salud. Sin embargo, observa, el factor patógeno no es la ignorancia en sí, sino las resistencias internas que han provocado ese no-saber y continúan manteniéndolo. La labor de la terapia es precisamente combatir estas resistencias, y para eso –como vimos anteriormente– debe basarse en dos principios: el primero, que el enfermo, preparado por el analista, haya llegado a aproximarse suficientemente a sus contenidos reprimidos concretos (no sólo a admitir intelectualmente que exista la represión); pero el principal es el segundo: utilizar la transferencia (*Übertragung*), su "adhesión", su intensa "relación afectiva" con el médico, y no una brusca información, necesariamente abstracta, que no hará

sino provocar un aumento de la sintomatología. Sin una a veces larga fase previa antes de iniciar la interpretación, la comunicación de esos "secretos" es técnicamente indeseable "y atrae al médico la cordial enemistad del enfermo, desvaneciendo toda posibilidad de influencia". Es pues una cuestión de tacto, de "buen pulso" por parte del clínico: tiene que haber algo en él y en sus recursos técnicos capaz de atraer al paciente hacia el reconocimiento de verdades que inicialmente le parecían inverosímiles, pero sobre las que con frecuencia termina reconociendo la sensación de haberlas sabido desde siempre. Tal asentimiento sería imposible sin una cierta cualidad positiva de la transferencia.

En sus elaboraciones posteriores Freud fue muy consciente del estrecho margen que distinguía al manejo correcto de la transferencia de la mera sugestión, dado que lo que se busca es el reconocimiento de una verdad reprimida en cuyos contenidos el analista no ha tenido nada que ver ya que precede al análisis. No obstante, tal reconocimiento sólo será posible mediante ese vínculo establecido entre los contenidos y la persona del terapeuta, pese a la total independencia existente en realidad entre ambos. La genialidad de la intuición freudiana consiste en haber comprendido que esa "condición afectiva" es una especie de condición absoluta para que se dé el deseo de saber, y que éste no se presentará de forma separada, es decir, nunca tal deseo es independiente de la relación transferencial. Si el médico no consigue hacer que se establezca, de modo que a través de ella el paciente vaya siendo capaz de reconocer el material reprimido, se dispara el riesgo de una recaída en el síntoma y la consiguiente agravación de la neurosis. Sin embargo, en 1910 Freud no perfila aún el concepto de "reacción terapéutica negativa".

El primer paciente cuyas reacciones de ese tipo fueron evidentes es, quizá, el Hombre de los Lobos, y resulta llamativo que sus reacciones terapéuticas negativas, descritas con tanto detalle, sean consideradas por Freud como parciales, aún no teñidas por la coloración trágica que caracterizará a su conceptualización a partir la segunda tópica. Igualmente reseña que este enfermo mostraba una tendencia a "reacciones negativas transitorias" cuando algún tema había sido aclarado de modo concluyente. Freud se contenta entonces con comparar tal reacción a la de esos niños que, habiendo sido castigados por algún motivo, repiten la acción una sola vez más, como deteniendo por propia voluntad su repetición futura y, por otro lado, desafiando la prohibición. Esta manera un tanto optimista de enfocar el asunto reduciéndolo al "espíritu de contradicción" –muy próximo a lo que Karl Abraham estaba desarrollando al relacionar las resistencias con la actividad autoerótica– se vería modificada al elaborar la segunda tópica, pero también fue desmentida por la evolución posterior del caso.

Freud se ve abocado a concebir la segunda tópica al comprobar que ciertos hechos permanecían sin tener una explicación satisfactoria. En las primeras pági-

nas de *Más allá del principio del placer* manifiesta la necesidad de cuestionar ese principio, juzgado hasta entonces predominante en la vida psíquica, basando su revisión en dos fenómenos que parecían contener algunas contradicciones: los sueños de contenido desagradable de las neurosis traumáticas, en los cuales no era posible encontrar un sentido oculto erotizado, y el juego de "*fort-da*" (literalmente, "fuera-aquí"), observado en su propio nieto, en el cual el niño representaba la ausencia de la madre, es decir, algo supuestamente displacentero. Revisa al hilo de estas consideraciones su teoría de las pulsiones, porque "los resultados hasta ahora obtenidos, que establecen una franca oposición entre las 'pulsiones del Yo' y las pulsiones sexuales, haciendo que las primeras tiendan a la muerte y las segundas a la conservación de la vida, no llegan a satisfacernos en muchos puntos". El recurso al narcisismo y al dualismo pulsional tampoco le complace: "Sospechamos que en el Yo actúan pulsiones diferentes de las pulsiones libidinosas de conservación, mas no podemos aportar prueba alguna que apoye nuestra hipótesis [...]. Se me pudiera preguntar si yo mismo estoy –y hasta qué punto– convencido de la viabilidad de estas hipótesis. Mi respuesta sería que ni abrigo una entera convicción de su certeza ni trato de inspirar a nadie. O mejor dicho: no sé hasta qué punto creo en ellas". El problema nuclear consistía en que el principio del placer parecía a veces hallarse al servicio de las pulsiones de muerte, punto en el que enlazaban también otras dificultades cuya solución no se le antojaba entonces posible.

Tres años después, cuando en *El Yo y el Ello* (1923) formula su segunda concepción de la estructura del "aparato psíquico" o segunda tópica, parece ir encontrando algunas respuestas. Si nos centramos en la teoría de la técnica, el estudio de algunos casos de reacciones terapéuticas negativas –en los que la elección subjetiva de un "más allá del principio del placer" se hacía aún más patente– se vio posibilitado al hacer intervenir el concepto de Superyó, la instancia moral que en unas ocasiones actúa como reguladora e integradora, pero en otras puede mostrarse como una instancia sádica y mortífera.

El Superyó, escribe Freud, "debe su especial situación en el Yo, o con respecto al Yo, a un factor que hemos de valorar desde dos diversos puntos de vista, por ser, en primer lugar, la primera identificación que hubo de ser llevada a efecto, siendo aún débil el Yo, y en segundo, el heredero del complejo de Edipo, y haber introducido así en el Yo los objetos más importantes. [...] Siendo accesible a todas las influencias ulteriores, conserva, sin embargo, durante toda la vida el carácter que le imprimió su génesis del complejo paterno, o sea, la capacidad de oponerse al Yo y dominarlo. Es el monumento conmemorativo de la primitiva debilidad y dependencia del Yo, y continúa aún dominándolo en su época de madurez". El Superyó es pues un "imperativo categórico" para el Yo, y esta calificación

kantiana se justifica porque de él deriva una obligación absoluta, "del mismo modo que el niño se hallaba sometido a sus padres y obligado a obedecerlos". El Superyó procede de los primeros investimientos de objeto del Ello; está profundamente enraizado en éste y, por esa razón, "más alejado que el Yo de la conciencia".

Sobre estas bases teoriza Freud la "reacción terapéutica negativa": "Hay personas que se conducen muy singularmente en el tratamiento psicoanalítico. Cuando les damos esperanzas y nos mostramos satisfechos de la marcha del tratamiento, se muestran descontentas y empeoran marcadamente. Al principio atribuimos este fenómeno a la rebeldía contra el médico y el deseo de testimoniarle su superioridad, pero luego llegamos a darle una interpretación más justa. Descubrimos, en efecto, que tales personas reaccionan en un sentido inverso a los progresos de la cura". En esas personas que parecen no soportar ser alentadas o ver aprobado su trabajo en la cura, Freud aprecia un factor suplementario no reductible simplemente al "espíritu de contradicción" propuesto por Abraham.

Se trata de algo que "se opone a la curación", pues dichos sujetos perciben la mejoría como un peligro: "predomina en ellos la necesidad de la enfermedad y no la voluntad de curación". El mayor obstáculo contra la curación es "más fuerte aún que la inaccesibilidad narcisista, la conducta negativa para con el médico y la adherencia a la enfermedad". De manera que parece tratarse ante todo de algo con características de no movilizable, no dialectizable, algo que va a imponer su ley al paciente y también al analista.

Es un "factor moral" lo que está en juego, estima Freud, un sentimiento de culpa que encuentra su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al sufrimiento que como castigo ésta le inflinge. Pero este sentimiento de culpa es mudo para el paciente. Él no se siente culpable, sino enfermo; su culpa sólo se manifiesta mediante esta resistencia a la curación. Mas resulta muy difícil convencer al enfermo de este motivo de la continuación de su enfermedad, "pues preferirá siempre atenerse a la explicación de que la cura analítica no es eficaz en su caso". En nota a pie de página Freud precisa que contra el sentimiento inconsciente de culpabilidad nada puede hacerse "directamente", esto es, por medio de la interpretación analítica, aquí inoperante por el carácter "primordial" del Superyó. Sin embargo, indirecta y paulatinamente se pueden descubrir sólo "sus fundamentos reprimidos inconscientes, con lo cual va transformándose poco a poco en sentimiento consciente de culpa". Hay más esperanzas de éxito cuando el sentimiento inconsciente de culpabilidad es el resultado de una identificación del sujeto con otra persona que haya sido objeto de investimento erótico: el sentimiento de culpabilidad corresponde entonces a un resto de la relación amorosa abandonada. "Sucede aquí algo análogo a lo que descubrimos en el proceso de la

melancolía" (*vid.* "Duelo y melancolía", 1915), es decir, una identificación patológica con un objeto perdido, un duelo patológico. Si llega a ser posible advertir un antiguo investimiento de objeto detrás del sentimiento inconsciente de la culpabilidad, la tarea terapéutica puede a veces ser resuelta con brillantez. De lo contrario, si ningún objeto viene a hacer de amortiguador interpuesto entre el sujeto y la culpa, el pronóstico es más bien sombrío.

Otro problema considerable lo constituye la intensidad del sentimiento de culpa, pues a menudo es imposible oponerle una fuerza semejante. Cabe afirmar que Freud está pensando en el papel asignado a la transferencia positiva, utilizable para permitir al paciente renunciar a una parte de sus deseos infantiles, precisamente aquella que le había hecho caer en el síntoma. En la reacción terapéutica negativa, esa transferencia favorable es incapaz de servir de contrapeso al sentimiento inconsciente de culpabilidad. El único contrapeso disponible es el Ideal del Yo, identificación positiva que en diversos momentos Freud contrapone al Superyó cruel y feroz. Pero la cuestión sería entonces si la persona del analista debe permitir que el paciente le ponga en el lugar de su Ideal del Yo. Está clara la reticencia de Freud ante esta salida, que probablemente le recordaba demasiado a las maniobras de la sugestión.

Aunque la lectura de algunos autores posfreudianos podría inducir a pensar que Freud consideraba muy rara la aparición de reacciones terapéuticas negativas, lo cierto es que en 1923 está prácticamente proponiendo su presencia generalizada. Así, en las siguientes líneas de *El Yo y el Ello* escribe: "Lo que antecede corresponde a los casos extremos; pero tiene efecto también probablemente, aunque en menor escala, en muchos casos graves de neurosis, quizá en todos". Posiblemente ese factor, así como el comportamiento del Ideal del Yo, es lo que determina de forma decisiva la gravedad de una afección neurótica, lo que podría tal vez llamarse su pronóstico.

Es preciso, insiste Freud, no confundir la reacción terapéutica negativa con el sentimiento de culpa normal y consciente, tensión entre el Yo y el Ideal del Yo, expresión de una reprobación del Yo emitida por su instancia crítica. Mas cuanto de temible tiene la reacción terapéutica negativa es precisamente que se trata de una culpabilidad inconsciente.

Algunos de sus lectores han creído que Freud parece considerar sólo dos tipos de alteraciones en las cuales el Ideal del Yo muestra "una particular severidad y hace al Yo objeto de sus iras, a veces extraordinariamente crueles": la neurosis obsesiva y la melancolía. Pero lo cierto es que en líneas inmediatas se ve obligado a añadir una mención a la culpabilidad histérica, subestimada en aquella época debido al obstáculo que para la elaboración freudiana suponía entonces la teorización del Superyó femenino.

Para Freud, ciertamente, "en ciertas formas de la neurosis obsesiva es extraordinariamente intenso el sentimiento de culpabilidad, sin que por parte del Yo exista nada que justifique tal sentimiento. El Yo del enfermo se rebela entonces contra la supuesta culpabilidad y pide auxilio al médico para rechazar dicho sentimiento". Tal rebelión se expresa mediante los mecanismos de defensa obsesivos: el contrainvestimiento, el aislamiento, la anulación, etc. El paciente dirige sus esfuerzos a negar al Superyó todo saber, es decir, a reivindicar su inocencia. Pero, como detalla Freud, "El Superyó ha sabido aquí del Ello inconsciente algo más que el Yo". Sobre este particular puede evocarse el caso del propio Theodor Reik (*La necesidad de reconocer: psicoanálisis del crimen y del castigo*) y la manera en que describe una alternancia entre las protestas de inocencia y los deseos de confesar (dando en cierto modo la razón al Superyó, tanto más inaccesible cuanto más se las ingenie el Yo para protestar contra él).

Por el contrario, en la melancolía, el Superyó se ha apoderado de la conciencia, el sujeto no formula ninguna protesta y se reconoce culpable; "el objeto sobre el cual recaen las iras del Superyó ha sido acogido en el Yo", desarrollando luego Freud su argumentación según el discurso de la pulsión de muerte.

Un caso visiblemente más sutil es el de la histeria. En ella, y según el mecanismo general, el Yo se defiende por medio de la represión contra la percepción penosa que le amenaza, pero aquí tal percepción es la crítica de su Superyó. Depende, pues, del Yo –es decir, de una maniobra del sujeto– el que el sentimiento de culpabilidad permanezca inconsciente. Esta vez se trata de una represión para defenderse del Superyó, explica Freud, y no a su servicio como es la norma. A diferencia de las formaciones reactivas de la neurosis obsesiva, en la histeria el Yo no quiere ni rozar el material al cual se refiere el sentimiento de culpabilidad, razón por la cual lo mantiene a distancia.

Esta ecuación fundamental entre la reacción terapéutica negativa y el Superyó se mantendrá como un punto esencial de la tesis freudiana. No sólo hay que reconocer el mérito de la descripción de la diferencia entre las posiciones de la obsesividad, la histeria y la melancolía. Ante todo hay que apreciar el señalamiento de una causalidad que no se sitúa, a decir verdad, ni del lado del paciente ni del lado del analista, sino más bien en una ectopia respecto a la cual lo más apreciable en Freud es quizá la limpieza con que ha expuesto los problemas terapéuticos que han justificado tal formulación. Es igualmente importante constatar que en su artículo de 1937 "Análisis terminable e interminable", en un momento en que ha hecho suya la teoría de los mecanismos de defensa propuesta por Anna Freud, él continúa reservando un lugar aparte a la reacción terapéutica negativa.

En efecto, la tesis central de Anna Freud, la de la congruencia entre el Yo y los mecanismos de defensa, implicaba en origen que cualquier tipo de resisten-

cia sería, en último análisis, atribuible al Yo. Sin embargo, Freud mantiene la diferencia entre resistencias y reacción terapéutica negativa. Afirma, en este sentido, que "los mecanismos defensivos dirigidos contra el peligro primitivo reaparecen en el tratamiento como resistencias contra la curación. De ahí resulta que el Yo considera la curación como un nuevo peligro". El mecanismo descrito entonces es el de la transferencia negativa, si bien reinterpretado en términos de modificación del Yo por las defensas, modificación que impide depositar la confianza del paciente en el analista. Por su parte, la reacción terapéutica negativa aparece como un punto límite de muy distinta naturaleza. "Aquí tratamos con las cosas últimas, de las que la investigación psicológica puede aprender algo: la conducta de las dos pulsiones primigenias, su distribución, su mezcla y su difusión –cosas de las que no se puede pensar que están confinadas a una simple provincia del aparato psíquico, el Ello, el Yo o el Superyó". Parte de la fuerza de la resistencia ha podido ser reconocida, como los sentimientos de culpabilidad y la necesidad de castigo, "y la hemos localizado en la relación del Yo con el Superyó". Pero ésta es la porción que se halla ligada al Superyó, y otras porciones de esta misma fuerza, ligadas o libres, pueden actuar en otros lugares, como ocurre en el masoquismo: "Si consideramos el cuadro completo constituido por los fenómenos del masoquismo, inmanente a tanta gente, la reacción terapéutica negativa y el sentimiento de culpabilidad encontrado en tantos neuróticos, no podremos ya adherirnos a la creencia de que los sucesos psíquicos se hallan gobernados exclusivamente por el deseo de placer". Como ocurrió con el tema de la bisexualidad, las investigaciones psicológicas, pensaba Freud en 1937, deberían enfocarse hacia las distintas clases de asociaciones que se establecen entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

Veremos que Lacan, tras hacer de la idea de autopunición el punto de partida de su discurso analítico en los años treinta, volverá a este tema sin cesar para finalmente designar en la noción de "discurso" la mejor manera de explicarlo, en un momento en que a dicha noción se le quiere dar un alcance tal que responda a la distinción freudiana entre pulsión de vida y pulsión de muerte.

El sentimiento de culpabilidad será también el lugar de entrada de la noción de "carácter" en la teoría psicoanalítica, y ello merced a los estudios de Freud sobre los "delincuentes por sentimiento de culpabilidad". Pero hay que observar que no lo usará, contentándose –tanto en "El problema económico del masoquismo" (1924) como en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926)– con catalogar la necesidad de sufrimiento como "resistencia del Superyó".

A partir de ahí florecerá el debate acerca de la técnica más apropiada para tratar la caracterología del masoquismo moral. Se inicia ésta con los trabajos de Karl Abraham y Wilhelm Reich, continuándose en las escuelas anglosajonas median-

te una serie de contribuciones basadas en una cierta concepción de la personalidad a la que se imputa la causalidad del fracaso de la cura, y que rechazan la preponderancia del Superyó como tercera instancia, ya que insisten en que toda resistencia es ante todo una forma particular de las defensas del Yo. Así se muestra el rechazo de Otto Fenichel ("Problems of psychoanalytic technique", 1941), oponiéndose a Theodor Reik, a dar protagonismo a la omnipresencia de la necesidad de castigo, opinando por el contrario que el temor al castigo es lo que origina la resistencia. En estos pacientes, según los autores mencionados, se trataría del miedo a cambiar su *statu quo.* Explicar la reacción terapéutica negativa mediante la teoría de las defensas del Yo ha sido una orientación muy frecuente en autores posteriores, por ejemplo Charles Brenner en su artículo sobre el carácter masoquista (1959).

En paralelo a la adscripción de un problema terapéutico mayor a un terreno "más allá del principio del placer", Freud amplía notablemente su concepción de las resistencias, como puede apreciarse en "Construcciones en el análisis" (1937): hasta entonces, la resistencia principal era la "resistencia de transferencia", heredera de la resistencia surgida de la represión; en su segunda tópica, añade las del actuar (*agieren*) y sobre todo las del Ello (resistencia a renunciar a satisfacciones pulsionales) y las del Superyó (culpabilidad inconsciente).

Respondiendo a los descubrimientos de la segunda tópica, muchos analistas habían propuesto nuevas estrategias para terminar la cura. Fue Ferenczi el más audaz, exponiendo en su informe al congreso de Innsbrück, "El problema del fin del análisis" (1927), que más allá de las reacciones del paciente habría que poder encontrar una fase de "ingenuidad paradisíaca primaria". Hallar ese estado mental originario en el paciente era para él fundamentalmente una cuestión de paciencia y sutileza en el trabajo que el analista debería ejercer sobre su contratransferencia. Freud, en "Análisis terminable e interminable", llegaría diez años después a un muy distinto resultado.

Subrayando que los tratamientos psicoanalíticos habían ido viendo aumentar su duración, Freud señala que eso tenía algo de inevitable; que las tentativas de enfocar el análisis sobre bases nuevas, como las propuestas por Rank con su "trauma del nacimiento", habían fracasado. Freud argumenta sobre todo en el marco del punto de vista económico, pensando que éste es importante al final de la cura: fundamentalmente, para un sujeto, llegar a conclusiones distintas de las que le imponía su inconsciente en el momento de la formación del síntoma es un resultado frágil, cuyo desenlace depende sobre todo del modo en que el Yo llegue a dominar las pulsiones y la culpabilidad inconsciente. Tal resultado sólo podría ser obtenido mediante una auténtica "domesticación" de las pulsiones, equilibrio inestable que puede ser alterado por acontecimientos vitales inespera-

dos. A la cuestión de qué tipo de final puede esperarse de un análisis va unida la de saber hasta qué "profundidad" se puede llegar, y en particular si hay métodos para que un conflicto no expresado en la transferencia pueda sin embargo ser descubierto. Mientras que Ferenczi ponía todas sus esperanzas en esa dirección, en especial con procedimientos como el análisis mutuo, en que el paciente se intercambiaba en un momento dado con el analista, Freud, por el contrario, consideraba perjudiciales tales procedimientos. Consecuente con sus dudas acerca de la terminación de un análisis y siempre sabedor de que la contratransferencia del analista podía afectar negativamente al desarrollo de la cura, en "Análisis terminable e interminable" recalcó que los psicoanalistas debían retomar su análisis didáctico periódicamente, señalando además dos topes máximos en las resistencias de todo tipo de analizante: el complejo de castración en los varones y su equivalente, la envidia del pene, en las mujeres.

En "Construcciones en el análisis", donde se establece una comparación entre el trabajo del analista y del arqueólogo, proponía dividir el proceso analítico en dos vertientes, a semejanza de cuanto plantea el dramaturgo vienés Nestroy en *Der Zerrissene* [*El andrajoso*]: "Solamente el curso posterior del análisis –escribe Freud– nos faculta para decidir si nuestras construcciones son correctas o inútiles. No pretendemos que una construcción sea más que una conjetura que espera examen, confirmación o rechazo. No pretendemos estar en lo cierto, no exigimos una aceptación por parte del paciente ni discutimos con él si en principio la niega. En resumen, nos comportamos como una figura familiar en una de las farsas de Nestroy: el criado que sólo tiene una respuesta en sus labios para toda pregunta u objeción: 'Todo se aclarará en el curso de los acontecimientos futuros'". Asimismo, la obra *Zu ebener Erde und erster Stock* [*En el bajo y en el principal*] (1835) del mismo dramaturgo, en la cual la escena está efectivamente dividida en dos plantas, parece haber influido a Freud a la hora de establecer estos comentarios técnicos. En lo tocante al analista, consideraba Freud que la interpretación dependía a fin de cuentas de la "construcción" que éste pudiera hacer sobre la secuencia de sucesos psíquicos inconscientes ocurridos a lo largo de la vida del paciente. Un ejemplo típico de las "construcciones" que nuestro autor comunicaba a sus pacientes –dado por él mismo en el mencionado artículo– sería: "Hasta que tenía usted *n* años, se consideraba usted como el único e ilimitado dueño de su madre; entonces llegó otro bebé y le trajo una gran desilusión. Su madre le abandonó por algún tiempo, y aun cuando reapareció, nunca se hallaba entregada exclusivamente a usted. Sus sentimientos hacia su madre se hicieron ambivalentes, su padre logró una nueva importancia para usted, etc.". En cuanto al paciente, la confirmación consciente no basta para asegurar el acierto de la construcción; algunas denegaciones, el nuevo curso que tomen la asociación de ideas

o las formaciones del inconsciente y las modificaciones en la expresión del síntoma permiten de modo más o menos directo establecer la comprobación de las hipótesis construidas por el analista.

Así pues, hemos resumido la trayectoria de las ideas de Freud acerca de la teoría de la cura dividiéndola en cuatro fases sucesivas. La primera está muy ligada a las técnicas hipnóticas, aunque poniendo el acento sobre la catarsis. La segunda se relaciona principalmente con el desciframiento de las formaciones del inconsciente, hasta tal punto que al final de *La interpretación de los sueños* Freud llegó a proponer unas presuntas "claves" que permitirían interpretar los contenidos oníricos reprimidos de un modo casi sistemático. La tercera fase cuestiona este punto de vista ante la constatación de que el inconsciente de cada sujeto tiene como rasgos particulares unas resistencias que le son específicas; insiste en esta fase sobre el papel crucial de la transferencia en el progreso del tratamiento y sostiene la hipótesis de que existiría una especie de punto final natural de la cura. Esta expectativa se ve decepcionada en la última fase, en la medida en que la pulsión de muerte dibuja un "más allá de la transferencia" cuyo riesgo es la reacción terapéutica negativa, según lo cual el posible final de la cura resulta cuestionado y quedará muy condicionado por el punto de vista "económico"; casi a modo de firma de su testamento técnico, Freud reivindica el concepto de "construcción" y lo distingue de la "interpretación", a sabiendas de que este último término se había impuesto para nombrar las intervenciones del analista. Así, la cita que cierra las *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*, "*Wo Es war, soll Ich werden*" ("Donde era Ello, ha de ser Yo"), está dotada en el texto freudiano de un sentido ambiguo y, de ese modo, se ha leído como una llamada a remplazar al Ello por la conciencia (lectura propia de la Psicología del Yo), pero también se ha interpretado como apelación a restituir la posición inconsciente del sujeto más allá de la ambigüedad pulsional de la satisfacción que procura el síntoma ("*Où ç'était dois-je advenir*", según Lacan).

16

LOS DIFERENTES PERÍODOS DE LA TEORÍA LACANIANA DE LA CURA ANALÍTICA

Hemos descrito en la Parte II las posiciones que después de Freud han ido adoptando las diferentes corrientes psicoanalíticas, posiciones éstas condicionadas por los escollos que el mismo Freud señaló. Así, la *Ego Psychology* intentó responder a los problemas planteados por las reacciones terapéuticas negativas promoviendo interpretaciones que insisten sobre el refuerzo obsesivo del Yo y especificando los casos de analizabilidad. Por el contrario, la corriente de las relaciones objetales y especialmente la kleiniana han venido insistiendo en la necesidad de analizar la relación objetal con los objetos internos, práctica que se pretende capaz de resolver casos difíciles, incluidos los psicóticos. Por su parte, la escuela de la introyección y la intersubjetividad (Kohut) considera que tales casos difíciles son el resultado de un sentimiento inconsciente de "rabia narcisista" (*narcisistic rage*, según Heinz Kohut) y no podrían resolverse de otro modo que poniendo en evidencia aquellos objetos que garanticen la existencia del *self*. También señalamos que la corriente lacaniana constituyó una interesante tentativa de utilización e integración de las tendencias mencionadas.

A continuación nos proponemos exponer los distintos períodos de la teoría elaborada por Jacques Lacan sobre la cura analítica, desarrollando para ello el siguiente esquema: primer período: la interpretación como revelación del complejo imaginario; segundo período: el análisis del inconsciente y la crítica del concepto de transferencia; tercer período: el deseo como interpretación; cuarto período: el sujeto supuesto saber y el objeto *a*; y quinto período: discurso analítico, anudamiento e intervenciones sobre el goce.

16.1. Primer período: la interpretación como revelación del complejo imaginario

En sus primeras descripciones sobre el proceso analítico ("Más allá del principio de realidad", 1936), Jacques Lacan se basa en el estadio del espejo, así como en los otros dos estadios que contempla en esa época (imago del destete, complejo de Edipo), para tratar de comprender la formación de síntomas, como ya expusimos en la Parte II. Por aquel entonces, movido ya por el deseo de establecer una revisión crítica de la doctrina freudiana, rebate Lacan a la vez la noción de pulsión, a la que encuentra demasiado biologicista, y la de inconsciente, la cual no le parece lo bastante dinámica y a la que quiere sustituir por su idea personal de "*méconnaissance*" ("desconocimiento"); mas conviene advertir que este término no es homólogo al de 'ignorancia': "El desconocimiento representa cierta organización de afirmaciones y negaciones a las que está apegado el sujeto. No podemos concebir el desconocimiento sin un conocimiento correlativo. Si el sujeto puede desconocer algo, tiene que saber de algún modo en torno a qué está operando esta función. Tras su desconocimiento tiene que haber cierto conocimiento de lo que tiene que desconocer", afirmó en *Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954). Es así como Lacan aprehende en términos de imagos el drama subjetivo del neurótico, tal como se va desarrollando paulatinamente al hilo de la cura. Cursa entonces el paciente una "solicitud" (*requête*), que se transforma en "alegato" (*plaidoirie*) y se completa mediante "llamamientos al testigo" (*appels au témoin*). Lacan insiste desde el primer momento en el carácter discursivo, de "narración pura", de lo comunicado por el paciente, el cual se manifiesta mediante expresiones que constituyen para el analista las imagos en cuyo drama el paciente se ha constituido como sujeto; esas imagos son proyectadas sobre el analista, "que reconoce la marca que imprimen en su persona [del analista]". Se despliega en tal caso la serie de imagos que han provocado en el analizante su pasión y su sentimiento de opresión sin que él se diese cuenta, serie que parece un "retrato de familia": "imagen del padre o la madre como adulto todopoderoso (S), imagen del hermano como niño rival, como reflejo de sí mismo o como compañero".

El desconocimiento (*méconnaissance*) del paciente ocurre en un doble registro: el paciente es buen sabedor de que sus conductas son repetitivas, tiene una cierta aprehensión de la imago, pero desconoce la explicación de tales repeticiones; además, "desconoce la importancia de esta imagen cuando evoca el recuerdo que representa". Se trata pues de un conocimiento afectado de desconocimiento narcisista.

Teniendo esto en cuenta, el acto del analista deberá consistir en procurar una unificación de las diferentes facetas difractadas de esta imagen: "el analista actúa

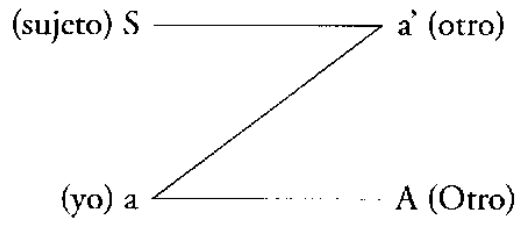
de modo que el sujeto tome conciencia de la unidad de la imagen que se refracta en él con efectos dispares, según que él mismo la represente, la encarne o la conozca". Lacan considera que el analista tiene que proceder según dos registros: primero, "la elucidación intelectual mediante la interpretación", que en esa época es concebida como una explicación muy próxima a la "construcción" freudiana; en segundo lugar, "la actuación afectiva mediante la transferencia", estando este segundo aspecto en relación con la potencialidad de "realización" o "irrealización" propias de la imagen narcisista. Mas ya en ese período insiste Lacan sobre la cuestión de la temporalidad que debe regir esos dos momentos de actuación del analista, considerando que hay que tener muy en cuenta las "reacciones del sujeto" y su ritmo personal. En el estadio del espejo define la temporalidad como oscilante entre la vivencia de insuficiencia y la de anticipación, pero se contenta en "Más allá del principio de realidad" con hablar de "tacto" y con considerar que las intervenciones del analista deben ajustarse al ritmo de tales reacciones. Veamos ahora, mediante una cita del mencionado artículo, cómo resume brevemente el desarrollo del proceso: "A medida que el sujeto prosigue la experiencia y el proceso vivido en que se reconstituye la imagen, la conducta deja de remedar a la sugestión, los recuerdos retoman su densidad real y el analista ve llegar el fin de su poder, vuelto inútil desde entonces por el final de los síntomas y el remate (estructuración) de la personalidad". Se aprecia aquí que para él la reconstitución (reconstrucción) de las imagos es la condición que permite al paciente salir del estado de "sugestión" en que le mantenía su neurosis, lo cual facilitará una verdadera liquidación de la transferencia en la medida en que ésta consiste esencialmente en la proyección de las imagos. El resultado sería la supresión de los síntomas y, cosa sorprendente si pensamos en posteriores tesis de Lacan, "el remate de la personalidad".

16.2. Segundo período: el análisis del inconsciente y la crítica del concepto de transferencia

En los tiempos de su "retorno a Freud", de los cuales un momento particularmente importante es el famoso Discurso de Roma ("Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", 1953), Lacan ya había modificado considerablemente su posición respecto a los decenios precedentes. Se ayudaba entonces intensamente con el modelo estructuralista tomado por Lévi-Strauss del círculo lingüístico de Praga, y también con los modelos cibernéticos. Para ese Lacan el síntoma estaría determinado por una ruptura de las reglas de intercambio entre generaciones, asunto que toma de las "estructuras elementales de parentesco" de Lévi-Strauss. "La ley primordial –resume Lacan– es pues la que regla-

mentando la alianza superpone el reino de la cultura al reino de la naturaleza, entregado a la ley del acoplamiento". Dicha ley, afirma, es idéntica a un orden de lenguaje, "pues sin las nominaciones de parentesco ningún poder está en condiciones de instituir el orden de preferencias y los tabúes que anudan y entretejen el hilo de los linajes a través de las generaciones"; la alianza "está presidida por un orden preferencial, del cual la ley que implican los nombres de parentesco es como un lenguaje para el grupo: imperativo en sus formas pero inconsciente en su estructura. Pues bien, en esa estructura, cuyos aciertos y cuyos fallos reglamentan los intercambios particulares y generales que observa el etnólogo, el teórico, sorprendido, halla toda la lógica de la combinatoria: así, las leyes del número, es decir, del símbolo más depurado, muestran ser inmanentes al simbolismo original". De esto se deduce que quizá "sólo nuestro desconocimiento de su permanencia es lo que nos hace creer en la libertad de elección en las llamadas estructuras complejas de alianza bajo cuya ley vivimos". Lacan recuerda entonces los estragos que puede provocar una filiación falsificada cuando las coerciones del entorno se dedican a sostener la falsedad. Incluso sin ir tan lejos, la propia situación de Freud, "hijo tardío de un segundo matrimonio, cuya joven madre tenía la misma edad que el hermanastro mayor", pudo –observa Lacan– verse influida por cosas semejantes. A tenor de cuanto se acaba de apuntar, el síntoma central del Hombre de las Ratas, esto es, la obsesión con esos roedores, debería explicarse por la deuda simbólica que le transmitió su padre.

A partir de tales consideraciones, al contrario de lo que reseñamos en la fase anterior de las elaboraciones lacanianas acerca de la cura analítica, el inconsciente resulta rehabilitado en la medida en que es definido como una ruptura de los intercambios simbólicos que retorna sobre el paciente: la interpretación debe centrarse sobre el inconsciente, y debe hacerlo mediante la sorpresa que permite la técnica de las sesiones cortas. El esquema utilizado por Lacan en esa época es pues el siguiente (esquema L simplificado):



De este modo, según Lacan la interpretación debe hacerse a partir de lo que él llama la intersubjetividad (simbólica), es decir, la relación entre S y A. El con-

cepto de transferencia, caracterizada como la relación entre el yo y el otro, permanece en esta época muy desvalorizado, en la medida en que es concebida como algo viciado por lo imaginario. Sorprende que en esos años Lacan meta en el mismo saco transferencia y contratransferencia: temía que insistiendo demasiado en la transferencia el analista se quedase pegado de hecho a su propia contratransferencia, es decir, a la suma de sus prejuicios.

Esta posición, por chocante que resulte, la formula con toda claridad en "Intervención sobre la transferencia" (1951). Por un lado, el analista debe situarse en lo que Lacan llama la dimensión del "diálogo" intersubjetivo, que es enteramente simbólica y dialéctica. El proceso de la cura debe enfocarse en tanto que regido por la aparición de significantes cruciales, y "su curso debe proseguirse según las leyes de una gravitación que le es propia y que se llama la verdad, en un movimiento ideal". El psicoanálisis es pues concebido como una experiencia dialéctica, "y esta noción debe prevalecer cuando se plantea la cuestión de la naturaleza de la transferencia". Por estas razones, en el "caso Dora" la cura es narrada en forma de "inversiones dialécticas", esto es, de "una escansión de las estructuras en que se transmuta para el sujeto la verdad, y que no sólo influyen en su comprensión de las cosas, sino que afectan a su misma posición en cuanto sujeto [...]".

La transferencia se designa aquí como "el obstáculo contra el que se ha estrellado el análisis". En efecto, su consideración en términos de dialéctica es lo que debería permitir llevar a cabo la transferencia, incluida la transferencia negativa (entendida como "momento de pura dialéctica"). A modo de clarificación de lo precedente, recordemos los distintos momentos del tratamiento de Dora:

- Primera inversión dialéctica y primer desarrollo de la verdad: Freud rechaza la presentación que Dora hace de su situación. Según ella, es una víctima inocente, pero Freud no se deja atrapar por tal juego, comparable al de la "bella alma" hegeliana, y le comunica que ella misma ha tenido mucho que ver en los enredos conyugales entre el matrimonio K. y su padre, esto es, esa "realidad" de la que se queja.
- Segundo desarrollo de la verdad: Dora no sólo ha guardado silencio, sino que también ha sido cómplice. Mediante su protección vigilante ha permitido que se mantuviese el engaño. Está incluida en una sutil cadena de regalos simbólicos entre los participantes y se ha identificado a su padre a través de su impotencia/fortuna (en alemán, *Vermögen* tiene ambos significados). De ahí la pregunta: ¿cómo, en esas condiciones, han podido surgir los celos que posteriormente manifestará?

- Segunda inversión dialéctica: el motivo de los celos no tiene que ver con el presunto objeto amado; este último sirve para camuflar el interés de Dora por la mujer rival.
- Tercer desarrollo de la verdad: aparece entonces la fascinación de Dora por la Sra. K., las confidencias que de ella recibe, el hecho de que ambas actúen como embajadoras mutuas de sus deseos ante el padre de Dora.

Y es aquí precisamente donde surge una pregunta: si esta mujer es la causa de la desposesión que Dora tan amargamente experimenta, ¿por qué no le reprocha haberla acusado de intriga y perversidad? ¿Por qué esta lealtad heroica? Mas en lugar de acceder a un "tercer vuelco dialéctico", Freud no consigue captar la clave simbólica de la situación. Cree en efecto que la fijación pulsional oral de Dora depende de una fijación a su padre, representado en la situación del momento por el Sr. K., e intenta convencerla de eso. Pero de hecho, apunta Lacan, en la imagen más antigua que Dora recuerda aparece ella misma chupándose el pulgar izquierdo mientras con la mano derecha tira de las orejas a su hermano. Para Lacan, de un lado hay que separar la posición imaginaria respecto al hermano, continuada respecto al Sr. K., y de otro la relación oral primitiva, simbólica, ligada a la relación con la otra mujer como objeto imposible. Al no haber advertido este punto –fundamental según Lacan–, Freud se deja identificar con la serie de personajes masculinos y provoca finalmente la interrupción de la cura. En la lectura realizada por Lacan, "la transferencia no obedece en el sujeto a motivos reales, sino que es la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes con que constituye sus objetos", frase que retoma casi textualmente un párrafo de Freud, contenido en *Más allá del principio del placer*: "Todas estas dolorosas situaciones afectivas y todos estos sucesos indeseados son resucitados con gran habilidad y repetidos por los neuróticos en la transferencia. El enfermo tiende entonces a la interrupción de la cura, aún no terminada, y sabe crearse de nuevo la impresión de desprecio, obligando al médico a dirigirle duras palabras y a tratarle con frialdad; halla los objetos apropiados para sus celos y sustituye el ansiado niño de la época primitiva por el propósito o la promesa de un gran regalo, que en la mayoría de los casos llega a ser tan real como aquél". ¿Qué hacer, entonces, para interpretar la transferencia? Estima Lacan que se trata de rellenar mediante un señuelo el vacío de ese punto muerto que la transferencia constituye, y alude también en ese momento a "situarse en el lugar del muerto" del juego del *bridge*, es decir, el único lugar en que el jugador está dispensado de jugar. La verdadera interpretación deberá pues permitir evitar el dejarse pillar por la trampa de la transferencia, de modo que se relance el proceso simbólico conducente a una auténtica destitución subjetiva.

Lacan prosigue con una crítica similar dirigida a Ernst Kris, uno de los clásicos de la Psicología del Yo, a propósito de una interpretación que dispensó al "hombre de los sesos frescos". Nuestro autor, es cierto, le reprocha confrontar al paciente con una "realidad objetiva", pero también y sobre todo el no ver que el punto central del caso es una "relación oral primitivamente suprimida" de la cual depende la cadena simbólica que actúa en el inconsciente. Naturalmente, la forma de hacer evidente esta verdad última no puede conseguirse si no se hacen presentes los significantes reprimidos que delimitan su contorno; tal proceso, estima Lacan, se posibilitará mediante la escansión que permiten las sesiones cortas, detenidas precisamente en el momento en que dichos significantes aparecen. La lógica subyacente a esta maniobra quedó plasmada en el artículo de Lacan titulado "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada" (1945), según el cual el único tipo de conocimiento posible sobre los significantes reprimidos es el producido por una escansión en tres tiempos: el instante de la mirada, el tiempo para comprender y el momento de concluir.

En su estado natural, el sujeto saca conclusiones acerca de su propia identidad a partir de movimientos hechos por los demás, en una especie de precipitado colectivo que provoca efectos de certeza. Las escansiones de la sesión analítica son por el contrario lo único capaz de actuar a contrapelo de esos efectos de identificación forzada y de contrarrestar los efectos de significación que llegan a conformar el síntoma.

A lo largo de este período Lacan opone, como hemos visto, el "discurso verdadero" simbólico –tal como se expresa en las formaciones del inconsciente– y las resistencias transferenciales imaginarias, las cuales constituyen un "discurso vacío" mediante el cual el yo intenta ignorar la verdad del inconsciente. A partir de eso, el proceso analítico es definido como lo que permite restaurar en el lugar de los "huecos" de la memoria o en el lugar de los síntomas un "discurso verdadero" asumible por el paciente. Está claro que el psicoanalista francés continúa aún, siguiendo a Freud, encarando el proceso analítico como una "construcción", la cual consistirá en el restablecimiento de los derechos de la intersubjetividad simbólica (idea ésta que no mantendrá en la fase siguiente).

16.3. Tercer período: el deseo como interpretación

Este nuevo período estará marcado por un novedoso estatuto del inconsciente, del que derivará una concepción inédita de la interpretación analítica y del final de la cura. Mientras que en la fase precedente las formaciones del inconsciente eran consideradas como el resultado de una ruptura del pacto simbólico de la palabra, a

partir de 1957 las manifestaciones del inconsciente serán apreciadas bajo dos formas, caracterizadas por sendas figuras retóricas destacadas por el lingüista Roman Jakobson, la metáfora y la metonimia. Para Jakobson, la metáfora pone en juego el eje paradigmático (eje de las sustituciones): consiste en sustituir una palabra por otra que no tiene necesariamente una relación semántica con ella, de forma tal que se cree un efecto de significación (así actúa la represión). Por el contrario, la metonimia juega con el eje sintagmático (eje del encadenamiento de la serie de los significantes): se sustituye determinada palabra por otra que tiene con ella necesariamente vínculos de contigüidad ("vela" por "barco", por ejemplo). Según Lacan, la metáfora tiene la misma estructura que la represión (secundaria): "surge entre dos significantes cuando uno sustituye al otro tomando su lugar en la cadena significante", mientras que en la metonimia "el significante oculto permanece presente mediante su conexión metonímica con el resto de la cadena", escribió en "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud" (1957). Expuesto lo anterior, presentaremos ahora las consecuencias de tan notable diferencia, primero en lo que concierne a la estructura del inconsciente y después en lo tocante a la conducción de la cura.

En "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón después de Freud", el mecanismo de doble resorte de la metáfora es para Lacan "el mismo con que se determina el síntoma en sentido analítico". Por una parte, aparece "el significante enigmático del trauma sexual", después el término por el que queda sustituido en una cadena significante actual; entre los dos se cuela "un destello que fija en un síntoma la significación inaccesible para el sujeto consciente". Dicha consideración es escrita por Lacan con la siguiente fórmula de la que resulta la creación de significado (s) mediante la sustitución de un significante por otro (S'/S); tal efecto de significación suplementario está ligado al franqueamiento (+) de la barra del algoritmo de Saussure entre significante (S) y significado (s), es decir, que la función significante (f S) de la sustitución de un significante por otro es congruente ($\cong$) con el atravesamiento de la barra:

$$f\,(S'/S)\;S \cong S\;(+)\;s$$

Por el contrario, los enigmas del deseo caben todos ellos, según Lacan, en la fórmula de la metonimia, donde el deseo queda preso en el carril de la continuidad metonímica. La fórmula de la metonimia a continuación transcrita indica que la función del significante (f S) en la conexión de un significante con otro (S ... S') es congruente ($\cong$) con el mantenimiento de la barra (–) del algoritmo propuesto por Saussure, subrayando así la resistencia a la producción de un nuevo significado (s):

$$f\,(S \ldots S')\;S \cong S\;(-)\;s$$

El resultado de esta nueva concepción teórica del inconsciente supone que éste ya no es pensado como "fracaso" de una palabra verdadera, sino como un mecanismo estructural, inevitable. En efecto, ya en esta época utiliza Lacan el término "metáfora" para designar la "metáfora del Nombre-del-Padre", es decir, la "respuesta previa" que permite al neurótico instaurar la represión originaria. Según eso, el inconsciente no será simplemente el lugar de los significantes reprimidos a causa de una ruptura del pacto de la palabra, sino que es la misma inscripción del sujeto en el lenguaje lo que le ha dado su ser, hecho éste que instaura una nueva versión del *cogito* cartesiano. Si Descartes concluía sus meditaciones con "pienso, luego existo" [en francés: *"je pense, donc je suis"*], Lacan estima que Freud, por el contrario, nos invita a considerar que la inscripción en el lenguaje debe conducirnos a deducir, en una primera aproximación, una especie de antinomia entre el ser y el pensamiento presentificada por el inconsciente (donde el sujeto tiene espontáneamente la sensación de no existir) y las pulsiones (donde la sensación de existir es aparentemente exclusiva del pensamiento): "o bien no existo, o bien no pienso" [*"soit je ne suis pas, soit je ne pense pas"*]. Pero si se tienen en cuenta datos más precisos, como la localización del deseo en las formaciones del inconsciente y la articulación gramatical de las pulsiones, se llega más bien a otra formulación: "yo no estoy [soy], allí donde soy el juguete de mi pensamiento; pienso en lo que soy, allí donde no pienso pensar" [*"je ne suis pas, là où je suis le jouet de ma pensée; je pense à ce que je suis, là où je ne pense pas penser"*].

Sugiere Lacan que el análisis debe privilegiar al primer tipo de fenómenos (las formaciones del inconsciente), dado que son más susceptibles de ser movilizados por el deseo. De hecho, la interpretación se concentrará sobre la cuestión del deseo y la metonimia mucho más que sobre la metáfora, la cual es considerada como una respuesta previa poco modificable. Si esto es así, en la dirección de la cura deberá ponerse todo el énfasis sobre aquello que continuamente es convocado para confirmar el síntoma pero que además tiende, por su propia naturaleza, a rechazar cualquier respuesta previa: la metonimia y su contenido, el deseo. Este texto está pues centrado en un "abordaje" metonímico del síntoma.

A partir de eso, Lacan renuncia a su programa precedente de llevar al analizante a enunciar una "palabra plena". Un motivo fundamental radica en la diferencia que propone entre la demanda y el deseo, que recorta en muchos aspectos la diferencia entre metáfora y metonimia. Esto resulta particularmente visible en el artículo fundamental de este período, cuyo título es "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1958). Entre los "principios" que formula al final de este escrito, insiste en efecto en la idea de que la regla fundamental del psicoanálisis consiste en dejar al sujeto completamente libre para que se ejercite en la libre asociación, sin dirigirle "hacia la 'palabra plena' ni hacia el discurso coherente",

pero permitiéndole intentarlo, libertad que, precisamente, "es lo que peor tolera". El analista "pone entre paréntesis la demanda", la cual rehúsa satisfacer; el analizante se ve canalizado hacia "el reconocimiento de su deseo". Finalmente, Lacan opina que la resistencia a tal reconocimiento no se sustenta sobre otra cosa que en "la incompatibilidad del deseo con la palabra". Así pues, "hay que seguir al deseo literalmente", es decir, tender de forma asintótica a la ecuación paradójica deseo = interpretación. Observa Lacan a este respecto que si bien ninguna interpretación del analista puede "dar un nombre" al deseo, se tratará entonces de producir las escansiones mediante las cuales el deseo del sujeto le retorne desde el exterior de forma apropiada, a pesar de las negaciones con que lo recibirá.

Lacan da dos ejemplos. En "el sueño de la bella carnicera", tomado de *La interpretación de los sueños* de Freud, éste opina que la paciente "se satisface mediante el deseo de otro", según el mecanismo de identificación histérico (la paciente desea lo que desea otra mujer), pero su reflexión fundamental es que ese deseo se caracteriza por querer mantenerlo insatisfecho: lo cual se demuestra en la relación de la paciente con su marido, al que gasta bromas o hace rabiar cuando él pretende agradarla, de modo que mantiene su propio deseo insatisfecho. Dicho de otro modo, la esencia misma del deseo se define fundamentalmente por estar sostenido por algo que falta. En otro texto, Lacan insiste en la idea de que en el manejo de la transferencia histérica el analista se hallará necesariamente llevado a una "vacilación calculada", mediante la cual se mostrará como insuficiente, de modo que permita al deseo del paciente relativizar su sensación de impotencia; impotencia que de otro modo estaría garantizada por la presentificación de un Amo de apariencia inflexible: se trata de una manera particular de hacer aparecer la castración del Otro, la cual restituye al sujeto su propia responsabilidad.

En el segundo ejemplo clínico comentado en "La dirección de la cura y los principios de su poder", Lacan recuerda el caso de un paciente suyo, obsesivo, que debido a su estructura tiende a demostrar que su deseo es imposible. Nuestro autor explica cómo en el curso de la cura le hizo comprender el lugar que había tomado en "el juego de destrucción desplegado por uno de sus padres sobre el deseo del otro". A partir de ahí, el analizante adivina "la impotencia en que se encuentra para desear sin destruir al Otro, y por ello su propio deseo en tanto que es deseo del Otro". Para llegar a esto Lacan le mostró su habitual maniobra de proteger al Otro de la castración, consistente en ponerse en el lugar de ese Otro para interponer "juegos circenses" entre el yo y el pequeño otro. Llegado a este punto, durante una nueva escenificación de la imposibilidad de su deseo, el paciente se queja de un síntoma novedoso, la impotencia sexual, que proyecta también sobre el analista. Ha propuesto a su amante que se acueste con otro hombre; ella, que es histérica, entra entonces en escena fuera del marco analítico y le cuenta un

sueño en el que se ve provista de pene, pene con el que desea penetrar su propia vagina, que al mismo tiempo conserva. La exhibición por parte de esta histérica de un falo "en negativo" –pues al mismo tiempo que está presente también falta– provoca un restablecimiento instantáneo de la potencia sexual del paciente. Lacan considera que el sujeto ha puesto aquí en juego una especie de transferencia lateral en la cual prácticamente ha forzado a su amiga a decirle algo que le permita vencer la resistencia en la que permanecía atascado: se ve ahora forzado a reconocer la falta en el Otro, la castración en el Otro, y tiene que renunciar a taparla con su impotencia.

De este modo, la interpretación se entiende como lo que permite al deseo resurgir a pesar de la represión fundamental (metáfora) que se ha establecido en él, pese a las numerosas resistencias que lastran la elaboración: se trata de "preservar el lugar del deseo". A partir de todo esto, Lacan (que al principio del artículo había criticado el escrito de Glover sobre las "interpretaciones inexactas") considera que la interpretación debe ser indirecta.

16.4. Cuarto período: el sujeto supuesto saber y el objeto *a*

Este cuarto período está marcado por una clara acentuación de la importancia del objeto, hasta el punto de que en el seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964), por ejemplo, el inconsciente se caracterizará por sus posibilidades de apertura y cierre, permitidas por el objeto *a*, el objeto causa del deseo. Esta inflexión de Lacan es el resultado de un debate con los autores que intentaron rehabilitar el concepto de contratransferencia en los años cincuenta y sesenta, sobre todo con Annie Reich, Margaret Little y Lucia Tower. Mientras que al inicio de los cincuenta Lacan consideraba que la contratransferencia era un concepto inútil cuyo carácter impreciso repercutía negativamente sobre el estudio de la transferencia, al principio de los sesenta esta última recibió un sentido nuevo debido a la relevancia tomada por el deseo.

Lucia Tower y Margaret Little habían insistido en la idea de que la transferencia del paciente se establece sobre un objeto que está más allá de su relación dual con el analista; literalmente, el paciente estaría fascinado por un punto que el analista ignora y que concierne precisamente al deseo del analista. A propósito de dos pacientes que consideraba *borderline*, Lucia Tower mostró que la posición inconsciente de estas personas podía ser reconocida en función del modo como ella se sintiese o no "sexualmente dominada" por ellas, es decir, concernida en su deseo más allá de los sucesos reales que se desarrollaban durante las sesiones. Por su parte, Margaret Little estudió el caso de un paciente que repetía con

ella interminablemente recriminaciones dirigidas contra su propia madre, y reseñaba cómo la supresión inesperada de una sesión –la analista "olvidó" presentarse– tuvo un efecto de corte que transformó favorablemente el destino de la cura. A partir de ahí el lugar del analista ya no es el sitio vacío del "muerto" en el juego del *bridge*, sino un lugar definido por ciertas particularidades de su propio deseo, lo cual permite al analizante adquirir un nuevo reconocimiento del suyo.

Lacan expresa entonces, en su "Proposición del 9 de octubre 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela" (1967), una crítica de la noción de intersubjetividad que hasta entonces había ampliamente utilizado bajo la forma de la "intersubjetividad simbólica". Considera que el fenómeno de la transferencia, aunque sea capaz de utilizarlo en adelante de modo operativo, es incompatible con la noción de intersubjetividad ("la transferencia, por sí sola, es una objeción a la intersubjetividad"), y da tres razones:

1. En primer lugar, el estudio detallado del estadio del espejo lleva a pensar que "ningún sujeto puede ser supuesto por otro sujeto". En efecto, el vínculo entre el sujeto y el otro en el estadio del espejo es una relación de alienación y de rivalidad, en nada compatible con la noción de intersubjetividad tal como había sido desarrollada por Husserl (por ejemplo, en sus *Meditaciones cartesianas*: la identidad de cada sujeto pre-thético con cualquier otro sujeto, una vez realizada la reducción fenomenológica).
2. Si nos referimos, por otra parte, al *cogito* de R. Descartes, apreciamos que para este filósofo las relaciones de identidad entre los humanos sólo están garantizadas y permitidas por la verdad divina.
3. Más claras parecen estar las cosas aún para G. W. F. Hegel, quien afirma en su *Fenomenología del espíritu* (1807): "La autoconciencia es *en sí* y *para sí* en cuanto que y porque es *en sí* y *para sí* para otra autoconciencia; es decir, sólo es en cuanto se la reconoce"; la autoconciencia exige pues su propia duplicación, como sujeto y como objeto, y la metáfora hegeliana de la dialéctica del amo y del esclavo surge del hecho mismo de la imposibilidad de la coexistencia de esas conciencias; no puede haber más que una oscilación entre conciencias concurrentes, una alienando temporalmente a la otra, hasta que pueda producirse una transposición, y esto más aún cuando lo que está en juego es el sujeto del saber.

En lugar de la noción de intersubjetividad, Lacan impulsa ahora su concepto de "significante", influido a la vez por el *Curso de Lingüística General* (1922) de Ferdinand de Saussure –para quien un significante no tiene valor sino de modo diferencial, esto es, en relación con otro significante– y por el concepto de "sig-

no" propuesto por el filósofo norteamericano Charles S. Peirce, concepto sobre el que Lacan opera algunas modificaciones. Peirce consideraba que signo es lo que representa algo para alguien; por el contrario, Lacan opina que un significante representa a un sujeto para otro significante. Se trata aquí también de una idea recuperada de la *Física* de Aristóteles, idea según la cual el término "sujeto", *hypokeimenon* (*hypo*, "debajo", también denota "inferioridad", "ocultación" o "disminución"; *keimai*: "estar tumbado") designa la materia sometida –"sub-puesta"– a un proceso de transformación. La idea fundamental de Lacan es que el sujeto está esencialmente sometido a y creado por articulaciones significantes que operan en el inconsciente, las cuales son una tentativa de resolver la imposibilidad de la relación sexual: "el sujeto no supone nada, él es supuesto". Tras enfatizar que "el sujeto supuesto al saber es para nosotros el pivote desde el que se articula todo lo tocante a la transferencia", estima que la transferencia surge a partir del momento en que aparece un "sujeto supuesto saber", según dos versiones distintas pero complementarias, representadas mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{S \longrightarrow S_q}{s\,(S_1, S_2, \ldots S_n)}$$

Se muestra así, por una parte, el "significante de la transferencia" (S), que, en lo que respecta a la teoría, toma el relevo de la metáfora como constitutiva del síntoma. Este significante del *transfert* remite, "llama" a otro significante, al cual Lacan denomina "el significante cualquiera" (*signifiant quelconque*), bajo el que se encuentra colocado el analista. El término "significante cualquiera" (S_q) expresa la negativa de Lacan a la idea de que el analista tenga una parte "personal" en la transferencia inicial; se le llama por su nombre pero no se distingue por ningún saber particular, salvo una reputación o una posición social sin relación directa con el saber inconsciente al que está confrontado el paciente. Bien conocido es el hecho según el cual el paciente neurótico suele hacerle objeciones de entrada, mientras se pregunta cuál es realmente la competencia del analista y espera incluso que éste no llegue a ser identificado con el saber inconsciente, "intentando asegurarse de que el traje no le sienta bien al analista"; por el contrario, no es extraño que el psicótico le atribuya una omnipotencia sin límites.

Por otra parte, el saber que el analista supondrá al paciente sometiéndole a la regla fundamental implica una serie de significantes presentes en el inconsciente ($S_1, S_2, \ldots S_n$). El sujeto (el paciente) es designado como aquel que tiene relación con esa serie significante que hay que descubrir, y que se encuentra ordenada por el objeto, el cual no aparece representado en la fórmula. A su vez, el objeto se

define entonces como eso que viene a encuadrar, a justificar la consistencia de la serie significante que constituye el saber inconsciente.

De manera que lo importante es que los dos niveles no se relacionan entre sí: el "significante cualquiera" se refiere a la "dignidad social" del analista, a su lugar en la jerarquía, un tipo de "saber reconocido" que no guarda relación directa con el "saber sexual" por el que está afectado el paciente en su síntoma. Esta desconexión es una consecuencia derivada del modo en que Lacan se inspiró en las teorías relativas a la contratransferencia, insistiendo en que el paciente se dirige a un punto del deseo del analista, un punto que el paciente constituye como exterior al saber del analista. Según eso, ¿cuál debe ser el saber del analista, si los saberes normativizados y socialmente reconocidos son insuficientes para entendérselas con el saber inconsciente? Sugiere Lacan entonces que el papel del analista consistirá, manifestándose como "presencia", como "apariencia de objeto" (*semblant d'objet*), en cuestionar el saber sostenido por las convicciones conscientes del paciente y por ciertos aspectos de sus postulados inconscientes, para proponer, conforme vayan produciéndose sus intervenciones en tanto que objeto, un nuevo marco al saber inconsciente.

Estos desarrollos conllevan una concepción del objeto inspirada en la teoría clásica de la perspectiva pictórica. En ésta, el objeto pictórico, plasmación realizada mediante los recursos de la geometría proyectiva, es inseparable de las proporciones de la tela y en especial de la posición que vaya a ocupar el espectador. Todo esto condiciona la imagen representada en el cuadro, y la reducción calculada del tamaño de los objetos que contenga se hace en relación a un espacio infinito, algunos de cuyos puntos límite sí pueden describirse con precisión: línea de fuga, punto de fuga, etc. Lacan considera que el fantasma neurótico funciona como la teoría de la perspectiva en la creación perspectiva de un cuadro, que lleva a cabo una reducción del universo infinito a objetos limitados, e impone así al espectador el deseo del pintor, su mirada.

También hace referencia Lacan al modo como el matemático alemán Georg Cantor refutó la teoría clásica de la secuencia infinita de los números, según la cual ésta no podría ser totalizada en ningún caso, salvo en el entendimiento divino. Cantor proponía la existencia de varias clases de infinitos jerarquizados en escalas distintas. De modo parecido, se trataría de sustituir un saber inconsciente del síntoma que el paciente vive como "inevitable" por el desvelamiento del marco fantasmático del objeto que inconscientemente sustenta esa creencia, para así proponerle franquear el marco de ese fantasma. El final de la cura se describe en 1964 –en el Seminario XI, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*– como una máxima separación entre el objeto y los ideales que sustentan el saber inconsciente del síntoma.

A finales de los sesenta Lacan volverá sobre el modo en que el analista interviene respecto al saber inconsciente, desarrollando la noción de un nuevo "*cogito* freudiano" ya planteada en 1957 en el artículo "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud". Considera ahora que la división fundamental del ser humano pasa por la incompatibilidad entre el ser y el pensamiento. Como mostramos páginas atrás, en el transcurso de los seminarios *El acto psicoanalítico* (1967-1968) y *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970) opina que el ser humano está preso en un "o bien... o bien...", disyunción que escribe: "o bien no soy [existo], o bien no pienso", y también: "no soy [no existo], allí donde soy el juguete de mi pensamiento; pienso en lo que soy, allí donde creo no pensar". Se puede considerar que el terreno del "yo no soy [estoy, existo]" es el del inconsciente, mientras que el del "yo no pienso" es el del Ello, el de las pulsiones. La experiencia analítica demuestra que el síntoma está relacionado con estos dos niveles a la vez: el Ello está fundamentalmente ligado a un pensamiento que intenta ignorarse, el del fantasma, mientras que el inconsciente articula pensamientos de contenido sexual que exilian al sujeto de su ser; es así como en el sueño el sujeto se encuentra fragmentado en varios personajes que le parecen extraños. A partir de ahí Lacan considera que el efecto del acto analítico deberá tener dos formulaciones separadas: de un lado, en el nivel del inconsciente, deberá experimentar su incapacidad de pensar la relación sexual, y llegar a una cierta renuncia; en el ámbito de la pulsión, deberá llegar a la conclusión de que no es él el objeto fundamental del deseo materno.

16.5. Quinto período: discurso analítico, anudamiento e intervenciones sobre el goce

Incluimos en este último período los trabajos desarrollados por Lacan durante los años setenta. En un primer momento elabora la noción de discurso como lazo social (*lien social*) y examina el modo en que debe ser investigado el psicoanálisis entre las diferentes formaciones discursivas. Ciertamente, tal formulación puede entenderse como continuación de la teoría de la culpabilidad en tanto que contenido último del inconsciente, idea ésta ya explicada por Hesnard y Laforgue en un trabajo de 1931. Aquí Lacan sustituye la noción de culpabilidad por la de discurso como lazo social. Opina igualmente que en la historia de Occidente han existido fundamentalmente cuatro tipos de discursos que pueden sistematizarse a partir de lazos fundamentales entre el sujeto, la dotación mínima de dos significantes y el objeto causa del deseo, de modo que pueden situarse en cuatro lugares diferentes: la autoridad (o sus representaciones), el trabajo, el pro-

ducto y el efecto (paradójico) o verdad. Se inspiran estos cuatro lugares en el análisis de la plusvalía tal como fue concebido por el marxismo clásico, según el cual el empresario hace producir al trabajador una plusvalía, de la que le desposee (efecto de verdad). El primer discurso descrito es el discurso del Amo (*discours du maître*), que –conforme a la intuición de Hesnard y Laforgue– Lacan identifica al mismo inconsciente (el inconsciente reducido a la noción de culpabilidad) en tanto que trabaja para producir el síntoma, contra el cual se rebela. Sin embargo, el discurso del Amo no actúa a solas: se apoya desde hace mucho tiempo en el discurso universitario (*discours universitaire*), que coloca al saber en una posición de autoridad, para intentar producir al sujeto, y muy especialmente en el caso de la organización burocrática tan implantada en las sociedades modernas. A estos dos discursos se opone un tercero, el discurso de la histérica (*discours de l'hystérique*), que se exhibe a sí misma como dividida y plantea al Amo el reto de explicar su división, a la vez que ella produce un saber, pero permaneciendo fascinada por el objeto causa del deseo, en posición de verdad. El cuarto discurso es el analítico (*discours analytique*), el cual coloca en posición de *semblant* (habitualmente traducido al castellano por "semblante" y al inglés por "*semblance*") el objeto causa del deseo al que es identificado por el paciente; el sujeto dividido es invitado a ponerse a trabajar (regla fundamental de la libre asociación) para producir los significantes amos de la represión, mientras que el saber es situado en la incómoda posición de la verdad.

De este modo, en una cura analítica tipo, el sujeto, que ha podido tratar de adaptarse a tal o cual forma del discurso del Amo (por ejemplo, el discurso del éxito o el discurso religioso), pasará al discurso histérico, en el cual hace presente su síntoma como una división. El proceso analítico le lleva a evidenciar los significantes reprimidos, a un cuestionamiento del modo de saber que hasta entonces proporcionaba un armazón a su fantasma, y a la localización del objeto de su deseo.

Mas en los desarrollos de Jacques Lacan, tal como son articulados en el seminario *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970), el término *discours* dista mucho de referirse, como en Michel Foucault, simplemente a la crítica social, ya que se plantea como una tentativa de reescribir ese "más allá" del principio del placer, del que Freud habló en sus escritos de los años veinte.

La búsqueda del goce (*jouissance*) necesita de la compulsión de repetición, explica Lacan retomando los términos de Freud, y afirma que el goce "es propiamente lo que va contra la vida". En efecto, en *Más allá del principio del placer* "la repetición no es solamente una función de los ciclos que la vida conlleva, ciclos de necesidad y de satisfacción, sino de algo diferente, de un ciclo que trae consigo la desaparición de esa vida como tal, y que es el retorno a lo inanimado"; es exactamente ese "retorno a lo inanimado" lo que mejor definiría el goce en el sen-

tido de Lacan. De este modo, hay que entender el principio del placer como el principio de tensión mínima para que subsista la vida; o, dicho de otro modo, como una limitación respecto al goce.

Pero, por otra parte, Lacan no sitúa la vuelta a lo inanimado en la misma dimensión metafísica que proponía Freud (la oposición empedocleica *filía-neikós*, es decir, amor-discordia). Tampoco la remite a la dimensión de un masoquismo primario, prefiriendo considerar que aquí se trata de algo secundario, de una interpretación local del goce. Propone, por el contrario, situarla en un primer momento en relación a la temática del objeto perdido, y más tarde en referencia a la privación materna del falo, ambas entendidas como consecuencias de la imposibilidad de pensar la relación sexual en el inconsciente, tal como había señalado Freud. La referencia a la erótica irónica propuesta por Kierkegaard –desarrollada en la clase del 13 de mayo de 1970– resulta preciosa. La repetición ya no es entendida como un eterno retorno, sino como pérdida del goce, pues el fracaso es la única forma que tenemos de comprender el goce. Y Lacan se ve llevado a añadir a la concepción freudiana del automatismo de repetición la función del rasgo unario (*trait unaire*), introducido por Freud sólo a propósito de la identificación. Mas Lacan la generaliza, considerando que la repetición, y por lo tanto el goce que es inseparable de ella, se juega a través de significantes sin relación de connaturalidad con el mundo, que no aportan ningún conocimiento sobre él. Mediante estos significantes, el sujeto se encuentra "sujetado", en el sentido en que el *hipokeimenon* aristotélico (el sujeto) es según el Estagirita completamente distinto de la *ousia*, de todo lo que tenga una esencia. Esos significantes de la repetición articulan un saber puramente "formal", no empírico, que se encuentra introducido desde el principio para producir un sujeto.

Así pues, ese saber es, hablando con propiedad, "el medio del goce, en tanto que éste supera los límites impuestos bajo la forma de placer a las tensiones usuales de la vida". Tal consideración puede enlazarse con la reacción terapéutica negativa en tanto que decisión, en tanto que elección del ser respecto al desvelamiento del saber inconsciente. Y permite leer esa reacción como un rechazo a transvasar ese saber en un registro que no sea un cierto estatuto del goce. Este rechazo podría también relacionarse con el rechazo a poner por delante otro distinto estatuto del saber. Recordemos que el estatuto del saber que señalaba Freud en algunos textos consistía taxativamente en remplazar el inconsciente por el consciente. Ahora bien, si el saber es medio de goce, parece inevitable que negarle tal estatuto, aunque sea proponiendo sustituirlo por otros goces más autorizados, puede resultar intolerable para el sujeto.

Igualmente se puede releer de esta manera la desvalorización de la palabra respecto del discurso, propuesta por Lacan en el mismo seminario, retomando en

cierto modo una frase de Karl Abraham, según la cual algunos sujetos, cuando hablan, no hacen sino intentar dar un caparazón, una vestimenta a la estructura. Este apunte debe ser entendido básicamente como lo que del saber se da como medio del goce; así pues, no se puede abordar el final de la cura, como hacía Freud, desde el modelo de "lo *déjà vu*" ni desde el del "trauma" tipo escena primaria, que permitirían simplemente al sujeto remplazar el inconsciente por un "siempre lo he sabido", por algo que en cierto modo pudiera parecer una suerte de totalización del saber inconsciente, al estilo de la "reconstrucción". Sobradamente conocidos son los matices diferenciales propuestos por Freud en su artículo "Construcciones en el análisis" (1937) respecto a los conceptos técnicos "interpretación" y "construcción", y la especificidad de este último término para aquellas intervenciones del analista tendentes a proponer un nuevo sentido a una parte de la historia del sujeto. Cabe preguntarse al respecto si Lacan, en sus irónicos ataques contra "el final de la Historia" sugerido por Hegel, o al menos en la lectura que de él realizó Kojève, no estaría criticando también esa concepción "reconstructiva" de la historia del sujeto, concepción que presuntamente suprime la distancia entre "deseo infantil" y "deseo adulto".

De manera que todo el asunto consiste precisamente en que la promoción de tal fin de la cura conduce irremediablemente, como indica Freud, al tope de la *penisneid* (envidia del pene) y a la angustia de castración como límite no sobrepasable de la cura, señalado también en "Análisis terminable e interminable" como factor relevante en las reacciones terapéuticas negativas.

De hecho, aparece claramente en Freud una paradójica articulación entre dos modalidades inconmensurables del deseo humano. A propósito de la elaboración onírica o trabajo del sueño (*Traumarbeit*), Freud ya había enfatizado en *La interpretación de los sueños* (1900) la diferencia entre deseo infantil y deseo actual, motivo de la formación del sueño. Respecto al sueño de las joyas en el caso Dora, escribe que esas dos instancias tienen entre sí la misma relación que el capitalista y el empresario. El deseo infantil es aquí presentado como amo, como "acumulador de libido en virtud de la no-madurez infantil, la exclusión del goce", dice Lacan, según la curiosa regla de que el verdadero amo no goza. Mas el problema es que Freud pretende rebatir el deseo de Dora basándose en una fijación al padre sobre la que ella debería triunfar para entregarse a una satisfacción genital, en el mismo momento en que la joven ya manifiesta su relación con el padre idealizado y castrado y se vive a sí misma como sujeto tachado, en un "goce de ser privada", conduciendo todo ello a amenazas de suicidio.

Los argumentos desarrollados a lo largo del seminario *El reverso del psicoanálisis* sugieren que Freud cayó en cierto modo en la trampa de la teoría termodinámica, presente en la manifestación del discurso del Amo desde la Edad Moder-

na. A este respecto, Lacan opone dos momentos. Primero, el modo en que las relaciones conflictivas, de dependencia, entre el amo y el saber que en principio posee el esclavo han estado limitadas hasta el advenimiento de la ciencia moderna, impidiendo que el esclavo sea desprovisto totalmente de tal saber. Después, el modo en que a partir del siglo XIX se desarrolla la termodinámica en torno al principio de conservación de la energía, poniendo en cierta forma el saber a disposición del amo, llevándose a cabo la expoliación que Marx analizó.

Mas, señala Lacan, "la primacía dada a lo que está al inicio y al final", es decir, al principio de conservación de la energía, considera despreciable el saber en tanto que atributo del esclavo al favorecer una formalización en la cual "la energía es lo único que cuenta [seguramente juega aquí Lacan con la polisemia: lo único que se cuenta o contabiliza (*compte*), lo único que interesa], siempre se halla la forma de obtener el mismo total [balance]". De hecho, la teoría de la entropía –incluida la equivalencia propuesta en los años cincuenta entre entropía y saber– le venía como anillo al dedo a la doctrina freudiana (en la medida en que el saber "produce entropía" y que el aparato psíquico freudiano es una máquina que trabaja descargando energía), pero sólo será integrada bajo la forma de la reacción terapéutica negativa.

Opina Lacan que el análisis debe favorecer otro estatuto del saber que tenga en cuenta la división imborrable entre el amo y el esclavo señalada por Hegel, que considere asimismo que un significante no tiene valor salvo en relación a otro significante, y que también contemple el hecho de que la histérica se encuentra fuertemente encadenada a la castración paterna, en lo que esto pueda tener de estructural, esto es, en tanto que hecho de discurso. Como ya mostramos, en un seminario anterior Lacan había estimado que el saber inconsciente debería encontrar en la cura su destino final bajo una formulación doble: yo no soy ello (como límite del ser del sujeto), y yo no pienso la relación sexual (como límite del pensamiento).

En *El reverso del psicoanálisis* señalará Lacan que el saber al cual la histérica se consagra, aquel al que ella da consistencia, es un saber sobre la impotencia del amo, en el que Dora encuentra como solución la relación extática con la Otra mujer, relación que por supuesto se verá arruinada cuando su *partenaire* en ese juego, el señor K., le declare el no-valor que su esposa tiene para él. Por eso la alternativa que Lacan sugiere en este seminario juega con la división irreconciliable entre S_1 (el significante-amo) y S_2 (el saber), alternativa que en cierto modo es una respuesta a "Construcciones en el análisis" (1937). Freud consideraba que todo psicoanálisis se lleva a cabo en dos escenarios diferentes, con actores que representan los distintos personajes, hasta que ocurre un acuerdo razonable en torno a elementos finales de lo Real, clarificándose el embrollo ocasionado por

las formaciones del inconsciente. Lacan afirma lo contrario, entendiendo que si el analista se coloca en posición de semblante, de plus-de-gozar (*plus-de-jouir*), es decir, precisa, "de rehén", es al paciente a quien va a poner en posición de supuesto saber; de ahí que la verdad que se intenta obtener a partir de la producción de significantes amos se presentará de dos maneras: por un lado, un enunciado sin enunciación (la cita) y, por el otro, una enunciación sin enunciado (el enigma), sugiriendo así que la carga de la "reconstrucción" se halla ampliamente elidida a favor de centrarse en el tipo de posición que el sujeto adopta en lo Real de la enunciación.

Sin embargo, a partir de 1973, Lacan cuestiona el concepto de "discurso", el cual no permitía aprehender suficientemente los trastornos psicóticos –entendidos según dicho concepto como "*hors discours*" ("fuera de discurso") en el caso de la esquizofrenia y "*maître du discours*" ("amo del discurso") en la paranoia–, y opta por una nueva definición del inconsciente. Ya no le hace "discurso del Amo", sino que lo define mediante la "*bévue*" (metedura de pata, equivocación), casi como "debilidad mental", renovando aquí la inspiración freudiana contenida en *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905). Si hasta el momento venía empleando el término "*jouissance*" (goce) especialmente en referencia a la pulsión de muerte, Lacan propone ahora distinguir tres tipos de goce: el goce fálico, el goce del sentido y el goce del Otro, sirviéndose de este último como explicación de la pulsión de muerte. Mientras que el síntoma había sido estudiado anteriormente como provocado por la angustia resultante del goce fálico, Lacan explora más adelante la relación entre el goce del Otro y el síntoma. Recordemos que en *El reverso del psicoanálisis* había opinado que la pulsión de muerte tal como la describía Freud debía ser entendida en tanto que consecuencia de la inexistencia de la relación sexual. Posteriormente consideró que el goce del Otro no existe y que el síntoma es una solución a dicha inexistencia. A partir de entonces y en cuanto al síntoma, la concepción teórica del final de la cura se dividirá de una manera novedosa. Primeramente, una modificación: al final de la cura el síntoma será reducido a su "quintaesencia" (*épure*), a una forma mínima que Lacan escribe "sinthoma" ("*sinthome*") para diferenciarlo del síntoma inicial (*symptôme*). A continuación, se trata de llevar al paciente a apropiarse del síntoma, de tal modo que sea capaz de hacer valer sus efectos más personales sin ser víctima de él (lo que Lacan denomina al final de su enseñanza "identificación al sinthoma", que se opone punto por punto a la "resistencia caracterial" descrita por Freud a partir de 1916).

17

LA ENTREVISTA CLÍNICA Y LAS FIGURAS DEL OTRO Y LOS OTROS EN LAS NEUROSIS, EN LAS PSICOSIS Y EN LAS PERVERSIONES

Este repaso esquemático sobre la dirección de la cura según las perspectivas freudiana y lacaniana nos permite proponer una serie de recomendaciones acerca de su aplicación a la entrevista clínica. Ni que decir tiene que es ésta, por supuesto, muy distinta de las sesiones psicoanalíticas. Empero, cuanto ya expusimos sobre el manejo de la transferencia y sobre la interpretación merece ser recordado a efectos de llevar a cabo entrevistas clínicas y entrevistas preliminares.

Ambas pueden ser definidas como conversaciones entre un clínico y un paciente que tenga al menos una de las cuatro formas clínicas de presentación del síntoma: la clínica de la queja, la clínica del actuar y la angustia, la de la inhibición y la del carácter. Ya desde el momento en que empiezan a ser relatados los síntomas y dificultades que tiene el paciente, tales conversaciones pondrán irremisiblemente en juego algunos aspectos transferenciales; además, el clínico será casi inevitablemente invitado a intervenir para dar un consejo o una opinión sobre lo que el paciente le refiere. Sabido es que clásicamente en las entrevistas clínicas se recomendaba mantener una actitud "objetiva", "en espejo" –tal como promovía la técnica de Carl Rogers, por ejemplo–, favoreciendo la reformulación de lo dicho por el paciente y una detección o delimitación de los síntomas desprovista de una subjetividad que correría el riesgo de deformar su contenido. Efectivamente, estas advertencias están muy justificadas y la tradición psicoanalítica lacaniana recomienda la actitud de "secretario del alienado" que recoge de modo literal lo que dice el paciente. Sin embargo, esa "objetividad" no debe en modo alguno separarse del drama particular de cada sujeto sufriente. Cada paciente es susceptible de entender de modo muy distinto la misma observación objetiva, y ello en fun-

ción de su vivencia interior y de su propia fantasmática: ante una simple "reformulación" (por ejemplo, "Me dice usted que no ha tolerado bien tal o cual situación profesional"), el histérico podrá percibir que el clínico está sumido en una frialdad glacial, mientras que el sujeto obsesivo pensará que la observación del analista no es exacta, el fóbico escuchará una alusión hiriente a algún objeto fobógeno, el paranoico una señal de que el complot que teme se concretiza, etc., provocando cada una de esas "interpretaciones" un agravamiento del estado del paciente. Así pues, nos parece poco realista atenerse a esta actitud objetiva que toma sentidos tan distintos para cada paciente. Más bien será preciso que el clínico adapte sus intervenciones a la vivencia personal del sujeto que consulta. Otro tanto de lo mismo puede decirse respecto al silencio del clínico. Ciertamente, si en el curso de la cura tal silencio habrá de permitir al analizante desplegar sus asociaciones libres, en el marco de las entrevistas preliminares resulta por lo general poco deseable no intervenir; la entrevista debe más bien ser una conversación libre para permitir al paciente la mayor facilitación posible en la expresión de su problemática.

A este respecto Klerman, entre otros muchos, ha propuesto una técnica en la cual el clínico, ayudándose de un cuestionario, intenta modificar la relación del paciente con su entorno psicosocial. Esta técnica ha sido principalmente aplicada al tratamiento de las depresiones, procedimiento que ha permitido mostrar que todas tenían una fuerte correlación con las vivencias del paciente respecto a su entorno. La técnica en cuestión presenta efectivamente algunas ventajas, mas en la práctica nos parece insuficiente para responder a la diversidad de la demanda de los pacientes.

Grosso modo conviene considerar que la entrevista clínica debe permitir al menos dos efectos más o menos relacionados entre sí: un efecto que contribuya al diagnóstico y un efecto terapéutico. En lo que atañe a la contribución al diagnóstico, consiste ésta en intentar determinar la estructura clínica del paciente y situar su posición subjetiva entre las distintas posiciones características de su estructura. Respecto al efecto terapéutico, la intervención o "interpretación" del clínico consistirá bien en posibilitar al paciente comprometerse con un trabajo terapéutico de larga duración, o bien permitirle tomar distancia respecto a una elección subjetiva que le resulta perjudicial, favoreciendo a su vez la adopción de una posición aceptable para sí mismo. Cuando se trata de un psicoanálisis aplicado (eso que los teóricos de la IPA llaman "psicoterapia psicoanalítica"), el pago de las sesiones por el paciente será preferible al pago por un tercero (como un seguro libre o la Seguridad Social) por las siguientes razones. En primer lugar, permite la confidencialidad del tratamiento y garantiza que el analista no tendrá que informar a terceros sobre sucesos personales y avatares vitales del paciente. Por otra

parte, compromete al paciente a poner en juego de forma auténtica lo que ha determinado su propia existencia: en efecto, en el inconsciente el dinero es un equivalente general de todos los objetos pulsionales –y no sólo del objeto anal, como suele sostenerse–, a la manera del falo como objeto fundamental del don. Además, dar dinero, en cantidad razonable, simboliza igualmente en el neurótico la renuncia al lazo alienante con el falo materno y la asunción (aceptación) de su propio deseo.

Tras la recogida minuciosa de los datos sociológicos y familiares que particularizan la trayectoria existencial del paciente, así como las diversas presiones y tensiones que de ellos se deriven, resulta imprescindible determinar con precisión las peculiaridades de lo que para él constituye su síntoma. Y, ciertamente, manifestarlo movilizará de modo más o menos directo la transferencia del paciente; ya dijimos que a tal respecto el clínico debería atenerse a una determinada "ascesis" o "saber técnico" que le permita "acercarse" al paciente sin sentirse sin embargo afectivamente implicado. No se trata aquí simplemente de poner en guardia al clínico contra sus propios sentimientos inconscientes, la "contratransferencia" y los riesgos de paso al acto, sobre todo los de carácter sexual. Dicha "ascesis" debe permitirle disolver las resistencias que él mismo experimente al confrontarse a esa especie de saber inconsciente que la transferencia implica. Recuérdese sobre este particular cuanto señalamos páginas atrás sobre la transferencia, cuya definición más precisa era la aparición del "sujeto supuesto saber".

Así es que el clínico debe estar preparado para identificar las diferentes modalidades de la transferencia como atribución de saber, se dirija a él o no, pues sería erróneo considerar que en todos los casos el analista es para el paciente el único objeto de tal transferencia. En buena parte de las situaciones clínicas la transferencia puede adquirir varias facetas distintas, pudiendo por lo tanto dirigirse a diversos personajes. Del todo pertinente resulta considerar que en función de las estructuras clínicas se pueden diferenciar varios tipos de "figuras" o apariencias de la transferencia, a las que todo clínico se verá enfrentado, siendo posible que cada paciente presente siempre la misma o alterne sucesivamente algunas de ellas. En lo que sigue describiremos sus aspectos más destacados y nos limitaremos a indicar en qué dirección deben ir las intervenciones del clínico, las cuales precisan realizarse siempre con mucho tacto.

17.1. En las neurosis

En la neurosis histérica típica, el sujeto se presenta como dividido (S) y se dirige a un Amo a quien –sobre todo mediante la seducción– retará a que resuelva

tal división pero para hacerle fracasar repetidamente; por ejemplo, el sujeto histérico exige una serie de exploraciones médicas cada vez más sofisticadas, arguyendo dolores y molestias y negándose a comunicar su vivencia fantasmática, la cual podría proporcionar la clave de esas manifestaciones de apariencia somática. Mas puede asimismo aparecer bajo la forma de protección de un Otro puesto en posición de inferioridad (castrado), mientras que el propio sujeto se presenta como capaz de producir un saber irrebatible. Estas dos posibilidades se acentúan especialmente cuando los rasgos caracteriales son muy acusados. Un tercer tipo de relación con los demás, en especial en mujeres histéricas, es el manifestado mediante la relación casi de éxtasis con la otra mujer, muy idealizada, que va a encarnar el misterio de la feminidad. La transposición entre el primer tipo de posición y el segundo debe favorecerse en la mayor parte de los casos, aunque sólo sea para salir de una posición reivindicativa limítrofe con la reacción terapéutica negativa. Este tercer tipo de relación constituye una constante en los destinos histéricos, y habrá ocasión frecuentemente en las entrevistas clínicas para invitar al sujeto a considerar cómo diferenciarse al menos mínimamente, tanto si la relación en cuestión se establece directamente con la persona de la madre o con una amiga intensamente idealizada.

Respecto de la neurosis fóbica, el clínico puede ser presentado como el protector que debe preservar al sujeto de la castración, pero también como aquel mediante el cual puede aparecer el objeto fóbico, sobre todo en forma traumática.

En el caso de la neurosis obsesiva, puede aparecer el clínico como un rival respecto al que el paciente se presenta como una especie de crítico u examinador, o por el contrario como un amo del que el obsesivo espera la muerte, e incluso como un testigo garante de la imposibilidad de su deseo, pero también como el objeto femenino de un amor compulsivo e imposible, garantizador de la impotencia paterna. Los rasgos caracteriales están frecuentemente muy acentuados en los obsesivos (insistencia en los "defectos" de su entorno y minimización de sus síntomas personales). Incluso en los casos en que las entrevistas no vayan a ser muy frecuentes o numerosas, como podría ocurrir en un marco institucional, el especialista deberá a menudo insistir con delicadeza sobre el modo con que el sujeto pone en escena la imposibilidad de su deseo, de forma que aparezcan alternativas a su estrategia inconsciente.

17.2. En las psicosis

Varias son las "figuras" que pueden constatarse en los casos de psicosis. En lo tocante a la esquizofrenia, el sujeto puede negar al otro todo saber (lo que clási-

camente se llamaba, a nuestro entender de modo inexacto, "ausencia de transferencia en la esquizofrenia"), sea mostrándose activamente irónico respecto a sus interlocutores, sea elaborando un delirio de influencia o siendo presa de la discordancia. En el primer caso, por molesto que resulte, hay que tomarlo como un intento de mantener un lazo con el prójimo y hay que alentarlo a tales efectos. También se observan casos en que el sujeto aparece identificado de forma artificial a una "personalidad como si" (*as if* en autores anglosajones), cuyo papel representará de forma llamativa y frecuentemente sin más limitaciones que las circunstanciales. Lo que permite detectar este tipo de funcionamiento, sin ninguna duda, es el cambio continuo de identificación en función de las circunstancias, demostrándose así que el sujeto no tiene los límites que la fijeza de un fantasma fundamental daría a un neurótico o a un perverso. De ese modo, un paciente *as if* ejerció sucesivamente y con éxito los papeles de monje, prostituto homosexual, representante de comercio, educador, "sin techo" y funcionario, sin que ninguno de tales papeles supusiera para él algo diferente a una especie de travestismo. Esta última configuración a menudo es difícil de detectar al principio (con frecuencia se la confunde con una neurosis, histérica u obsesiva, o con una perversión), dado que el sujeto representa con gran eficacia un rol completamente artificial. Habría que valorar esta apariencia como una tentativa de estabilización.

Por lo que atañe a las psicosis paranoicas, el síntoma cardinal consiste en la imputación de un saber persecutorio (interpretación delirante) a un Otro que intenta gozar del sujeto; de ahí la peligrosidad que frecuentemente se les achaca. Esta vivencia puede haber sido disimulada durante mucho tiempo. Es obligado que el clínico demuestre al sujeto su ignorancia al respecto, de cara a desactivar lo más posible la construcción de un delirio susceptible de abocar a un paso al acto. También se observa otra posición en la que el otro –el terapeuta– es vivido como un testigo que debería prestar auxilio al sujeto contra la persecución de la que es víctima. Esta posición a veces es utilizable en el trabajo clínico, sobre todo para permitir al sujeto medidas de control de la situación o de sistematización de su delirio, lo cual puede tener un efecto pacificador, como informa J. C. Maleval en *Logique du délire* (1996). Sin embargo, creemos que la maniobra más apropiada consiste en facilitar al sujeto el descubrir a partir de qué fenómenos elementales ha llegado a edificar el delirio y en qué circunstancias exactas sobrevinieron tales fenómenos. Esto supone que el clínico se sitúe como un semejante del paciente, alguien que habría podido encontrarse en la misma situación. Por lo general esto permite al paciente una cierta crítica de su vivencia delirante, lo cual puede a su vez posibilitar que se enrole en un trabajo terapéutico duradero.

En lo que concierne a la psicosis maníaco-depresiva, se observan dos variedades, una respecto a la manía y otra referida a la melancolía. En la manía, la

jovialidad y la excitación muy a menudo no dejan al clínico otra alternativa que intentar limitar e introducir un cierto orden en el comportamiento del paciente. La relación terapéutica entre el paciente maníaco y el clínico que intenta establecer las coordenadas precisas de los síntomas es habitualmente muy difícil, ya que estos pacientes tienden a rechazar cualquier elemento que implique un límite para sus movimientos psíquicos e incluso físicos, de manera que el clínico se ve frecuentemente rechazado del mismo modo. Sin embargo, el terapeuta es a veces identificado con un objeto idealizado, lo cual podría ser aprovechado para un acercamiento terapéutico. Por regla general, la relación terapéutica no puede establecerse hasta que no se ha estabilizado el estado maníaco. La posibilidad de tratamiento depende de la capacidad del paciente de distanciarse respecto a los episodios maníacos, y por desgracia un importante número de estos trastornados vive tales episodios como momentos grandiosos o triunfales.

En el polo opuesto, se aprecian en la melancolía delirante varios tipos de relación con los semejantes, esto es, con el otro. En cierto número de casos el melancólico desmerecerá y esconderá sus vivencias, y más aún aquellos abundantes casos de melancolía que presentan antes y durante la descompensación síntomas de apariencia obsesiva. No obstante, hay situaciones en que el sujeto premelancólico vive una relación con su terapeuta mucho menos "neutra", provocando relaciones de tipo "masoquista" e incluso "persecutorio", exigiendo el paciente al clínico toda clase de consejos, incluso sobre los asuntos más íntimos, y atribuyéndole una humildad excesiva si no se los da. Se trata en general de una variante de la creación melancólica de un objeto de cuidados –en este caso a partir del terapeuta– que va a tener preocupado al paciente todo el tiempo, permitiéndole en la práctica justificar su existencia y luchar contra una vivencia de autoacusación. Cuando la vivencia melancólica no conoce límite, por el contrario, la relación con el otro se radicaliza: bien porque se relacione con seres reducidos a su valor persecutorio, con "diablos", bien porque incluya al otro en su propio destino de "maldito", "condenado", y el riesgo que sobreviene entonces es habitualmente que proponga un suicidio colectivo o que antes de suicidarse asesine a la persona amada.

17.3. En las perversiones

Como en las estructuras ya apuntadas anteriormente, también aquí la relación con el otro puede adoptar distintas formas. La más frecuentemente observada es la que se da entre el sujeto y el fetiche. Pero también su *partenaire* puede ser visto por el perverso como portador del fetiche o como fetiche él mismo; y

hasta el propio sujeto se puede identificar con el fetiche, como sucede en el travestismo. El fetiche a menudo está idealizado, si bien puede aparecer asimismo como castrado, desvalorizado, etc.

Procede el fetiche de la convicción del rechazo de la madre hacia el falo paterno, debiendo entonces el sujeto desempeñar esa función. Aun así, la relación con el fetiche puede tomar diferentes tonalidades.

En algunas ocasiones puede consistir en una auténtica vivencia de rivalidad, casi de perjuicio, correspondiente a menudo a lo que vulgarmente se ha llamado "perversidad" perversa: denuncias, maniobras agresivas, venganzas, retos, etc.

Hay ocasiones también, ciertamente, en que puede dar lugar a una vivencia depresiva de desvalorización ligada a la propia estructura del fetiche (que no es sino un "sucedáneo de falo", resultante del fracaso del padre respecto a la madre), como en la infancia de André Gide; o una inhibición que reaparece llamativamente cuando se producen rupturas amorosas.

Finalmente, con frecuencia es una especie de apuesta, la ganancia esperada por un deseo estético o "pedagógico": el sujeto busca activamente su "iniciación" en un saber definitivo (tal como se aprecia en la relación de Jean Genet con Jean-Paul Sartre) o bien se presenta como un "amo del saber sobre el goce". Y puede tener esto distintos modos de ponerse en práctica, que van desde lo estético o las actividades creativas muy valoradas, como la alta costura, hasta las conductas más prohibidas, como son la paidofilia y el sadomasoquismo no consentido.

Conviene retener, a modo de síntesis, que las intervenciones del clínico deberán tener en cuenta las diferentes posiciones posibles de los pacientes: si se dirigen hacia una modificación de la posición subjetiva, resulta imprescindible haber previsto el tipo de estabilización que puede esperarse. Aunque sería ilusorio pretender que desaparezca sin más una vivencia alucinatoria o una práctica perversa, sí es a menudo posible orientar al paciente hacia realizaciones psicóticas o perversas más aceptables para él mismo y los demás. De la misma manera, con frecuencia lo que el neurótico espera del clínico, más allá de demandar un "modelo" al que debería asemejarse, es que le comunique en qué punto debería encontrar un límite su alistamiento ciego en la demanda del Otro.

18

MODELOS DE INTERVENCIÓN PRÁCTICA

Tras exponer las indicaciones de la cura analítica, se desarrollan en este capítulo, el último de la Parte III, algunas maniobras técnicas destinadas especialmente a prevenir los siempre peligrosos pasos al acto, examinando igualmente los diversas modelos conceptuales que de ello se han venido ocupando. Dentro de este ámbito de la práctica cotidiana, nos detendremos de manera muy especial en las órdenes y los insultos alucinatorios, finalmente ilustrados mediante tres casos clínicos.

18.1. Indicaciones de la cura analítica

Tal como ya se apuntó anteriormente, las cuestiones relativas a las indicaciones posibles del psicoanálisis se plantearon desde bien temprano. Consideraba Sigmund Freud que los estados agudos, la mayoría de las psicosis, los trastornos que cursaban con gran debilitamiento, la edad avanzada y la deficiencia moral solían aconsejar la contraindicación. Mas a partir de los años cincuenta ciertos autores excluyeron también aquellos casos en que "la fuerza del Yo" era insuficiente o incluso aquellos otros en que los mecanismos obsesivos no estaban demasiado presentes, pues, según ellos, tales circunstancias podrían facilitar la reacción terapéutica negativa. Los teorizadores de los estados *borderline*, sobre todo Knight y Kernberg, propusieron modificar la técnica psicoanalítica clásica para aumentar el "sostén" (*support*) terapéutico y reforzar el marco de la sesión. Dos posiciones semejantes parecen cristalizar en el momento presente.

Por una parte, la posición desarrollada en el seno de la IPA, la cual trata de distinguir entre la "cura tipo" y otras "curas de inspiración analítica" (también llamadas "terapia de apoyo"), advirtiendo que en la primera las interpretaciones analíticas podrían tolerarse por estar dotado el Yo de suficiente fuerza, mientras que en las segundas habría que esforzarse sobre todo por "sostener" al paciente, independientemente de su propia motivación.

Frente a esta posición se erige la corriente lacaniana, la cual insiste especialmente en conferir importancia a la motivación del paciente. De manera que, por lo general, un sujeto puede emprender una cura analítica siempre y cuando esté suficientemente motivado para ello, siendo posibles entonces numerosas variaciones relativas a la estrategia y a la táctica terapéutica. De este modo, se recomienda especialmente evitar las interpretaciones dirigidas al significante en aquellos casos de pacientes psicóticos; además, en estos casos se preferirá que las sesiones se realicen cara a cara antes que en el diván. A grandes rasgos, el número de sesiones y su duración dependerá de cómo se manifieste la transferencia y de la posición en el fantasma; asimismo, el dispositivo será en general mucho más libre que en las técnicas propuestas por la IPA.

El objetivo de la cura también se conformará "a medida". De tal modo que en las psicosis y las perversiones se buscará sobre todo una estabilización del paciente antes que una puesta al día de la "realidad inconsciente". En las neurosis, como ya se ha señalado, se trata por el contrario de obtener tres clases de resultados: un "yo no pienso la relación sexual", un "yo no soy eso" respecto al deseo materno, y también una "identificación con el síntoma" individualizada.

En lo tocante a la organización del tratamiento se han defendido varios puntos de vista, de modo independiente a las corrientes psicoanalíticas propiamente dichas. Para algunos –enfoque principalmente adoptado por la corriente "ecléctica"– es por lo general aconsejable que haya varios terapeutas, uno a cargo de la medicación, otro de la psicoterapia, otro de la rehabilitación, etc. Para otros, es preferible que el mismo médico haga las prescripciones psicofarmacológicas y la psicoterapia analítica. En la práctica se comprueba que, aparte de la especificidad profesional (en Europa los psicólogos no están autorizados a prescribir medicamentos, mientras que en algunos estados de EE UU éstos pueden recetar algunos tranquilizantes), hay pacientes en los que el uso de psicotropos parece tener un efecto desfavorable en el proceso del psicoanálisis aplicado porque disminuye el desarrollo de las asociaciones y puede desencadenar a veces una reacción terapéutica negativa. No obstante, el caso opuesto se presenta en ocasiones en pacientes psicóticos, si bien no resulta pertinente establecer a este respecto generalizaciones.

18.2. Prevención del paso al acto

Suele acordarse actualmente de buen grado que los pasos al acto especialmente dañinos guardan relación con aquellos sujetos que presentan cierto tipo de patología. Tal es la conclusión que se desprende de muchos trabajos, entre los cuales el de Krakowski, Volavka y Brizer ("Psychopathology & Violence", 1988) resulta harto ilustrativo. Estos autores revisaron la literatura especializada aparecida desde los años treinta relativa a lo que se viene llamando "estados peligrosos" en personas que presentan trastornos psiquiátricos, comprobando que entre los casos más llamativos por su intensidad, sus graves consecuencias y/o su focalización sobre determinada persona, el primer lugar lo ocupan los pacientes esquizofrénicos o paranoicos; pero tal conclusión no quita importancia a los pasos al acto de los sujetos psicopáticos, maníacos o con ciertas lesiones cerebrales, si bien parece que la mayoría de las conductas agresivas ligadas a este segundo grupo de trastornos son más fácilmente detectables –e incluso previsibles– que las de los esquizofrénicos y los paranoicos. Por otra parte, se sabe que el modelo "epiléptico" de paso al acto (antes que por un delirio articulado, esta teoría sostenía que el paso al acto se producía como consecuencia de un ataque epiléptico), tal como sostuvo la escuela lombrosiana y alcanzó tanta influencia en otras, no sirve hoy día para explicar de modo inequívoco esas conductas.

Tal como se indica en el título de este apartado, trataremos aquí únicamente sobre la prevención del paso al acto de algunos sujetos, estén hospitalizados o atendidos de forma ambulatoria, y procederemos a ejemplificarla mediante tres casos clínicos, los cuales estimamos suficientemente arquetípicos de cara a mostrar las dificultades que se suscitan a menudo en la práctica, sabedores empero de que estos ejemplos no agotan tan arduo problema.

Mas conviene previamente delimitar de modo sucinto el asunto que nos ocupa, esto es, el de la clínica psicoanalítica del acto, al cual ya dedicamos unas páginas anteriormente. El acto es en ella definido como algo relacionado con elecciones subjetivas paradójicas en un marco que es el del fantasma, al que el analista trata de mantener dentro de lo que Freud llamaba "la arena de la transferencia" y que se denomina comúnmente "marco terapéutico". Ese marco del fantasma fue estudiado por Lacan en tanto que perteneciente a una lógica en la que "no hay o bien... o bien..." (expresión de Freud para describir una peculiaridad del sueño), encontrándose allí el sujeto confrontado a elecciones a menudo dramáticas (bien sean "forzadas" en los casos de paso al acto, o bien "imposibles" en los *actings out*). En referencia expresa a este espacio paradójico es como abordamos las eventuales actuaciones que nuestros pacientes puedan llevar a cabo, actuaciones cuya realización o repetición, en lo posible, es preciso evitar.

Además, una particularidad de nuestro procedimiento tiene que ver con su focalización sobre los fenómenos elementales que pueda presentar el paciente. A nuestro entender, tales fenómenos (humor delirante, perplejidad, intuiciones delirantes, alucinaciones, los cuatro tipos de discordancia descritos por Chaslin, etc.) están directamente relacionados con el modo de forclusión específico de cada paciente. Considerados una manifestación de un fracaso en la regulación que lo Simbólico ejerce sobre el goce, nos informan, pues, del modo en que una fractura del sentido ha convertido en no-simbolizable algo del ser del sujeto. Podría decirse, empleando términos heideggerianos, que ellos atestiguan antes que nada el fracaso del "dejar-ser" propio del ser-ahí de los pacientes psicóticos.

La tendencia al paso al acto, definida según las coordenadas lacanianas como una tentativa de salir de la escena, creemos puede explicarse por la intensidad del trastorno en el terreno simbólico. Y ello debido a que el delirio no proporciona necesariamente estabilización (en cierto número de casos, el delirio puede entenderse como un equivalente de *acting out*, ya que a pesar de todo se sitúa como este último en el registro del sentido). Sin embargo, en lugar del término "tendencia", nos parece más útil desde el punto de vista terapéutico el concepto de "elección subjetiva", insistiendo así en la implicación del sujeto en el acto, incluso aunque tal elección parezca forzada, paradójica, etc. El objetivo de esta conceptualización de la clínica del acto es llegar a situar las coordenadas del acto en función del marco del fantasma, y hacer asumir al sujeto en la medida de lo posible una posición diferente de cara a las aporías a las que se encuentra confrontado.

Otras orientaciones de cierto relieve en el estudio de los actos de repercusión médico-legal han sido la escuela criminológica de Berlín, la corriente clínica de la psicología social de J. Sélosse y la escuela de Pau. Bien conocido es el hecho de que la escuela de Berlín, en la que se alinearon Alexander y Staub, orientó sus esfuerzos hacia la modificación del marco jurídico-penal y, en materia terapéutica, se apoyó en el concepto de "no-realización del crimen" mediante la clarificación psicoanalítica del acto propuesta tanto al delincuente (psicoterapias en prisión) como a los distintos agentes sociales implicados; generosa teoría ésta que tuvo mucha influencia hasta hace poco, pero que rara vez logró obtener los medios necesarios para cumplir sus objetivos. Por su parte, la corriente clínica de la psicología social de J. Sélosse estudia la delincuencia basándose en concebir el *acting out* como una conducta de llamada o petición de ayuda dirigida hacia las diversas instancias sociales a lo largo del desarrollo del sujeto. Finalmente, la escuela de Pau define estricta e inequívocamente el paso al acto en términos de calificación jurídica y lo correlaciona con un tipo de personalidad.

Como puede apreciarse, la orientación lacaniana, aún esquemáticamente expuesta, se distingue completamente de otras formas de entender las actuacio-

nes de los pacientes, tanto porque su posición está asentada en un punto bastante previo a los modos de intervención (ya que parte de una teoría de las causas del acto y el actuar), pero sobre todo porque insiste en la importancia del marco del fantasma en cuyo seno se decide la elección paradójica del sujeto.

18.3. Sobre las órdenes y los insultos alucinatorios

Los problemas planteados por los pacientes que reciben órdenes alucinatorias han sido muy frecuentemente comentados en la literatura especializada, pero de una forma que se podría calificar de marginal. Esquirol (*Des maladie mentales considerées sous les rapports médical, higiénique et médico-légal*, 1838) las menciona en el grupo de las monomanías, pero las asemeja a las impulsiones, describiéndolas como un tipo limítrofe con las alucinaciones que el paciente tendría especiales dificultades para describir a su médico. Por supuesto, la concepción esquiroliana tuvo su eco en el antiguo artículo 64 del Código Penal francés, en el cual se menciona "una fuerza a la que [el individuo] no ha podido resistirse".

Las órdenes alucinatorias también fueron emparentadas con las impulsiones por Max Simon (*Crimes et délits dans la folie*, 1886), que estudia tres clases de impulsiones: una clase en la cual la impulsión puede ser dominada durante cierto tiempo, otra en que su realización se produce "sin planes de lucha" y cuya causa atribuye a la epilepsia, y una tercera categoría en la que la impulsión va "acompañada de una alucinación que la sustenta". De tal modo, "un lipemaníaco oye una voz que le manda saltar por la ventana [...] sentirá una fuerza que le empuja hacia ella y le tira desde allí". La alucinación se entiende aquí como una especie de añadido a la impulsión que, evidentemente, no facilita la lucha contra ésta.

Clásicamente las órdenes alucinadas han sido consideradas un factor de riesgo importante, porque suelen incitar al paso al acto. Tal era, por ejemplo, la opinión formulada por Noyes y Kolb (*Modern clinical psychiatry*, 1963) en un manual de psiquiatría clínica ampliamente utilizado en los años cincuenta. Como corolario, este síntoma ha sido muy frecuentemente empleado en el terreno médico-legal para argumentar la irresponsabilidad penal del sujeto, y eso pese a que por ser subjetivo e indemostrable puede ser falsamente aducido.

Acerca de la validez de la opinión clásica hemos asistido recientemente en varias revistas norteamericanas a un debate especialmente interesante, el cual brevemente se evoca a continuación. Goodwin, Alderson y Rosenthal, en un estudio de 1971 ("Clinical Significance of Command Hallucinations in Psychiatric Disorders: a Study of 117 Hallucinatory Patients"), resaltaron que las órdenes alucinatorias serían mucho más frecuentes de lo que se imagina pero tendrían a

la vez efectos menos dramáticos de lo que la opinión clásica pretendía. En una cohorte de 117 pacientes psiquiátricos, "tres declararon que unas voces les habían ordenado suicidarse; dos de ellos sufrían trastornos del humor y uno era alcohólico. Pero ninguno intentó suicidarse. No era infrecuente, sin embargo, que las voces intentasen influenciar a los pacientes de formas variadas (comer determinados alimentos, permanecer en silencio, etc.). Dieciocho esquizofrénicos permanecieron completamente en ese estado durante el estudio, así como trece pacientes con trastornos del humor y ocho alcohólicos. Por lo general, los enfermos hacían como si no hubiesen oído las órdenes o las sugerencias alucinatorias; ninguno había cometido actos destructivos ni antisociales a causa de ellas". A tenor de cuanto informa otro estudio intrahospitalario llevado a cabo por quienes atendían a los pacientes, un tercio de los que sufrían alucinaciones escucharon órdenes alucinatorias en los episodios que motivaron el ingreso; sin embargo, la inmensa mayoría de esos pacientes estaban bien lejos de pasar al acto. Goodwin y sus colaboradores consideraron que el paso al acto es infrecuente, al contrario que F. C. Depp ("Assaults in public hospitals", 1983), quien estima que las órdenes alucinatorias desencadenarían el paso al acto en un 15% de los casos.

En un estudio más numeroso llevado a cabo sobre 789 pacientes ingresados a lo largo de 1979 y 1980, Hellerstein y cols. ("The Clinical Significance of Command Hallucinations", 1987) hallaron 151 pacientes que presentaban alucinaciones; un 38,4% de ellos oía órdenes y, sin embargo, según los autores, estos pacientes no eran significativamente distintos de los que no las presentaban, en especial en cuanto a ideas de suicidio y agresividad.

Frente a esto, en un contexto médico-legal, los canadienses Rogers y cols. ("The clinical presentation of Command hallucinations in a Forensic Population", 1990) evaluaron el porcentaje de sujetos que habían realizado un paso al acto siguiendo una orden alucinatoria en un 5,8%. Tal cifra representaría el 43% de todos los alucinados observados en un contexto médico-legal. Los mencionados autores insisten en que las consecuencias de las órdenes alucinatorias son a menudo dramáticas, con riesgo de automutilación e incluso riesgo letal, lo cual ha conllevado el declararles "sujetos severamente incapacitados" (*severely impaired*) en la *Global Assessment Scale* realizada por R. L. Spitzer y J. Endicott en 1978. Estudiando la importancia de las órdenes alucinatorias en 65 pacientes (de ellos, 78,5% esquizofrénicos y 13,8% trastornos del humor) recibidos en un servicio encargado de la evaluación diagnóstica de individuos implicados en actos médico-legales, otros autores (A. R. Larkin, "The form and content of schizophrenic hallucinations", 1979; Lowe, "The phenomenology of hallucinations as an aid to differential diagnosis", 1973) subrayaban los siguientes puntos: muchos pacientes que terminaron por admitir que oían órdenes alucinatorias eran al principio

reticentes a hablar de ellas con los investigadores; y la mitad de ellos disimuló o no mencionó su síntoma al Equipo de Admisión. Los autores propusieron emplear un cierto número de ítems del Inventario para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia (SADS: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; Endicott y Spitzer, 1978) que podían ayudar a detectar la presencia de órdenes alucinatorias no comunicadas por el paciente. Cuatro ítems sencillos se mostraron discriminantes en la mitad de los casos: autorreproches, retraso psicomotor, despersonalización y disnea (con un margen de error del 2%, precisaban los autores). Además, las órdenes alucinatorias –que parecen estar a menudo asociadas a insultos– son en general muy mal toleradas por los pacientes y estarían ligadas, mientras que las alucinaciones de contenido menos amenazante son habitualmente mejor soportadas. El 80% de los pacientes que recibieron órdenes alucinatorias las obedeció al menos en alguna ocasión, y en esos casos el resultado fue especialmente dramático. Hay que recordar, sin embargo, que Rogers y cols. estudiaron una población vista en un ambiente médico-legal y que la cantidad de pacientes que obedecen las órdenes puede ser menor en otros colectivos. Con todo, la tesis de la peligrosidad potencial de esta clase de pacientes ha sido ampliamente confirmada y también lo ha sido la dificultad de estabilizarse en ese estado alucinatorio, dadas sus características.

En un trabajo de hace algunos años (F. Sauvagnat y A. Vaissermann, "Phénomènes élémentaires psychotiques et manoeuvre thérapeutique", 1991) estudiamos diversas maniobras terapéuticas posibles en pacientes con fenómenos elementales que podían confiarnos sin demasiada dificultad. En ciertos casos pudimos mostrar dos aspectos que facilitaron el abordaje terapéutico: por un lado, una perplejidad de fondo frente al fenómeno elemental psicótico; por el otro, la certeza de estar personalmente concernido por él. Además, consideramos que la entrevista debería conducirse de modo que se evidenciase una profunda ignorancia del clínico al respecto, de tal forma que no pudiese ser confundido con el "sujeto supuesto saber" al que sería directamente imputable la causalidad del fenómeno.

Es cierto que en relación con este dispositivo de base, la orden alucinatoria –lo mismo que, en cierto modo, el insulto alucinatorio– plantea un problema particular, porque tiende a unir la designación del sujeto y la certeza en cuanto a la calificación. Por tanto, la separación sobre la que insistimos entre contenido enigmático y designación cierta no parece operante en estos casos. Estas observaciones se apoyan en el especial estatuto gramatical de las órdenes alucinatorias y los insultos alucinatorios. A este respecto, Jean-Claude Milner (*De la syntaxe à l'interprétation*, 1978) ha mostrado que el insulto tiene un estatuto intermediario entre el *shifter* y el sustantivo, denominándolo por tal motivo "nom de qualité". Por ejemplo, en francés, es típico el empleo de la frase "espèce de..." (ver-

bigracia: *espèce d'imbécile*, esto es, ¡so imbécil!) para insultar a alguien, donde *espèce* funciona como un adjetivo (cambia de género dependiendo de la persona insultada; *espèce* parece ser aquí un equivalente lejano de "hijo de..."); en la lenguas germánicas el insulto está combinado con el pronombre de la segunda persona (*"You stupid!"*, *"Du Esel!"*, etc.). Según nuestra consideración, lo que ocurre con los pacientes psicóticos es que el insulto y la orden alucinatorios funcionan casi como una nominación, esto es, como solución de la forclusión del Nombre-del-Padre. Por esta razón resulta tan complicado para este tipo de pacientes sustraerse de un asentimiento cuando están confrontados a este tipo de alucinación.

Sin embargo, aunque la alucinación no pueda ser atenuada, pues designa claramente el ser mismo del sujeto, existe en algunos casos la posibilidad de atenuar la respuesta que el sujeto da a las voces complementando la alucinación. En tales ocasiones lo que se puede intentar organizar es algo semejante a la función del ideal según muestra la experiencia del psicótico doctor Paul Schreber, que le permitió separarse de los fenómenos alucinatorios en nombre de una ordenación del mundo que él, como jurista, debía restaurar. Y efectivamente, se aprecia en Schreber una protesta contra las frases interrumpidas alucinadas. Sin embargo, si nuestro profesor de psicosis no respondía a las voces, se sentía amenazado por Dios con dejarle caer (experiencia del *Liegenlassen*). Por lo demás, el caso muestra que hasta que el delirio no estuvo suficientemente elaborado (aparición de la metáfora delirante), las voces no se redujeron a un murmullo informe.

Así pues, hay en efecto un modo de explorar las posibilidades que el paciente tiene de separarse del mensaje alucinado. Nosotros solemos proponerle examinar con él el margen que pudiera tener para no responder a las voces. Para ejemplificar esta problemática clínica y mostrar ciertas estrategias terapéuticas, expondremos sucesivamente tres casos clínicos (Prof. Sauvagnat): el de un sujeto que oía órdenes alucinatorias, el de una esquizofrénica y el de un paciente que presentaba a la vez aspectos esquizofrénicos y paranoicos.

18.4. Ilustraciones clínicas

Caso 1: Se trata de un paciente que reingresa con mucha frecuencia a raíz de pasos al acto, sobre los cuales al principio no tiene nada que decir. Tras romper los parabrisas de algunos coches es entonces traído al hospital por su familia, lo cual él considera un merecido castigo. Atendimos a este paciente dos veces por semana en régimen ambulatorio, y a diario cuando ingresaba. Al principio estaba muy adherido a la alucinación: la consideraba ineluctable y creía que debía pagarla con las hospitalizaciones, como si fuesen condenas de quince días de cár-

cel. Hasta después de unos seis meses de terapia no admitió recibir órdenes alucinatorias.

Durante una sesión ambulatoria nos explicó que entre otras dos sesiones, estando ausente su madre, oyó una voz que le dijo que matase a su padre. "Entonces –nos dijo–, me ingresé", declaración que resultaba doblemente sorprendente porque en verdad no había ingresado. Al pedirle que explicase a qué se refería, contestó: "Sí, me quedé en mi cuarto cuatro días y mi padre hizo de enfermero". El padre se vio pues promovido a una curiosa función que permitió de hecho una separación respecto a lo que ordenaban las voces.

En otra ocasión se encontraba en un hotel de Bretaña y una voz le dijo que volviese a su casa. Eran las tres de la mañana pero obedeció inmediatamente, así es que se encaminó hacia la estación y cogió el tren. Refiere también que frecuenta los cafés, cosa rotundamente desaprobada por su familia, de religión judía ortodoxa, y lo hace asimismo movido por una orden alucinatoria. Se le pregunta entonces si está de acuerdo con lo que dicen las voces y contesta que no. "¿Por qué lo hace usted si no está de acuerdo?" A lo que responde: "Porque todo eso arma un gran jaleo en mi cabeza". Se le pregunta en ese momento si se arma menos jaleo en su cabeza cuando obedece a la voz, y contesta que no. "Así pues –concluye el terapeuta–, ¿por qué obedece usted a sus voces?"

En otra ocasión se presentó por la mañana en el hospital y nos contó que había oído una voz que decía: "¡Mata a tu padre y mata a tu madre!". Sin embargo, prefirió venir al hospital. Se había obtenido pues una cierta mutación de su posición respecto a las alucinaciones imperativas, que pudo ser confirmada después.

Parece que los pasos al acto esquizofrénicos pueden ser entendidos como consecuencia directa de la ausencia, para estos sujetos, de anudamiento entre lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real, según formulaba Jacques Lacan siguiendo en esto, a nuestro entender, ciertas observaciones de Chaslin sobre la discordancia. En este tipo de pacientes pueden describirse tres tipos de paso al acto.

En primer lugar, el paso al acto tipo "dejar caer", como sucede con las defenestraciones, manifestando así el sujeto que no ve nada que le impida dejar caer su cuerpo ya que nada le liga a las dimensiones real y simbólica.

En segundo lugar, los pasos al acto por identificación imaginaria inmediata, en los cuales el sujeto se siente arrastrado a adherirse directamente a una acción llevada a cabo en su presencia. Tal es lo que sucede con algunos comportamientos sexualmente promiscuos, agresivos, etc.

En tercer lugar, los pasos al acto tipo "acto inmotivado", según la expresión de Guiraud y Cailleux, en los cuales el sujeto intenta librarse de forma precipita-

da y tosca de un perseguidor (tentativa de separación de un objeto real), lo que Lacan denominó "crimen del Ello" (*crime du ça*).

Tales apreciaciones nos mueven a enfatizar hasta qué punto el Otro previo, como lugar de la ley, puede estar ausente o al menos ser inconsistente en la esquizofrenia, incluso aunque el lenguaje esté a la entera disposición del sujeto, lo cual se manifiesta de varias maneras, sea la ironía esquizofrénica (como señalaba Lacan respecto a Wittgenstein), sea la apatía, con su cortejo de "síntomas negativos".

Caso 2: Se trata de una paciente esquizofrénica que ha tenido relaciones sexuales erráticas con los sujetos con quienes se topaba, y a la que sus padres encerraron en su habitación para evitar tal desenfreno. Referiremos a continuación las circunstancias en que se arrojó por una ventana: Temiendo sus padres que estuviese embarazada, la habían confinado para que fuese explorada por un médico y salir de dudas, pues tiempo antes ya había desarrollado una seudociesis. La trastornada miró por la ventana y vio frente a sí a una señora con un niño en brazos, al otro lado de la calle y también tras una ventana. "Tuve miedo de que el niño se cayese, me acerqué a la ventana y me caí", relataría después, designando a partir de entonces el episodio con la expresión "mi accidente".

Así pues, cayó por la ventana a continuación de una relación especular en la que se identificó inmediatamente con el bebé visto al otro lado de la calle. Evidentemente, no tenía noción de la separación sujeto-objeto y menos aún respecto a dónde situarse ella misma, si de su propio lado de la calle o del lado del bebé. Todo ocurrió como si realmente hubiese sido proyectada al otro lado de la calle. Es obvio que para ella el marco de la ventana no hizo la función "marco": se acercó a un "espejo" atravesando la ventana. Durante la convalecencia pudo comprender lo que había ocurrido, sin que jamás recordase la más mínima intencionalidad en su defenestración.

Su funcionamiento psíquico procede, por lo general, mediante identificación inmediata con el otro. Una vez que estuvo en condiciones de reemprender alguna actividad se pasaba las tardes en el Hospital de Noche; un buen día visitó a su médico de cabecera para pedirle una baja laboral, también por identificación inmediata con una médica que pidió la baja el día anterior. Cuando ingresaba, llamaba a las enfermeras por el nombre de ella misma o bien decía llamarse como las enfermeras. Si alguien se sentaba a hacer calceta, ella también, etc. Desde el punto de vista semiológico, resaltaba la ecopraxia con indiferenciación de su posición. Recordemos que cuando la trajeron a tratamiento se iba detrás de cualquiera que pasase por la calle.

El abordaje terapéutico de esta paciente consistió en dar una cierta solidez al Otro, pidiéndole que en el curso de las entrevistas tuviese la amabilidad de con-

tarnos todo lo que hubiese hecho durante el día, dado que declaraba repetitivamente que no tenía nada que contar. Así pues, dimos a valer al Otro; como no tenía nada que decir, le hicimos hablar de sus relaciones con los demás. Ciertamente, esto produjo sus efectos: "Cada vez que hago algo, pienso en lo que le voy a contar a usted", llegó a decirnos un día. Por lo tanto, el tratamiento había provocado lo que podríamos llamar un efecto de mediación. Este efecto es completamente artificial, pero le permitió estabilizarse. De repente metió al Otro en su accidente. Respecto a la defenestración, su versión de los hechos varió con el tiempo a medida que su respuesta a la psicosis –su síntoma– se fue estructurando más. La versión actual, no obstante, es más paranoica. "Estaba en la habitación –dice actualmente–, oí pasos en la escalera y me tiré por la ventana para escapar del o de la que venía." Asistimos pues a una tentativa de atribuir la causalidad al Otro.

El seguimiento de la paciente se realizó durante ocho años. Durante ese período se casó, si bien el marido pidió el divorcio porque, al parecer, ella continuaba siguiendo a cualquier viandante. Mientras duró, el matrimonio fue para ella un factor estabilizador. Es cierto que la paciente tenía muchas posibilidades de pasos al acto variados, pero evitó algunos durante el tiempo en que tuvo que dar cuenta a alguien de sus actos.

Un cierto número de sujetos presentan a la vez fenómenos de estas categorías: oscilan entre una discordancia con comportamientos de tipo ecopráxico, y tentativas de elaborar un delirio más o menos sistematizado cuyo aspecto persecutorio puede ser destacable. La frecuencia de estos casos fue probablemente la causa de que la escuela alemana de principios del siglo XX propusiera incluir la paranoia dentro de las esquizofrenias. Como es obvio, en estos casos el clínico debe estar doblemente alerta, pues cada uno de esos rasgos psicóticos puede determinar un paso al acto.

Caso 3: Se trata de un joven de origen laosiano que en los contactos iniciales parecía esquizofrénico. Nos fue derivado desde la cárcel al CHRS de Antony (*Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale* [Centro de Hospedaje y Reinserción Social]). Había sido acusado de agredir a una anciana en la calle. Al preguntarle sobre la agresión, dijo que pidió dinero a la señora, pero que ella se lo negó y se fue. La siguió, ella echó a correr y él se puso a correr también. Da la impresión de que no la perseguía, pero la señora se asustó y llamó a la policía; él fue detenido y se solicitó una exploración psiquiátrica. Parece como si se hubiese tratado de una identificación inmediata con la anciana y no de un acto pensado y calculado. Permaneció aún mucho tiempo en el servicio, en actitud muy pasiva, casi "vegetal", sin pedir nada y sin gran elaboración verbal, es decir, con un aspecto sintomatológico que sugería una esquizofrenia.

Tiempo después obtuvo plaza en un CAT (*Centre d'Aide par le Travail* [Centro de Rehabiltación Laboral]), viniendo siempre a dormir al Hospital de Noche. Finalmente concibió un proyecto. Nacido en Laos, vivió en la campiña laosiana y después en Camboya. La familia en pleno se vino a Francia, desde donde algunos partieron a Estados Unidos, entre ellos una de sus hermanas. Al parecer, según su familia, el camino del éxito incluía una breve estancia en Francia para preparar adecuadamente desde ahí la emigración a Norteamérica. Así pues, su proyecto era el siguiente: ganar dinero, marchar a EE UU, encontrar esposa y tener hijos, proyecto éste que parecía salido del crisol de la normalidad. Pero había un inconveniente, pues este plan estaba lastrado por connotaciones completamente delirantes, y el viaje a EE UU implicaba para él algo tan catastrófico como hubiera sido para Schreber un encuentro con Dios cara a cara, si bien hasta muy tarde no pudimos entender las peculiaridades de su proyecto delirante.

Antes de eso pasó al acto varias veces, tanto por motivaciones de estirpe esquizofrénica como paranoica. En cierta ocasión golpeó a una médica interna, en otra a un vigilante y en otra más a un enfermero. A la médica porque le planteaba preguntas demasiado intrusivas para su gusto, al vigilante porque se interpuso en una discusión con otro paciente con el que mantenía una relación imaginaria de provocación recíproca, y al enfermero por ser, según él, americano. Pudimos saber que le había sido denegado un visado inmediatamente antes de atacar a la médica para él invasiva. Respecto al enfermero, decidió que era americano porque tenía cierto tipo de gafas. Con este paciente hay pues riesgo de paso al acto por varias razones. Cuando agredió a la interna había además contemplado una pelea en el metro, identificándose con sus protagonistas. Se pone aquí de manifiesto un doble registro: la identificación imaginaria, con toda la agresividad que puede desencadenar, y el proyecto delirante, pues todo lo que vaya en contra de su plan americano le parecerá persecutorio, a la vez que la realización de su "sueño americano" –como más tarde comprendimos– le resulta extremadamente amenazante.

Recientemente ha empezado a rechazar el tratamiento tras traerle su familia en estado de postración sobrevenido en un permiso. La hermana había regresado de EE UU, trayéndole una camiseta con el lema "Kansas City". Este regalo reactivó la máquina delirante del "proyecto americano".

Lo que estuvo en el origen de sus actos inmotivados se articula ahora en un delirio. Se establece una cadena lógica: si se pone a trabajar, ganará dinero; si gana dinero, tendrá que irse a América. Y, paradójicamente, esta perspectiva le hunde en una angustia que recuerda la angustia psicótica de "fin del mundo" descrita por Schreber. Excusamos decir que en este caso la efectividad de los proyectos de rehabilitación será muy relativa si el delirio no se articula de otro modo.

Sin embargo, a fuerza de discusiones, ha terminado por darse cuenta del papel protector que puede tener para él relativizar sus ansias de encontrar trabajo. Mas esta maniobra no ha sido entendida por la familia: su madre va de vez en cuando a EE UU a ver a la hija, quien envía al paciente cada vez camisetas con el escudo de Nueva York, lo que jamás deja de reactivar el delirio. Su familia se extraña muchísimo cada vez que le explicamos que el delirio de su hijo consiste en querer casarse y marcharse a América, pues para ellos eso constituye un ideal cultural.

En este caso en concreto, el trabajo terapéutico consistió en colocar una barrera al goce del Otro, del que el sujeto está amenazado tan pronto se libra a la realización de sus proyectos. Sólo un reconocimiento muy preciso de las coordenadas del delirio permite evitar lo bastante los pasos al acto y facilitar al sujeto una posición más suave dentro de la estructura que él mismo se ha construido.

La escucha atenta de los sujetos psicóticos que se ven arrastrados a pasar al acto, centrada en los fenómenos elementales que les hacen sufrir, puede permitir guiarles hacia realizaciones diferentes de su ubicación en el fantasma. Se trata sobre todo de hacerles percibir hasta qué punto la precipitación hacia determinada realización de su ser puede estar en cierto modo programada por una tendencia a una elección forzada, sea hacia la obediencia a alucinaciones imperativas que no pueden explicarse a sí mismos (caso 1), sea hacia una inmediata identificación con el objeto especular (caso 2), sea hacia la realización de un proyecto delirante o también con una identificación inmediata con los protagonistas de una relación imaginaria (caso 3).

En los tres casos se trató de provocar una relativización en cuanto a la realización ciega del programa incluido en el fantasma inconsciente. Esperamos haber sido capaces de mostrar hasta qué punto la detección precisa de las particularidades de los fenómenos elementales, algunos de ellos apenas esbozados, puede ser útil a tal proyecto terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA

En lo que atañe a las relaciones entre la ética y las prácticas psiquiátricas, conviene especialmente la lectura del libro de Beauchamps y Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, 1979. Respecto de las teorías clásicas de la ética resulta de gran interés la obra de J. B. Schneewind, *The invention of autonomy. The invention of modern moral philosophy*, Nueva York, Cambridge University Press, 1998; y quienes estén interesados en las corrientes éticas de la Antigüedad, por supuesto en *Del supremo bien y del supremo mal* (Madrid, Gredos, 1987) de Marco Tulio Cicerón hallarán abundantes y hermosas reflexiones. A la hora de profundizar en las concepciones éticas más actuales, la obra de W. Kymlicka (*Contemporary Political Philosophy: an introduction*, Oxford University Press, 1992) nos procura una buena guía para conocer el punto de vista norteamericano. Por su parte, las perspectivas europeas están desde hace tiempo influenciadas por la noción de "principio de precaución", amplia y fundamentalmente desarrollado por Hans Jonas –especialmente en *Das Prinzip Verantwortung* (1979) [*El principio de responsabilidad*, Barcelona, Herder, 1995]–, y sus comentadores; mas si se pretende conocer su evolución histórica, la referencia obligada sigue siendo F. Ewald, *Histoire de l'État providence*, París, Grasset, 1986.

En el ámbito de la técnica psicoanalítica, naturalmente, son irrenunciables los "escritos técnicos" de Freud, los cuales han sido abundantemente glosados a lo largo de esta Parte III. De igual modo, de sumo interés resulta el intercambio epistolar entre S. Freud y S. Ferenczi (*Correspondencia de Sigmund Freud, Tomo III (1909-1914)*, Madrid, Nueva Visión, 1997). Respecto a los debates que en esta materia han mantenido los posfreudianos, las obras de O. Kernberg (*Borderline conditions*

and pathological narcissism, Nueva York, Jason Aronson, 1975), de R. Greenson (*The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Nueva York, International Universities Press, 1967) y de H. Kohut (*The Analysis of the Self*, Nueva York, International Universities Press, 1971 [*Análisis del Self*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977]) son con diferencia las que muestran con mayor calado la manera en que la cura psicoanalítica se ha venido desarrollando en EE UU. Un reciente artículo de O. Kernberg ("Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools", *Psychoanalytic Quarterly*, 2001, vol. LXX, n.º 3, pp. 519-547) da cuenta de estas últimas evoluciones, en particular del agrupamiento cristalizado en torno a tres grandes corrientes: por una parte, *Ego Psychology*-relaciones de objeto; por otra, la intersubjetividad según Kohut; finalmente, la orientación lacaniana.

El conocimiento profundo de la corriente lacaniana requiere, evidentemente, el estudio de los textos y seminarios de Jacques Lacan, los cuales han sido abundantemente glosados y elucidados por Jacques-Alain Miller; las referencias bibliográficas más destacables de ambos autores se citan en la Bibliografía General, si bien sus desarrollos han sido comentados a lo largo de las páginas precedentes.

En materia de entrevista clínica, las consideraciones de C. Rogers y G. Klerman han alcanzado una notable influencia en el panorama actual; el influjo teórico de ambos autores se ha dejado sentir mucho más allá del dominio anglosajón; sobre este particular, véanse especialmente: C. Rogers, *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*, Boston, Houghton Mifflin, 1942; y G. L. Klerman, M. M. Weisman, B. J. Rounsaville *et al.*, *Interpersonal Psychotherapy of Depresión*, Nueva York, Basic Books, 1984.

Por lo que respecta al hacerse cargo de los llamados "casos difíciles", y en especial de aquellos pacientes que dan muestras evidentes de riesgo de *acting out*, F. Sauvagant ha aportado a esta materia importantes puntos de vista: "Contributions psychoanalytiques à la prévention des passages à l'actes psychotiques", en T. Albernhe (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, París, Ellipse, 1997, pp. 611-619. Asimismo, se hallarán más referencias de interés a propósito de los *borderline* en la obra de M. H. Stone, *Healing the mind*, Nueva York, Pimlico, 1998.

Finalmente, en todo lo relativo a la problemática de la reacción terapéutica negativa, a la cual se ha dedicado una importancia especial en esta Parte III, resulta muy recomendable el artículo de F. Sauvagnat "La question de la réaction thérapeutique négative", *Psychologie clinique*, 1999, n.º 6, pp. 125-150. De interés resultan asimismo las aportaciones y debates contenidos en J. A. Miller (dir.), *La transferencia negativa*, Barcelona, ECFB, 1999.

Parte IV

SEMIOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTACIÓN

El estudio de los signos que se advierten en los trastornos mentales constituye el objeto de este capítulo. Interesa esta investigación semiológica al psicoanalista y al psicólogo clínico tanto como al psiquiatra, pues ella puede procurar un conocimiento descriptivo de las alteraciones psicopatológicas manifiestas, aquellas que pueden aprehenderse mediante la observación y la escucha de los pacientes. No obstante, a propósito del valor atribuido a la semiología clínica, se erigen dos posiciones contrarias: mientras la psicopatología psiquiátrica tradicional tiende a conferirle un valor casi absoluto en materia de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, la psicopatología psicoanalítica relativiza su trascendencia y la considera únicamente orientativa aunque necesaria, especialmente en todo lo relativo a los fenómenos elementales de la psicosis. Tal discrepancia se asienta, naturalmente, en la preferencia que la psicopatología psiquiátrica ha mostrado históricamente por la noción de enfermedad; al contrario, en el caso del psicoanálisis el interés se ha decantado plenamente a favor del sujeto enfermo.

Ciertamente, el patrimonio semiológico que nos han brindado los clásicos de la psicopatología, esa especie de *thesaurus semeiotucus*, se ha construido merced a la aguda observación de los enfermos. Pero a partir de esa mirada escrutadora, los clásicos han reconvertido las manifestaciones subjetivas en datos objetivos (signos), perdiéndose así en esa transformación cuanto de experiencia y creación singular (síntomas) ellas atesoran, así como las palabras concretas con que son referidas. Michel Foucault, en su obra *Naissance de la clinique* (1963), captó con claridad meridiana esa mutación y la explicó en los

siguientes términos: "Es la descripción, o más exactamente la labor implícita del lenguaje en la descripción, la que autoriza la transformación del síntoma en signo, el paso del enfermo a la enfermedad, el acceso de lo individual a lo conceptual".

Pero dicha transformación halla en la clínica mental una dificultad añadida si se la compara con la clínica médica, ya que muchos trastornados, por lo que juzgan su bien, ocultan y disimulan intencionadamente al terapeuta sus pensamientos y procuran minimizar sus expresiones. El hecho en cuestión es conocido desde antiguo y no pasó desapercibido a la mirada de los primeros alienistas, como refiere Johann C. Spurzheim en *Observations sur la folie, ou sur les dérangements des fonctions morales et intellectuelles de l'homme* (1818): "Muchos alienados son extremadamente astutos y esconden su estado con gran arte". Quizá para desvelar esa necesaria ocultación cultivada por el loco, la investigación psicopatológica ha encontrado en la semiología un ámbito propicio para su desarrollo. Esta y otras razones nos parecen también altamente relevantes para entender las distintas posturas y métodos empleados a fin de ejecutar la extracción de los signos del malestar, como ahora trataremos de mostrar.

De un modo sintético, resulta pertinente afirmar que la aprehensión de los signos de la locura se ha llevado a cabo cuando menos de tres maneras harto diferenciadas en el seno de la psicopatología psiquiátrica. Todas ellas persisten actualmente y conforman estilos y posiciones éticas distintas, cuyos efectos sobre los pacientes de ningún modo puede ser soslayados. A continuación apuntaremos estas tres posiciones valiéndonos para ello de cuatro figuras señeras de la clínica mental, las de Neisser, Clérambault, Griesinger y Jaspers, a las cuales opondremos el punto de vista psicoanalítico.

En primer lugar, han optado algunos pocos por favorecer la libre expresión de las manifestaciones mórbidas procurando al enfermo las condiciones más adecuadas y tranquilas; Clemens Neisser, con su método de *Bettbehandlung* (tratamiento en la cama), representa a este respecto el ejemplo más sobresaliente, pues procedía esperando que las manifestaciones surgieran por sí mismas una vez que el enfermo permanecía algunos días encamado y aislado de todo tipo de estímulos, forzamiento mínimo si se quiere, pero que ya introduce un matiz en esa presunta "libre expresión". Aunque las contribuciones psicopatológicas más notables obtenidas por este método de encamamiento fueron las procuradas por Clemens Neisser (1891) en relación a la "autorreferencia morbosa", conviene también recordar las de V. Magnan (1889) respecto al alcoholismo agudo y subagudo, las de J. Guislain (1852) a propósito de algunos melancólicos y las de L. Meyer (1860) relativas a todo tipo de psicosis agudas.

La mayoría, en segundo lugar, animados especialmente por la enseñanza de J. P. Falret, creyeron conveniente pergeñar prácticas destinadas a sonsacar esos signos morbosos –*arrancar la formule du délire*, según expresión de Dupré– sin reparar en los inevitables efectos iatrogénicos que éstas solían ocasionar; los modos intimidatorios e intrusivos practicados en *L'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police* por todos sus médicos-jefe, especialmente por Clérambault, resultan aquí paradigmáticos, dado que en los interrogatorios se buscaba por todos los medios y durante interminables horas *manoeuvrer les malades* (maniobrar a los enfermos): "Debemos provocar en el sujeto un estado mental en el que estará presto a monologar y discutir, a partir de lo cual nuestra táctica será callarnos o contradecir [...]. Dichos enfermos no deben ser interrogados, *sino maniobrados*, y para maniobrarlos sólo hay un medio, *sublevarlos*", recomendó en "Érotomanie pure. Érotomanie associée" (1921). Nadie puede poner en duda que las contribuciones microfenomenológicas de Clérambault al *thesaurus semeiotucus* constituyen por sí mismas una de las páginas más brillantes de la clínica clásica, aunque de ningún modo hay que olvidar los modos deplorables que permitieron esas aprehensiones. Por su parte, otros llegaron a resultados también muy loables por un procedimiento absolutamente contrario, esto es, el que se basa en el respeto, la pericia y la paciencia.

Unos pocos, por último, han venido estimando que la empatía o la identificación con los trastornados constituía la vía necesaria para aproximarse al corazón de la locura. En este sentido cabe evocar las palabras de W. Griesinger extraídas de su *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankenheiten* (1961): "Si se pretende entender bien la alineación mental es necesario identificarse con el estado de ánimo de los enfermos. [...] Pero los alienados presentan anomalías psicológicas que no guardan analogía alguna con los fenómenos que nuestra propia experiencia nos provee en estado normal, y que por ese motivo no estamos en absoluto en condiciones de poder comprender". Karl Jaspers, cincuenta años después, amplificaría este somero apunte hasta componer su método fenomenológico basado en la posibilidad de comprensión o, en su caso, de explicación de la patología mental. Mas este método entraña no pocas complicaciones, pues, llevado a su extremo, cuando se pretende comprender al enfermo por medio de la identificación y se sacan de ello consecuencias, nunca se termina de saber bien si esos resultados corresponden a la psicología del trastornado o a la del propio clínico.

Una perspectiva diferenciada de las anteriores es la que han venido proconizando los psicoanalistas. Sin menospreciar el *thesaurus semeiotucus*, cuyo conocimiento resulta ineludible a todo clínico –¿cómo si no podrían captarse, por ejemplo, los fenómenos elementales del Pequeño Automatismo Mental cle-

rambaultiano cuando no se tiene noticia de ellos?–, el psicoanálisis se interesa esencialmente por el síntoma –dimensión subjetiva del *pathos*– y su "envoltura formal" antes que por el signo –dimensión objetiva de la enfermedad–. No obstante, han sido los psicoanalistas, principalmente los adscritos a la orientación lacaniana, quienes con más perseverancia se han venido interesando en las últimas décadas en recobrar y divulgar la psicopatología clásica, reconociendo sus brillantes contribuciones descriptivas, especialmente las relativas a los fenómenos elementales de las psicosis.

Trata el presente capítulo, por tanto, de recuperar las descripciones de los signos morbosos más significativos, los cuales son aquí definidos generalmente según lo hicieron los autores clásicos (Séglas, Chaslin, Sérieux y Capgras, Clérambault, Griesinger, Kahlbaum, Kraepelin, Bleuler, Jaspers y un largo etcétera), quienes para ello se inspiraron en la "Psicología de las facultades" emanada de Thomas Reid (1710-1796), Dugald Stewart (1725-1828) y la "Escuela escocesa del sentido común". La "Psicología de las Facultades", que tanta influencia ejerció en la consolidación de la psicopatología del siglo XIX, dividió los fenómenos mentales en tres grandes esferas presuntamente independientes: la de las emociones, la de la razón y la de la voluntad. Según la psicopatología inspirada en dicha escuela, la enfermedad mental consistiría en la alteración independiente de una o varias de tales esferas. A partir de las ideas generadas por Reid, Franz Joseph Gall (1758-1828), apoyado por su discípulo Johann Casper Spurzheim (1776-1832), realizó un listado de más de veinte facultades "fundamentales" (o "verticales", según han sido retomadas por Fodor en 1987, más de cien años después), relacionadas con desempeños de la vida cotidiana, en un intento de establecer correlaciones entre dichas funciones y su presunta localización en el cerebro. La frenología de Gall teorizó las facultades "fundamentales" como propensiones, aptitudes y tendencias, jerarquizadas entre sí. Dichas funciones mentales, a diferencia de las clásicas o innatas, estarían directamente relacionadas con contenidos; por ejemplo, la aptitud musical sería diferente e independiente de la aptitud matemática. Las facultades "fundamentales" tendrían además, a diferencia de las clásicas, una localización específica en el cerebro. No podría hablarse, según Gall, de la memoria como "facultad" innata, porque entonces cualquier persona con buena memoria para la música también debería tenerla para las matemáticas. Pese a sus procedimientos escrupulosamente ajustados a lo que en su época se entendía por rigor científico, y a sus méritos como neurohistólogo y neuroanatomista, Gall pronto fue objeto de serias críticas. Al histopatólogo Jean-Marie Flourens (1794-1867) no le satisficieron las deducciones de la frenología; tenía la convicción de la unidad indivisible y de la libertad moral del espíritu que los segui-

dores de Gall parecían negar, y, aunque con poco éxito en el terreno experimental, emprendió un debate al que pronto se unió la corriente asociacionista. Para el asociacionismo, la estructura de la mente estaba "ensamblada", era el producto de la unión de un repertorio de subprocesos elementales; las diferentes capacidades (por ejemplo, para las artes) se compondrían de subcapacidades más elementales (por ejemplo, observación, sentido estético, etc.). Estos elementos constituyentes de la mente se relacionarían entre sí mediante las leyes de la asociación. Dichos elementos eran para algunos asociacionistas los reflejos y para otros las ideas. Los reflejos (o las ideas) se ensamblarían entre sí generando capacidades. Las consideraciones de Esquirol (1838) y Marc (1840) relativizando la autonomía de las facultades acabaron por alejar las ideas de Gall del terreno de la psicopatología, pero su influencia permaneció largo tiempo a la hora de sistematizar el estudio semiológico del psiquismo.

A falta de un criterio mejor, hemos optado por describir los síntomas y signos en función de los distintos ámbitos en los que tradicionalmente se han venido incluyendo, esto es, el lenguaje y el pensamiento, la percepción, la conciencia, la memoria, la atención, la inteligencia, el esquema corporal, etc. Una especialísma atención nos han merecido tanto el lenguaje y el pensamiento como la percepción, mientras que el resto han sido glosados de un modo más abreviado. Pero antes de entrar en tan específica materia, veamos algunas cuestiones generales de interés.

19

PASADO Y PRESENTE DE LA SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La semiología psiquiátrica se ha visto en los últimos tiempos sumida en el descrédito, a la par que, independientemente, crecía el prestigio de la expresión saussuriana "semiología general". En opinión de Georges Lantéri-Laura, cuyas valiosas contribuciones a la materia aquí examinada servirán de guía a nuestros desarrollos, durante el cambio del siglo XIX al XX la psiquiatría hoy llamada clásica (Séglas, Ballet, Sérieux y Capgras, Kraepelin, Bleuler, Tanzi, Lugaro, etc.) nos legó notables obras escritas siguiendo la tradición médica. Todas ellas contenían entre sus primeros capítulos alguno íntegramente dedicado a la semiología, donde el perspicaz "ojo clínico" de esos pioneros definía una amplia serie de elementos (síntomas o signos), ordenados casi siempre, según se dijo, al modo de la "Psicología de las facultades" generada por la "Escuela escocesa del sentido común". Aportaban estos capítulos las piezas mínimas que, identificadas, definidas y constatada su aparición en la clínica según determinadas combinaciones y no otras, les permitían acceder a un diagnóstico.

Sin embargo, salvo honrosas excepciones, a partir de 1920 esos apartados semiológicos no sólo disminuyeron en extensión, sino que se devaluó su interés, hasta ser reducidos con demasiada frecuencia a consideraciones más bien marginales debido a su dispersión, su deficiente estructuración y su monótona redundancia. Pues, prescindiendo ya de las agudas descripciones de los fundadores, los tratados y las monografías no solían contener sino lo que sería después repetido a lo largo de la obra como un listado de signos al tratar de cada descripción clínica, como puede apreciarse en las sucesivas ediciones del *Tratado* de Bumke o el de Reichardt, autores que describían los síntomas según grupos diagnósticos, pare-

ciendo confundir el concepto de semiología –y su actitud de observación, fino análisis y reflexión diagnóstica– con el de una apresurada nosología cuando no con el de una monomaníaca nosotaxia.

En obras posteriores la semiología se fue viendo relegada a unas breves páginas que la mencionaban como algo casi obsoleto, proceso no ajeno a otros factores que, ya desde el cambio de siglo, estaban socavando –para unos– o revolucionando –para otros– la clínica psiquiátrica clásica: en su oposición a Charcot, Bernheim había subrayado que nada podría comprender de la histeria quien se limitase a inventariar –y provocar– sus síntomas en lugar de investigar sobre su génesis, y la inflexión aportada por Freud a la valoración de los síntomas neuróticos, más la división de Bleuler en "primarios" y "secundarios" para los de la esquizofrenia, animaban a concluir que los síntomas eran los modos con que el sujeto enfermo llegaba a acomodar su trastorno en su historia y en relación con su entorno, y, por lo tanto, debían ser considerados en su mayor parte secundarios. A partir de entonces todo tipo de semiología psicopatológica de corte médico se arriesgaba a constituir "el saber de lo ilusorio, el discurso de lo inesencial", tal como señala Lantéri-Laura en su "Introduction générale à la sémiologie en psychiatrie" (1973).

Las rudas elaboraciones aparecidas entre 1940 y 1970 fueron objeto de numerosas invectivas por parte de las corrientes más radicales del movimiento antipsiquiátrico (Szasz, Cooper) y también de aquellas otras provenientes de tendencias antinosográficas, bien fueran éstas una reacción frente a la persistente nosotaxia kraepeliniana (Karl Menninger con su *The vital balance*, por ejemplo, en 1963), bien se inspirasen en el modelo de "psicosis única", también influyente en la antipsiquiatría y de presencia siempre intermitente a lo largo de la historia de la medicina mental. Así, para unos, al no existir enfermedad, la descripción de síntomas no sería sino el catálogo de proyecciones y servidumbres del clínico; para otros, mero bloqueo de cualquier actitud terapéutica, abismada por la tendencia a clasificar según criterios obsoletos; y para otros más, algo innecesario al no haber dos especies morbosas que distinguir.

Por su parte, la diversidad de las formulaciones psicopatológicas (teorías del "enfermar"), tanto en sus aspectos nosológicos (definición y delimitación de las "enfermedades") y nosográficos (descripción y clasificación de las "enfermedades"), como en los patogénicos (mecanismos del "enfermar") y en los etiológicos (causas y desencadenantes de la "enfermedad"), no ha facilitado aún, iniciado ya el siglo XXI, la elucidación crítica de las bases teóricas de la semiología mental, como tampoco lo han logrado –paradójicamente– las tan aireadas políticas nosotáxicas de consenso, las cuales no han conseguido sobrepasar la mera elaboración de glosarios de "criterios operativos", especie de semiología grosera que se arracimará

después en su correspondiente "categoría diagnóstica", precisándose a la postre una interminable serie de manuales para entender lo que quiere decir el manual taxonómico original y cómo debe usarse; en fin, sospechosa señal de que algo falla, de que quizá intervengan ahí intereses ciertamente espurios (Kirk y Kutchins, *The Selling of DSM* [*La venta del DSM*], 1992) y de que probablemente se estén manifestando más incapacidades que habilidades. Sobre este último particular, resulta indignante la inocencia con que algunos expertos de organismos nacionales y supranacionales relatan el calmoso ritmo –más de quince años a veces (Sartorius y Jablensky, 1984)– que planifica la espiral de sus costosas reuniones sin que lleguen a cuajar resultados duraderos (vertiginosa sucesión de *DSM-III*, *DSM-III-R*, *DSM-IV*) ni sólidos (en la práctica, el *DSM-IV* ha colonizado –casi *manu militari*, más bien *industriae signa*– el proyectado uso internacional de la *CIE-10*).

No es raro pues que muchos de los recientes tratados de psiquiatría prescindan hoy completamente del capítulo "Semiología", pero sí resulta llamativo que lo hagan en proporción directa a la medicalización con que abordan la patología mental. Incluso aquellos tratados de psicopatología en los cuales se nos advierte de que en determinado campo no hay síntoma patonogmónico y de que casi todos los síntomas pueden presentarse en cualquier situación clínica y hasta en la normalidad, organizan sus páginas mediante etiquetas diagnósticas y ofrecen una semiología desvirtuada y tramposa –posterior al diagnóstico– amparándose, por ejemplo, en la afirmación de no poder escribir acerca de la alucinación fuera del marco de referencia de determinada especie morbosa.

Sin embargo, a pesar de cuanto se ha apuntado hasta ahora, la semiología clínica sigue necesariamente presente en la enseñanza que los jóvenes psiquiatras y psicólogos clínicos demandan en su período de formación, la cual suelen recibir de sus mentores mediante transmisión oral, perviviendo incólume al paso del tiempo y revelándose insustituible e imprescindible para su formación. Tal demanda y tal enseñanza no nos parecen ajenas a ese movimiento actual cuya piedra armilar lleva grabado el lema "Retorno a la clínica" –según expresión de Tribolet y Shahidi en *Précis de sémiologie des troubles psychiques* (2000)– y que parece dar la razón a la sentencia dictada por Chaslin en sus *Éléments de sémiologie et de clinique mentales* (1912): "Podemos estar tranquilos: las teorías mal asentadas pasan, la clínica permanece".

20

ALGUNAS CUESTIONES TERMINOLÓGICAS

Antes de glosar los signos aprehendidos y objetivados por la semiología clínica resultará conveniente establecer algunas consideraciones relativas a los términos "semiótica" y "semiología", por lo demás no siempre bien asidos, así como precisar el ámbito semántico propio de otros tres, también un tanto desvirtuados en su uso habitual: "síntoma", "signo" y "síndrome". Si el sueño de Chaslin manifestaba el anhelo de establecer un lenguaje riguroso y al mismo tiempo claro para la psiquiatría (*langue bien faite*), es justo rendir tributo a esa tradición y continuar su desarrollo depurando el empleo de los términos que la sustentan.

20.1. Semiótica

La palabra griega *sema* (σῆμα) significaba "huella", "señal". El vocablo 'semiótica' fue usado en la Antigüedad clásica para designar la parte de la medicina encargada de interpretar los signos de las enfermedades; su ámbito abarcaba tanto la diagnosis como la prognosis. Tal es el sentido que poseía en la obra de Galeno la expresión *semeiotiké tekhné* y el que habría de seguir teniendo durante casi toda la historia de la medicina. Así, por ejemplo, en 1809 A. J. André-Beauvais tituló *Séméiotique* su *Tratado de los signos de las enfermedades*. El hecho de que la palabra "signo" adquiriera un uso extenso fuera de la medicina mientras que "síntoma" sea un término más privativo de ésta, así como la distinción conceptual entre síntomas y signos, ha contribuido decisivamente a que en el campo médico se haya sustituido actualmente la voz "semiótica" por el uso de "semiología".

Según la *Harmonica* de Ptolomeo, "semiótica" habría sido también empleado por algunos griegos en el sentido de notación musical. En el terreno propio de la filosofía, su equivalente, *semeiosis* (σημειοσις), aparece en Filomeno de Gadara con el sentido de "inferencia de un signo". La teoría de los signos o semiótica mereció gran atención por parte de los sofistas, de Platón, Aristóteles, los epicúreos y otros, en especial de los escépticos y los estoicos, muy conscientes ambas escuelas de la importancia de la semiótica dentro de la filosofía. Durante la Edad Media se produjeron considerables aportaciones a la semiótica con los estudios de los lógicos, los gramáticos especulativos y los autores de la *scientia sermocinalis*. Continuada por Descartes, Leibniz y Locke, en 1764 la semiótica constituirá una parte importante del *Neues Organon* del alsaciano Lambert, quien llamó *Semiotik* a "un sistema primario (metafísico) de signos que proporciona el fundamento a todo ulterior sistema lingüístico, incluyendo los sistemas de los lenguajes naturales", tal como recoge Ferrater Mora en su *Diccionario de Filosofía* (1981). Este parentesco entre semiótica y lingüística, ancestro de su confluencia en la semiología general saussuriana del siglo XX, se habría de fortalecer con las ideas de Bentham, Morris y muchos lógicos de las dos últimas centurias. Contemporáneo de Ferdinand de Saussure (1857-1913), el norteamericano Charles S. Peirce (1839-1914) concibió una *Semiótica* como teoría general de los signos, poniendo sobre su función lógica el énfasis que el ginebrino otorgaba a su función social.

En cuanto atañe a la filosofía actual, la semiótica, ciencia general de los signos, está dividida en tres partes: sintaxis (estudio de los signos con independencia de lo que designan y significan), semántica (relación de los signos con los objetos designados) y pragmática (los signos en su relación con los sujetos que los usan). Mas las limitaciones de esta división para dar cuenta del complejo sistema de la comunicación humana se han puesto de manifiesto en el debate entre estructuralistas franceses (Lévi-Strauss, Barthes) y semióticos italianos (Eco), en la discusión "interna" entre semiótica pura y semiótica descriptiva, y también en la diferenciación de una "escuela norteamericana" centrada en los temas lógicos y una "escuela europea" interesada en el lenguaje, especialmente en su pragmática; asimismo, ya más cercana al ámbito psicológico, en la oposición entre una semiótica mentalista (el intérprete del signo es "una mente" y responde a ese estímulo con conceptos) y una semiótica conductista (el intérprete es un organismo y ante el estímulo que supone el signo responde mediante una secuencia comportamental).

Advertimos finalmente que las diferencias entre semiótica y semiología se han mantenido muy borrosas durante los últimos cincuenta años. Por lo general, filósofos y lingüistas tienden a hacerlas equivalentes: "Ciencia que estudia los pro-

blemas relativos a la representación", es decir, "al hecho de que un elemento A represente a otro B o le sirva como sustituto", como opina Martinet en su obra *La Lingüística. Guía alfabética* (1969). Pero algunos, más "semióticos", han querido relegar la semiología general al terreno estricto de la lengua y dar a "semiótica" un sentido más amplio (manifestaciones sociales como la moda o la cultura de masas; los discursos científicos o literarios) o distinto (herramienta de crítica ideológica para Roland Barthes, etc.). En la práctica, parece que el teórico divorcio de ambos significantes no ha llegado realmente a resolver su sinonimia.

20.2. Semiología

El término "semeiología", sustituido hoy por su variante de uso "semiología", está documentado en las grandes lenguas de cultura desde al menos el siglo XVIII, siempre como término técnico del lenguaje médico con el significado de "parte de la medicina que trata de los signos de las enfermedades" y como sinónimo de "semiótica" en su acepción galénica; semiótica era también el "arte de hacer maniobrar a las tropas indicándoles los movimientos mediante señales y no mediante la voz" (Littré, *Dicctionnaire de la langue française*, 1863-1873). Semiología y semiótica se utilizaron además como sinónimos de "sintomatología", que por su parte significaba desde antiguo el "conjunto de los signos de una determinada enfermedad", significado actualmente reducido a cuando se habla de una enfermedad concreta, mientras que "semiología" se ha impuesto a "semiótica" para denotar el estudio general de los síntomas y signos de las enfermedades.

Ya en el siglo XX, el campo semántico de "semiología" se enriqueció desde la primera edición del *Cours de linguistique générale* de Ferdinand de Saussure en 1916. Definía Saussure la lengua como un sistema de signos fónicos que expresan ideas ("una imagen auditiva viene a asociarse a un concepto"), comparable a otros sistemas similares (escritura, alfabeto mímico de los sordomudos, ritos simbólicos, señales militares, formas de la urbanidad, etc.), "sólo que es el más importante de esos sistemas". Saussure estimaba asimismo necesaria la existencia por derecho propio de una "ciencia que estudie la vida de los signos en el seno de la vida social". Según su parecer, la esencia del sistema de signos lingüísticos reside en "la unión del sentido y la imagen acústica", esto es, del significado y el significante, y en el hecho de que tal relación sea arbitraria, que descanse sobre una convención, sobre una costumbre colectiva. Conocedor de los éxitos nosológicos de la neurología finisecular en el terreno de las afasias y del consiguiente interés despertado por el estudio de los aspectos neuropsicológicos del lenguaje, Saussure enseñaba que "las dos partes del signo lingüístico son igualmente psíquicas. [...].

No por ser esencialmente psíquicos los signos lingüísticos son abstracciones; las asociaciones ratificadas por el consenso colectivo, y cuyo conjunto constituye la lengua, son realidades que tienen su asiento en el cerebro". Según la edición del *Curso* realizada por Bally, Sechehaye y Riedlinger, esa semiología imaginada por su maestro "formaría una parte de la psicología social y, por consiguiente, de la psicología general; la denominaremos *semiología* (del griego *semeîon*, "signo"). Ella nos enseñaría en qué consisten los signos, qué leyes los rigen. Puesto que todavía no existe, no puede decirse lo que será [...]. La lingüística no es más que una parte de esa ciencia general, las leyes que descubra la semiología serán aplicables a la lingüística y, de este modo, ésta se hallará vinculada a un ámbito perfectamente definido en el conjunto de los hechos humanos. Al psicólogo corresponde determinar el lugar exacto de la semiología; la tarea del lingüista es definir lo que hace de la lengua un sistema especial en el conjunto de los hechos semiológicos". Así, incluyéndola en esa semiología general aún nonata, "por primera vez hemos podido asignar a la lingüística un lugar entre las ciencias", lugar privilegiado, además, porque al ser la lengua una "institución social" y "el más complejo y el más extendido de los sistemas de expresión, es también el más característico de todos; en ese sentido, la lingüística puede convertirse en el patrón general de toda semiología, aunque la lengua no sea más que un sistema particular".

Si el deseo de legitimación profesional de los alienistas del siglo XIX hubo de ser apadrinado por la medicina, el equivalente deseo saussuriano fue capaz de mantenerse independiente tanto de ésta como de la psicología. El posterior éxito del estructuralismo consagró a la semiología general como un "género" definido por el estudio de la relación entre el signo y la cosa significada, compuesto por "especies" que se diferencian por distintos rasgos característicos y en particular según tal relación parezca fundada sobre una convención arbitraria, como ocurre con la lingüística, o sobre una causalidad natural, caso de la semiología médica, rama más antigua a la vez que predecesora del tronco de la moderna semiología general.

La semiología médica estudia pues los síntomas y signos de las enfermedades, y como expresión significante pertenece además a un campo semántico compartido con "síntoma", "signo" y "síndrome".

20.3. Síntoma, signo y síndrome

"Síntoma", del griego *símptoma* (σύμπτωμα), "coincidir", procede del área semántica del verbo *to pipto* (πίπτω), "llegar", "caer", que dio *simptomá* con un significado inicial de "suceso", "acontecimiento", "lo que ocurre". En la lingüística actual, "síntoma" se utiliza a veces como sinónimo de una de las funciones

del lenguaje que Büller, en 1918, denominó *Kundgabe* o función "expresiva", esto es, la que permite al hablante expresar su estado psíquico.

La raíz griega *sema* (σῆμα), "huella", "señal", y el verbo *semaino* (σημαίνω), "dejar huellas", "señalar", produjeron *semeion* (σημεῖον), "señal" o "signo", la cual emparentará con la latina *signum* que, además de "huella" (*lupi signa*), admite los significados de "presagio" (*Deus signum dat*), "sello" o "marca" y "contraseña", como informa Lantéri-Laura en su artículo de 1973. En un latín algo más tardío, *signum* adquiere un significado médico equivalente a "síntoma" (*morbi signa*, "señales de una enfermedad"). En el terreno lingüístico, Saussure llamaba signo a la combinación del concepto y de la imagen acústica, o sea, la unión de un significado y un significante, definición que declaraba no gustarle aunque se confesaba incapaz de mejorarla; sin embargo, pueden agradecerse a su ambigüedad las polémicas que han favorecido el ulterior e impresionante desarrollo de la lingüística durante el siglo XX, las cuales han aportando brillantes rendimientos colaterales para la semiología general y las disciplinas que de ésta se benefician.

Pero dejando al margen las consideraciones de Saussure, una de las definiciones de "signo" más habitualmente citadas es aquella que propuso el filósofo norteamericano Charles S. Peirce: "Algo que bajo cierto aspecto o de algún modo representa alguna cosa para alguien"; tal es también la definición lógica evocada por Lacan en "Radiophonie" (1970), empleando casi en los mismos términos: "signo [...] representa algo para alguien". Y, ciertamente, en el terreno de la semiología clínica esta definición se adecua perfectamente a sus objetivos y fines, pues el clínico capta en el paciente ciertas señales o signos que para él representan algo en el ámbito de la patología mental. Naturalmente, el psicoanalista debe dar ahí al menos un paso más al considerar que "el síntoma es un nudo de signos": "El recurso, para nosotros, debe ser el inconsciente, es decir, el descubrimiento por Freud de que el inconsciente trabaja sin pensar, ni calcular, ni tampoco juzgar; y que, con todo, ahí está el fruto: un saber que basta descifrar, puesto que consiste únicamente en el ciframiento", tal como advirtió Lacan en su intervención al VI Congreso de la École Freudienne de París (2 de noviembre de 1973).

"Síndrome" (*sin-dromé*, συν-δρομή "pasar con", "ocurrir a la vez") significaba originalmente "coincidencia" o "concurrencia". Su significado médico denota la constatación de que los síntomas y los signos, sea cual sea su relación patogénica con las enfermedades, ni se agrupan al azar ni sus combinaciones son infinitas (como ocurriría si sólo obedeciesen a las leyes matemáticas de la combinatoria), de modo que en la clínica sólo aparecen algunas de ellas. Es éste un fenómeno similar al que ocurre dentro de una lengua dada con la relación de las

palabras dentro de la frase: debido a limitaciones puramente sintácticas, muchas cadenas de palabras combinatoriamente posibles –al margen de su sentido– no aparecerán jamás, mientras que otras serán muy frecuentes. Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que siempre aparecen juntos y manifiestan un trastorno reconocible, pudiendo formar parte de una o varias enfermedades diferentes (palidez, cansancio, taquicardia y cifra baja de hematíes conforman el "síndrome anémico" presente en todas las anemias, sean del tipo y causa que fueren; el síndrome depresivo o el confusional aparecen en diversas situaciones clínicas y se incluyen en distintos diagnósticos nosológicos, etc.). En medicina, un síndrome es la manifestación de uno o varios mecanismos fisiopatológicos concretos entre los muchos que pueden estar presentes en una enfermedad. Empero y por más que se haya intentado, la psicopatología no se somete a las leyes que fundan el discurso médico sobre las enfermedades, razón por la cual han sido muchas y notables las dificultades de importar el modelo médico al ámbito mental. Este hecho ha venido motivando el que algunos psiquiatras de orientación neurobiológica –como Dupré, Guiraud o Porot– hayan preferido manejarse en la práctica con los "síndromes" dada la imposibilidad de establecer una nosología coherente, "tentación ambiciosa y estéril siempre, sobre todo en psiquiatría", como recuerda A. Porot en su *Manuel alphabétique de Psychiatrie*. Independientemente de la orientación del clínico, no resulta inapropiado convenir que el conocimiento psiquiátrico acerca de la mayoría de los trastornos mentales está, hoy por hoy, más cercano al concepto de síndrome que al sentido fuerte –anatomoclínico y fisiopatológico– que la expresión "entidad nosológica" tiene en medicina.

Tradicionalmente la medicina ha distinguido los síntomas de los signos. El síntoma es aquello que el paciente dice acerca de su malestar, de "lo que le ocurre"; es pues una manifestación subjetiva y no siempre es observable por el interlocutor (dolor, sensación de cansancio, sentirse angustiado). Todo cuanto el paciente relata como síntoma es siempre vivido por él como patológico, si bien puede haber aspectos de su relato que no conciba relacionados con la enfermedad (consumo excesivo habitual de alcohol sin embriaguez, ser influido por los marcianos) o incluso dichos aspectos pueden extenderse a la totalidad de su discurso –lo cual es frecuente en la clínica mental– cuando no se experimenta conciencia de enfermedad; así, la connotación patológica estará determinada por una atribución del clínico, razón por la cual entraríamos de lleno en el terreno de los signos. Éstos, por el contrario, carecen en medicina de la subjetividad característica de los síntomas, pues son anomalías observadas por el médico, ya sea espontáneamente o mediante la exploración clínica y las pruebas auxiliares (cifra alta de colesterol, embotamiento afectivo, retraso psicomotor).

Desde Laennec (1781-1826), los signos fueron concebidos como manifestaciones objetivas o físicas de un estado patológico. No obstante, esta oposición entre signo y síntoma tendió en Francia, a partir de 1878, a privilegiar el "signo" merced al *Dictionnaire de médecine* de Littré y Robin, el cual fundía sin matizaciones etimológicas el latín *signum* con el griego *semeion*, y definía "signo" como "cualquier fenómeno aparente, cualquier disposición o característica a través de los cuales se llega al conocimiento de efectos más ocultos, sustraídos al testimonio directo de los sentidos. El signo remite en el momento actual a lo que le ha precedido y a lo que sobrevendrá. No se debe confundir el signo con el síntoma. El signo es una conclusión que el espíritu extrae de los síntomas observados; el signo pertenece más al juicio y los síntomas a los sentidos". Recogían así estos lexicógrafos la opinión de algunos médicos que, como Bouchet, pensaban que el valor de los síntomas residía en ser también "observados", no sólo en "lo que el paciente dice que le ocurre", sino en la apreciación crítica del síntoma después de ser analizado e interpretado por el médico. La conminación de Littré y Robin a distinguir los síntomas de los signos privilegiaba en el fondo a este último concepto y se basaba en que síntomas y signos obligan al observador a hacer un movimiento de *l'esprit*, noción ésta tan cara a los franceses que no podía caer en baldío: dos años más tarde, L. Hecht escribe la entrada "semiótica" del *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1880) de A. Dechambre, donde puede leerse que "todos los síntomas, es decir, todos los fenómenos particulares, orgánicos y funcionales que aparecen en la economía bajo la influencia de la enfermedad, pueden y deben ser transformados en signos. Pero es necesario, además, que los signos de las enfermedades no deriven sino exclusivamente de los síntomas. Todos los elementos pertenecientes a la enfermedad y al organismo enfermo pueden [...] ser transformados en signos". El concepto de "signo" implica, pues, un *quantum* de interpretación por parte del explorador, aunque sólo sea el mínimo de considerarlo relevante, significativo o patológico; a toda manifestación de enfermedad hay que unir una reflexión médica, basada en un saber previo, que le dé un significado, y si eso no es posible, no habrá –de momento– síntoma ni signo pues tales fenómenos no serían relevantes al no serles "acordada" función significante.

También la diferenciación entre síntomas y signos existe en psicopatología, pero es más borrosa aún que en la clínica médica. Como sugerimos líneas atrás, un paciente puede relatar sus delirios de persecución sin que su queja revista para él ninguna implicación patológica; las alucinaciones auditivas, sólo cognoscibles por el relato del paciente, son descritas como "signo", etc.

Respecto a esta distinción, pues, se producen no pocas discrepancias doctrinales y hasta geolingüísticas. Así, la medicina y la psicopatología psiquiátrica en lengua española e inglesa siempre han mantenido esa diferenciación conceptual,

al menos *more didactico*. En cambio, en el alemán médico parece haber un predominio de *das Symtom* como término de uso, extensible a la psiquiatría, probablemente por la escasez de alternativas de ese idioma. Los franceses más psicodinámicos, por su parte, gustan también de emplear generalmente "síntoma", pero no dudan en utilizar "signo" cuando su discurso se inspira en los constructos de la semiología general. Y por lo general los autores más biologicistas, sean de los países que fueren, manifiestan una fuerte querencia por el "signo", subrayando con ello la noción de "objetivación".

Otro foco aún que favorece la confusión es el que proviene de las traducciones. En inglés y francés, *trouble* ("problema") significa en medicina tanto "síntoma" como "signo" e incluso "trastorno", acepción ésta mucho más general e indefinida que también en ocasiones, al menos en su valor de uso, se hace equivalente de "síndrome" o se amplía a "enfermedad".

De cualquier modo, y quizá sólo para consuelo de los fanáticos de un mal entendido pragmatismo, las actuales clasificaciones psiquiátricas "de consenso" han arrasado tales disquisiciones y sutilezas clínicas: síntomas y signos son en ellas reducidas a ítems que la computadora o el algoritmo mental del consensuador irá amontonando hasta llenar el cesto de la correspondiente "categoría" diagnóstica.

20.4. El síntoma en psicoanálisis

En cualquier lengua, ciertamente, el psicoanálisis emplea exclusivamente "síntoma" para referir el malestar que aqueja a un sujeto. Pero en psicoanálisis, a diferencia de la psiquiatría y la psicología clínica –ambas basadas en una clínica de la observación–, el síntoma sólo existe si es dicho por el paciente, pues es el discurso que éste desgrana ante el analista el que constituye propiamente la clínica psicoanalítica; naturalmente, para que el síntoma así definido llegue a constituirse se precisa la creencia del paciente en su síntoma, ya que sin ella no hay propiamente entrada en análisis. Se erige aquí una diferencia radical entre esta modalidad de la clínica y aquellas otras prácticas en las que es el terapeuta quien observa, nombra, clasifica y rubrica que determinada manifestación constituye una alteración patológica, es decir, un síntoma.

La psicopatología psiquiátrica ha elaborado un buen número de propuestas tendentes a clasificar los síntomas, pero todas ellas se asientan en el juicio objetivo del clínico, desestimando no sólo la palabra del paciente, sino la propia implicación del clínico en el síntoma que le es relatado. Así, por ejemplo, Eugen Bleuler (1911) estableció en su monografía sobre las esquizofrenias las diferencias entre "síntomas primarios" y "secundarios" en ese tipo de psicosis, coligiendo final-

mente que los primeros obedecen a un proceso orgánico ("el trastorno cerebral determina los síntomas primarios") y los segundos son en parte funciones psíquicas que operan en condiciones alteradas, y en parte los resultados de intentos de adaptación, más o menos exitosos, a las perturbaciones primarias; la articulación de ambos proporciona teóricamente el concepto de enfermedad. En esta misma línea, aunque recurriendo a la capacidad de comprensión del fenomenólogo, Jaspers (*Psicopatología General*, 1913) pretendió distinguir dos grandes formas de delirios: unos –las ideas deliroides– se le presentan al observador de manera comprensible y por ello éste deduce que en su base se hallan fenómenos afectivos, acontecimientos conmocionantes u ofensivos, sentimientos de culpa, también percepciones engañosas o vivencias de extrañeza del mundo, etc.; otros –las auténticas ideas delirantes– se le antojan incomprensibles, razón por la cual colige que no pueden ser seguidos psicológicamente hasta su origen. Pero sea por el camino de la especulación etiológica o por el laberinto de la comprensión, estas apreciaciones tienen en común el hecho de atribuir al clínico la potestad de determinar la existencia y variedades de los síntomas. Bien distinta es la concepción del síntoma sostenida por el psicoanálisis: "Si el síntoma analítico está constituido en la experiencia analítica –enfatizó J. A. Miller en *Elucidación de Lacan* (1998)–, en la que el paciente dirige su discurso hacia el analista, éste es parte del síntoma, está implicado en su función".

Concebido inicialmente por Freud como una de las formaciones del inconsciente, el síntoma pone de manifiesto un sentido que sólo cabe interpretar en relación con la realidad sexual. Así, en los textos previos a la segunda tópica, el síntoma supone un compromiso entre lo reprimido y la instancia represora: "Para expresarlo más directamente por medio de la investigación de los histéricos y otros enfermos neuróticos –escribió Freud en 'Psicoanálisis', publicado en 1910–, llegamos al convencimiento de que en ellos ha *fracasado* la represión de la idea que entraña el deseo intolerable. Han llegado a expulsarla de la conciencia y de la memoria, ahorrándose así aparentemente una gran cantidad de dolor, pero el deseo reprimido perdura en lo inconsciente, espiando una ocasión de ser activado, y cuando ésta se presenta, sabe enviar a la conciencia una disfrazada e irreconocible formación sustitutiva (*Ersatzbildung*) de lo reprimido, a la que pronto se enlazan las mismas sensaciones displacenteras que se creían ahorradas por la represión. Este producto sustitutivo de la idea reprimida –el síntoma– queda protegido de subsiguientes ataques de las fuerzas defensivas del Yo, y en lugar de un conflicto poco duradero, aparece ahora un interminable padecimiento. En el síntoma puede hallarse, junto a los rasgos de la deformación, un resto de analogía con la idea primitivamente reprimida; los caminos seguidos por la génesis del producto sustitutivo se revelan durante el tratamiento psicoanalítico del enfermo, y para

la curación es necesario que el síntoma sea conocido de nuevo y por los mismos caminos, hasta la idea reprimida".

Pero tal concepción freudiana del síntoma habría de variar a partir de la formulación de la segunda tópica, en buena medida porque cada vez resultaba más manifiesta su persistencia, esto es, la satisfacción narcisista o goce irreductible que el sujeto halla en él. Un ejemplo excelente de ese goce entramado en el malestar es el referido por Freud a propósito del Hombre de las Ratas: cuando éste le refiere, sumamente excitado, un suplicio practicado en Oriente consistente en la violenta introducción de ratas por el ano del torturado, Freud subraya que en los momentos más importantes del relato se aprecia en el rostro de su paciente un "horror ante su placer, ignorado (*unbekennen*) por él mismo". De este modo, a partir de *El Yo y el Ello* (1923) el síntoma será descrito por Freud no tanto como un sucedáneo o una formación sustitutiva (*Ersatzbildung*) de una antigua satisfacción infantil, sino más bien como eso que trata de suplir su ausencia misma, tal como defendió en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926): el síntoma sería el signo y el sustituto de una satisfacción pulsional que no tuvo lugar.

También el punto de partida de la concepción del síntoma por parte de Lacan se arraiga en esta perspectiva freudiana, pues inicialmente enfatiza su dimensión de mensaje al Otro y del Otro –por cuanto la comunicación está invertida– y aprecia su estructura idéntica a la del lenguaje. Y precisamente por estar el síntoma estructurado como un lenguaje puede resolverse completamente mediante un análisis de lenguaje, ya que el síntoma "es lenguaje en el que la palabra debe ser liberada". Pero estas contundentes y optimistas afirmaciones escritas en "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis" (1953) alcanzarían en los últimos años de su enseñanza importantes reformulaciones cuando trató de resaltar la vertiente de goce consustancial al síntoma, ahora encarado desde la perspectiva de lo Real. Ciertamente, si en un principio Lacan había destacado del síntoma sus estatutos imaginario –al subrayar su dimensión de significación y creencia– y simbólico –su constitución en el relato–, a la hora de dar cuenta del componente real lo reduce a un modo de gozar muy particular, a un modo positivo de gozar. La constatación de esta inercia irreductible de goce entramado en el síntoma llevó a Lacan a introducir una nueva grafía para designarlo, sustituyendo el usual *symptôme* por el antiguo término *sinthome* (un juego de palabras establecido a partir de "santo hombre" y "santo Tomás" de Aquino). Así, en su seminario dedicado a James Joyce e intitulado *Joyce le symptôme* (1975), destacó la función protésica de ese *sinthome*, esto es, su función de cuarto redondel en el nudo borromeo: "algo que permite a lo Simbólico, a lo Imaginario y a lo Real continuar manteniéndose juntos".

Esta última concepción del síntoma (*sinthome*) abunda en cuanto de inmune tiene éste a la eficacia de lo simbólico, de manera que el análisis ya no estaría

destinado a la completa supresión del síntoma, pues éste atesora una singular modalidad de goce, sino más bien a la identificación con ese *sinthome*. "Al final de su enseñanza –destaca J. A. Miller en *Los signos del goce* (1998)– Lacan propuso el término *sinthome*, que engloba síntoma y fantasma. El nuevo concepto le permitió enfatizar el goce del síntoma y sostener, al mismo tiempo, que no gozamos sino de nuestros fantasmas. Era la manera de indicar que, al centrar las cosas en el goce, obtenemos un compuesto del síntoma como efecto de verdad y como relación con el goce. Ese compuesto es, hablando con propiedad, el *sinthome*".

Como podrá apreciarse a partir de estas breves consideraciones a propósito de la esencia y función del síntoma en psicoanálisis, se erigen entre éste y las concepciones médicas y psicológicas un buen número de diferencias insalvables. La clínica psicoanalítica aprehende y valora las manifestaciones subjetivas en el estricto marco de la transferencia y tiene como único medio de acción la palabra. Pero eso no impide que esté atenta a cuantos datos puede aportarle la semiología, salvo que el valor que les confiere resulta aquí meramente orientativo, pues aun siendo útiles para el diagnóstico estructural, la adscripción del paciente a una determinada categoría nosográfica psicoanalítica vendrá determinada por su posición subjetiva y no por la acumulación de signos en una u otra dirección diagnóstica.

21

SEMIOLOGÍA DEL LENGUAJE Y DEL PENSAMIENTO: ASPECTOS GENERALES

La semiología clínica del lenguaje y del pensamiento de los sujetos que presentan trastornos mentales atiende a un amplio espectro de manifestaciones entre las que se incluyen las relativas al habla y la lengua, a los elementos verbales y no verbales, a los conscientes y los inconscientes. Así, la mayoría de proyectos semiológicos de corte psiquiátrico elaborados sobre esta materia incluyen la vertiente comunicacional de los mensajes emitidos por el paciente, tanto su faceta de comunicación verbal (parte del mensaje expresada mediante las palabras como signos, esto es, unión de significante y significado), como de comunicación paraverbal o "paralenguaje" (parte del mensaje vehiculizada por medio de los elementos "expresivos" del lenguaje hablado: flujo, timbre, tono y entonación de la palabra), como de comunicación no verbal (toda aquella parte del mensaje que no utiliza la palabra, sino la mímica, el gesto y la expresión corporal). Algunos autores prefieren incluir el paralenguaje en la comunicación verbal, otros en la no verbal y también hay quienes lo consideran conceptualmente independiente. Fuera del ámbito psicoanalítico, un buen número de tratadistas convienen de buen grado en considerar que los aspectos no verbales posiblemente sean los que más influencia tienen en la percepción del interlocutor. Sostienen éstos que dichos aspectos no verbales son los más espontáneos y difíciles de ocultar o enmascarar y los primeros que capta el sujeto receptor. A tenor de estas hipótesis, tales autores estiman que la comunicación verbal explicita fundamentalmente contenidos del pensamiento consciente del sujeto emisor voluntariamente manifestados, y el sujeto receptor tenderá a atribuir a la comunicación no verbal la expresión de sentimientos e intenciones tanto conscientes como inconscientes. Una orientación

de estas características fue la defendida por Emil Kraepelin, quien tenía a gala manifestar que no entender la lengua del enfermo constituía en sí misma la mejor condición para la observación.

Bien distinto es el parecer del psicoanálisis, el cual se centra plenamente en la materia significante y presta especial atención a la enunciación, esto es, al decir antes que al dicho o enunciado, pues es ahí donde debe captarse el sujeto del inconsciente: "No podemos –escribió Lacan en 'Position de l'inconscient' (1964)– por consiguiente dejar de incluir nuestro discurso sobre el inconsciente en la tesis misma que él enuncia, que la presencia del inconsciente, para situarse en el lugar del Otro, ha de buscarse en todo discurso en su enunciación". Esta separación entre sujeto del enunciado y sujeto de la enunciación advierte, una vez más, de la división estructural del sujeto, indicando además que el analista está esencialmente atento a los significantes tal como se van enunciando. Y precisamente por no cegarse con la comprensión de los significados de los dichos o enunciados ha podido el psicoanálisis desvelar todos esos fenómenos tan habituales que traicionan la intención de decir algo concreto por parte de que quien habla, asomando así en los lapsus y otras formaciones del inconsciente, para sorpresa del sujeto, una verdad inconsciente sobre el deseo que no halla otro camino para hacerse oír. Amén de estas aportaciones del psicoanálisis a la semiología del lenguaje y del pensamiento, son de destacar asimismo aquellas otras que han permitido un conocimiento muy sutil e imprescindible sobre los trastornos del lenguaje en la psicosis, bien sean éstas absolutamente novedosas –como es el caso, por ejemplo, de las descubiertas por Freud a propósito del "lenguaje del órgano" y el "dicho esquizofrénico"– o bien constituyan una profundización en algunos de los fenómenos tradicionalmente descritos, como sucede con los llamados fenómenos elementales, los neologismos, las alucinaciones, etc.

Por lo general suele acordarse a la semiología del lenguaje un lugar privilegiado respecto del resto de los ámbitos semiológicos, pues desde perspectivas distintas convienen los investigadores en destacar que el lenguaje es a la vez expresión de los estados de ánimo y base de la comunicación y construcción del pensamiento. Mas tal coincidencia, sin embargo, no está exenta de importantes dificultades. La más debatida, sin duda, es aquella que se centra en la íntima vinculación entre pensamiento y lenguaje, la cual no permite muchas veces distinguir con claridad si se está detectando un signo originado en uno u otro campo, máxime cuando ni siquiera tenemos instrumentos para diferenciar conceptualmente estos últimos entre sí. A este respecto, una posición harto ilustrativa fue la de Clérambault al describir algunos de los fenómenos del Pequeño Automatismo Mental como un "trastorno molecular del pensamiento elemental"; cla-

ro que ese pensamiento elemental no puede ser captado y deducido por el clínico de otro modo que no sea su expresión significante.

21.1. Algunos intentos de sistematización de la semiología del lenguaje y del pensamiento

Tratando de construir los elementos básicos de una semiología psiquiátrica, los clásicos nos han dejado muchas descripciones metafóricas o analógicas en su intento de delimitar signos ("pensamiento saltígrado", "pensamiento interceptado", "pensamiento embolismático", "pensamiento descarrilado", "pensamiento en espiral"), a veces característicos de determinados síndromes a los cuales incluso conferían un carácter casi patognomónico (pensamiento ideofugal del maníaco, inhibido del melancólico, disgregado del esquizofrénico, incoherente en las alteraciones de conciencia de las psicosis orgánicas, etc.); además, considerándolos "trastornos de la forma del pensamiento", intentaban también diferenciarlos de los signos relacionados con las afasias y otros daños cerebrales, cuya delimitación experimentó un auge inusitado en la transición del siglo XIX al XX, con lo que pretendían separar los signos competencia de la neurología de aquellos propios del "lenguaje de los alienados", en expresión cara a Séglas. Muchos psicopatólogos señalaron el carácter equívoco de esas descripciones, aunque, por lo demás, ellos mismos no dudaban de que traducían "alteraciones formales del pensamiento". Sin embargo, pese a que la conceptualización de los clásicos no sea del todo correcta, no han surgido después muchas alternativas a la serie de descripciones que hicieron como supuestas alteraciones del pensamiento o del lenguaje, y su conocimiento tiene hoy en día un interés que va más allá de su validez en un determinado momento histórico. Pero es menester señalar la dificultad que en la práctica clínica ofrece la captación de muchas de esas concepciones.

Por otra parte, quienes se inclinan por establecer algún tipo de demarcación entre pensamiento y lenguaje se arriesgan a abismarse en no pocas complicaciones. Aquellos que así proceden suelen tratar de identificar el pensamiento con tareas de inferencia deductivas e inductivas, procesos de razonamiento y resolución de problemas, pero algunos investigadores pretenden además extender las conclusiones obtenidas mucho más allá de la constatación de los déficits de dichos procesos; asimismo, los estudios sobre los delirios, tradicionalmente "de contenido" del pensamiento, ponen a prueba la capacidad de razonamiento, y aquellos que presuntamente examinan aspectos formales analizan en realidad tareas comunicativas o de producción de discurso, con lo cual la metáfora del pensamiento como "algún tipo de inscripción en un medio mental" y la del raciocinio

como "secuencia temporal de tales inscripciones" pueden no ser las adecuadas, como señalan Barrera y Villagrán en *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (2000). La intervención de los afectos en los procesos del pensamiento, divulgada ahora hasta en los medios de comunicación de masas bajo la expresión "inteligencia emocional", sigue siendo un escollo insoslayable para la investigación de corte positivista.

Desde otra perspectiva, los estudios psicolingüísticos clásicos sobre la patología del lenguaje se basaron en el modelo las afasias (Head, Kleist, Jakobson, Halle) y han sido criticados por Martinet debido tanto a su arbitrariedad como a una abstracción que les apartaba de la realidad concreta de los casos observados. La repartición de los trastornos entre los polos disociados del intercambio lingüístico, expresión y comprensión, no está clarificada conceptualmente; además no aparecen trastornos "puros" en la clínica, observándose insuficiencias de comprensión en las llamadas afasias de expresión (o motrices), y sobre todo insuficiencias de expresión en las afasias sensoriales, en las cuales aparece más bien una desorganización general de la función lenguaje. Según la consideración de Martinet (*La Lingüística. Guía alfabética*, 1969), bajo el aspecto de terminologías procedentes de la lingüística sólo se han ofrecido conceptos neurológicos tradicionales, es decir, no se ha realizado una semiología lingüística que prescinda de todo asociacionismo, de forma que pueda proporcionar definiciones de los trastornos para, entonces, buscar el sustrato neurológico y psicológico que corresponda. Por lo demás, las líneas de investigación actual se centran generalmente sobre aspectos cuantitativos (vocabulario, repeticiones, etc.) y otros orientados por la pragmática (uso del lenguaje).

En el terreno de la semiología clínica, a las dificultades mencionadas se unen las inherentes a una estricta sistematización de los signos, pues no ha sido fácil a lo largo de la historia abstenerse de recurrir a criterios extrasemiológicos, y, además, la complejidad de los fenómenos del lenguaje, acrecentada cuando se trata de su patología, vuelve aún más complejo encontrar un criterio organizador. La división clásica de Séglas en dislogias (trastornos del lenguaje en alteraciones mentales con la "función lenguaje" conservada), disfasias (es decir, afasias y otras alteraciones neurológicas que afectaban, a veces por hipótesis, a los centros cerebrales de la "función lenguaje") y dislalias ("modificaciones del habla exterior", en las que incluía las disartrias por lesiones del aparato fonador, tanto como los tartamudeos y similares de causa psicológica) no sólo parte de presupuestos etiológicos, sino que también engloba como trastornos del lenguaje algunos que otros autores prefieren incluir entre las alteraciones de la percepción y hasta del pensamiento. Sírvanos de ejemplo, en este sentido, sus *alucinaciones verbales*, incluidas por él entre las disfasias "funcionales", a las que hace depender de un presunto trastorno en la corteza cerebral.

El espíritu clínico de la obra de Séglas se mantuvo mal que bien a lo largo del tiempo, y sucesivos autores organizaron sus respectivas semiologías del lenguaje empezando por su ausencia (mutismo), continuando por su velocidad de producción, pasando después a las "modificaciones formales" (paralenguaje o elementos "extrínsecos" en sentido lingüístico), a la sintaxis y finalmente al contenido (casi siempre basándose en fenómenos observados en las psicosis), sin que ninguna de estas clasificaciones se viese libre de los inconvenientes señalados ni de la imprecisión o los cambios que fueron experimentado a su vez los términos importados de la lingüística. En 1955, en su artículo "Troubles de la sémantique (Aliénation du langage)", Racamier optaba por la denominación general de "trastornos de la semántica", en el sentido de alteraciones de la función "significativa" del lenguaje, definición que hacía idéntica a la "alienación del lenguaje" y de la que explícitamente excluía los trastornos en su adquisición y desarrollo, las afasias y las demencias. Recurría Racamier a un "Inventario Semiológico" cuya subdivisión en "alteraciones gramaticales y sintácticas", "alteración de la función lenguaje", "lenguajes neológicos", "estilos" y "grados de incoherencia" tampoco se vio libre de reparos (por ejemplo, el "estilo telegráfico" era estudiado como alteración gramatical; la "verbigeración" como alteración de la función lenguaje, etc.).

Posteriormente diversos psicopatólogos han intentado clasificar la semiología clínica del lenguaje desde criterios estrictamente lingüísticos, como ha recogido George Lantéri-Laura en varios trabajos desde 1970. Recopilando la historia de los estudios clínicos de la patología de la comunicación, Lantéri-Laura y Del Pistoia propusieron en 1988 ("Pathologie du langage chez l'adulte") una clasificación basada en principios lingüísticos. Distinguían así los aspectos "extrínsecos" (situaciones en que se produce la comunicación verbal, aspectos no verbales, finalidad de la comunicación) de los "intrínsecos al lenguaje". Éstos se subdividen en alteraciones de la "sustancia de la expresión" (aspectos acústicos del habla, en especial flujo, velocidad, tono, volumen, entonación, producción fónica, articulación) y alteraciones de la "forma de la expresión" y de la "forma del contenido" (estudios del vocabulario, cuantitativos y cualitativos, y dentro de estos últimos, los neologismos y los lapsus; estudios morfosintácticos: alteraciones de la fluencia, dipolo agramatismo-paragramatismo; análisis del discurso, cuantitativos –acortamiento, estereotipias– y cualitativos –fuga de ideas, difluencia, discurso "en cajas chinas"–, y el caso particular de las glosolalias). La complejidad de esta impecable clasificación hacía reconocer sin embargo a sus propios autores la extrema dificultad de su empleo en la práctica clínica. Las especiales características de la patología mental del lenguaje parecen, por tanto, resistirse vivamente ante cualquier sistema que las pretenda aprehender.

21.2. Psicoanálisis y lenguaje, un apunte

Como habrá podido apreciarse, la semiología psiquiátrica del lenguaje y del pensamiento ha abundado sobre todo en sus aspectos comunicacionales y se ha esforzado en descomponer en signos cuanto dicen los pacientes o incluso cuanto callan. Esa perspectiva se funda generalmente en una concepción del lenguaje como instrumento destinado al intercambio entre un emisor y un receptor. Por lo general, los autores asentados en este tipo de orientación tienden a considerar que los trastornos del lenguaje captados por la semiología son indicadores de un desorden primario, esto es, que una alteración de base –orgánica, incluso psíquica– es la causante de esos trastornos, como sucede a menudo con las afasias. Así, por ejemplo, los trastornos del lenguaje tan característicos de la esquizofrenia no serían otra cosa que reflejos de una alteración cerebral. Sin embargo, en este punto surge ya un interrogante de hondo calado, el cual formulamos con los términos propuestos por Chaslin en sus *Éléments de sémiologie et cliniques mentales* (1912): ¿esos trastornos del lenguaje que se aprecian en las manifestaciones clínicas son el resultado de un proceso morboso fundamental o, por el contrario, son ellos los causantes del proceso? A fin de aportar argumentos para responder a esta pregunta, así como para acercarse a otra concepción del lenguaje más allá de comunicación, siempre equívoca, procederemos a exponer algunos rudimentos de la concepción psicoanalítica del lenguaje, la cual, por lo demás, ya se ha glosado parcialmente en capítulos precedentes y ocupará también un lugar destacado en el que sigue a éste cuando se exponga la noción de "estructura".

A nadie resulta desconocida la trabazón que une al lenguaje y al psicoanálisis. Naturalmente, esta perspectiva está determinada por la novedosa orientación que Jacques Lacan imprimió al psicoanálisis a partir de los años cincuenta bajo el lema "retorno a Freud". Ha sido precisamente Lacan quien ha subrayado de múltiples maneras y desde numerosas perspectivas que los análisis freudianos del inconsciente son todos ellos de tipo lingüístico, tanto los destinados a desvelar el sentido y la finalidad de las formaciones habituales del inconsciente –sueños, actos fallidos, chistes– como las de aquellas otras –síntomas y sus equivalentes– que sirven de base a la investigación psicopatológica. Pues el psicoanálisis estima que, a pesar de las trampas del lenguaje, sólo a través de él se puede acceder a esa verdad subjetiva que trata de abrirse camino mediante ese tipo de formaciones del inconsciente.

21.2.1. Freud: gramática del inconsciente

Ciertamente, Freud no conoció a su coetáneo Saussure ni tampoco estuvo al corriente de la lingüística estructural. Sin embargo, su interés por el lenguaje apa-

rece desde sus primeros pasos como investigador, y ello tanto por estar inmerso en la tradición judía –la cual concede una importancia privilegiada a la tradición puramente literal– como por su profesión de neurólogo –que le brindó la ocasión de elucidar los trastornos del lenguaje característicos de algunas enfermedades propias de su especialidad médica, dejando de ello constancia en su monografía *La afasia*, de 1891, que sigue hoy siendo de ineludible lectura para los neurólogos–. Sobre estas bases, una vez se decantó su investigación hacia la psicología y la psicopatología y orientó su actividad clínica a la terapéutica de las neurosis, Freud se percató muy pronto del poder de la palabra, el medio más capaz de modificar sus manifestaciones sintomáticas; incluso una de sus primeras pacientes, Anna O., nombró inicialmente ese método terapéutico como *talking cure* o "cura por la palabra". Convencido de este presupuesto, se libró a descifrar e interpretar los relatos de sus pacientes prestando una atención prioritaria a la dimensión significante allí en juego, esto es, atribuyendo el papel esencial a la forma misma de la palabra, a su envoltura formal. Y más que por el discurso coherente y ordenado, Freud se interesó esencialmente por sus fallas, esas que irrumpen en las equivocaciones, los imprevistos, las sorpresas, los lapsus y otros actos fallidos del discurso que revelan la existencia de un deseo inconsciente y desconocido por el sujeto, un deseo amordazado que se hace oír precisamente cuando la intención consciente de decir es traicionada por la súbita emergencia de una palabra imprevista. De este modo, el psicoanálisis podría definirse como la ciencia del sujeto habitado por el lenguaje: "En la perspectiva freudiana –enfatizó Lacan en *Las psicosis* (1955-1956)–, el hombre es el sujeto capturado y torturado por el lenguaje".

A diferencia de los psicoterapeutas de su tiempo, Freud pronto concedió al lenguaje un valor que excedía la mera liberación emotiva por medio de la verbalización; *grosso modo,* más que como un simple instrumento destinado a la comunicación, lo concibió como un medio al cual advenimos, que nos conforma y determina. Muy pronto advirtió también que los relatos de sus pacientes consti-tuían una ficción antes que un testimonio de la realidad objetiva de determinados sucesos traumáticos ("Ya no creo en mis neuróticos", escribió a Fliess el 21 de septiembre de 1897). Se colige de ello que el lenguaje no se limita únicamente a la capacidad de comunicación con el semejante, pues en él se aprecia su dimensión de ocultamiento, de velo, donde la narración consciente está sometida a un discurso inconsciente –un saber no sabido– en el cual se cifra el deseo del sujeto. Son precisamente esos puntos de detención de las asociaciones, esa imposibilidad de decir sobrevenida en los silencios, donde se ponen de manifiesto ciertas satisfacciones pulsionales del paciente. Resulta así notorio que ese sujeto que habla, antes que dueño de su discurso es más bien su efecto; se advierte además la dimensión simbólica del lenguaje plasmada en la transferencia dirigida por ese sujeto a un otro que no es real.

Estas simples consideraciones sitúan la importancia crucial del lenguaje en la constitución y funcionamiento del psiquismo humano, razón por la cual la clínica psicoanalítica se vale de él para liberar al sujeto del malestar que lo constriñe. Partiendo de la investigación psicopatológica y de la práctica clínica, Freud advirtió prontamente que los síntomas se constituyen en el interior del lenguaje. Numerosos ejemplos podrían argüirse para mostrar cómo sus análisis se desarrollan siempre desde un punto de vista lingüístico. Basten para ello tres menciones, por lo demás tomadas de períodos distintos y de casos clínicos inscritos en estructuras diversas.

En primer lugar, la investigación causal de la neuralgia facial que presentaba la señora Cecilia M. (*Estudios sobre la histeria*, 1895), cuyo inicio se había producido inmediatamente después de que su marido le profiriera palabras ofensivas: "Luego, de repente se llevó la mano a la mejilla, gritando de dolor, y exclamó: 'Fue como si me hubiera dado una bofetada'. Con esto terminaron el dolor y el ataque".

En segundo lugar, el análisis lingüístico de los síntomas manifestados por Emma A. –una paciente esquizofrénica tratada por V. Tausk– a propósito de ciertas experiencias que le sucedían estando en una iglesia, las cuales le permitirán a Freud descubrir el lenguaje de órgano (*Organsprache*) tan característico de la esquizofrenia. "Una de las enfermas de Tausk –escribe Freud en 'Lo inconsciente', 1915–, una muchacha que fue llevada a la clínica después de una querella con su amado, se queja: 'Los ojos no están derechos, están torcidos (*verdrehen*)'. Ella misma lo aclara, exponiendo en un lenguaje ordenado una serie de reproches contra el amado. 'Ella no puede entender que a él se lo vea distinto cada vez; es un hipócrita, un *torcedor de ojos* (*Augenverdrehen*, simulador), él le ha torcido los ojos, ésos ya no son más sus ojos, ella ve el mundo ahora con otros ojos'". Llama la atención de Freud la permanente referencia al órgano –en este caso el ojo (*Auge*)– y el hecho notable de que las palabras son tratadas en toda su literalidad como cosas. La palabra "hipócrita" (*Augenverdreher*; literalmente "torcedor de ojos"), aplicada al amado, pierde instantáneamente todo su valor metafórico y de inmediato se experimenta como real ("él le ha torcido los ojos"; *er hat ihr die Augen verdreht*), tan real que ella ve ahora el mundo con otros ojos (*sie sieht die Welt jetzt mit anderen Augen*).

Por último, la interpretación del intento suicida de la Joven Homosexual ("Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina", 1920) sobrevenido tras encontrarse en la calle ésta y su querida con el padre, quien le dirigió una mirada de reproche. Al analizar Freud los motivos de ese paso al acto, que consistió en lanzarse (*niederkommt*: "se deja caer"; *niederkommen*: "alumbrar", "parir") al foso por donde circulaba el tranvía, se desvelan dos posibles explica-

ciones, el autocastigo y la realización de un deseo: "En este último aspecto, significaba la realización de aquel deseo cuyo cumplimiento la había impulsado a la homosexualidad, o sea, el de tener un hijo de su padre, pues ahora 'iba abajo' o 'paría' (*sie kam nieder*) por causa de su padre".

A diferencia del resto de los autores, Freud procederá a examinar también aquellas manifestaciones habituales de la vida anímica –los sueños, los actos fallidos y los chistes–, tratando así de mostrar que tanto en éstas como en los procesos patológicos se ponen en juego análogos mecanismos de lenguaje. Así, en *La interpretación de los sueños*, publicada en 1900, propone desvelar el deseo oculto en el sueño a través de las asociaciones del soñante, es decir, llegar al contenido latente partiendo del relato o texto del sueño. Mas contraviniendo las interpretaciones tradicionales de Artemidoro o Cardano, Freud renuncia a interpretar el contenido manifiesto del sueño como si se tratara de imágenes pictóricas o de premoniciones. Por el contrario, dicho contenido es concebido como una escritura jeroglífica, la cual podrá ser descifrada a condición de "sustituir cada imagen por una sílaba o una palabra susceptibles de ser representadas por ellas. La yuxtaposición de palabras que así reuniremos no carecerá ya de sentido, sino que podrá constituir incluso una bellísima sentencia. Pues bien, el sueño es exactamente uno de estos jeroglíficos". Naturalmente, la aparente incomprensibilidad del sueño obedece a la acción de la censura, la cual deforma y disfraza el deseo inconsciente presente en el sueño.

Dos son fundamentalmente los mecanismos psíquicos inconscientes implicados en esta deformación: la condensación (*Verdichtung*) y el desplazamiento (*Verschiebung*). Opera la primera una síntesis de las ideas latentes, al estilo de una traducción abreviada, y lo hace mediante la omisión, la filtración o la fusión de ciertos elementos del contenido latente; el desplazamiento, por su parte, se realiza mediante un cambio del "acento psíquico" (*psychischen Akzentes*) de unas a otras representaciones, bien sea a través de conexiones alusivas o de enfatización de ciertas representaciones y desvalorización de otras. La condensación y desplazamiento definen, por tanto, dos mecanismos del lenguaje, posteriormente asimilados por Lacan con algún matiz personal a los tropos tradicionales de la metáfora y la metonimia.

Prosiguiendo su análisis de las formaciones del inconsciente, Freud publicó en 1901 *Psicopatología de la vida cotidiana*, destinada a demostrar que los olvidos, los lapsus y los diversos actos fallidos no son simples errores azarosos, sino que tienen un sentido y ponen de manifiesto un determinismo del inconsciente sobre nuestra conducta y nuestros dichos. Todos estos fenómenos evidencian justamente la división subjetiva, es decir, que la intención consciente de decir o hacer determinada cosa es traicionada, para sorpresa del sujeto, por la brusca emer-

gencia de la expresión velada del deseo inconsciente. Se trata, en definitiva, de una evidencia palmaria que da cuenta de esa otra dimensión que nos habita y determina, de ese otro discurso a través del cual asoma la verdad del deseo. La realización del deseo (*Wunscherfüllung*), frecuentemente disfrazada, que preside la actividad onírica se presenta en este tipo de fenómenos de una manera más manifiesta y evidente, valiéndose por lo demás de los mismos mecanismos de condensación y desplazamiento. Tales son también los mecanismos de lenguaje aprehendidos por Freud en el análisis de los chistes (*El chiste y su relación con lo inconsciente*, 1905), si bien en este caso el desplazamiento opera de forma menos sofisticada, provocando así el esperado efecto hilarante.

Además del análisis de las formaciones del inconsciente mediante mecanismos lingüísticos, Freud propuso otras vertientes de la afectación y estructuración de la función del lenguaje en el psiquismo humano. Evocaremos a este respecto tres pasajes en los que se aprecian las variaciones de la posición subjetiva correlativas a las modificaciones del enunciado. El primero de ellos se refiere a la nosografía de la paranoia –es decir, a las diversas posiciones clínicas en las que puede situarse el paranoico– tal como fue concebida en el análisis de las *Memorias de un enfermo de los nervios* de Paul Schreber. Freud propuso allí una reducción de los tipos clínicos de paranoia –delirio de persecución, erotomanía, delirio de celos y megalomanía– siguiendo un criterio gramatopatológico, esto es, una gramática de las pulsiones. Parte dicho criterio de las contradicciones posibles que pueden darse entre el sujeto, el objeto o el verbo, sea por negación o proyección, y el enunciado *Yo, un hombre, lo amo (a un hombre)*; por ejemplo, el perseguido negará el verbo (*no lo amo, lo odio*) y lo proyectará en su Otro (*él me persigue*), consiguiendo restablecer así un semblante de heterosexualidad mediante la contradicción del verbo formulado en el enunciado. Aunque la hipótesis freudiana de la homosexualidad latente como única explicación de la paranoia ya no se sostenga, su esbozo de método lingüístico para analizar los enunciados de los sujetos puede seguir siendo válido.

En segundo lugar, en su artículo "Pegan a un niño" (1919) se pone de manifiesto el cambio de posición del sujeto respecto al enunciado de la fantasía "pegan a un niño" y las distintas variantes –sádicas unas, masoquistas las otras– descubiertas por la labor analítica. También aquí se trata de las modalidades gramaticales que pueden adquirir las pulsiones, apuntando así la articulación entre lenguaje y pulsión.

En tercer lugar, Freud aprecia ("La negación", 1925) una variante particular de relación con el enunciado que consiste precisamente en negar lo que se acaba de afirmar. Así, uno de sus pacientes le responde que la persona del sueño desde luego que no es su madre ("*die Mutter ist es nicht*"), mientras que Freud

considera que sí, que seguramente se trata de su madre ("*Also ist es die Mutter*"). De esta manera, su interpretación se basa simplemente en suprimir la negación del paciente y guiarse únicamente por el contenido de las asociaciones: "Es como si el paciente hubiera dicho: 'A la persona de mi sueño he asociado realmente la de mi madre, pero me disgusta dar por buena esa asociación'". Esta particular modalidad de denegación psicológica (*Verneinung*) constituye un mecanismo censor del que se sirve el sujeto para negar precisamente la emergencia de una verdad. Mas el interés de este artículo, siguiendo los propósitos de nuestra exposición, radica en que la descripción realizada por Freud de la *Verneinung* articula sus tres ámbitos semánticos –lógico, lingüístico y psicológico– pues les atribuye el mismo origen. Se pone así de manifiesto, una vez más, que el lenguaje no remite precisamente a la realidad, sino que esa realidad está construida por el lenguaje.

A modo de síntesis se puede afirmar que para Freud la palabra es concebida como el medio más poderoso de influencia sobre el síntoma, pero también que ese síntoma y el resto de las formaciones del inconsciente se estructuran de acuerdo con leyes y recursos retóricos del lenguaje. Todas esas formaciones evidencian dos intenciones contrarias, la de expresar un deseo inconsciente y la de censurarlo.

21.2.2. Lacan: el inconsciente como un *lenguaje*

Por encima de cualquier otro posfreudiano, ha sido Jacques Lacan el autor que más ha perseverado en estas constataciones surgidas de la práctica analítica. Su interés por el lenguaje se remonta a sus primeras investigaciones sobre los escritos de los locos y recorre, imperturbable, el resto de enseñanza. A diferencia de Freud, Lacan conoció muy de cerca el auge de la lingüística estructural (Saussure y Jakobson) y su aplicación a las ciencias humanas (Lévi-Strauss), sirviéndose de ella en el meridiano de su obra para, finalmente, abandonarla en favor de una concepción muy original. Una buena parte de sus desarrollos ha sido ya glosada en las partes II y III, de manera que aquí nos limitaremos a reseñar apenas algunos aspectos relativos a la articulación del lenguaje y el inconsciente y al concepto de "discurso".

Ciertamente, Lacan concibe el psicoanálisis como una práctica de la palabra: "El síntoma se resuelve por completo en un análisis de lenguaje, porque él mismo está estructurado como un lenguaje". Tal es una de las tesis centrales que se desarrollan en su texto "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis" (1953), aunque en aquellos años la influencia de la fenomenología

hegeliana le llevó a enfatizar la vertiente intersubjetiva tanto de la palabra –la palabra depende de la respuesta– como del deseo de reconocimiento –el deseo depende del deseo del Otro–. También en ese texto, reuniendo en una misma serie conceptual lenguaje, orden simbólico, ley y Edipo, Lacan argumenta que el lenguaje no sólo precede al hombre, sino que lo determina, es decir, que el sujeto humano más que hablar es hablado por el lenguaje: "El hombre habla porque el símbolo lo ha hecho hombre".

Coincidiendo en parte con la idea freudiana del sujeto del inconsciente, Lacan habría de desarrollar a partir de 1960 una de sus grandes tesis según la cual el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Alejándose de Hegel y aproximándose a Saussure y Jakobson, procederá a diferenciar de una forma muy original significante y significado, lengua y palabra. A modo de conclusión de esta investigación, propondrá la autonomía y supremacía del orden simbólico del significante sobre la naturaleza imaginaria del significado, subrayando que la significación surge a partir de la concatenación de los significantes y siempre retroactivamente (*après-coup*). Pero entre significante y significado sitúa Lacan una barra (S/s) que marcará definitivamente la división del sujeto ($), pues ese sujeto dividido es precisamente el efecto de la cadena significante: "Conceder esta prioridad al significante sobre el sujeto –escribió Lacan en 'Posición del inconsciente' (1964)– es, para nosotros, tener en cuenta la experiencia que Freud nos abrió de que el significante juega y gana, si puede decirse, antes de que el sujeto se percate de ello, hasta el punto de que en el juego del *Witz* [chiste], del rasgo de ingenio, por ejemplo, sorprende al sujeto. Con su flash lo que ilumina es la división del sujeto consigo mismo".

Dos son las leyes fundamentales que estructuran el campo del lenguaje: la metáfora –inspirada en la condensación freudiana (*Verdichtung*)– y la metonimia –correspondiente al desplazamiento (*Verschiebung*)–. Consiste la primera de ellas en la sustitución de un significante por otro, produciendo así un efecto de significación; el segundo, por su parte, indica la conexión o la combinación de un significante con otro, si bien su efecto radica en una fuga imparable de sentido. Sabido es que Lacan vinculó la función paterna, el punto de capitón y el síntoma a la metáfora, mientras el deseo –por constituir un movimiento infinito y consistir siempre en deseo de otra cosa– fue asimilado a la metonimia.

A diferencia de Jean Laplanche, quien sostuvo en el curso del Congreso de Bonneval (1960) que el inconsciente antes que un lenguaje es "la condición misma del lenguaje", Lacan siempre defendió que el lenguaje es la condición del inconsciente. Su tesis según la cual el inconsciente está estructurado como *un* lenguaje –esto es, como un lenguaje entre otros y no como *el* lenguaje– encuentra también otras formulaciones similares, como es el caso de "el inconsciente como

discurso del Otro". Mas en esta última –ampliamente desarrollada a lo largo del seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964)– parece resaltar la exteriorización conferida al inconsciente, su constitución histórica, transindividual, familiar y social, frente a las teorías románticas que tratan de reducirlo a un reservorio interno de fuerzas ocultas que operan no se sabe muy bien cómo: "Esta exterioridad de lo simbólico en relación al hombre es la noción misma de inconsciente", escribió en "Situación del psicoanálisis y formación del psicoanalista en 1956" (1956).

Fue también en el curso del seminario *Los cuatro conceptos...* cuando Lacan asentó los fundamentos tendentes a explicar cómo el sujeto es causado a partir de la teoría de la alineación-separación. Desde una perspectiva nueva, pero siempre teniendo en cuenta que ese sujeto –aquí definido como "falta-en-ser" (*manque-à-être*), que es el origen del deseo– depende de cuanto se desarrolle en el Otro, Lacan situó en la operación de la alineación la sumisión universal del sujeto al significante, cuyo resultado es el sujeto dividido ($), y en la operación de separación la forma particular en la que ese sujeto se desliga del significante, implicando esta última directamente la extracción del objeto *a*. Esta oposición entre sujeto y objeto, tan enfatizada por Jacques-Alain Miller a lo largo de su enseñanza, permite entender la función del fantasma, en la cual el sujeto estructura su relación particular con ese objeto perdido. A estas alturas de la elaboración lacaniana ya no se trata, evidentemente, de aquella primera concepción inspirada en Hegel a propósito del deseo de reconocimiento y su completa asunción en la palabra, pues se evidencia una cierta incompatibilidad entre el deseo y la palabra; el sujeto, más bien, está oculto en su deseo, y éste, antes que ser reconocido, debe ser interpretado. Asimismo, como señalan A. Di Ciaccia y M. Recalcati en su reciente monografía *Jacques Lacan. Un insegnamento sul sapere dell'inconscio* (2000): "La heterogeneidad del objeto respecto del significante abre por el contrario, en la perspectiva de Lacan, un campo problemático nuevo en cuyo centro ya no se trata de la autonomía y el poder de determinación del orden simbólico, sino la dimensión real del goce como eso que encadena al sujeto a una repetición de lo idéntico".

A propósito de la distinción entre sujeto y objeto, y también esforzándose por finiquitar las muchas concepciones que aún sitúan al inconsciente como interioridad psíquica, Lacan desarrolló en *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970) el concepto de "discurso". Define éste de forma estructural las posibles modalidades de relación o lazo social entre los sujetos habitados por el lenguaje (*parlêtres*). Cuatro fueron los discursos definidos y formulados –el discurso del amo, el de la universidad, el de la histérica y el del analista–, todos ellos sometidos a las leyes del inconsciente mediante las relaciones que se establecen entre cuatro términos (S_1,

el significante amo; S_2, el saber; ($\$$), el sujeto; *a*, el plus de goce) y cuatro lugares o posiciones (generalmente: agente, verdad, Otro y producción). Se trata inicialmente de un cuadrípodo giratorio en el que rotan esos términos sobre las posiciones estables, conformando a tenor de su disposición los cuatro discursos posibles. Considerando la evolución del pensamiento de Lacan, esta concepción de los discursos supone un intento de articulación de lo singular de la palabra y lo universal del lenguaje. Todos los discursos lo son sin palabras –"Los discursos en cuestión [...] son discursos sin palabras"–, razón por la cual es preciso entender que las palabras emitidas por los sujetos alcanzan su significación y destinatario en relación a la posición enunciativa determinada por las relaciones que se establecen entre los términos y las posiciones. No obstante, no hay palabra posible fuera del discurso, salvo en la psicosis.

También con relación a los discursos, advertiremos que Lacan describió asimismo el "discurso capitalista". Se trata de una variante moderna del antiguo discurso del amo, cuyas consecuencias para el psicoanálisis están aún por elucidar, pero cuya trascendencia está lejos de toda duda si atribuimos a la siguiente afirmación de Lacan (*Ou pire. Le savoir du psychoanalyste*, 1971-1972) el alcance que tiene: "Lo que distingue al discurso del capitalismo, esto es, la *Verwerfung* [forclusión], el rechazo, el rechazo fuera de todos los ámbitos de lo Simbólico, con las consecuencias que esto tiene y que ya he indicado. ¿El rechazo de qué? Todo orden, todo discurso que se entronca en el capitalismo margina, amigos míos, lo que llamamos las cosas del amor".

Un cambio sustancial se produce con la introducción de la noción de "discurso" respecto a las operaciones de alineación y separación descritas en *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964). Pues si anteriormente el significante y el goce aparecían enfrentados –sustracción de goce a cambio de una inscripción simbólica en el sentido–, en *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970) Lacan propuso una trabazón primitiva entre el saber y el goce, lo cual cuestiona en buena medida la autonomía de lo Simbólico y con ello la anteriormente enfatizada mortificación del sujeto por el significante.

Una última contribución es la que fue formulada con el nuevo término *lalange* ("lalengua") en el mencionado seminario *Ou pire...* indicando con ella la parte que cada lengua destina al equívoco y no a la comunicación –una especie de sustrato un tanto caótico sobre el que se asienta el lenguaje, bastante más ordenado– y denotando también el nudo del sujeto del deseo con la lengua. En el seminario *Aun* (1972-1973) Lacan la definió en los siguientes términos: "El lenguaje sin duda está hecho de lalengua. Es una elucubración de saber sobre lalengua. Pero el inconsciente es un saber, una habilidad, un *savoir-faire* con lalengua. Y lo que se sabe hacer con lalengua rebasa con mucho aquello de lo cual puede

darse cuenta en nombre del lenguaje. Lalengua nos afecta primero por todos los efectos que encierra y que son afectos. Si se puede decir que el inconsciente está estructurado como un lenguaje es por el hecho mismo de que los efectos de lalengua, ya allí como saber, van mucho más allá de todo lo que el ser que habla es capaz de enunciar. Por eso el inconsciente, en tanto le doy aquí el soporte de su desciframiento, no puede estructurarse sino como un lenguaje, un lenguaje siempre hipotético respecto a lo que lo sostiene, a saber, lalengua".

22

SEMIOLOGÍA DEL LENGUAJE

En su papel de auxiliar de la semiología, la lingüística aporta luces pero también sombras, pues desde el punto de vista semántico, el significado del término *lenguaje* no deja de estar en entredicho aun entre sus propios especialistas. Según Mounier, "si la lingüística es el estudio científico y metódico del lenguaje, es preciso, ante todo, ponerse de acuerdo sobre lo que debe definirse como lenguaje". Escépticos como Terrence en 1979 eran de la opinión de que ningún psicólogo, lingüista o psicolingüista había contestado a la pregunta "¿qué es el lenguaje?". El vocabulario resulta muchas veces insuficiente pues, como ha señalado Braier, se ha otorgado desde muy antiguo una importancia preeminente a un órgano, la lengua, en la función del habla humana: innumerables dichos y refranes comunes a muchos pueblos y culturas, y a lo largo de la historia y la geografía, manifiestan una enfática relación entre la palabra, el habla, por una parte, y la lengua como órgano de la fonación, por otra. Según este autor, sería más pertinente reservar el término "lenguaje" como equivalente a "idioma", variable de una nación o región a otra. El español "lengua", el francés "*langue*" y el inglés "*tongue*" relacionan directamente la lengua con el idioma, oral o escrito, y en tal sentido no contienen contradicción alguna. En esta línea, Castilla del Pino recogió una serie de acepciones para unificar criterios: "'lenguaje', como instrumento para usar de la lengua; 'lengua' como sistema cultural de signos; 'discurso' como tipo de uso de la lengua (en forma de discurso narrativo, conversacional, lectivo, sermón, etc.); 'habla' como modalización del discurso" (Castilla del Pino, 1988); pero no siempre son compartidas.

A continuación se expondrá la semiología clínica del lenguaje siguiendo la división tradicional establecida en psicopatología entre lenguaje hablado y len-

guaje escrito. En lo que atañe a la mímica, pese a la ordenación clásica de Jules Séglas (*Des troubles du langage chez les aliénés*, 1892; "Séméiologie des affections mentales", 1903), hemos preferido incluirla en la semiología de la psicomotricidad.

22.1. Lenguaje hablado

Los estudios decimonónicos sobre el lenguaje hablado partieron de la comparación con las afasias, pero pronto vieron los psicopatólogos que los fenómenos anómalos del habla de los alienados eran mucho más complejos de lo que tal modelo podía explicar. Líneas antes hemos señalado distintos puntos de vista acerca de dicha dificultad, aún hoy no resuelta. Por lo tanto, en lugar de una *clasificación* de los síntomas y signos del lenguaje –que ningún autor ha conseguido hacer–, propondríamos una *ordenación* de los principales descriptores semiológicos debidos a la psiquiatría, que contemplase un grupo "Cero" dedicado a la ausencia de lenguaje, esto es, a los mutismos; un grupo "Uno" conteniendo las alteraciones del paralenguaje; y un grupo "Dos" centrado en las alteraciones de la comunicación verbal propiamente dicha. Inevitablemente, algunas definiciones podrían ser incluidas simultáneamente aquí y en la semiología del pensamiento (por ejemplo, *criptolalia*).

Respetando en el texto la notación numérica que vienen siguiendo los epígrafes de este capítulo, nuestro esquema expositivo será el plasmado en el cuadro siguiente.

SEMIOLOGÍA DEL LENGUAJE HABLADO

1. Mutismos con o sin comunicación no verbal voluntaria
   - Mutismo
   - Afemia
   - Alogia
2. Alteraciones del paralenguaje (flujo, tono, timbre, entonación, etc.)
   - Logorrea
   - Taquifemia
   - Bradifemia
   - Bradilalia

(.../...)

3. Alteraciones de la comunicación verbal propiamente dicha
   3.1. *Automatismos, iteraciones, impulsiones verbales*
      - Iteraciones
      - Emboliofrasia
      - Verbigeración
      - Ecolalia
      - Logoclonia
      - Palilalia
      - Psitacismo
      - Glosomanía o habla de la fuga de ideas
      - Resonancias, asonancias o asociaciones sonoras

   3.2. *Alteraciones sintácticas y gramaticales*
      - Agramatismo
      - Paragramatismo
      - Elipsis sintácticas
      - Parafasia

   3.3. *Alteraciones semánticas*
      - Acatafasia o akatafasia
      - Esquizofasia o esquizoafasia
      - Ensalada de palabras
      - Jergafasia o jargonofasia
      - Incoherencia verbal
      - Descarrilamiento (*derrailment*, "asociaciones inconexas", "pérdida de asociaciones")
      - Disgregación
      - Pobreza del contenido del habla
      - Neologismos
      - Holofrase
      - Glosolalia
      - Lapsus línguae

22.1.1. Mutismos con o sin comunicación no verbal voluntaria

Mutismo

Del latín *mutus*, "mudo". Suspensión del lenguaje hablado sin alteración del nivel de conciencia ni otros trastornos instrumentales del lenguaje, hecho éste que lo

diferencia de la mudez, sordomudez, afasias, etc. Por lo general, el paciente conserva la capacidad de expresión mímica y la escritura. Puede formar parte de una gran variedad de estados clínicos, tales como esquizofrenia, manía, histeria, estrés agudo, simulación, etc., sin olvidar cuadros orgánicos (demencia, oligofrenia profunda). Es posible también encontrarlo aislado o como componente de una actitud negativista más general (con rechazo del alimento, de la actividad, etc.). Hay mutismos totales y otros parciales. En 1892, Séglas (*Des troubles du langage chez les aliénés*) denominó *mutismo vesánico* al grado extremo de inhibición del lenguaje en los melancólicos, para subrayar que en estos casos no era una actitud voluntaria. El *semimutismo* es una forma parcial en la que el trastornado habla empleando una mínima cantidad de frases. El *mutismo electivo* o *mutacismo* es un mutismo voluntario en el que el paciente sólo responde a algunas cuestiones (delirio de humildad, altivez paranoica, prohibición alucinatoria de contestar, etc.); una de sus variantes es el *mutismo lúdico* de algunos maníacos, también observable a veces en la disociación histérica. Una forma de mutismo atenuado es la *musitación*, en la que el enfermo habla en voz muy baja o mueve los labios como si pronunciase las palabras. El mutismo parcial de los clásicos a veces se registra hoy en día como *pobreza del habla*, "notable disminución en la cantidad del habla, lenguaje en extremo lacónico, con respuestas en monosílabos, frases cortas, etc.", según la definición propuesta por Barrera y Villagrán en *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (2000).

Inicialmente sospechoso de simulación, el mutismo fue siempre un desafío para los primeros alienistas, los cuales se entregaron a finos análisis diferenciales bien plasmados y recopilados en la literatura especializada, destacando entre todas las dos grandes contribuciones semiológicas de Séglas ya mencionadas (1892 y 1903). Si existe, la conservación del lenguaje escrito abre una inestimable vía de comunicación con el paciente, pero el estudio de la comunicación no verbal –voluntaria o no– aporta aquí un gran valor semiológico. Como anotan diversos autores, en la mudez auténtica el sujeto da a entender por señas dicho problema, sobreactuaciones sonrientes son indicativas de estados maniformes, una carga de dramatismo histriónico orientará hacia la histeria, la sensación de sincero sufrimiento hacia los estados postraumáticos, etc. Séglas señaló también una curiosa forma de mutismo en maníacos cuya aceleración del pensamiento sería tan extraordinaria que imposibilitaría su formulación en palabras, constituyendo entonces este síntoma un paradójico extremo evolutivo de la verborrea.

Afemia

Se denomina así a la imposibilidad de hablar cuando se debe a lesiones cerebrales de los centros del lenguaje. El término en cuestión fue creado por Broca en 1861

a partir del verbo griego *femí* (φημί), "hablar", "decir", y la partícula negativa ἀ-. Son sus sinónimos: *alalia, afrasia* y *logoplegia*. Aunque no siempre se cumple, el uso del sufijo *-femia* tiende a reservarse para los trastornos del lenguaje atribuibles a patología médica, mientras que *-lalia* y *-rrea* suelen componer el vocabulario de los síntomas psíquicos, así como los derivados de *logos*. A este respecto, la terminología psicopatológica habría sido más precisa si hubiese respetado siempre a lo largo de su historia los matices que acertadamente señala Kapsambelis (*Termes psychiatriques français d'origine grecque*, 1977) entre *leguein* (λέγειν), "hablar/razonar", *femí* (φημί), "hablar/decir/proclamar", y *laleo* (λαλέυ), "hablar/parlotear".

Alogia

En griego, literalmente "pérdida del habla", "silencio", pero también "falta de razón". El vocablo "alogia", que formaría parte de las dislogias, había sido utilizado por Broca en 1868 como síntoma de la "idiocia afásica", es decir, por falta de contenido del pensamiento. El término fue poco usado, pues en las lenguas de cultura remite más bien a "falta de lógica" antes que a un trastorno del lenguaje. La psicopatología americana actual lo emplea generalmente con el significado de incapacidad para hablar debida a deficiencia mental o demencia (Kaplan y Saddock, 1999), pero algunos autores también lo aplican al empobrecimiento del lenguaje y la cognición, entendido así como uno de los síntomas negativos de la esquizofrenia (Pérez Retuerto *et al.*, 1998).

22.1.2. Alteraciones del paralenguaje (flujo, tono, timbre, entonación, etc.)

Logorrea

Del griego *logos* (λόγος), "habla", "discurso", y *–rhoé* (ροή), "flujo". Sinónimos: *verborrea, lalorrea, lalomanía, taquilogia* y *polifrasia de Kussmaul*. Aparecido a principios del siglo XIX, el término fue rápidamente adoptado sin significación precisa dentro de una gran variedad de cuadros clínicos. Así, Kahlbaum lo utilizó en 1874 para describir la catatonía, pero precisando que allí se trataba de una logorrea especial, consistente en la frecuente repetición de algunas palabras o frases, para la que propuso el término *Verbigeration* ("el enfermo emite de manera repetitiva palabras o frases desprovistas de significación e incoherentes, que tienen la apariencia de un discurso"), reservando *Logorrhoe* para cuando el contenido fraseológico es más amplio y puede relacionarse con el humor básico del paciente. En 1910, Pick igualaba la logorrea a las afasias mediante una lesión de un presunto centro inhibidor del habla, pues aparece en algunas afasias sensoriales. Progresivamente, *logorrea* fue fijando su sentido de sobreabundancia del habla en un

contexto de excitación tímica, no exclusiva de la manía. Séglas empleaba *logorrhée* cuando el aumento de flujo conllevaba incoherencia del lenguaje, y *lallomanie* como un grado menor que no impedía captar el hilo del discurso (Séglas, 1903). En ocasiones puede llegar a ser monologante. Actualmente, los autores anglosajones emplean *presión del habla* o *presión del lenguaje*. En la *CIE-10* se reseña como "*Verborrea (presión del lenguaje)*: Hablar mucho y muy rápido, a menudo en voz alta y añadiendo palabras innecesarias. Hay una necesidad indebida y exagerada de hablar". Por su parte, el *DSM-IV* prefiere "*Habla apremiante*: Habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y empática. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aún cuando nadie le escuche".

Taquifemia

Del griego *tachís* (ταχύς), "rápido", y *femí* (φημί), "decir", "proclamar". Sinónimos: *taquilalia, taquifrasia y agitofemia.* Término de significado muy próximo a logorrea, empleado en medicina para referirse a la aceleración del flujo del lenguaje por causa orgánica (hipertiroidismo, alteraciones neurológicas, disartrias, etcétera).

Bradifemia

Del griego *bradís* (βραδύς), "lento", y *femí* (φημί), "decir". Sinónimo: *bradiartria.* Habla lenta o escandida, manifestación de un problema articulatorio, la bradiartria se observa en algunos tumores del lóbulo frontal, el mixedema y los síndromes confusionales.

Bradilalia

De *bradís* (βραδύς), "lento", y *laleo* (λαλέω), "hablar". Habla lentificada apreciada habitualmente en los cuadros depresivos y, por extensión, en los inhibitorios en general.

22.1.3. Alteraciones de la comunicación verbal propiamente dicha

Como ya se dijo, se describen a continuación tres subgrupos de alteraciones de la comunicación verbal: en primer lugar, los automatismos, las iteraciones e impulsiones verbales y otros fenómenos de ese estilo; en segundo lugar, las alteraciones sintácticas y gramaticales; finalmente, las alteraciones semánticas. El conocimiento detallado de muchos de los signos aquí referidos tiene una notable importancia cuando se trata de orientarse respecto al diagnóstico de la psicosis.

A) Automatismos, iteraciones, impulsiones verbales

Iteraciones

Del latín *iterare*, "repetir", "hacer de nuevo". Definidas por Guiraud en 1936 como repeticiones inmediatas de un acto motor o verbal ya sin utilidad; este autor desarrolló una amplia clasificación de las iteraciones dentro del marco de las estereotipias, confiriéndoles gran importancia semiológica. En su obra *Psychiatrie générale* (1950), Guiraud las definió como "repeticiones de elementos motores idénticos, pueden ser un fenómeno normal cuando el acto motor comporta naturalmente repeticiones de movimientos elementales, pero muy a menudo se trata de iteraciones patológicas. [...] Las iteraciones son frecuentes en los encefalíticos, los hebefreno-catatónicos, las demencias preseniles de Pick y de Alzheimer".

Embolofrasia

De *embolion* (ἐμ-βόλιον), "objeto introducido", y *frasis* (φράσις), "locución". Lenguaje poblado de muletillas carentes de sentido.

Verbigeración

Del latín *verbum*, "palabra", y *gero*, "llevar", "producir". Término utilizado por Kahlbaum para describir la expresión verbal de una especial forma de "perseveración del pensamiento" (ver en semiología del pensamiento) que, al contrario de la neutralidad afectiva de la perseveración propiamente dicha, entraña un sentimiento angustioso, una queja o un interrogante en el paciente, el cual ve su discurso invadido por la repetición de palabras o frases de forma incontrolable. Así entendida sería típica de estados obsesivos y de la melancolía ansiosa. Chaslin ("La 'psychiatrie'. Est-elle une langage bien faite?", 1914), tan inclinado a simplificar el lenguaje clínico, propuso nombrarla "letanía declamatoria". Posteriormente se ha utilizado con significados muy diferentes entre sí. Störring llamó verbigeración a "las estereotipias verbales que se repiten con gran frecuencia". Para Bernard y Trouvé (1978) consiste en la repetición anárquica de palabras u oraciones cualesquiera que fragmentan incoerciblemente el lenguaje de algunos esquizofrénicos catatónicos, arrastrados a hablar de modo irresistible. Tribolet y Shahidi (2000) la consideran una forma incoherente de la logorrea, bien sea variada o estereotipada. Actualmente suele usarse para referirse a las formas más deterioradas del lenguaje en las demencias, con o sin aceleración, pero siempre manifestando una producción automática de palabras o fragmentos de frases salpicadas de repeticiones.

Logoclonia

Del griego *logos* (λόγος), "habla", y *clonos* (κλόνος), "sacudida". Repetición espasmódica de una sílaba en medio o al final de una palabra. Típico de estados demen-

ciales o parkinsonismo. Cuando las logoclonias afectan a la última sílaba, Ey, Bernard y Brisset (1967) las consideran patognomónicas de la demencia de Alzheimer.

Ecolalia

De *echo* (ἠχώ), "el eco", y *laleo* (λαλέω), "hablar". Sinónimo: *ecofrasia*. Procedente del griego, *ecolalia* aparece en varios tratados alemanes desde mediados del siglo XIX. Es la repetición inmediata de la última oración o las últimas palabras escuchadas. En 1885 Gilles de la Tourette la incorpora como elemento fundamental de su síndrome epónimo ("descoordinación motriz, ecolalia y coprolalia") y el término conoce un éxito rápido. El año siguiente Mabille comunica a la revista *Annales médico-psychologiques* un probable caso de histeria en el que la ecolalia, "ese extraño fenómeno", sólo aparece ante la madre de la joven en cuestión, reproduciendo tanto sus gestos como sus palabras. En 1911 Bleuler la reseña entre los signos de la esquizofrenia. Posteriormente se han ido describiendo diversos grados, tanto en síndromes de causa orgánica como en los más puramente psicopatológicos. Algunos autores parecen confundirla erróneamente con la verbigeración (cuyas repeticiones no necesariamente son de lo escuchado) o con otros fenómenos iterativos; en esa línea, la definición del *DSM-IV* ("*Ecolalia*: Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona") la mezcla inadecuadamente con el *psitacismo*, fenómeno más complejo.

Palilalia

Del griego *palin* (πάλιν), "de nuevo", y *laleo* (λαλέω), "hablar". Término creado por Souques en 1908. Es un tipo de ecolalia en el que se repite sólo la última palabra de las frases recién escuchadas. Para Guiraud no tenía dicha exclusividad y la hacía equivalente a ecolalia.

Psitacismo

Del griego *psittacós* (ψιττακός), "loro". Fuera del ámbito psiquiátrico dio nombre a un método de enseñanza basado estrictamente en la memorización –según lo recoge Eseverri en su *Diccionario etimológico de helenismos españoles*, 1994–, y el lenguaje popular ha percibido perfectamente su sentido: repetición memorística de palabras, frases o parlamentos amplios que el sujeto realmente no entiende. Es un fenómeno normal en niños. En psicopatología se observa en débiles mentales, conductas obsesivas y en algunos psicóticos. Atribuido a Leibniz (1646-1716), este término fue empleado por L. Dugas (*Le psittacisme et la pensée symbolique*, 1896). Lucien Cotard lo introdujo en psicopatología (*Contribution à*

l'étude sémeiologique du psittacisme, 1909), definiendo el trastorno como "un hablar sin pensar" y dándole una gran extensión, fundamentalmente: *a)* el "lenguaje sin idea alguna", tal como se presenta en deficientes mentales (psitacismo primitivo, como la ecolalia) y dementes seniles o "precoces" (psitacismo secundario: verbigeración, neologismos, etc.); *b)* el "lenguaje sin idea expresa o diferenciada", que se da en deficientes mentales, maníacos (logorrea) y delirios sistematizados (logolatría); *c)* el psitacismo "mundano", esto es, social, relacional y frívolo, "lenguaje cuya correspondencia con el pensamiento es resultado de la memoria y no del juicio" (Kapsambelis, 1997).

Glosomanía o habla de la fuga de ideas

De *glossa* (γλῶσσα), "lengua", y *manía* (μανία), "cólera", "impulso belicoso", "exaltación". Literalmente significa "prurito de hablar" (Eseverri Hualde, 1994). Relacionada siempre con las fases maníacas de la psicosis maníaco-depresiva, el habla del trastorno del pensamiento conocido como *fuga de ideas* no sólo se caracteriza por el flujo acelerado indicado más arriba, sino por verse arrastrada por una serie de homofonías y de vecindades de significado, no siempre obedientes al propósito consciente del individuo, lo que da pie a mencionarla como tributaria parcial de un cierto grado de automatismo. En este caso, la definición del *DSM-IV* es conveniente: "*Fuga de ideas*: Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada".

Resonancias, asonancias o asociaciones sonoras

Clanging en autores anglosajones. Concepto muy semejante al de *glosomanía* (habla de la fuga de ideas), se le ha querido dar alcance más general y se ha usado en cualquier caso de temple maníaco, en estados disociativos y en débiles mentales. Barrera y Villagrán (2000) lo definen como "patrón de habla en el que la relación entre enunciados se realiza preferentemente por similitud de sonidos y por juegos de palabras antes que por nexos semánticos".

B) Alteraciones sintácticas y gramaticales

Agramatismo

De *a-* (ἀ-), partícula privativa, y *gramma* (γράμμα), "letra". Pérdida de la capacidad de organizar las frases según las reglas de la sintaxis en la cual se omiten palabras y se simplifica la secuencia, pero se transmite el significado de modo más

o menos comprensible. A veces *agramatismo* se emplea como sinónimo de la expresión *lenguaje telegráfico* porque suele eliminar los pronombres, adverbios, preposiciones y conjunciones (Tribolet y Shahidi, 2000), conservándose sobre todo los sustantivos y los verbos, si bien con tendencia al simplismo o la extravagancia de los tiempos verbales. En afasias (agramatismo de Pick en lesiones de las áreas cerebrales T2-T3), estados disociativos, personalidad esquizoide, trastorno esquizotípico grave, esquizofrenia y otros cuadros. Originalmente debido a Kussmaul (1876), quien lo definió como un vicio de pronunciación consistente en omitir una o más letras de una palabra que imposibilitaba formular las palabras en forma y sucesión correctas; sin embargo, tal definición se corresponde mejor con el concepto actual de *parafasia* (ver más adelante). Kraepelin lo empleó con un sentido vecino al de lenguaje telegráfico.

Paragramatismo

De *para* (παρά), "contra", "al lado de", y *gramma* (γράμμα), "letra". Término que ha recibido y sigue recibiendo muy distintos significados. Según Bernard y Trouvé, que recogen un ejemplo de Bleuler ("Tengo dolores católicos insinuantes" significaría "los enfermeros católicos me producen estos dolores"), en el paragramatismo "las palabras conservan su sentido habitual pero no están concatenadas siguiendo las reglas de la gramática"; el sentido de la frase, aunque oscuro, no resulta del todo ininteligible para el interlocutor habitual del paciente. Tribolet y Shahidi añaden a lo mencionado la frecuente neoformación verbal por fusión desordenada de palabras en una oración, así como las reseñas de Séglas –sin citarle– sobre enfermos que se refieren a sí mismos o a los demás mediante extravagantes seudónimos ("la bestia"), cambios caprichosos de género gramatical ("él" por "ella"), de número, etc. Porot (1977) toma esta noción de Kleist y la relaciona con afasias debidas a lesión de las áreas T1 izquierda, T2 y T3, equiparándola a la *jergafasia*. Más alejado nos parece el sentido de la definición que Barrera y Villagrán (2000, p. 379) atribuyen a Kleist: "Para Kleist en el paragramatismo, a diferencia del agramatismo, la secuencia de palabras es correcta, pero las frases están incorrectamente seleccionadas, se mezclan y se unen de forma errónea y se contaminan unas a otras". Así pues, el término en cuestión puede hallarse en la práctica referido a cualquiera de los bizarros trastornos de la sintaxis frecuente en la esquizofrenia.

Elipsis sintácticas

Supresión de palabras esenciales para el sentido de la frase, sean nombres, pronombres o formas verbales. Por tanto, este concepto es muy diferente a los de *agramatismo* y *paragramatismo*, en los cuales el interlocutor aún puede percibir

en parte lo que el enfermo transmite manifiestamente. Se ha descrito en pacientes psicóticos que atribuyen el trastorno a una influencia exterior y en delirantes megalómanos que buscarían poseer un lenguaje más original o distinguido, o dotarse de un halo especial.

Parafasia

De *para* (παρά), "contra", "al lado de", y *fasis* (φάσιζ), "palabra", "dicho". Sinónimos: *afasia sintáctica*, *parafrasia*. Término generalista debido a A. de Fleury (1864) y matizado por Kleist para designar el trastorno en la producción de un sonido o la secuencia de sonidos de una palabra. Kleist encontraba parafasias en el habla de los esquizofrénicos, pero pueden aparecer en otros trastornos, sobre todo en afasias. Se describen dos tipos no siempre fáciles de distinguir en clínica: *a) Parafasia literal o fonémica*: cambia una letra o grupo de letras, más frecuentemente consonantes, dentro de una palabra determinada; *b) Parafasia verbal o semántica*: una palabra completa es sustituida por otra de sonido semejante y diferente sentido. Habitualmente, aunque no siempre, el enfermo afásico es consciente de su error, al contrario que el esquizofrénico. Las parafasias literales son más propias de la afasia de Wernicke y, en general, de las afasias de recepción de localización temporal izquierda.

C) Alteraciones semánticas

Acatafasia o akatafasia

Del griego α-, partícula negativa, y *catafasis* (κατάφασις), "afirmación", "frase". En patología médica, "imposibilidad de formar una oración gramatical" (Eseverri, 1994). Término ideado por Kraepelin en 1910 para referirse a cualquier inadecuación entre la expresión verbal y el pensamiento.

Esquizofasia o esquizoafasia

Del griego *schizo* (σχίζω), "hendir", "dividir", y *fasis* (φάσις), "palabra", "dicho". Término atribuido a Kraepelin, éste lo empleó en un sentido nosográfico para describir una forma de "demencia precoz" en la edición octava de su *Psiquiatría*, recuperando así la antigua noción de "locura lingüística". Según la acepción kraepeliniana la *Schizophasie* o *Sprachverwirrtheit* ("confusión del lenguaje") consistía en una forma terminal de demencia precoz caracterizada por una logorrea abstrusa plagada de neologismos, juegos de palabras, soliloquios, y todo ello sobre la base de un humor alegre y un comportamiento sensato y razonable. Los sujetos esquizofásicos estaban bien orientados en el tiempo y en el espacio; sus alu-

cinaciones no les afectaban en los quehaceres de la vida cotidiana, ni tampoco sus ideas delirantes, cuyos motivos más socorridos eran las influencias, las persecuciones, las "conexiones" (*Einschaltungen*) y los temas megalomaníacos. Tal como ha señalado uno de nosotros (J. M.ª Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales*, 1999), las ilustraciones clínicas propuestas por Kraepelin muestran que la lectura global de los parlamentos esquizofásicos revela una ausencia completa de sentido, pero leídas por separado las frases lo tienen una a una; la misma consideración halló Chaslin en su *folie discordante verbale* (*Éléments de sémiologie et clinique mentales*, 1912). La esquizofasia fue posteriormente comparada por Baruk a la jargonofasia (ver más adelante). Lange, alumno de Kraepelin, asimiló la esquizofasia a la "ensalada de palabras" (Higueras *et al.*, 1980), con lo que el concepto amplió la gravedad de su significación semiológica, pasando a designar una alteración extrema del habla de los esquizofrénicos caracterizada por la agrupación anárquica de las palabras, sin ordenamiento sintáctico ni gramatical alguno y con altísima participación de neologismos y palabras deformadas; propia de los estadios muy avanzados, se acompaña de disociación mental y discordancia afectiva. Desde 1931, con Teulié, también se ha empleado sin rigor diferencial para señalar cualquier alteración del habla esquizofrénica.

Ensalada de palabras

Atribuido a Auguste Forel (1848-1931). Habla caracterizada por la mera yuxtaposición de las palabras sin ningún valor semántico ni lazo gramatical. El paciente puede mezclar fonemas, palabras vulgares, cultas o técnicas, pero siempre sin que trasmitan ningún sentido. Lange, y más recientemente Bernard y Trouvé, la consideran idéntica a la esquizofasia. El término *Wortsalat* gozó del favor de los autores alemanes (Forel, suizo bilingüe, fue catedrático en Zúrich y director del Burghözli antes que Eugen Bleuler) y se extendió pronto por el mundo anglosajón con el término *word salad*.

Jergafasia o jargonofasia

De apariencia casi indistinguible de la anterior, la *jergafasia* fue descrita inicialmente como el máximo grado de desintegración del lenguaje en las afasias. Para Porot, "verborrea ininteligible (jerga)" que se daba en determinadas afasias.

Incoherencia verbal

El término *incoherencia*, tanto en psicopatología como en la lengua vulgar, significa imposibilidad para el interlocutor de entender el discurso del hablante. Atribuido a Pritchard (1892), en semiología psiquiátrica *incoherencia verbal* denota un habla en

la que se presentan simultáneamente importantes alteraciones sintácticas y semánticas, tanto en la concatenación de las oraciones como en el interior de las mismas. Produce en el oyente la sensación de asistir a la manifestación de un pensamiento que hubiese perdido toda idea directriz y toda capacidad de gestionar con normalidad la asociación entre las ideas, pero su aparente falta de sentido no debe llevar al observador a la conclusión de que tampoco lo tiene para el hablante. En muchos casos el paciente percibe que se está expresando de modo equívoco. Algunos autores lo identifican con la *disgregación* (ver más adelante), pero muchos otros, casi siempre germánicos, señalaron diferencias desde antiguo (Bleuler, Bumke, Reichardt), asemejando la incoherencia al pensamiento onírico (Störring, 1955). Siguiendo a éstos, actualmente se conserva el criterio de referirlo a aquellos cuadros, orgánicos o funcionales, en los que el fenómeno descrito se acompaña de cierto grado de alteración de la conciencia (epilepsias, *deliriums*, demencias, "estados segundos" de la histeria, *shocks* psicotraumáticos, etc.), a diferencia de lo que ocurre en la disgregación.

También Philippe Chaslin (*Éléments de sémiologie et de clinique mentales*, 1912) se refirió específicamente a la incoherencia, dándole el protagonismo de su *folie discordante verbale*, locura discordante poco frecuente y de larga duración "que no es propiamente delirante, pero que presenta una incoherencia verbal extraordinaria"; es muy similar a la que también describiera Kraepelin con el nombre de *Schizophasie* (esquizofasia).

Para el *DSM-IV*, *incoherencia* es aquel "lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones", criterio este último que el manual americano valora como diferencial con el *descarrilamiento* o *dispersión* (próximo a la *disociación* de los autores europeos; ver más abajo), "en el que la alteración se produce entre las oraciones"; señala, finalmente, que "el término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia". Al no incluir el criterio de la disminución del grado de conciencia, en EE UU la incoherencia a veces ha sido denominada *ensalada de palabras* para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística, con lo que el *DSM-IV* contribuye un poco más al babel de la terminología psiquiátrica.

La definición de la *CIE-10*, más escueta ("*Incoherencia*: Trastorno del lenguaje y del pensamiento caracterizado fundamentalmente por la presencia de distorsión gramatical, saltos inexplicables de un tema a otro y por la falta de conexión lógica entre las partes del discurso"), suena igualmente a cajón de sastre.

Disgregación o disociación

Aunque en la práctica pueden ser formalmente idénticos, el patrón de lenguaje de la disgregación acontece con plena conservación de la conciencia (en sentido

neurobiológico). Un miembro aislado, necesario para el curso ordenado del pensamiento, es omitido al hablar. El paciente no parece percibirlo.

Descarrilamiento (*derrailment*, "asociaciones inconexas", "pérdida de asociaciones")

Descrito por autores norteamericanos como un "trastorno de la forma del pensamiento", es un patrón de lenguaje consistente en una serie de desviaciones sucesivas –graduales o súbitas– del hilo del discurso sin que haya interrupciones ni bloqueos; las oraciones se desplazan de un tema a otro sin relación aparente. El trastorno afecta a la asociación entre oraciones, a diferencia de la incoherencia, pero en su grado máximo el discurso puede hacerse también incomprensible.

Pobreza del contenido del habla

Andreasen propone denominar así a un tipo de producción hablada que, aun teniendo una estructura sintáctica normal, proporciona muy poca información debido al uso de términos vagos, repetitivos o muy abstractos. Incluye esta autora aquí fenómenos como la *verbigeración* y la *alogia*, entendida ésta como empobrecimiento del lenguaje, y no con el significado que reseñamos al estudiar los distintos tipos de mutismo.

Neologismos

De *neos* (νεός), "nuevo", y *logos* (λόγος), "habla", "discurso", "palabra", "dicho". La creación por los distintos agentes sociales de palabras nuevas que acaban incorporándose al vocabulario general es uno de los procedimientos mediante los que cualquier lengua se renueva, evoluciona y permanece. Por el contrario, el neologismo patológico, propio de las psicosis, es una palabra o locución creada por el paciente para dar cuenta de un significado muchas veces inefable, la cual no llega a incorporarse al vocabulario de intercambio. Descritos en el ámbito psicopatológico inicialmente por Snell (1852), director del asilo de Eichberg, E. Tanzi (1889 y 1890) les atribuyó un valor fundamental en los delirios crónicos ("[el neologismo] es como el centinela perdido de un delirio que se esconde y huye"), siendo posteriormente clasificados por Lefèvre y Séglas, y más tarde por P. Guiraud en *neologismos pasivos* y *neologismos activos*; los primeros se deberían a simple asociación por asonancia o representación y no tendrían a veces sentido para el propio loco, mientras que los "activos" surgen de un acto de voluntad del sujeto y les dota de un significado particular. En este segundo caso, puede tratarse de voces completamente nuevas, o bien de palabras ya existentes a las que el trastornado confiere un sentido distinto al habitual (también llamadas entonces *paralogismos*). Semejante a estos últimos es el concepto de *stock words* o "palabras comodín" atribuido a Kleist.

Revisando dichas clasificaciones desde un enfoque lingüístico, Lantéri-Laura y Del Pistoia (1968, 1988), propusieron distinguir entre *neologismos fonológicos* y *neologismos semánticos*. En los "neologismos fonológicos" el significante no procede del léxico en uso, sino que se construye mediante analogía, aglutinación o combinaciones de ambos mecanismos, pudiendo participar en ello la intención del sujeto y no sólo los automatismos psicofisiológicos. Los "neologismos semánticos" afectan sólo al significado, absolutamente personal aunque se le nombre mediante una palabra preexistente. La *CIE-10* simplifica los anteriores intentos de detalle y considera neologismos a todas las palabras que no están en el vocabulario habitual, que han sido construidas por el paciente y "que no tienen un significado aceptado en la propia cultura".

Jacques Lacan ha conferido una importancia capital a la presencia de neologismos en los relatos de los psicóticos. "Con relación al significante –afirmó en su seminario *Les psychoses* (1955-1956)–, en su carácter material, el delirio se distingue precisamente por esa forma especial de discordancia con el lenguaje común que se llama neologismo. Respecto de la significación, se distingue justamente –hecho que sólo puede surgir si parte de la idea de que la significación remite siempre a otra significación– porque la significación de esas palabras no se agota en la remisión a una significación." De este modo, la significación de esas palabras neológicas tiene una propiedad inusual, pues ellas remiten a *la* significación en cuanto tal: "Es una significación que fundamentalmente no remite más que a sí misma, que parece irreductible. El enfermo mismo subraya que la palabra en sí misma pesa. Antes que poder ser reducida a otra significación, significa en sí misma algo inefable, es una significación que remite ante todo a la significación en cuanto tal". Analizando las *Denkwürdigkeiten* del Magistrado Dr. Paul Schreber, Lacan advierte dos fenómenos extremos donde se dibuja el neologismo: la *intuición delirante* y la *fórmula repetitiva*. En el primer caso se trata de un fenómeno pleno, "que tiene para el sujeto un carácter inundante, que lo colma"; en el segundo la significación ya no remite a nada, pues es una fórmula que se repite de una forma estereotipada, como un estribillo. "Ambas formas –continúa Lacan–, la más plena y la más vacía, detienen la significación, son una especie de plomada en la red del discurso del sujeto. Característica estructural que, en el abordaje del delirio, permite reconocer la rúbrica del delirio".

Esta concepción del neologismo elaborada por Lacan desplaza el acento al carácter no dialectizable, autosuficiente, de ciertas palabras, extendiendo su acepción más allá de la creación lingüística de nuevos significantes. Las dos formas de neologismo por él descritas en los años cincuenta (la intuición, la palabra enigmática, la palabra reveladora, y la fórmula, el estribillo, la cantinela) adquieren para el psicótico una importancia capital; ambas indican el esfuerzo de éste por

sostenerse en la red de los significantes y mantenerse en la facultad del lenguaje. De especial importancia resulta recordar, como subraya J. C. Maleval (*La Forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*, 2000), que "no es la producción de neologismos, ya sea rica o discreta, lo que indica la estructura psicótica, sino su función para el sujeto. Las creaciones del inconsciente generadas por los fantasmas [por ejemplo, los lapsus del neurótico] no deben confundirse con la emergencia de letras separadas de la representación [neologismos del psicótico]".

Glosolalia

De *glossa* o *glotta* (γλῶσσα o γλῶττα), "lengua", tanto órgano como lenguaje, y *laleo* (λαλέω), "hablar", "parlotear". El término "glosolalia" aparece en los *Hechos de los Apóstoles* (II, 4-21) para designar el don sobrenatural de entender y hablar todas las lenguas. Fue retomado a partir de 1900 por Théodore Flournoy (*Des Indes à la planète Mars*) para nombrar la pretendida capacidad de algunos médiums y de algunos enfermos para crear lenguajes propios dotados de reglas sintácticas originales, al hilo de la idea entonces en boga de la existencia de una especie de lengua primigenia. A partir de los estudios de Cénac (1925) y Teulié (1927) se puso de manifiesto que tal fenómeno era pura superchería o simple acumulación de neologismos en los pacientes. Aun así, el término se ha seguido empleando con significado muy próximo al de esquizofasia. Cuando la invasión neológica es muy intensa, se denomina también *criptolalia* (del griego κρυπτός, "oculto").

Holofrase

El término "holofrase", usado en algunos tratados de lingüística para indicar que toda una frase se expresa mediante una sola palabra larga, apuntando así a nociones como "aglutinación" o "polisintetismo", fue empleado por Jacques Lacan en *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964) para referir un trastorno específico del lenguaje característico de la psicosis, los trastornos psicosomáticos y la debilidad mental. Se trata concretamente de un fenómeno en el que se aprecia la solidificación, la falta de intervalo entre la pareja de significantes primordiales (S_1- S_2). A diferencia de la neurosis, donde el síntoma se cristaliza a partir de un significante reprimido (S_1), del cual únicamente se manifiesta la representación a él asociada (S_2), la holofrase psicótica, esto es, la unión S_1- S_2, promueve un saber desprovisto de toda ambigüedad, impidiendo así la "apertura dialéctica que se manifiesta en el fenómeno de la creencia". Lacan enfatiza de este modo que la experiencia psicótica, especialmente la paranoica, se caracteriza por una incapacidad para creer (*Unglauben*) radicalmente diferente de la certeza o convicción delirante. Al hilo de estas consideraciones, J. C. Maleval (*La Forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*, 2000) subrayó: "Cuando el signi-

ficante afanísico, el S_2, no está diferenciado del S_1, el sujeto psicótico no es capaz de desplegar los significantes holofraseados, y éstos adquieren un peso de certeza que hace que se le impongan. Por el contrario, [en la neurosis] las creencias del sujeto dividido [...] demuestran estar siempre contaminadas por la duda y, por lo tanto, son accesibles al intercambio dialéctico".

Lapsus línguae

En latín, *lapsus* pertenece al campo semántico del verbo *labo*, con significados de "caída", "error" y "deslizamiento". "El material corriente de nuestra expresión oral en nuestra lengua materna parece hallarse protegido del olvido; pero, en cambio, sucumbe con extraordinaria frecuencia a otra perturbación que conocemos con el nombre de equivocaciones orales o *lapsus línguae.*" Así descritos por Freud en *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901), dentro de los "actos fallidos" los lapsus son básicamente cambios inconscientes de una palabra por otra que dan al discurso del hablante un significado diferente y hasta opuesto del explicitado; es decir, ocurre entonces que un significante manifiesto pone en evidencia el significado latente de una cadena sintagmática. Todos los lapsus sobrevienen a consecuencia de la represión de un deseo, pero así y todo ese deseo alcanza a expresarse mediante la irrupción del lapsus. De manera que allí donde aparece el error se evidencia un deseo que el sujeto se empeña en ignorar, esto es, la verdad se manifiesta aquí a través de la equivocación.

Desde el punto de vista de la construcción del significante sustituto, hay dos posibilidades (Lantéri Laura y Del Pistoia, 1988): pequeños cambios fonológicos dan lugar a grandes cambios semánticos ("fino" y "vino", por ejemplo), o bien grandes distancias fonológicas dan lugar a cambios próximos en el eje semántico aunque correspondiéndose con significados muy distintos ("abierto" y "cerrado"). Los lapsus se dan en cualquier individuo, enfermo o no; suelen ser reconocidos inmediatamente por el hablante y por el oyente, y muchas veces ambos perciben el deseo inconsciente que parecen manifestar.

22.2. Lenguaje escrito

Desde antiguo es conocida la relación existente entre la locura y la escritura, así como la tendencia de muchos alienados a manifestar por escrito sus pensamientos y experiencias, redactando muchas veces sus propias autobiografías. Por lo general, un buen número de psicopatólogos se ha limitado a escudriñar los escritos de los enfermos con el único fin de hallar en ellos una evidencia de desorden mental, una prueba material a partir de la cual poder discernir el esta-

do de locura. Tal fue el proceder paradigmático de François Leuret, quien en sus *Fragments psychologiques sur la folie* (1834) se dedicó a aprehender las "incoherencias" y otras "manifestaciones bizarras" en los textos que sus pacientes le ofrecían. Mas no ha sido ésta la única de forma de acercamiento a los escritos de los locos, pues otros autores han proseguido las pesquisas en dirección contraria. En este sentido cabe evocar las palabras de Brierre de Boismont ("De la responsabilité légale des aliénés", 1863), quien reconoce que los alienados escriben bien, "a menudo mejor que la gente razonante": "Si existe un hecho notorio en nuestros asilos es el de que los locos en función de concepciones delirantes y alucinaciones, que dicen y hacen en todo momento cosas ridículas, absurdas, pueden escribir cartas muy sensatas y hablar incluso en buenos términos de la locura, que frecuentemente juzgan muy bien". El caso es que aunque los psicopatólogos clásicos, con Séglas a la cabeza, dedicaron atención a los trastornos de la escritura, sus clasificaciones semiológicas, lastradas por sesgos del punto de vista sistemático, no produjeron aportaciones sólidas a la semiología.

Grosso modo, puede apreciarse un cambio significativo entre la primera y la segunda generación de alienistas franceses. Ciertamente, para los primeros la palabra era sobre todo concebida como un instrumento terapéutico integrado en el tratamiento moral, mientras que los segundos la convirtieron en el síntoma por excelencia para dictaminar alienación, tendiendo así de buen grado a la construcción de sistematizaciones semiológicas. Juan Rigoli, en su reciente y magnífico ensayo *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au* XIX*e siècle* (2001), anota acertadamente esta inflexión cuando afirma: "Y este cambio de valor en la apreciación del 'desbordamiento' de los maníacos [...] da cuenta de hecho de la profunda mutación teórica de la medicina mental; al deslizamiento progresivo de una fenomenología de la palabra alienada hacia una sintomatología de la expresión patológica corresponde una sustitución gradual de paradigmas; del *tratamiento* como última justificación del alienismo (Pinel, Esquirol), se pasará a la identificación de la locura como responsabilidad primera (Leuret, Falret, Brierre de Boismont, Morel, Trélat)". Este itinerario señala con precisión el valor conferido a la palabra y los escritos de los locos, en los que básicamente se trataba de encontrar la prueba de su alienación. Lamentablemente la mayoría de los psicopatólogos ignoraron el hecho fundamental de esos escritos, esto es, la función a la que estaban destinados y los efectos terapéuticos que solían acompañar el recurso a la escritura. Esta nueva dimensión de los textos redactados por los psicóticos se puso en evidencia con el análisis que Freud desarrolló de las *Memorias de un enfermo de los nervios* escritas por Paul Schreber. Pero investigar la función del escrito es algo que sobrepasa la extensión de cualquier semiología, destinada siempre a nombrar los signos del trastorno y a clasificarlos de la manera más sistemática posible.

De un modo general, en la práctica la mayoría de los trastornos de la escritura se corresponde con los mencionados para el lenguaje hablado y tampoco están exentos de una difícil diferenciación con las alteraciones subyacentes –o paralelas– del pensamiento. Por supuesto, al ser el acto de escribir fruto de la instrucción del individuo y de la coordinación de movimientos complejos, los factores relacionados con la capacidad de aprendizaje y con la integridad neurológica deben ser considerados, pero las elaboraciones de la grafología científica están aún a la espera de un trabajo multidisciplinar que permita su incorporación en auxilio de la psicopatología, al menos en el terreno descriptivo y quizá en el experimental. Por otra parte, dada la orientación de estos *Fundamentos*, se puede mencionar casi anecdóticamente los intentos del suizo Max Pulver por combinar grafología y psicoanálisis (*El simbolismo de la escritura*, 1931).

Agrafia

De *graphein* (ἀ, partícula negativa, y γράφω, "escribir"). Término de Ogle (1867). Rarísima fuera de lesiones cerebrales (afasias y otras).

Esquizografía

Algunos autores (Lévy-Valensi, Migault, Lacan) utilizaron este vocablo para referirse a la incoherencia gráfica que puede acompañar a la esquizofasia, aunque a veces se presenta independientemente de ella.

Escritura automática

Suele mencionarse en referencia a los estados disociativos y otras situaciones que implican un especial estado de la conciencia (trances, etc.).

Grafomanía

De γράφω, "escribir", y μανία, "manía". Necesidad irresistible de escribir. Descrita sobre todo en maníacos, muchas veces es un auténtico calco de su fuga de ideas.

Graforrea

De γράφω, "escribir", y ῥέω, "fluir"; irresistible impulso a escribir. Escritura copiosa de algunos maníacos, incapaces de detenerla. También se ha aplicado el término a la tendencia a escribir frecuentemente de algunos delirantes (reivindicaciones, argumentos explicativos de la persecución que sufren, etc.).

Grafofobia

De *graphein* y *fobos* (φόβος), "miedo". Temor angustioso a expresarse por escrito. También se aplica como componente del síndrome de abulia motriz.

Lapsus calami
Es la versión escrita del *lapsus linguae:* sustitución inconsciente de letras o palabras al escribir; a resultas de esta equivocación se manifiesta un deseo que de otro modo no hallaría expresión. Freud los estudió con todo lujo de detalles en su *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) y también en la primera parte de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-1917).

Manierismos caligráficos
Letras recargadas, adornadas con dibujos, renglones curvos o hasta escritura en espiral, etc. Cualquier variación es posible, sobre todo en la esquizofrenia. Se ha mencionado la tendencia de muchos de estos pacientes a llenar completamente la hoja de papel, interpretándose como *horror vacui.* Los paranoicos –y los enfermos con rasgos megalománicos en general– suelen presentar abundantes manierismos en su escritura.

Neografismo
Creación de letras o signos personales.

23

SEMIOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

En el lenguaje usual suele entenderse por "pensar" (del latín *pensare,* "pesar", "calcular", "pensar") la facultad mental consistente en imaginar, considerar o discurrir; también la de reflexionar o examinar con cuidado una cosa para formar dictamen, e incluso la intención de hacer algo (*DRAE*). El término "pensamiento" alude por su parte a la potencia o facultad de pensar, a la acción y efecto de pensar, a la idea inicial o capital de una obra cualquiera, a cada una de las ideas o sentencias notables de un escrito y también al conjunto de ideas propias de una persona o colectividad (*DRAE*). Esta variedad de significados es el reflejo –o quizá el origen– de un debate recogido magistralmente por Ferrater Mora en su *Diccionario de Filosofía* (1981; ver "pensar" y "pensamiento") acerca de las dificultades para unificar las definiciones de dos conceptos tan esenciales para el estudio de lo más propiamente humano. Tampoco deben confundirse "pensamiento" y "conocimiento", señala Ferrater estudiando a Ortega y Gasset, pues mientras el conocimiento es un saber que puede ser o no ser necesario, que ha brotado de una situación histórica como respuesta a ella, el pensamiento es algo que el hombre hace para alcanzar la especie última de saber: *el saber a qué atenerse.* "Pensamiento es cuanto hacemos –*sea ello lo que sea*– para salir de la duda en que hemos caído y llegar de nuevo a estar en lo cierto. [...] Lo único que el hombre tiene siempre es la *necesidad* de pensar, porque más o menos está siempre en alguna duda" (José Ortega y Gasset, "Apuntes sobre el Pensamiento"). El pensar procura, pues, alcanzar un saber, pero no un mero saber intelectual, sino un "saber a qué atenerse" (Ferrater, 1981). Además, es indispensable que el pensamiento produzca alguna representación idéica aprehensible por el sujeto que piensa, y a

menudo suele considerarse imprescindible que tal representación sea comunicable o expresable mediante actos lingüísticos a otros sujetos.

Movidas por necesidades instrumentales, la psicología y la psicopatología pronto optaron por la simplificación funcionalista, de modo que sus definiciones de "pensamiento" suelen coincidir en aplicar el término a "aquella actividad psíquica en virtud de la cual los datos elaborados del conocimiento (ideas) se seleccionan y orientan alrededor de un propósito (tema) y que, siguiendo las vías establecidas por el proceso asociativo, debe conducir a conclusiones orientadas en la realidad" (Pérez Retuerto *et al.*, 1998). Con la expresión pensamiento (o cognición) normal se quiere significar una función compleja que conduce a una experiencia ideativa o informativa racional –en contraste con las sensaciones, los afectos y los sentimientos– y que incluye la coordinación de un amplio abanico de fenómenos psíquicos, tales como el pensamiento abstracto y el concreto, el juicio, la orientación, la memoria, la percepción y la imaginación, y que supone la existencia en ese momento de un alto grado de lucidez de la conciencia.

A mediados del XIX Griesinger distinguió entre las "anomalías de la forma" y las anomalías de los fundamentos del pensamiento (para él, su falsedad, razón por cual estudió en ese epígrafe las ideas delirantes o *Wahnideen*), división que ha llegado hasta nuestros días bajo los canónicos epígrafes de alteraciones del curso del pensamiento (flujo y forma), por un lado, y de su contenido, por el otro. Además, a veces participando de lo normal y de lo patológico, se ha hablado de "modos del pensamiento" y de "distorsiones del pensamiento" (véase el cuadro siguiente). Asimismo, un epígrafe semiológico importante es el de la "vivencia del pensamiento".

SEMIOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

1. "Modos" y "distorsiones" del pensamiento
   - Pensamiento normal y función "representación psíquica"
   - Pensamiento desreal o dereístico
   - Pensamiento mágico
   - Pensamiento autístico
   - Pensamiento sincrético
   - Pensamiento paralógico
   - Racionalismo patológico
   - Pensamiento xenopático

(.../...)

2. Alteraciones del curso del pensamiento
   - Bloqueo del pensamiento
   - Bradipsiquia
   - *Fading* mental
   - Taquipsiquia o pensamiento acelerado
   - Fuga de ideas o pensamiento ideofugal
   - Pensamiento circunstancial o prolijo
   - Pensamiento tangencial
   - Adhesividad, viscosidad
   - Perseveración
   - Asíndesis, disociación del pensamiento, disgregación del pensamiento y pensamiento incoherente
   - Digresión del pensamiento

3. Alteraciones del contenido del pensamiento
   - Preocupaciones
   - Rumiaciones
   - Ideas parásitas o "monoideísmos"
   - Ideas sobrevaloradas
   - Ideas obsesivas
   - Ideas fóbicas
   - Delirio, ideas delirantes
   - Ideas delirantes primarias
   - Ideas delirantes secundarias, ideas deliroides, vivencias delirantes secundarias
   - Vivencias delirantes primarias:

     a) Humor delirante
     b) Percepción delirante
     c) Ocurrencia delirante
     d) Interpretación delirante
     e) Representación delirante
     f) Sensación de cambio del mundo (desrealización o "extrañeza perceptiva")
     g) Familiaridad o "entrañabilidad perceptiva"

4. Alteraciones de la vivencia o experiencia del pensamiento
   - Difusión del pensamiento
   - Lectura del pensamiento
   - Inserción del pensamiento (influencia, imposición del pensamiento)

(.../...)

- Robo del pensamiento
- Eco del pensamiento

5. El Automatismo Mental de Clérambault
   - Semejanza con las esquizofrenias
   - Síndromes:
     - Pequeño Automatismo Mental, Síndrome de Pasividad o Síndrome S
     - Gran Síndrome de Automatismo Mental o Triple Automatismo Mental
   - Fenómenos:
     - Fenómenos mínimos casi imperceptibles para el observador
     - "Fenómenos sutiles" *versus* "fenómenos groseros"
     - Fenómenos clásicos: pensamiento precedido, enunciación de actos, impulsiones verbales, tendencia a los fenómenos psicomotores
     - Extrañeza y perplejidad
   - Consecuencias:
     - Escisión del yo
     - Formación de una "personalidad segunda"

23.1. "Modos" y "distorsiones" del pensamiento

La función "representación psíquica" y sus alteraciones

Se entiende por función "representación" la capacidad de evocar conscientemente sensaciones, imágenes perceptivas o conceptos abstractos. Las alteraciones por defecto de la función "representación" comprenden distintos grados de incapacidad para acceder a un nivel adecuado de abstracción, y pueden manifestarse mediante cualquiera de los trastornos sintácticos y semánticos descritos para el lenguaje; se habla de "pobreza imaginativa" cuando hay una disminución de la riqueza idéica relacionada con déficits intelectuales. Las alteraciones por exceso de la función "representación" solían estudiarse en la semiología de la imaginación, ya que algunos autores, sobre todo franceses, tienden a identificar la función representación con la noción de "imaginación"; a efectos expositivos, nos parece conveniente mantener dicha separación respecto a lo que habitualmente se entendió por semiología del contenido del pensamiento, por lo que dedicaremos más adelante un capítulo específico a la imaginación. Sabido es que Freud, siguiendo en esto la tradición filosófica alemana, empleó el término "representación" (*Vorstellung*) y lo opuso al "afecto" (*Affeck*) –inspirándose en la psicología de Griesinger, a su vez tomada de Herbart–; la separación de la representación y

el afecto por efecto de la represión le serviría de base para teorizar las psiconeurosis (véase Parte V).

Pensamiento desreal o dereístico

Del latín *reor, ratio,* "real", con la partícula negativa *de-*. Término propuesto por Eugen Bleuler para evitar los malentendidos que la designación de "autístico" pudiese originar (limitación al autismo esquizofrénico, identificación con "egoísta", etc.). Según Bleuler, el "pensamiento lógico" estriba en una voluntad de comprender las circunstancias ambientales y de adaptarse a las mismas, pero no siempre es ésa la finalidad del pensar. En nuestras fantasías, en la mitología, en el ensueño, en la transición hipnagógica y en ciertos estados patológicos "el pensar no quiere o no puede ajustarse a la realidad"; el individuo configura entonces su mundo íntimo libremente, de acuerdo con las propias tendencias, deseos y temores, siendo característico de este "pensamiento dereístico", desiderativo, basado en "la lógica del sentir" (Stransky), el no evitar las contradicciones advertidas por el sentido de la realidad. Parece evidente el paralelismo del par pensamiento lógico y pensamiento dereístico con los conceptos freudianos "proceso primario" y "proceso secundario", que Bleuler sumó a sus lecturas poéticas (cita textualmente *Un cuento de fin de año,* de Jeremías Gotthelf, de 1840: "Lentamente fue cayendo entre los ojos y el alma aquel velo que los separa. El ojo contempla, mas el alma no recibe sus imágenes; produce las suyas propias y las contempla por medio de aquel ojo que nadie jamás ha visto. Surge así una vida singular que no es ni sueño ni vigilia y que es un permanecer en mundos creados por el propio sujeto"). El pensamiento dereístico de los sujetos cuerdos, sobre todo en la creación literaria y en el fantasear, tan sólo aparta del pensamiento o transforma algunas de las circunstancias reales, y solamente algunas asociaciones de ideas son, más que absurdas, inesperadas o inhabituales. El sueño, la esquizofrenia y a veces también la mitología disponen de modo mucho más libre del caudal de representaciones llegándose hasta la disolución de los conceptos más usuales, tomándose lo simbólico como real, condensando objetos, etc.

En su grado extremo, el pensar dereístico aparece como fundamentalmente distinto del pensamiento basado en la experiencia. En la práctica existe todo género de transiciones; desde el mero apartamiento de las formas de pensamiento aprendidas, tal como son precisas para alcanzar cualquier conclusión analógica, hasta la fantasía más desenfrenada. Dentro de ciertos límites, la independencia con respecto al pensar habitual constituye una premisa de la inteligencia que intenta abrir nuevos caminos, y el imaginarse dentro de nuevas situaciones, el soñar despierto y otras actividades análogas constituyen imprescindibles ejercicios intelectuales.

Tal como señalan M. Bleuler y E. Bleuler en su *Tratado de psiquiatría* (1971): "Los contenidos y metas del pensamiento dereístico son siempre, naturalmente, los que nos conmueven del modo más íntimo. Por ello es comprensible que se valoren en más que las meras ventajas reales, las cuales se pueden sustituir". El pensamiento dereístico conduce con frecuencia al cumplimiento de deseos, pero no se agota en eso. También contribuye, entre otras cosas, a rellenar los huecos de nuestros conocimientos, los vacíos que nos inquietan, los interrogantes de la existencia. Interviene asimismo el pensamiento dereístico en la pugna con nuestros conflictos íntimos, de forma simbólica, y nos ayuda así al logro de una maduración y armonía interiores. Es decir, el pensamiento dereístico no se limita a fingir otra realidad, sino que está en la base de nuestros intentos de actuar sobre ella modificándola. Este concepto ha vuelto hoy en día a ser valorizado toda vez que se ha retomado el tema de la "inteligencia emocional".

En un sentido patológico –y casi siempre en el terreno de la esquizofrenia–, se entiende por "pensamiento dereístico" aquel en el cual los elementos subjetivos e imaginativos prevalecen sobre los datos objetivos; sus abstracciones formales carecen de soporte objetivo y la elaboración mental entra en contradicción con lo comúnmente aceptado como realidad.

Pensamiento mágico

Se considera normal en la mentalidad de las tribus primitivas, en sujetos muy primarios o supersticiosos y en etapas iniciales de la infancia. Prescinde de las leyes de la causalidad lógica tal y como las entiende el materialismo positivista, y atribuye a ciertas palabras, ideas o acciones la capacidad de influir en la realidad mediante procedimientos similares a los de la magia. Puede aparecer en la neurosis obsesiva y en las psicosis delirantes.

Pensamiento autístico

Término debido a Eugen Bleuler, con el que quería designar la característica más importante a su entender de la "vida interior" (*Innenleben*) de la esquizofrenia. El individuo se encierra en un pensamiento interior, independiente de la realidad que le rodea. Bleuler consideró que el autismo (*Autismus*) constituía una lesión propia de la esquizofrenia por la cual la vida interior predomina morbosamente sobre la vida de relación: "De modo que debemos distinguir el pensamiento realista del pensamiento autista –escribió en su *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911)–, que existen yuxtapuestos en el mismo paciente. En el pensamiento realista, el paciente se orienta perfectamente bien en el tiempo y en el espacio; adapta sus acciones a la realidad, hasta el punto que parecen normales. El pensamiento autista es la fuente de las ideas delirantes, de las crudas infracciones

de la lógica y de la propiedad, y de todos los otros síntomas patológicos. A menudo las dos formas de pensamiento están bastante bien separadas, de modo que el paciente puede pensar a veces de una manera completamente autista y otras veces muy normalmente. En otros casos las dos formas se mezclan, llegando a la completa fusión". Jacob Wyrsch, en su hermoso estudio *Die Person des Schizophrenen* [*La persona del esquizofrénico*, 1949] definió con el término *Eigenwelt* el mundo autístico, al cual consideró característico de la esquizofrenia verdadera.

Pensamiento sincrético

Se emplea a veces para designar la indiferenciación yo/no-yo, propia del recién nacido, en la que atribuimos al sujeto una percepción global, fusionada, de su propio cuerpo y el entorno. Se asemeja a lo observado en experiencias con productos psicodisléptricos, en algunos síndromes disociativos y en algunas psicosis.

Pensamiento paralógico

Parte de premisas falsas o absurdas y la cadena posterior de razonamientos, aunque conserve la apariencia lógica formal, sólo se encamina a ratificar una convicción previa.

Racionalismo patológico

Proceso mental que restringe la realidad concreta y las reacciones emocionales del individuo a meros razonamientos abstractos, teorías o dogmatismos. Las acciones que de él dimanan suelen ser inadecuadas para la vida de relación y para la adaptación o modificación de la realidad.

Pensamiento xenopático

De *xenos* (ξένος), "extraño", "exterior", "extranjero"; y *pathos* (πάθος), "pasión", "sufrimiento", "enfermedad". Pensamiento que se vive como impedido, bloqueado, adivinado, dictado o controlado por una influencia exterior. El individuo percibe sus pensamientos extraños a él, como si hiciesen irrupción en su conciencia de modo hostil y misterioso. El término "xenopatía", que J. M.ª Álvarez gusta de usar ("Significación personal y xenopatía", 1997), enmarca con claridad ese conjunto de fenómenos que consiste en experimentar el propio pensamiento, los propios sentimientos e incluso los movimientos como ajenos o impuestos. En el sentido que acabamos de conferirle corresponde a las descripciones de J. Séglas a propósito de los delirios de influencias y las alucinaciones verbales, las de Clérambault sobre el Automatismo Mental, las de H. Claude sobre el síndrome de acción exterior y, sobre todo, las de Paul Guiraud (*Psychiatrie générale*, 1950), quien lo empleó como adjetivo, aportando la siguiente definición: "Los estados

tímicos, las representaciones, las tendencias a la acción que sobrevienen en el curso de la actividad psíquica son experimentados por el hombre normal como provenientes naturalmente de su individualidad psíquica. En ciertos casos patológicos esos mismos estados no son reconocidos como personales y son atribuidos por el sujeto a una influencia exterior; ellos son experimentados como *xenopáticos*". También habló Guiraud de una *endofasia xenopática* para designar la experiencia en la que "el enfermo se siente obligado por una potencia exterior a articular mentalmente palabras. Cree, a veces, que personajes misteriosos se sirven de su articulación *mental*. En ciertos casos, las palabras no son únicamente articuladas mentalmente, sino también cuchicheadas o pronunciadas en voz alta".

23.2. Alteraciones del curso del pensamiento

La expresión "curso del pensamiento" designa la manera en que el paciente expresa sus pensamientos, de la cual se deduce cómo organiza a su vez el proceso asociativo de sus ideas, su selección, el mantenimiento de una idea conductora, etc. Ya se señaló anteriormente la dificultad de separar estos fenómenos de los propios de la semiología del lenguaje. El curso normal del pensamiento es ordenado, claro, coherente, lógico y fácil de seguir por el interlocutor. Las parapraxias o lapsus freudianos no se consideran excluidas del pensamiento normal.

Bloqueo del pensamiento

El paciente se interrumpe súbitamente como si algo le impidiese continuar el curso de sus ideas; puede retomarlo donde lo dejó o con un tema completamente diferente. Aparece en sujetos normales en situaciones de fatiga psíquica o de ansiedad, en los cuadros disociativos y en la esquizofrenia. Algunos autores distinguen el bloqueo del pensamiento, del que el paciente se da cuenta, de la *interrupción del pensamiento*, que escapa a la conciencia del paciente; el bloqueo sería propio de la esquizofrenia y la interrupción pertenecería más bien al ámbito de las ausencias epilépticas (Rojas y España, 1997).

Bradipsiquia

De *bradis* (βραδῶς), "lento", y *psiché* (ψυχή), "alma". Dificultad para la producción del pensamiento, con enlentecimiento en la asociación de las ideas, bradilalia y aumento en el período de latencia de las respuestas. Ocurre en cuadros depresivos, en algunos manierismos, en algunas esquizofrenias, en cuadros orgánicos que afecten al nivel de conciencia y en ciertas enfermedades neurológicas (Parkinson, degeneraciones cerebelosas, etc.).

Fading mental

Del inglés *to fade*, "desteñir", "decolorarse", "desvanecerse". Debilitación progresiva del flujo del pensamiento que se traduce por enlentecimientos del habla y por interrupciones con o sin continuidad con el tema. Principalmente se aprecia en cuadros disociativos (Tribolet y Shahidi, 2000).

Taquipsiquia o pensamiento acelerado

De *tachis* (ταχῶς), "rápido", y *psijé* (ψυχή), "alma". Aumento de la velocidad del pensamiento y de su expresión, manifestado mediante una exagerada producción de habla espontánea, una disminución del tiempo de latencia de las respuestas y un rápido tránsito de un tema a otro. Típico de estados maniformes y de algunas intoxicaciones (anfetaminas, fases iniciales de la intoxicación alcohólica, etc.), puede darse también en situaciones de irritabilidad puramente psíquicas y en cuadros de angustia.

Fuga de ideas o pensamiento ideofugal

Grado extremo de la taquipsiquia descrito clásicamente en el síndrome maníaco manifiesto; puede aparecer también en determinados estados esquizofrénicos. Se manifiesta mediante una desbordante producción del lenguaje (ver "glosomanía" o "habla de la fuga de ideas" en el apartado sobre los trastornos del lenguaje) que parece obedecer a meras asonancias y juegos de palabras, perdida la fuerza organizadora de la idea principal de un tema y la capacidad de encadenar ideas seleccionándolas de modo lógico y voluntario. El salto de un tema a otro es continuo, pudiendo llegar a la incoherencia e incluso a un aparente bloqueo del pensamiento con mutismo cuando las ideas fluyen mucho más rápidas que la capacidad de expresarlas mediante la palabra.

Pensamiento circunstancial o prolijo

Trastorno de las asociaciones en el que destaca un fallo de la selección de ideas del discurso con sobreinclusión de detalles innecesarios o banales, juegos de palabras, múltiples incisos y temas secundarios, presentándose dificultades para llegar a la idea o conclusión final, pero consiguiéndolo cuando se dispone de tiempo suficiente. Se presenta en personas normales (como rasgo de carácter: perfeccionismo, prolijidad, puntillosidad), en epilépticos, en el deterioro senil y en la esquizofrenia.

Pensamiento tangencial

Semejante al anterior pero con imposibilidad de llegar a la idea final (Pérez Retuerto *et al.*, 1998). Manifiesta una total incapacidad de conducir los pensamientos hacia un objetivo.

Adhesividad, viscosidad

Lentificación del flujo ideacional y de la agilidad natural de las asociaciones debida a una exagerada remanencia de cada idea en el campo de la conciencia. Aparece una extremada dificultad para pasar de una idea a otra. Suele reservarse *viscosidad* para denotar el grado máximo de esta especie de imagen en negativo de la fuga de ideas. Es usual hallar en psicopatología la expresión *viscosidad mental* en referencia a la epilepsia, denotando en este caso la lentitud de la actividad psíquica acompañada de enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, discurso enlentecido, detallado, tangencial, perseveración, empobrecimiento afectivo y, en ocasiones, egocentrismo.

Perseveración

Suma de escasez ideativa y repetición monótona de la misma idea o pensamiento, la perseveración se evidencia mediante la repetición de la misma respuesta ante diferentes preguntas, estereotipia que puede extenderse también a la conducta operativa respondiendo con idénticas acciones a muy diferentes estímulos; Chaslin prefería el término *persistencia*. Se da en epilepsias, oligofrenias, demencias y algunas esquizofrenias.

Asíndesis, disociación del pensamiento, disgregación del pensamiento y pensamiento incoherente

Asíndesis, del griego *asindetos* (ἀ-σύν-δετος), "desunido", designa en general la alteración del proceso normal de asociación de ideas (en el sentido bleuleriano). Al romperse la función asociativa normal, se pierde la idea directriz y todas fluyen ya sin conexión lógica. El paciente mezcla elementos idéicos sin conexión aparente, desarrollando un discurso absurdo e incomprensible. En su grado menor, el habla puede aún conservar una sintaxis correcta sin que por ello el discurso sea fácilmente comprensible para el interlocutor, quien sí puede intuir aún un cierto hilo (*disociación* de Bleuler). Una intensidad mayor del trastorno sería la *disgregación*, reservándose el término *incoherencia* para aquellos estadíos muy avanzados en que ni siquiera se conservan las formas gramaticales (esquizofasia o ensalada de palabras), lo cual se hace equivalente a una desestructuración total del pensamiento como función compleja. Característico de esquizofrenias.

Digresión del pensamiento

La trayectoria normal de las asociaciones idéicas se ve interrumpida por la irrupción de una idea parásita, a menudo absurda o paradójica, tras de lo cual se vuelve al curso asociativo normal. Tiene proximidad semiológica con el síndrome de

Ganser, caracterizado por la aparición de respuestas inesperadas o bizarras alternando con respuestas adecuadas (Tribolet y Shahidi, 2000).

23.3. Alteraciones del contenido del pensamiento

Preocupaciones

Ideas que polarizan el pensamiento del paciente, desproporcionadas respecto al motivo real y que se acompañan de humor penoso. Amén de ser muy comunes pero no por ello exentas de patología, también se presentan en cuadros ansiosos y depresivos. Noción un tanto caída en desuso en la terminología psicopatológica, el Barón de Holbach (1723-1789) les dedicó un ensayo (*Ensayo sobre las preocupaciones*) en el que atribuye todos los males del hombre a la ignorancia, los errores y las preocupaciones: "Extraviados por el error, envilecidos y desanimados por sus preocupaciones supersticiosas y políticas, los hombres son verdaderamente niños sin razón, esclavos pusilánimes, inquietos y dañinos".

Rumiaciones

Se han llamado así a las ideas y temas repetitivos, experimentados con intensidad y frecuencia exageradas, que suelen conducir a un cierto grado de irritabilidad o pesadumbre al sujeto, el cual declara una gran dificultad para apartarlos de su pensamiento. Se diferencian de las ideas obsesivas (ver más adelante) en que su contenido no es necesariamente absurdo y en que se conserva la posibilidad de que el individuo recupere el control del hilo de su pensamiento, por sí mismo, mediante alguna actividad que le distraiga o mediante la intervención del interlocutor.

Ideas parásitas o "monoideísmos"

Se han empleado estas expresiones para significar la aparición inesperada y reiterativa de una idea simple que altera profundamente el humor del sujeto, el cual suele estar libre de otros rasgos patológicos. En un caso personal, una paciente nada hipocondríaca se veía a menudo sacudida por la idea de que "la vida es absurda puesto que moriremos tarde o temprano"; en otro, era el repentino temor a padecer en el futuro la enfermedad de Alzheimer porque uno de sus parientes la había sufrido. En ambos casos la repercusión afectiva era importante, sin que el síntoma apareciese con la frecuencia con que irrumpen las ideas obsesivas y sin otros rasgos patológicos. Los monoideísmos pueden considerarse manifestaciones de ansiedad inespecífica, pero también aparecen en los momentos iniciales de cualquier patología importante (cuadros depresivos, neurosis obsesiva, psicosis).

Ideas sobrevaloradas

Convicciones que el sujeto considera de una solidez exagerada, que conducen de modo importante su vida y que además se cargan de un fuerte tono afectivo. Se diferencian de las ideas obsesivas en que el individuo no las rechaza pues son egosintónicas y no las considera absurdas, y de las ideas delirantes en que a veces pueden ser corregidas por la experiencia de realidad o la influencia de algún interlocutor al que el sujeto conceda especial crédito. Algunos autores emplean este nombre como equivalente de "ideas deliroides" (ver más adelante: ideas delirantes secundarias o deliroides). Sobre este particular, Karl Jaspers sostuvo en su *Psicopatología general* que se trata de convicciones acentuadas por un estado afectivo muy fuerte, fácilmente comprensibles si se tiene en cuenta la personalidad y los avatares vitales del sujeto. Pueden apreciarse en trastornados y también en sanos. Según Jaspers, se distinguen nítidamente de las ideas delirantes legítimas: "Las ideas sobrevaloradas son realmente ideas aisladas, que se desarrollan comprensiblemente de la personalidad y la situación; las ideas delirantes legítimas son los productos de la cristalización, de ningún modo cerrados en un punto, de vivencias delirantes oscuras, de relaciones propias difusas, enigmáticas, que no son bastante comprensibles por la personalidad ni por la situación, que más bien son síntomas de una fase de la enfermedad o de un proceso reconocible por los síntomas".

Ideas obsesivas

Son ideas, representaciones, imágenes o impulsos que el individuo reconoce como propios y endofásicos (a diferencia de la xenopatía o las ideas delirantes primarias) pero absurdos o exagerados, y que se presentan repetitiva e incoerciblemente en su conciencia, generando una considerable angustia por la coerción que imponen o también cuando el sujeto intenta hacer caso omiso de ellas. Puede llegar a ser un síntoma muy incapacitante. Suelen acompañarse de compulsiones, esto es, acciones o pensamientos rituales que el paciente se siente obligado a realizar, displacenteros por ser también vividos como absurdos pero que alivian temporalmente la tensión al ser llevados a cabo. Raras veces falta la sensación de duda, caldo de cultivo de las ideas y actos obsesivos: el individuo se ve forzado a comprobaciones sin fin, a repetir el ritual por temor a no haberlo hecho bien, siempre para conjurar un peligro o una amenaza a veces vaga, pendiente sobre sí mismo o sobre sus objetos afectivos. El nombre de algunas formas clínicas especialmente graves (*folie de doute, délire de toucher*), además de haber hecho fortuna, pone de manifiesto la proximidad a las psicosis en que algunos psicopatólogos colocaron a las obsesiones; sin embargo, separar la neurosis de la psicosis mediante un criterio de gravedad resulta falaz. Desde Freud, la ausencia de sentimientos propiamente xenopáticos las ha hecho privativas de la neurosis obsesiva ("trastorno

obsesivo-compulsivo" de las clasificaciones actuales), pero también pueden aparecer en el síndrome de Gilles de la Tourette y otros.

Ideas fóbicas

Del griego *fobos* (φόβος), que en Homero tenía sólo el significado de "fuga" pero que después adquirió el de "miedo", "terror". Como señala Kapsambelis (1997), *fobos* indicaba la fuerza que impulsa a la fuga, distinta de *deos* (δέος, de donde "deontología"), que significaba temor ligado a una sensación de respeto o deber. Aunque las ideas fóbicas solían estudiarse dentro de la semiología tímica o de la ansiedad, hay una tendencia actual a incluirlas como síntoma bajo los epígrafes del pensamiento. El Glosario del *DSM-IV* define el síntoma fobia como "miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror". Como el número de los objetos fóbicos es teóricamente infinito, la literatura psicopatológica ha conservado multitud de términos ideados a partir del nombre griego o latino del objeto o situación, añadiéndole el sufijo *-fobia*; así surgieron agorafobia (miedo a los espacios abiertos), claustrofobia (ídem cerrados), eretofobia (miedo a ruborizarse) y un interminable etcétera.

Delirio, ideas delirantes

El término francés *délire* y el español "delirio" tienen su etimología en el latín *delirare*, "salirse del surco" (*lirare*, "arar"), y el significado de "desvariar" para delirar se viene empleando en castellano al menos desde 1591 (Fray Luis de León, *Libro de Job*, obra póstuma), recogiendo el significado que los clásicos de la Antigüedad ya dieron a *deliratio*: "vértigo", "tontería", "locura", "chochez" o cualquier otro comportamiento que se aparte del de la mayoría. Otros estudiosos emparentan las raíces de "delirar" con el campo semántico del verbo *evagor*, "divagar". El italiano y el portugués remiten a las mismas fuentes. El inglés *delusion* se usaba en la baja Edad Media como equivalente al acto mismo de burlar o engañar, y desde el siglo XVI designa la creencia u opinión falsa sostenida respecto a cosas objetivas. En alemán altomedieval, *wân* –origen del *Wahn* actual– daba a entender "expectación", "esperanza de algo favorable", pero podía también tener significado de "temor" o "aprensión" (*schwere wân*); más tarde será "sospecha", "asunción incierta", "ilusión vana" (*Waehnen*), opinión firme pero falsa, lo contrario a la verdad probada; desde el siglo XIX el alienismo teutón lo empleó como "delirio".

La tradición ha establecido una distinción general entre el delirio (trastorno de las ideas) y el *delirium* (trastorno de la conciencia). Los clásicos de la psicopatología –especialmente Kraepelin y Jaspers– han pretendido definir el delirio

(*Wahn*) en relación a cuatro características, las cuales conviene examinar de cerca (J. M.ª Álvarez, "Límites de la concepción fenomenológica del delirio", 1996): el juicio erróneo, la alteración de la realidad, la inquebrantabilidad del delirio y la certeza o convicción delirante; las tres primeras se apuntalan en argumentos endebles, pero la certeza –diferente de la creencia pues ésta requiere un esfuerzo para sostenerla– se revela consustancial a la psicosis.

Frente a la concepción del delirio como error inútil, como simple ruido de una maquinaria estropeada, el psicoanálisis pronto se dirigió a resaltar *la función* del delirio. Fue Freud el primero en aprehenderla y teorizarla, argumentando que el delirio es un trabajo razonante al que se entrega el sujeto para intentar remediar el desequilibrio general introducido por la psicosis (sobre este particular, véase el desarrollo propuesto en la Parte V a propósito de Schreber).

Naturalmente, la clasificación de los delirios ha pasado por diferentes momentos históricos. Primero fueron los temas y contenidos, es decir, los elementos más visibles: delirios persecutorios, megalomaníacos, erotomaníacos, celosos, melancólicos, hipocondríacos, etc. (Lasègue, J. Falret, Foville, Bombarda, Legrand du Saulle, Séglas, J. Cotard); más tarde, la segunda generación de alienistas se inclinó hacia una ordenación basada en los impropiamente llamados "mecanismos del delirio": delirios alucinatorios, interpretativos, pasionales, imaginativos, etc. (Ballet, Sérieux y Capgras, Clérambault, Dupré); posteriormente se pretendió desvelar su estructura: delirios agudos, delirios paranoicos, parafrénicos y esquizofrénicos (Nodet, Ey).

Las actuales clasificaciones nosográficas que pretenden allanar las controversias de los psicopatólogos del siglo XX siguen haciendo pivotar la definición de lo delirante sobre la credibilidad compartida. Así, para el *DSM-IV*, idea delirante es la "falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (por ejemplo, no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo". Por su parte, en la *CIE-10* leemos "Delirio: Se trata de una creencia falsa e inamovible concerniente al propio individuo y/o a su medio externo, la cual está fuera de la realidad y no es compartida por otras personas de su mismo medio sociocultural. Es mantenida con convicción a pesar de las evidencias en contra. Dicha creencia morbosa puede relacionarse con: ser seguido, observado, perjudicado, perseguido, o con la supues-

ta infidelidad de la esposa, o con creencias de superioridad, o relacionadas con la apariencia o con la propia identidad".

La noción de *delirio* se ha usado con frecuencia con significado más sindrómico que semiológico, es decir, designando un conjunto de síntomas, e incluso ha tenido un sentido nosológico en la psiquiatría francesa hasta casi 1980 como equivalente de psicosis.

El término "idea", aplicado a lo delirante, ha parecido inexacto a muchos autores, desde Jaspers, ya que se trata de fenómenos más complejos que lo puramente idéico o racional, por lo que se ha empleado frecuentemente la expresión "vivencia delirante" (ver más adelante vivencias delirantes primarias). Asimismo, ciertas vivencias patológicas respecto al control y contenido del pensamiento han sido estudiadas entre los síntomas de la percepción, concretamente en las llamadas "alucinaciones psíquicas".

Ideas delirantes primarias

Quienes mantienen la división entre primarias y secundarias consideran que las ideas delirantes primarias cumplen las condiciones de: *a)* aparecer como un fenómeno primario, esto es, no derivado de ningún otro fenómeno físico o psíquico; *b)* ser falsas; *c)* irrebatibles a la argumentación lógica; *d)* se establecen por vía patológica (es decir, no son creencias religiosas o, en general, socioculturales); y *e)* no se derivan de otras manifestaciones psicopatológicas (no son elaboraciones "lógicas" a partir de una alucinación o un estado de ánimo patológico). Insistiremos en una sexta característica que nos parece capital, recogida por autores como Cabaleiro Goás (*Temas psiquiátricos*, 1966) o Jervis (*Manual crítico de psiquiatría*, 1979), consistente en que la idea delirante –o el delirio, conjunto de ellas– se convierte en el eje prácticamente absoluto de la vida del sujeto, es decir, es de importancia central en la idea del mundo y sus gentes que a partir de entonces se hace el delirante (ver más adelante vivencias delirantes primarias).

La diferenciación entre unas ideas delirantes primarias y otras secundarias fue especialmente enfatizada por K. Jaspers a partir de sus estudios sobre los delirios de celos. Atendiendo a su "origen", propuso este autor en su *Psicopatología general* (1913) desglosar los delirios en dos grandes grupos: "Unos han surgido para nosotros comprensiblemente de fenómenos afectivos, de acontecimientos conmocionantes, ofensivos, que despiertan el sentimiento de culpa; y otros, de percepciones engañosas o de la vivencia de la extrañeza del mundo de la percepción en la conciencia alterada, etc.; los otros no pueden ser seguidos psicológicamente más atrás, son fenomenológicamente algo último. A los primeros les llamamos *ideas deliroides* y a los últimos *auténticas ideas delirantes*".

Ideas delirantes secundarias, ideas deliroides, vivencias delirantes secundarias

Según la división anteriormente mencionada, las ideas y vivencias delirantes secundarias cumplen las características de las primarias excepto que aparecen como consecuencia de alteraciones de la sensopercepción o del humor básico, pudiendo darse en muchos y diferentes cuadros clínicos. Algunos autores las asimilan al concepto de *idea deliroide* estimando que podrían ser rectificadas por la experiencia de la realidad o por el razonamiento convincente del interlocutor, criterio que creemos equivocado (en las llamadas "depresiones con síntomas psicóticos", éstos no son modificables aisladamente por dichos medios y sólo se atemperan al mejorar el cuadro general). Aunque en el plano clínico tal diferencia no siempre es fácil de establecer, Cabaleiro Goás señalaba que las ideas delirantes secundarias son siempre "ideas delirantes", es decir, absurdas e irreductibles, y conllevan una alteración profunda de la personalidad, mientras que las "ideas, vivencias o reacciones deliroides" pueden darse en individuos normales sometidos a condiciones físicas o psíquicas especiales, y hablamos de ellas cuando un rasgo exagerado del carácter, una alteración morbosa del humor o un compromiso cerebral hacen comprensible "la significación y la creencia anormales" (Kurt Schneider).

Vivencias delirantes primarias

Se caracterizan por: *a)* su carácter primario, o sea, original, autóctono, surgiendo como si fuesen producto directo del trastorno fundamental; *b)* la pérdida del juicio de la realidad, es decir, el trastornado valora de modo anómalo sus percepciones internas y externas; *c)* un contenido imposible o irreal, e incluso con contradicciones internas que también serán soslayadas o racionalizadas por el delirante; *d)* aparece un significado nuevo asociado a algún suceso o conjunto de ellos; *e)* dicho significado es autorreferencial, es decir, alude directamente al sujeto, siempre le concierne; *f)* todo ello se convierte en el eje de la vida del individuo y en su explicación del mundo que le rodea; y *g)* todas esas ideas y vivencias son ininfluenciables e incorregibles por la argumentación de un tercero, es decir, el grado de convicción subjetiva es extremo, hasta el punto de que muchos autores, como Minkowski, han considerado la "certeza delirante" como el indicador *princeps* de hallarnos ante un fenómeno patológico, ya que el pensamiento normal siempre puede admitir una sombra de incertidumbre incluso en sus más férreas convicciones.

Las vivencias delirantes primarias han constituido uno de los campos más propios del interés de la psicopatología de los primeros tres cuartos del siglo XX. Karl Jaspers, Jakob Wyrsch, Klaus Conrad, Kurt Schneider, Cabaleiro Goás, Castilla del Pino y un largo elenco –además de la personalísima elaboración de Cléram-

bault a la que dedicaremos un apartado específico– fueron realizando sucesivas aportaciones que trataban de diferenciar y matizar los distintos tipos y sus características. Los conceptos que en esa línea han permanecido con el paso del tiempo son, fundamentalmente, el *humor delirante*, la *percepción delirante*, la *ocurrencia delirante*, la *interpretación delirante* y la *representación delirante*, a las que añadiremos la *extrañeza* y la *familiaridad perceptivas*.

a) **Humor delirante.** El *Wahnstimmung* de Jaspers o el "trema" de Conrad quieren significar un estado de ánimo especial teñido por la perplejidad, la sospecha o expectación de cambio en el mundo y el significado de las cosas, que el enfermo intuye que le concierne aunque no se lo pueda aún explicar.

b) **Percepción delirante.** Para Kurt Schneider, el fenómeno consiste en atribuir a una percepción real un significado anómalo, sin motivo comprensible para el interlocutor, y la mayoría de las veces autorreferencial. Suele vivenciarse como un aviso o mensaje de una instancia real y superior al paciente, es una revelación ("apofanía" de Conrad) y además es impuesta, procede del exterior del enfermo, quien no la reconoce como deducción propia. Para Schneider era uno de los "síntomas de primer rango" de la esquizofrenia.

c) **Ocurrencia delirante.** La "apofanía", siguiendo a Conrad (*La esquizofrenia incipiente*, 1958), puede limitarse a veces al "espacio interior", es decir, surgir sin el antecedente de una percepción procedente del mundo externo. El fenómeno se produce en el ámbito del pensamiento, emanado del propio pensamiento del sujeto, quien experimenta una intensa convicción en la veracidad de lo que se le ha ocurrido, por absurdo que aparezca ante un tercero. Como decía Conrad, "en la apofanía la ocurrencia se transforma en inspiración". Por otra parte, según la consideración de Kurt Schneider, las ocurrencias o intuiciones delirantes –equivalentes a las cogniciones de Jaspers– son ideas delirantes súbitas, difíciles de determinar y en absoluto patognomónicas de la esquizofrenia.

d) **Interpretación delirante.** Semejante a una combinación y complejización de las dos anteriores, la interpretación delirante consiste en la valoración aberrante de hechos externos, percepciones, ideas propias, sensaciones y actuaciones personales, a las que el paciente dota de significación especial y autorreferencial, estableciendo relaciones entre sucesos presentes y pasados. Es característico de los delirios paranoicos.

e) **Representación delirante.** Consiste en que los recuerdos auténticos adquieren un significado nuevo y especial, acorde con el delirio.

f) **Sensación de cambio del mundo (desrealización o "extrañeza perceptiva").** Lo percibido se reconoce como familiar pero aparece la impresión concomitante de que ha cambiado en algo, que al lado de su significado habitual tiene otro significado, que no es exactamente lo que parece, etc. Suele ser uno de los fenómenos iniciales de la paranoia y las psicosis esquizofrénicas, pero también se ha mencionado en trastornos ansiosos y depresivos y en epilepsias. Algunos autores lo encuadran en la semiología de la percepción; en cualquier caso, esta experiencia de cambio del mundo supone siempre un desmoronamiento del registro Imaginario.

g) **Familiaridad o "entrañabilidad perceptiva".** Bajo los efectos del alcohol o los psicodislépticos, y en los estados maníacos, algunos pacientes experimentan la sensación de que personas, objetos o situaciones desconocidas les son absolutamente familiares. Sólo en ausencia de efectos tóxicos podrían considerarse vivencias delirantes primarias.

23.4. Alteraciones de la vivencia o experiencia del pensamiento

Difusión del pensamiento

El enfermo cree que sus pensamientos pueden ser escuchados y conocidos por los demás como si se difundiesen fuera de su mente. Es una experiencia pasiva, no querida y desagradable. A veces lo formulan como que los demás oyen –textualmente– lo que piensan, y otras como si su pensamiento fuese retransmitido por algún procedimiento.

Lectura del pensamiento

El sujeto nota que sus pensamientos son "leídos" por los demás, como si su mente fuese transparente para ellos. Lo distingue de la deducción normal que a veces puede hacerse del pensamiento de otro.

Inserción del pensamiento (influencia, imposición del pensamiento)

El paciente experimenta sus pensamientos como extraños; no son suyos, le son injertados o impuestos mediante complicados procedimientos tecnológicos, mágicos o inexplicables subjetivamente. Otras veces percibe una influencia que desvía o trastoca su propio discurrir y/o su expresión verbal.

Robo del pensamiento

Fenómeno emparentado con el *bloqueo* descrito anteriormente. A veces el paciente siente que su mente ha sido vaciada, que no tiene contenido alguno. En otras

ocasiones le es robado algo que iba a pensar en ese momento. Por lo general, la puesta en palabras de estas situaciones es una elaboración secundaria al fenómeno en sí mismo, al que el sujeto busca una explicación delirante.

Eco del pensamiento

El paciente tiene la molesta sensación de escuchar sus pensamientos al tiempo que se le ocurren o como repetición posterior. A diferencia de otros clásicos, Séglas lo consideró un fenómeno alineable en la semiología de la alucinación y, más precisamente, como integrante de la psicopatología del lenguaje. Los desarrollos lacanianos se enmarcan en esta vinculación, pues explican el eco del pensamiento como una perturbación de la relación entre enunciado y enunciación: todo el mundo, ciertamente, es al tiempo emisor y receptor, pero el fenómeno psicótico del eco surge precisamente cuando el sujeto no se reconoce como emisior.

Merced a la influencia de Kurt Schneider, estos últimos signos aquí descritos han adquirido una importancia inusitada a la hora del diagnóstico de esquizofrenia. Este autor describió como síntomas esquizofrénicos de "primer rango": el pensamiento divulgado, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, las voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y las convicciones de ser influenciado en los sentimientos, las tendencias y la voluntad. Naturalmente, cuando un sujeto presenta estos signos resulta del todo evidente que ya está muy trastornado. En ese sentido, la fenomenología de Schneider es bastante más ruda que la microfenomenología de Clérambault, la cual pasamos a exponer en el siguiente apartado.

23.5. El Automatismo Mental de Clérambault

Un lugar preeminente en la semiología del lenguaje y del pensamiento es el que ocupa la descripción del Automatismo Mental realizada por Clérambault en las primeras décadas del pasado siglo. Su conocimiento resulta insustituible para aproximarse a los fenómenos elementales de la psicosis, especialmente aquellos que se manifiestan en los trastornos del pensamiento y del lenguaje. El hecho de ubicar en la semiología del pensamiento esta impresionante contribución psicopatológica obedece básicamente a que su autor estimó que esos signos mínimos correspondían a un "trastorno molecular del pensamiento elemental".

A continuación resumiremos la arquitectura del Automatismo Mental, siguiendo los desarrollos expuestos por J. M.ª Álvarez en *La invención de las enfermeda-*

des mentales (1999). Pero es necesario primero señalar que en la nosografía de Clérambault el Automatismo Mental –a él no le gustaba emplear el término "esquizofrenia"– se opone a la paranoia y a las psicosis pasionales, pues una y otras obedecen a mecanismos patogénicos completamente diferentes.

Los fenómenos elementales descritos por este psiquiatra de la Enfermería Especial de París eran ya conocidos desde los trabajos de Baillarger sobre las alucinaciones psíquicas y los de Séglas sobre las alucinaciones psicomotrices verbales y el delirio de influencia. Pero los fenómenos aislados por los dos autores citados (ecos del pensamiento y de la lectura, pensamiento anticipado, impulsiones verbales, enunciación de actos, etc.) fueron considerados por Clérambault como "fenómenos a la vez idéicos y verbales", y frecuentemente tardíos respecto a otros más elementales. Ahí precisamente radicó su genialidad, ya que logró aprehender y nombrar las manifestaciones iniciales del mentismo y la xenopatía hasta entonces "dejados en la sombra".

Casi imperceptibles para el observador, esos fenómenos mínimos fueron reunidos por este autor en un mismo síndrome (*Petit Automatisme Mentale* [Pequeño Automatismo Mental]), atribuyéndoles un origen común, diseccionándolos fenomenológicamente ("fenómenos sutiles" *versus* "fenómenos groseros"), jerarquizándolos siguiendo un proceso de edificación (desde el *Syndrome de passivité* hasta, eventualmente, el *Triple Automatisme Mental*) y perfilando asimismo las consecuencias de su implantación (*scission du moi, formation de la personnalité seconde* [escisión del yo, formación de una segunda personalidad]). De manera que el *Syndrome d'Automatisme Mental* está constituido siempre por los mismos trastornos psíquicos, motores y sensoriales, los cuales se imponen de manera brutal y automática en la mente del sujeto hasta capturarlo y someterlo a su completo gobierno. "Por Automatismo Mental –escribió en 'Définition de l'Automatisme Mental' (1924)– entiendo los fenómenos clásicos: pensamiento precedido, enunciación de actos, impulsiones verbales, tendencia a los fenómenos psicomotores [...]. Creo con frecuencia, al aislar el grupo de fenómenos mencionados, haber innovado algunos aspectos al afirmar: 1) su carácter esencialmente neutro (neutro al menos en principio); 2) su carácter no sensorial; 3) su papel inicial en el principio de las psicosis".

Estas tres características definen por sí mismas los *phénomènes subtiles* [fenómenos sutiles], siempre presentes en el inicio de cualquier psicosis alucinatoria crónica, y constituyen la base del *Petit Automatisme Mental, Syndrome de Passivité* o *Syndrome S* [Pequeño Automatismo Mental o Síndrome de Pasividad o Síndrome S]. Así caracterizados, estos fenómenos intrusivos iniciales promueven una *scission du moi*, un sentimiento subjetivo de extrañeza y de perplejidad: "Las sensaciones alucinatorias –precisó en 'Psychoses à base d'Automatisme' (1925)–,

incluso las más simples, aparecen en el mayor número de los casos como extrañas y como ajenas: extrañeza intrínseca y carácter impropio casi inmediatamente impuesto. Son extrañas o, dicho de otro modo, inefables e indecibles, de apariencia artificial". Siguiendo estos desarrollos, podría afirmarse que el *Petit Automatisme Mental* consiste en un desgarramiento sobrevenido como consecuencia del desdoblamiento del pensamiento elemental, esto es, a una objetivación –a la vez revelación y desapropiación, a la vez reconocimiento y desconocimiento– del pensamiento elemental, constitutivo de un sentimiento de discontinuidad y de escisión del Yo, es decir, de la personalidad consciente.

La arquitectura del Automatismo Mental puede descomponerse en dos pisos. El primero corresponde a los fenómenos más sutiles, elementales, iniciales y prodrómicos a los fenómenos groseros; se trata del *Petit Automatisme Mental* o *Syndrome de Passivité*. Si la psicosis prosigue su evolución, esos fenómenos iniciales y otros muchos que se les sumarán terminarán por desplegar el gran síndrome de Automatismo Mental o *Triple Automatisme Mental*. Sabido es que el mérito de Clérambault radicó en la descripción de los pequeños signos que conforman el Pequeño Automatismo Mental, el cual se descompone a su vez en fenómenos sutiles –que pueden ser positivos, negativos o mixtos– y fenómenos ideo-verbales.

El primer grupo, el de los fenómenos sutiles, se caracteriza por instaurar interferencias, vacías de contenido y anidéicas, que perturban el curso del pensamiento. Son, en efecto, "procesos de intrusión" tales como el psitacismo, las "sierras verbales", los juegos de palabras, las entonaciones extravagantes, la ideorrea, el flujo incoercible de representaciones visuales, los falsos reconocimientos, los sentimientos de extrañeza o de *déjà vu*, los sentimientos de revelación inminente, las emociones sin objeto y otros muchos. Movido por un excesivo atomismo, Clérambault los subdividió a su vez en *Processus Positifs Subcontinus* y *Processus Positifs Épisodiques* [Procesos Positivos Subcontinuos y Procesos Positivos Episódicos]. Entre los primeros destacan la "Emancipación de los Abstractos" (suerte de emancipación del pensamiento bajo una forma indiferenciada o totalmente muda; se trata de una alucinación estrictamente "psíquica" –en el sentido de Baillarger, Séglas y Kandinsky– para la que Clérambault propone el término *Hallucination Abstraite* [Alucinación Abstracta]), el "Devanado mudo de los Recuerdos" (relacionado también con las alucinaciones "psíquicas", este fenómeno está constituido por elementos idéicos, representativos y afectivos) y la "Ideorrea" (pensamientos que se imponen con una aceleración mayor que los propios del pensamiento normal claro); los *Processus Positifs Épisodiques*, por su parte, se acompañan de sentimientos intelectuales ("Semejanzas", "Falsos reconocimientos", "Extrañeza de la gente y las cosas"). Por el contrario, los *Processus Négatifs* consisten en inhibiciones del pensamiento acompañadas de sentimientos intelectua-

les: "Desaparición del pensamiento, olvidos" (un pensamiento que va a llegar desaparece antes de hacerse claro; el objeto del pensamiento desaparece súbitamente, sin que el paciente sepa en qué pensaba), "Detenciones del pensamiento", "Vacíos del pensamiento", "Perplejidad sin objeto", "Esperas" (en todos ellos, el paciente no sabe en qué piensa; percibe fragmentos de pensamiento separados entre sí, espera pensamientos que no llegan; el pensamiento está "nublado" sin poder entrever pensamiento alguno), "Aproxesia" (pensamiento disperso; imposibilidad de pensar determinadas cosas, a veces porque el pensamiento es demasiado rápido; cuanto más trata el trastornado de fijar su atención mayor es la dispersión). Por último, los *Processus Mixtes* (*négatifs* y *positifs*) consisten en "Olvidos", "Aportaciones", "Sustituciones del pensamiento" (un nuevo pensamiento sustituye al pensamiento en curso; el sujeto no tiene en su mente más que inicios de pensamientos; cuando comienza a pensar algo concreto, inmediatamente se entromete una nueva idea), "tal vez Ideorrea", "Paso de un Pensamiento Invisible" ("Es el reconocimiento aplicado en vacío a un objeto subconsciente y transitorio. Es la combinación de un reconocimiento anticipado y de un olvido. El sujeto cree en la inminencia de un pensamiento que él reconoce sin poder aún definirlo; dicha idea, una vez reconocida, desaparece sin haber sido definida. Este fenómeno es, por así decirlo, la percepción de la sombra de un objeto que acaba de pensar"), según la definición que propuso en "Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie" (1924).

Fenómenos a la vez idéicos y verbales (ideo-verbales) componen el segundo grupo, y son mejor conocidos que los anteriores merced a los trabajos de Séglas; todos ellos son también neutros y atemáticos. En su artículo "Les psychoses hallucinatoires chroniques. Présentation de malade" (1923) los definió del modo que sigue: "El fondo común de esos fenómenos es un trastorno, por decirlo así, molecular del pensamiento elemental; éste está perturbado a la vez en su formación y en su integración en la conciencia. Dichos trastornos son de orden mecánico, exactamente como las corrupciones (*viciations*) y aumentos de la sensación en algunos casos neurológicos. Hay que señalar, en primer lugar, que el pensamiento es alcanzado primeramente en forma "indiferenciada", es decir, a la vez abstracta y fragmentariamente sensorial, que es la del pensamiento normal; en segundo lugar, que los abstractos parecen liberarse antes que los concretos; en fin, que la emancipación de los concretos, al principio, es principalmente parcelaria". De entre este subgrupo de fenómenos ideo-verbales Clérambault destacó los siguientes: pensamiento extraño, pensamiento anticipado, enunciación de gestos y de intenciones, y sobre todo eco del pensamiento (sentimiento de exterioridad, al menos psíquica, de las palabras que son pensadas o están a punto de serlo; el sujeto oye su pensamiento como si proviniera de fuera, como si se le impusiera y sin

reconocerlo); además, otros más oscuros y puramente verbales: palabras explosivas, juegos silábicos, kiries de palabras, absurdos y sinsentidos; otros aun puramente psíquicos: intuiciones abstractas, veleidades abstractas, interrupciones del pensamiento abstracto, devanado mudo de los recuerdos (*dévidage muet des souvenirs*). Tales son, de ordinario, las formas iniciales del Pequeño Automatismo Mental; otros procesos ideo-verbales generalmente más tardíos son los comentarios sobre los actos y los recuerdos, las preguntas, los pensamientos que se responden, etc.

La tendencia a la verbalización aumenta progresivamente: indiferenciado en un principio, el pensamiento se torna con el tiempo gradualmente auditivo o verbo-motor; por esta vía las "voces" se van conformando con sus cuatro características: verbales, objetivas, individualizadas y temáticas.

No eludió Clérambault terciar sobre una cuestión espinosa que se plantea cotidianamente en la práctica, a saber, la diferenciación de esos fenómenos intrusivos y parásitos respecto a los propios del pensamiento normal, como es el caso del mentismo y de la cogitación de un sujeto solitario. Es en este punto donde se revelan con más claridad los límites de la fenomenología, incluso las dificultades de la microfenomenología de Clérambault: "Hay varios que figuran, al menos en forma reducida y excepcionalmente, en el juego del pensamiento normal y subnormal. Son, por una parte, el devanado mudo de los recuerdos, las semejanzas, falsos reconocimientos y extrañezas, las sustituciones de pensamiento e ideorreas; por otra parte, las desapariciones de pensamientos, olvidos, interrupciones y vacíos del pensamiento, las esperas, dudas, perplejidades, aprosexias. Es preciso añadir los juegos parcelares. Todos esos fenómenos son frecuentes en estados de fatiga legítima, de insomnio y de neurastenia, muy frecuentes (salvo, naturalmente, la aprosexia y la duda) en los estados hipnagógicos y en las intoxicaciones. [...] En el Automatismo Mental, el conjunto de esos fenómenos se convierte en norma: son erigidos en sistema", apreció sobre este particular en "Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie" (1924).

Según estas consideraciones, no existirían unas diferencias fenomenológicas radicales entre el pensamiento normal y el propio de Automatismo Mental en su fase inicial. No obstante, en su búsqueda de los matices que separan uno del otro y que se revelan como absolutamente necesarios en el diagnóstico diferencial, Clérambault prosigue sus pesquisas saliéndose del marco estrictamente fenomenológico, incluso de su mecanicismo, y guiado por los comentarios sobre una paciente llega a proponer en el mismo artículo de 1924 que: "Los pensamientos adventicios de la enferma probablemente no sean distintos a aquellos que, en el sujeto normal, serían reprimidos (*refoulées*); llaman la atención porque se imponen". A juzgar por estas palabras cabe colegir que no se trata tanto de las carac-

terísticas consustanciales a los fenómenos del pensamiento, sino de cómo el sujeto los experimenta: en el caso del Automatismo Mental, tales fenómenos se le presentan al trastornado como algo impuesto y, por tanto, como algo ajeno al curso de los pensamientos de los que se reconoce como autor. Sin mencionar jamás a Freud y completamente al margen de cualquiera de sus elaboraciones sobre la modalidad propiamente psicótica del retorno de lo reprimido, Clérambault coincide con él en estos matices clínicos tan sutiles que desvelan la experiencia de desgarramiento subjetivo.

Tales son los fenómenos iniciales, previos al delirio y a la alucinación propiamente dicha, que sitúan con precisión el desdoblamiento y la división xenopática del sujeto; en adelante éste quedará constituido en fuente parásita y receptora de fenómenos elementales que en un principio no tienen significación alguna, pero que inexcusablemente le conciernen. Al tiempo que se despliega el trabajo delirante explicativo, progresa la tendencia a la verbalización y las alucinaciones psicomotrices verbales florecen. Finalmente, aunque no en todos los casos, se instaura el síndrome automático completo (*Triple Automatisme Mental*) en sus tres órdenes posibles: verbal, sensitivo y motor, esto es, los automatismos del significante, de la cenestesia y del cuerpo. Dicho síndrome constituye el exponente más álgido de la fenomenología psicótica y se caracteriza por los trastornos del pensamiento y del lenguaje (eco, robo y anticipación del pensamiento, enunciación de actos, juegos de palabras, verbigeración, palilalia, habla retardada, ecolalia, disección silábica, logoclonia, juegos de palabras por asonancias, paragramatismos, etc.), los automatismos motores y sensitivos (manierismos, ecopraxias, cenestesias, estereotipias motoras, espasmos, tics, agitaciones, etc.) y las "voces" propiamente dichas.

Según Clérambault, las alucinaciones son productos puramente *mécaniques*: no es la idea la que produce la alucinación, no hay ninguna relación entre las preocupaciones anteriores y las alucinaciones emergentes; al contrario, son las alucinaciones las que originan, por ejemplo, las ideas de persecución. Esta consideración anti-ideogenética que enunció repetidamente a propósito de las alucinaciones es coextensiva al conjunto de la psicosis: "La idea que domina en la psicosis no es la generadora, aunque la psicología común parece indicarlo y la psiquiatría clásica lo confirma. El nudo de esas psicosis es el automatismo, la ideación es secundaria. En esta concepción, la fórmula clásica de las psicosis está invertida", afirmó decididamente en "Psychoses à base d'Automatisme" (1925); y en la misma línea argumental sostuvo en "Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'Automatisme Mental au Congrès de Blois" (1927): "Frente a esta concepción [ideogenista], planteamos esta otra: la afectividad sólo es manipulada por la psicosis. La psicosis lo extrae todo del repertorio del sujeto porque no puede hacerlo de otra parte".

Pese a arraigarse en un mecanicismo a ultranza (etiología neurológica), esta concepción mantiene puntos comunes con la teoría desarrollada por Lacan, quien reconoció a Clérambault como su "único maestro en psiquiatría": el hecho primero es el significante y el sujeto su efecto; también, el sujeto del lenguaje es previo al sujeto de la idea. Evidentemente, allí donde Clérambault propuso su "metáfora" histológica, Lacan desarrolló su teoría del defecto del registro Simbólico y sus inequívocos efectos sobre lo Imaginario y lo Real. "Cuando el desfase tenue de la enunciación en relación con ella misma se amplifica hasta engendrar voces individualizadas y temáticas que se desencadenan en lo real –apreció J. A. Miller en 'Enseñanzas de la presentación de enfermos (1977)'–, cuando el sujeto se experimenta atravesado por mensajes en ráfagas, por un lenguaje que habla solo, espiado en su fuero interior y sometido a conminaciones o inhibiciones, cuya producción no puede anexarse, entonces es la gran *xenopatía*, que Lacan ubicó en el campo del lenguaje con su matema del Otro".

Por lo general, la evolución del Automatismo Mental es continua y progresiva, pero también puede ser transitoria. El eco del pensamiento se enriquece, conformando una "ideación autónoma y parásita" llamada *personnalité seconde* (*Néoplasique*). Clérambault se valió de esta "metáfora" para nombrar esa especie de sistema de asociaciones de neoformaciones funcionales fijas, superpuestas o articuladas con los sistemas anteriores normales, que se edifica a partir del eco del pensamiento y los sinsentidos, y que concluye con las alucinaciones organizadas. "La personalidad segunda está constituida por una selección a la inversa –advirtió en 'Psychoses à base d'Automatisme. Seconde article' (1926)–. Su vocabulario es tosco, frecuentemente lleno de imágenes, pocas veces sutil, su repertorio de ideas es lúbrico, escatológico, subversivo; todo ello está tomado de lo peor de la personalidad primera. Algunos componentes corrientes de esta misma personalidad pasan a la personalidad segunda, pero procesos especiales de contraste, de transposición, de empeoramiento, suscitan palabras groseras o sentimientos desagradables; y la última repercusión de toda emoción tiende a adquirir la forma injuriosa." La personalidad segunda es esencialmente más hostil, hipersexual y ambiciosa que la personalidad primera; sus rasgos dominantes son la animalidad, la vanidad y la hostilidad. Esta personalidad neoplásica acaba por dominar y destruir a la personalidad primera; en ese sentido, nuestro autor reparó en el hecho de que toda psicosis alucinatoria es en el fondo un "Delirio a Dos" ("dos psiquismos unidos en un mismo cerebro"), donde el más grosero y extravagente de ellos acaba por dominar al otro merced a su mayor sagacidad y tenacidad.

El gran monumento psicopatológico que constituye el Automatismo Mental muestra más que ninguna otra descripción el sometimiento y la tiranía que ejerce el significante sobre el sujeto, la consustancialidad del ser y el lenguaje, enten-

dido éste no como una facultad del ser, sino como un cáncer que lo posee, determina y despedaza. "Desposeído el sujeto de sí por el automatismo –sintetiza F. Colina en 'El vigía de la palabra' (1995)–, sucede como si el lenguaje se desmoronase guiado por su propia inercia, e incluso cayera encima de sí mismo. Queda así el psicótico inerme ante la inercia de lo *real*, cuya angustia o, lo que es lo mismo, cuya verdad lo invade y le habla, o mejor, lo arrastra con signos desconocidos. Automatizado por el otro, al psicótico sólo le queda, en un esfuerzo descontrolado, la posibilidad de hacer renacer de las cenizas significantes el Fénix del delirio." En este punto, la coincidencia de las descripciones y constataciones de Clérambault se articulan sin fisuras con las elaboraciones de Freud y con los desarrollos teóricos minuciosamente elaborados por Lacan desde su seminario sobre Schreber (*Les psychoses*, 1955-1956).

24

SEMIOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN

La percepción es el proceso psicológico mediante el cual tenemos conocimiento de la presencia actual de un objeto exterior a través de las modificaciones que dicho objeto origina en nuestros órganos sensoriales (Porot, 1977). El término "percepción" alude a la conciencia de los objetos, sus cualidades o relaciones, consiguiente a la estimulación de los órganos periféricos de los sentidos, y es distinta del tipo de conciencia que surge de la memoria (representación o huella mnémica; Linn, 1982). Hay tantas categorías de datos percibidos como tipos de órganos receptores (visuales, auditivos, gustativos, olfativos y tactiles). Algunos autores incluyen aquí los datos cenestésicos proporcionados por las terminaciones nerviosas que nos informan acerca de nuestro organismo en un momento dado, pero otros las excluyen taxativamente por considerar que la cenestesia produce sensaciones pero no conduce a verdaderas percepciones ("Un dolor o una molestia se sienten pero no se perciben", escribe J. M. Sutter en la entrada "Percepción" del diccionario dirigido por Porot), e incluso hay quienes llegan a estudiar dentro de las alteraciones de la percepción los trastornos de la identidad o conciencia del Yo, tales como despersonalización, personalidad múltiple, etc. (Kaplan y Sadock, 1999), o vivencias delirantes primarias como la desrealización (Tribolet y Sahidi, 2000).

La percepción no es una simple suma de datos elementales, sino un proceso complejo cuyo producto tiene estructura y significación propias. Así, se ha distinguido entre *sensación*, *percepción* y *apercepción*. El término *sensación* es una abstracción que pretende nombrar el más elemental acontecer psíquico provocado por la estimulación de los órganos de los sentidos. Las *percepciones* se constituyen

cuando las sensaciones evocan imágenes mnémicas de sensaciones anteriores y son reconocidas o interpretadas como algo determinado. Pero el acto perceptivo no está estrictamente delimitado: una palabra puede percibirse como mero sonido, como elemento lingüístico aislado, como perteneciente a tal o cual idioma o como vocablo con un significado definido y relacionado con una situación determinada. Enfatizando esta graduación de lo percibido, se ha reservado a veces el término *apercepción* para designar esta identificación de un grupo de sensaciones relacionadas entre sí con otras sensaciones análogas y junto con las correspondientes conexiones (Bleuler, 1971). También se usa *apercepción* en el sentido de "percepción atenta, percepción acompañada de conciencia" (Ferrater, 1981). En la práctica, el término *percepción* suele emplearse como sinónimo de *apercepción.*

Para que el proceso perceptivo se produzca correctamente es necesaria la integridad tanto del aparato receptor fisiológico (órganos de los sentidos, vías centrípetas de transmisión nerviosa, regiones cerebrales de integración y elaboración de la información, grado de conciencia en el sentido neurológico) como del psicológico (lenguaje, memoria, juicio, pensamiento, estado afectivo, factores socioculturales); dentro de este último, el estado de ánimo ha sido siempre considerado uno de los factores más importantes de modulación de la significación del objeto percibido. Las alteraciones de la percepción debidas al disfuncionamiento de los órganos de los sentidos son objeto de estudio de las correspondientes especialidades médicas y por lo general el individuo es muy consciente de ellas. Las debidas a la lesión anatómica del Sistema Nervioso Central constituyen las agnosias, propias del campo de la neurología, de las cuales el sujeto puede tener un grado de conciencia menor o parcial; éstas y otras alteraciones de causa orgánica que pueden manifestarse a través de síntomas y signos de apariencia psíquica serán tratadas en un capítulo específico de *Estructuras clínicas y clínica diferencial en psicopatología psicoanalítica*, volumen en preparación como ya se ha indicado. Las alucinosis, debidas a alteración cerebral anatómica o funcional, se ven en ciertos síndromes psicoorgánicos, algunos de ellos tradicionalmente a cargo de la psiquiatría aunque su fisiopatología remita en la mayoría de los casos a los saberes de la patología neurológica o de la medicina interna (por ejemplo, tanto las intoxicaciones agudas por alcohol como las alteraciones del metabolismo del nitrógeno por lesión hepática en el alcoholismo crónico producen *delirium* y alucinosis arquetípicos sin apenas modulación personal). Las alteraciones más pertinentes al estudio psicopatológico serían aquellas que se manifiesten en ausencia de motivo orgánico conocido o relevante.

Uno de los primeros intentos de describir los trastornos de la percepción fue el llevado a cabo por Griesinger a mediados del siglo XIX en *Patología y tera-*

péutica de las enfermedades psíquicas (1845-1871), donde los denominó "trastornos sensitivos elementales" (*sensitiven Elementarstörungen*). Con un ordenamiento un tanto fragmentario, al principio del capítulo estudiaba la falta de conciencia de enfermedad de los alienados seguida de las hoy llamadas alteraciones del esquema corporal, de algunas alteraciones de la identidad (concretamente, la licantropía) y de las llamativas anestesias de algunos enfermos mentales. El segundo cuerpo del epígrafe lo constituían unas breves líneas sobre las ilusiones y una veintena de páginas sobre las alucinaciones. Más tarde, en el primer tercio del siglo XX, hizo fortuna la división de Jaspers en tres apartados: las "anomalías de la percepción" (intensidad, tamaño, síntesis o separación de las características elementales del objeto), los "caracteres anormales de la percepción" (familiaridad, extrañeza, temporalidad) y los "errores sensoriales" o "percepciones engañosas" (ilusiones y alucinaciones). La imprecisión de los términos jaspersianos –sumada a la de su traducción a otras lenguas– no fue óbice para que autores posteriores se lanzasen a sucesivos desarrollos y matizaciones de tal sistemática, aunque habitualmente sus resultados alimentaran más aún la confusión. Otros, por el contrario, pasaron como de puntillas sobre los primeros aspectos enumerados o ni los mencionaron –como Ey, Bernard y Brisset en su *Tratado de Psiquiatría*– y se centraron en la alucinación como síntoma más típico o *princeps* de la patología perceptiva.

En el ámbito propiamente psicoanalítico, la investigación desarrollada por Jacques Lacan a propósito de la alucinación aporta una inversión notable respecto a las teorías psicológicas generalmente defendidas acerca de la percepción. En efecto, en su escrito "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958) propuso una interpretación de la alucinación que diverge plenamente de la psicopatología tradicional al sostener inicialmente una doble inversión. En primer lugar, que el sujeto, lejos de estructurar cuanto percibe (*perceptum*), aparece en cambio como quien padece la percepción; y no sólo eso, sino que él es efecto o está afectado por lo percibido. En segundo lugar, que el *perceptum* como tal ya está constituido, si bien introduce ciertos equívocos. Esta concepción se encuadra plenamente en una teoría más general según la cual no hay *perceptum* fuera del campo del lenguaje, esto es, que el lenguaje constituye y determina el hecho perceptivo: "El poder de nombrar los objetos estructura la percepción misma –sostuvo Lacan en *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (1954-1955)–. El *percipi* del hombre no puede sostenerse sino en el interior de una zona de nominación. Mediante la nominación el hombre hace que los objetos subsistan en una cierta consistencia".

A tenor de estas apreciaciones cabe deducir que el hecho primero es el significante y el sujeto, su efecto, o para decirlo en otros términos: toda percepción

está sometida al orden simbólico y es éste quien determina y produce al sujeto. De este modo, la teoría de la percepción y las consecuencias que de ella pudieran extraerse para explicar qué es una alucinación adquieren un cariz harto contrario al que sostiene la clínica clásica y la psicología general, pues estas últimas estiman que el lenguaje no es más que un instrumento que usa el sujeto para comunicarse. A partir de estas bases, como más adelante mostraremos, las contribuciones de Lacan respecto a la alucinación contienen elementos muy novedosos y desarrollan la intuición de Séglas según la cual todas las alucinaciones deben enmarcarse dentro de la patología del lenguaje.

Para simplificar nuestra exposición, proponemos agrupar con cierta flexibilidad los conceptos de la semiología clásica de la percepción según los tres grupos principales que se desprenden de lo dicho anteriormente (ver cuadro siguiente), es decir, las alteraciones cuantitativas y cualitativas del proceso perceptivo ante un objeto real, y las identificaciones o significaciones anómalas del producto de la percepción, esto es, del objeto percibido, independientemente de que éste tenga o no algo de real (ilusiones y alucinaciones, es decir, los fenómenos que para Baillarger y Griesinger constituían la "locura sensorial").

SEMIOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN

1. Alteraciones cuantitativas
   - Disestesia
   - Hiperestesia o percepción acentuada
   - Hipoestesia o percepción embotada

2. Alteraciones cualitativas
   - Traslaciones o distorsiones en las cualidades de las sensaciones
   - Metamorfopsias
   - Escisiones perceptivas
   - Sinestesia
   - Alteraciones en la vivencia del tiempo

3. Identificaciones o significaciones anómalas
   - Ilusiones
     a) Ilusiones de la inatención (ilusión de acabado o del linotipista)
     b) Ilusiones afectivas
     c) Pareidolias
     d) Ilusiones oniroides

- Alucinaciones
  - I. Alucinaciones psicosensoriales o "verdaderas"
    - *a)* Alucinaciones visuales
    - *b)* Alucinaciones auditivas (o acústicas): verbales y no verbales
    - *c)* Alucinaciones olfativas y gustativas
    - *d)* Alucinaciones tactiles: epidérmicas e hipodérmicas
    - *e)* Alucinaciones cenestésicas y del esquema corporal
    - *f)* Alucinaciones motrices o kinestésicas
    - *g)* Sensaciones anormales simultáneas (alucinaciones funcionales y reflejas)
  - II. Alucinaciones psíquicas o "falsas alucinaciones"
    - *a)* Alucinaciones psíquicas visuales
    - *b)* Alucinaciones acusticoverbales o psicoverbales
    - *c)* Alucinaciones psicomotrices verbales:
      1. Alucinación kinestésica verbal
      2. Alucinación verbal motriz completa
      3. Impulsiones verbales

24.1. Alteraciones cuantitativas

Disestesia

De *dis-* (δυσ-), "mal", y *aisthesis* (αἴσθησις), "sensación", "sensibilidad", "sentido". Término general para cualquier alteración de la sensibilidad. En medicina suele referirse a la propiocepción (autosensibilidad o percepción del cuerpo), casi siempre con significado de percepción anormal, molesta o dolorosa.

Hiperestesia o percepción acentuada

De *hiper* (ὑπέρ-), "sobre", y *aisthesis* (αἴσθησις), "sensación", "sensibilidad". Aumento exagerado de la intensidad de la sensación ante un estímulo perceptible real, pudiendo llegar a superarse el umbral doloroso. Puede afectar al procesamiento de la información proporcionada por cualquiera de los sentidos. Aparece en numerosos procesos orgánicos (migraña, toxemias, "resaca"), así como en algunos trastornos neuróticos, depresivos y maníacos, siendo más raras pero no imposibles en las psicosis esquizofrénicas, en cuyo caso suelen coexistir con hipoestesias. En los estados fecundos de hiperconcentración (artistas, estudiosos, etc.) hay una hiperestesia para cuanto entonces resulta de interés para el sujeto, y una hipoestesia para todo lo demás.

Hipoestesia o percepción embotada

De *hypo* (ὑπό-), "menos que", "por debajo de") y *aisthesis* (αἴσθησις), "sensación", "sensibilidad". Opuesta a la anterior. Puede deberse también a diversas causas orgánicas. En cuanto a las hipoestesias determinadas por un mecanismo psíquico, se presentan en determinadas circunstancias patológicas: ansiedad, estrés, hiperconcentración (hipoestesia para lo ajeno al objeto focalizado), trastornos neuróticos, personalidades sensitivas y estados depresivos. Tradicionalmente, han llamado la atención la anestesia o analgesia de algunos individuos normales sometidos a tortura, las de la conversión histérica y las analgesias que parecen concomitantes a ciertas autolesiones en esquizofrénicos.

24.2. Alteraciones cualitativas

Traslaciones o distorsiones en las cualidades de las sensaciones

Cambios en el color, su brillo o su intensidad, así como en las cualidades de los sonidos, se han descrito en las intoxicaciones con mescalina, LSD o digitálicos, y asimismo se atribuyen a las percepciones de los estados disociativos histéricos.

Metamorfopsias

De *meta-morfóo* (μετά-μορφόω), "transformar", y *opsis* (ὄψις), "vista". Son alteraciones en la forma (*dismorfopsias* o *dismorfias*) o el tamaño de lo percibido mediante la visión (*dismegalopsias*, a su vez divididas en *macropsias* y *micropsias*, que no hay que confundir con las alucinaciones de nombre homólogo ya que en estas últimas no hay objeto real). Pueden referirse tanto a objetos externos como a las partes visibles del propio organismo (*heautometamorfopsia*). En sujetos sanos se dan en situaciones de fatiga psicofísica y en los momentos de transición sueño-vigilia, durando entonces unos pocos segundos. A juicio de Sharfetter (*Introducción a la psicopatología general*, 1988), tienen valor semiológico en la esquizofrenia, la epilepsia temporal, psicosis tóxicas, otras intoxicaciones y en lesiones del lóbulo temporal.

Escisiones perceptivas

Fallos en la integración de los datos percibidos, de modo que el objeto se desintegra en fragmentos o en elementos sensoriales como si el paciente no fuese capaz de automatizar los vínculos entre sensaciones de distinta modalidad. Así, por ejemplo, un enfermo comunicará su extrañeza al percibir "como si" estuviesen separados los colores de una bandera y la forma de la misma. Se ha usado el término *morfolisis* cuando el fenómeno se circunscribe a la percepción de la forma

separada del resto de las propiedades, que seguirían unidas, y el de *metacromía* cuando hay disolución de los lazos perceptivos entre la forma del objeto y su color. Es un fenómeno raro, comunicado en las intoxicaciones por psicodislépticos y también en estados disociativos y esquizofrenia.

Sinestesia

Del griego *sin* (σύν-), "con", y *aisthesis* (αἴσθησις), "sensación"; a veces se latiniza como *coestesia*, "sentir a la vez". Fenómeno que también ha recibido los nombres de *aglutinación* o *contaminación perceptiva*. Consiste en una asociación anómala entre sensaciones, de modo que la sensación percibida desencadena la percepción de otra debida a un órgano sensorial distinto. En la práctica, sólo suelen ser comunicadas sinestesias acústico-visuales (ante la contemplación de los colores se percibiría, además, música) o viso-acústicas (la audición musical provocaría una cierta sensación de color). Pueden darse en ausencia de patología en individuos normales especialmente dotados para experimentarlas; también en los trastornos psíquicos debidos a alucinógenos. Se diferencian de las *sensaciones anormales simultáneas* (que son alucinaciones; ver más adelante) porque en la sinestesia el sujeto es consciente de los aspectos del fenómeno, reales y evocados.

Alteraciones en la vivencia del tiempo

Clásicamente se describen enlentecimientos subjetivos de la percepción del fluir temporal en la melancolía, y aceleraciones en la manía. También en procesos febriles y *delirium*. Asimismo, algunos esquizofrénicos refieren en ocasiones alteraciones del curso del tiempo (detenciones, curso fragmentario o a saltos). A este respecto, el libro de Eugène Minkowski *Le temps vécu* (1933), mejor que ningún otro, logra transmitir las experiencias de los sujetos psicóticos relativas al tiempo y al espacio.

24.3. Identificaciones o significaciones anómalas

24.3.1. Ilusiones

Del latín *illusio*, "engaño". En la *ilusión* el producto perceptivo es la imagen deformada de un objeto real y presente al que se identifica como otro distinto, pero el individuo es capaz de rectificar una vez toma conciencia de la falsedad de su percepción. El proceso perceptivo normal siempre tiene algo de ilusorio ya que la percepción de la realidad nunca es total ni está exenta de cierta deformación por parte del sujeto (Cuquerella *et al.*, 1997). La ilusión se diferencia de la falsa

interpretación o interpretación delirante en que ésta establece un juicio erróneo sobre una percepción exacta (la ropa que tiende una vecina significa que la paciente es una prostituta, por ejemplo), y de la alucinación en que en ésta no hay realmente un objeto exterior que percibir. Descritas ya por Esquirol, desde Jaspers se distinguen tres amplios tipos, a los que cabría agregar un cuarto:

a) **Ilusiones de la inatención (ilusión de acabado o del linotipista).** Suelen darse éstas en la vida ordinaria, como cuando se percibe correctamente escrita una palabra que contiene erratas. Traducen lo que aforísticamente podría expresarse como que "vemos lo que queremos o esperamos ver, y oímos lo que queremos o esperamos oír".
b) **Ilusiones afectivas.** Deformaciones catatímicas de los objetos percibidos; así, en situaciones en que un sujeto esté atemorizado, las sombras de la calle al transitar de noche pueden parecer durante unos instantes personas amenazadoras. También ocurren en situaciones de fatiga psicofísica o de hiper o hipoalerta.
c) **Pareidolias.** Del griego *para* (παρά-), "fuera de", "al lado", y *eidolon* (εἴδωλον), "simulacro", "espectro", "representación mental"; también llamadas *ilusiones fantásticas*. Suelen considerarse el resultado de la elaboración imaginativa y en alto grado voluntaria de percepciones reales. Tales son la visión de caras u objetos al mirar las nubes, fenómeno que es la base perceptiva del test de Rorschach y otras pruebas proyectivas semejantes. Obviamente observable en la más absoluta normalidad, se exacerba con el entrenamiento y la concentración, pero puede volverse automática e incontrolable por acción de algunas drogas simpaticomiméticas y a veces en la manía y otros estados patológicos.
d) **Ilusiones oniroides.** Deformaciones perceptivas en función del grado de conciencia en su sentido más fisiopatológico.

24.3.2. Alucinaciones

La etimología del término *alucinación* dista de estar bien establecida en las lenguas romances (Corominas y Pascual, 1991), pero tanto sus raíces griegas como latinas proporcionan significados parejos: "tener el espíritu extraviado", "engañarse", "equivocarse", "apartarse del camino recto o de la razón" (Luque y Villagrán, 2000). En castellano, a partir del Siglo de Oro, "alucinar" significaba "sufrir alucinaciones", con un sentido prácticamente idéntico al actual. Una pseudo-etimología que hizo fortuna en los siglos XVII y XVIII relacionó *allucinor* con *ad lucem*

("cercano" o "propio de la luz"), campo semántico que atañe a la visión, lo que facilitó la incorporación del vocablo alucinación a la medicina a través de la oftalmología de la época con significados muy diferentes (diplopia, afecciones de la córnea, errores de los sentidos, ruidos extraños, apariciones, presentimientos). Esquirol, en 1838, recogió el término para la naciente psicopatología. Sea textualmente suya la expresión "percepción sin objeto" o la elaborase Ball en 1890, desde principios del XIX todos los alienistas la adoptaron como criterio operativo aunque a su vez todos la criticaron, y casi un siglo después la considerable aportación de Henri Ey (*Traité des hallucinations*, 1973) a esta materia sólo permitió definirla como "una percepción sin objeto que percibir"; de este modo, las definiciones psicopatológicas de la alucinación se han caracterizado habitualmente por argumentarse desde una perspectiva negativa, como enfatizan Álvarez y Estévez en "Las alucinaciones: historia y clínica" (2001).

La psicopatología psiquiátrica actual exige que se cumplan simultáneamente tres criterios para que un fenómeno sea considerado alucinatorio: 1) experiencia de percepción subjetiva en ausencia de un estímulo externo; 2) tal experiencia conlleva una sólida convicción de realidad, pues para el sujeto tiene las mismas características de la percepción auténtica; 3) es inesperada, ocurre espontáneamente y no es controlada fácilmente por el sujeto (Cuquerella *et al.*, 1997). Añadamos que generalmente produce una reacción afectiva desagradable para el paciente, siendo también la regla que éste ofrezca una explicación delirante para lo experimentado, salvo en los momentos iniciales en que predomina la perplejidad.

Desde el punto de vista médico-psiquiátrico, la etiología de las alucinaciones es variada y en muchos casos desconocida, sin que esto último menoscabe su valor semiológico en la clínica diaria, pero sin que sea lícito hablar de especificidad o patognomonia. Pueden darse fenómenos alucinatorios en las transiciones sueño-vigilia o en situaciones de deprivación sensorial. En su vertiente más relacionada con el Sistema Nervioso Central, aparece en intoxicaciones exógenas y metabólicas, en tumores de determinadas zonas cerebrales, en amputados, etc. Por otro lado, sobre todo las alucinaciones auditivas son uno de los síntomas más constantes y definitorios de la mayoría de las paranoias y de las psicosis esquizofrénicas, intrincándose de tal modo con las ideas delirantes que muchos autores las han considerado más bien un fenómeno perteneciente a la semiología del pensamiento enloquecido antes que a la de la percepción propiamente dicha, tal como señala F. Colina en *El saber delirante* (2001).

El psicoanálisis posfreudiano tradicional las comprendió como proyecciones de impulsos reprimidos o arcaicos. Lacan, retomando la noción de forclusión apuntada por Freud (*Verwerfung*) y continuando la tradición psicopatológica de

Séglas, las entramó con la estructura del lenguaje. En "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958) destacó que en la alucinación la cadena significante "se impone por sí misma al sujeto en su dimensión de voz [...] y toma como tal una realidad proporcional al tiempo [...] comprendido en su atribución subjetiva". A tenor de estas puntualizaciones podría colegirse que el sujeto queda desintegrado en varios polos en el hecho alucinatorio, pues ahí se le presenta una percepción que no debería ser percibida más que como pensamiento propio, o incluso permanecer reprimida. Mas esa percepción alucinatoria se le presenta como ajena aunque al mismo tiempo le concierne. De manera que ese sujeto al que supuestamente se le atribuye la integración de las percepciones más bien se desintegra o atomiza con aquellas que no ha podido simbolizar y hacer suyas. Así entendido, el fenómeno alucinatorio mostraría en toda su crudeza el instante en el que un elemento o elementos significantes son arrancados de la cadena significante, escuchados realmente y atribuida su enunciación a otro. Al hilo de estos argumentos, uno de nosotros ha defendido (J. M.ª Álvarez, "Sobre las relaciones entre las alucinaciones y el lenguaje en la obra de Séglas", 1998) que el fenómeno alucinatorio es por excelencia el corazón de la psicosis, puesto que contendría en sí mismo los dos polos en los que se asienta el drama del alienado: por una parte, ignora que él es autor de sus propias producciones y, por otra, está indefectiblemente concernido en eso que atribuye a una instancia ajena a él mismo.

Reseñaremos a continuación algunos de los innumerables términos y expresiones generados por la psicopatología clásica para definir, perfilar, distinguir y clasificar los fenómenos alucinatorios.

A) Una división clásica: alucinaciones psicosensoriales o "verdaderas" frente a alucinaciones psíquicas o "falsas alucinaciones"

En 1846 Baillarger distinguía ya dos tipos de alucinaciones: las *alucinaciones psicosensoriales*, para él "completas, compuestas por dos elementos y que son el resultado de la doble acción de la imaginación y los órganos de los sentidos", y las *alucinaciones psíquicas*, las cuales, "debidas únicamente al ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginación, son por completo extrañas a los órganos de los sentidos, falta en ellas el elemento sensorial, y son por eso mismo incompletas" (Baillarger, 1846, 1890). En las primeras, el paciente comunica percibir algo exterior mediante alguno o varios de sus sentidos; en las segundas, todo transcurre en su espacio mental interior, el paciente las experimenta –por lo general egodistónicamente– como un fenómeno psíquico extraño o impuesto que ocu-

rre "en su imaginación o en su pensamiento": voces interiores, órdenes, insultos, comentarios, eco del pensamiento, sensación de que no controla sus órganos fonatorios, visión de palabras, etc. Las *alucinaciones psicosensoriales* se describen tradicionalmente divididas según el listado de los cinco sentidos (visuales, acústicas, olfativas, gustativas y tactiles), añadiendo las de la propiocepción (cenestésicas, del esquema corporal y motrices o kinestésicas); incluiremos también en este apartado las llamadas "sensaciones anormales simultáneas". Las *alucinaciones psíquicas* suelen clasificarse en visuales, acusticoverbales y psicomotoras verbales. En general, en cuanto a su contenido sensorial, ambas pueden ser *simples* (sensaciones elementales: lucecillas, ruidos leves, roces en la piel) o *complejas* (visiones elaboradas, voces o música, manipulaciones en el aparato locomotor o genital, etc.). Las alucinaciones sensoriales se adjetivan como *extracampinas* cuando el sujeto las localiza en zonas de su entorno que no están al alcance de sus sentidos (ve a alguien a su espalda, oye la voz de alguien que se encuentra en otra ciudad, etc.). Por lo general son *bilaterales*, pero no es raro encontrar pacientes que aseguran recibir sus impresiones por uno solo de sus oídos o de sus ojos.

El uso del término *pseudoalucinaciones* o de la expresión *falsas alucinaciones* como sinónimos de alucinaciones psíquicas ha generado gran confusión. Empleado por Hagen en 1868 para referirse a los fenómenos de transición sueño-vigilia en sujetos normales, "pseudoalucinación" fue en ese y semejantes sentidos usado por Baillarger, Kahlbaum, Griesinger y otros. Posteriormente, Kandinsky, Lugaro, Séglas y Jaspers le dieron un significado superponible al de alucinaciones psíquicas. Pero otros autores emplearon "pseudoalucinación" para referirse tanto a fenómenos que cumplían los criterios de alucinación (convicción subjetiva), como de ilusión (conciencia de falsedad), como a las "alucinaciones" de los simuladores, etc., e incluso otros aún más contradictorios, según recopilan Luque y Villagrán (2000). Abundando en la confusión, no han faltado quienes han querido explicar las pseudoalucinaciones –en el sentido de alucinaciones psíquicas– como "trastorno de la representación" (Capponi, 1996), y el *DSM-IV* pone colofón a la mezcolanza y desvirtualización de los conceptos tradicionales diciendo que la pseudoalucinación es "un tipo de alucinación caracterizada por el mantenimiento del sentido de la realidad" (*sic*), de "significado psicológico" (¿cómo no iba a serlo?), si bien sólo la adscribe al "Trastorno de conversión". Propondríamos que se abandonase el vocablo pseudoalucinación y se emplease únicamente el de alucinación para referirse tanto a las psicosensoriales como a las que se ajustan a la definición estricta de alucinaciones psíquicas, ya que éstas, como escribe Fernando Colina en *El saber delirante*, "merecerían ser, aunque sólo sea por esa mayor complejidad que las aproxima a la realidad alucinatoria más propia, las alucinaciones verdaderas, las más genuinas, si no las únicas, al carecer de objeto exterior [sub-

jetivo] también por definición. Circunscritas a los objetos internos, siempre de difícil perfil, la idea y la percepción se vuelven más indiferenciadas que nunca. Todas las alucinaciones psicóticas, en consecuencia, serían a la postre pseudoalucinaciones, falsas alucinaciones".

B) Tipos de alucinaciones

En nuestra exposición seguiremos el orden siguiente:

I. Alucinaciones psicosensoriales

a) Alucinaciones visuales
b) Alucinaciones auditivas: verbales y no verbales
c) Alucinaciones olfativas y gustativas
d) Alucinaciones tactiles epidérmicas e hipodérmicas
e) Alucinaciones cenestésicas y del esquema corporal
f) Alucinaciones motrices o kinestésicas
g) Sensaciones anormales simultáneas

II. Alucinaciones psíquicas

a) Alucinaciones psíquicas visuales
b) Alucinaciones acústicoverbales o psicoverbales
c) Alucinaciones psicomotrices verbales:

1. Alucinación kinestésica verbal
2. Alucinación verbal motriz completa
3. Impulsiones verbales

I. Alucinaciones psicosensoriales o "verdaderas"

a) **Alucinaciones visuales.** Pueden ser simples (sensaciones elementales semejantes a las fotopsias fisiológicas: chispas, lucecillas, llamaradas) o complejas (figuras planas o tridimensionales, escenas). Las imágenes pueden permanecer estáticas o estar dotadas de movimiento, y ser estables o cambiantes (como las llamadas *alucinaciones caleidoscópicas*). El tamaño puede o no ajustarse al de los objetos reales, y en esos casos se habla de *aluci-*

naciones micrópsicas y *macrópsicas*; especialmente llamativas resultan las alucinaciones *liliputienses* (el paciente ve hombrecillos al modo de una escena de guiñol) y las *gulliverianas* (el trastornado se ve inmerso en un entorno agigantado). Su localización en el campo visual varía desde las *centrales* a las *holocampinas*, que llenan todo el campo visual a semejanza de los sueños, pasando por las *pericampinas*, que se perciben sólo en los bordes. Habitualmente son coloreadas, y por semejanza con los sueños se ha utilizado el término *onirismo* para algunos estados alucinatorios complejos. La respuesta más frecuente del paciente es la angustia o el desagrado, vivencia que puede invertirse en situaciones semejantes al éxtasis místico o en casos de alucinaciones eróticas, aunque muchas de estas últimas se acompañan de sentimientos de culpa e imposición. Los temas alucinados son en la práctica infinitos. Las de temática animal se denominan *zoopsias*, siendo típicas las *microzoopsias* de los *delirium* alcohólicos. Suele tenderse a dar un valor semiológico de referencia orgánica a las alucinaciones visuales, pero no son patognomónicas pues pueden aparecer también en las psicosis funcionales.

b) **Alucinaciones auditivas (o acústicas).** Pueden ser *verbales* y no *verbales*. Las *no verbales simples* consisten en sonidos poco identificables o poco estructurados (golpes, chasquidos, rumor de agua), mientras que las *no verbales complejas* son comunicadas como ruido de motores, ambulancias, tambores, etc., y hasta *musicales* (categoría esta última muy controvertida en psicopatología, pues suele indicar diversos procesos orgánicos neurológicos u otorrinolaringológicos, razón por la cual resulta necesario establecer un diagnóstico diferencial mediante pruebas auxiliares). Las *verbales* pueden ser también *simples* (palabras aisladas, frases incompletas) o *complejas* (una o varias voces que se dirigen al sujeto o hacen comentarios sobre él) y percibirse mono o bilateralmente. Por lo general insultantes o entrometidas, a veces el paciente cree saber quién le ha hablado y desde dónde, pero otras no; tampoco es raro que las atribuya a máquinas, ondas, dioses, etc., aunque siempre situándolas en algún punto de su entorno, a diferencia de lo que más adelante veremos en las alucinaciones psíquicas acústicoverbales que ocurren en el espacio mental interior. Algunos pacientes discuten con las voces inicialmente, buscan a quien las profiere o se protegen con tapones en los oídos, y tampoco faltan los que tratan de ocultar el fenómeno al interlocutor y manifiestan la más acusada reticencia.

c) **Alucinaciones olfativas y gustativas.** Se dan en estados confusionales, en crisis epilépticas, tumores y otros procesos neuropatológicos, sobre todo como fenómeno aislado. En depresiones delirantes y psicosis paranoides

no son raras las alucinaciones olfativas en que el enfermo cree oler mal, si bien el paranoico suele confeccionar una explicación delirante para buscar un agente causal. Las alucinaciones gustativas suelen ir acompañadas de delirios de envenenamiento.

d) **Alucinaciones tactiles.** También llamadas *alucinaciones hápticas*, del griego *hapto* (ἅπτω), "tocar", "unir". Ya Griesinger hizo notar la dificultad fundamental de distinguir en este terreno sensorial entre lo que pueda ser alucinatorio y lo que correspondería al criterio de ilusión. Las alucinaciones tactiles se dividen en *epidérmicas* e *hipodérmicas*. Las primeras son sensaciones referidas a la superficie de la piel, consistentes en hormigueos, picores, frío o calor, humedad, etc. Las *hipodérmicas* o *subepidérmicas* se perciben de forma más dolorosa y angustiante, siendo su paradigma el síndrome de Ekbom, descrito en preseniles, también llamado *delirio dermatozoico*, *formicación* o –más equívocamente– *acarofobia* y *dermatofobia*, en el cual los pacientes sienten la profundidad de su piel recorrida y atacada por parásitos, insectos o incluso animales imaginarios que a veces llegan a describir minuciosamente. Son también características de la intoxicación por cocaína.

e) **Alucinaciones cenestésicas y del esquema corporal.** El término médico *cenestesia* proviene del griego *koinós* (κοινός), "común", y *aisthesis* (αἴσθησις), "sensación", y desde el siglo XIX designa todas aquellas sensaciones referidas al cuerpo y distintas de las atribuidas al sentido del tacto. De esencial interés resultan las contribuciones sobre esta noción contenidas en el ensayo de Charles Blondel *La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale* (1914), donde este autor sostiene que "de nuestra cenestesia no tenemos, en el estado normal, más que una consciencia sorda y oscura, subyacente a las impresiones sensoriales, a las representaciones y a las construcciones afectivo-motrices y discursivas, que se apartan nítidamente de la masa fulginosa de las sensaciones internas. La cenestesia se mantiene, normalmente, en el estado de sentimiento confuso e inconceptualizado; siendo lo que hay en nuestra vida psíquica de más fisiológico y menos social, [la cenestesia] es más vivida que pensada". Clásicamente se describen dos componentes de la cenestesia: la sensibilidad *propioceptiva* (posición del cuerpo en el espacio, estado de bienestar o malestar general, etc.) y la *visceroceptiva* (contenido del cuerpo, sensaciones atribuidas a órganos concretos, etc.). Muchos autores sitúan la cenestesia en el origen del concepto psicológico de "esquema corporal". De límites imprecisos, el concepto de *cenestopatía* se emplea tanto en neurología como en psicopatología, ya que aparecen sensaciones cenestopáticas en procesos tan

distintos como la esclerosis en placas, la hipocondría o el síndrome de despersonalización. Las *alucinaciones cenestésicas*, también llamadas *alucinaciones viscerales* e incluso *alucinaciones somáticas*, pueden afectar a zonas aisladas del organismo o a su conjunto. Son frecuentes las de localización genital. La sensación percibida suele ser displacentera. El sujeto se siente físicamente vacío, hueco, es de cristal o de piedra, etc. Localizadas en órganos concretos pueden experimentarse sensaciones de manipulación, dolor, electrocución y un sinfín más (un enfermo esquizofrénico nos aseguraba que a veces, sin saber cómo explicárselo, oía por las rodillas, lo cual le producía una intensa sensación de malestar). Aparecen en esquizofrenias y en la paranoia, entre otros trastornos. Es habitual incluir en este apartado semiológico el síndrome de Cotard, descrito por este alienista francés entre 1881 y 1888, frecuente en depresiones involutivas y consistente en la negación de algunos órganos, de la totalidad del cuerpo o incluso de creerse muerto. Algunos autores también añaden aquí fenómenos que otros estudian como alteraciones de la conciencia del Yo, especialmente la *autoscopia* o *heautoscopia*, recogida ya por Aristóteles y consistente en percibir la propia imagen –o la existencia de un "doble"– en el campo sensorial exterior, fenómeno a veces relacionado con patología cerebral (lóbulo temporal) y a veces de valoración puramente psíquica. A este respecto, pero de cariz muy diferente, resulta clásica la descripción realizada por J. Capgras y J. Reboul-Lachaux (1923) y denominada *illusion des sosies* o síndrome de Capgras, según la cual el sujeto tiene la certeza de que una o varias personas de su entorno han sido reemplazados por un doble (*sosie*) que se comporta en todo como él; algunos autores refieren este síndrome en relación con la prosopoagnosia o no reconocimiento de rostros familiares o conocidos.

f) **Alucinaciones motrices o kinestésicas.** De *quinesis* (κίνησις), "movimiento". El paciente experimenta que una fuerza ajena y exterior le hace moverse o caer al suelo, o que manipula sus miembros, le obliga a escribir, etc. A veces siente que su lengua articula palabras sin que participe su voluntad, pero es tradicional consignar este fenómeno entre las "alucinaciones psíquicas psicomotrices verbales" descritas por Séglas (ver a continuación), que serían la frontera entre lo vivido en el espacio exterior y lo vivido en el espacio propio del pensamiento, es decir, un punto algo borroso de la línea que separa conceptualmente las alucinaciones "psicosensoriales" de las alucinaciones "psíquicas".

g) **Sensaciones anormales simultáneas (alucinaciones funcionales y alucinaciones reflejas).** Descritas en la esquizofrenia, dudamos que sean

privativas de ella. Son alucinaciones que sólo tienen lugar al producirse una percepción real que el paciente distingue claramente del fenómeno alucinatorio. Se han denominado *alucinaciones funcionales* cuando ambas percepciones pertenecen a la misma modalidad sensorial (por ejemplo, se oye el goteo de un grifo a la vez y diferenciado de una voz alucinatoria, la cual no "habla" fuera de esa circunstancia), y *alucinaciones reflejas* cuando la alucinación aparece en distinto terreno sensorial que el estímulo (en un caso personal de *folie à deux*, una madre y una hija experimentaban dolorosas sensaciones de calambre eléctrico en sus genitales siempre que oían el sonido de las sirenas de las ambulancias).

II. **Alucinaciones psíquicas o "falsas alucinaciones"**

Como ya se dijo, las *alucinaciones psíquicas*, mal llamadas también "alucinaciones falsas" y "pseudoalucinaciones", son aquellas que están desprovistas de los atributos completos de la percepción proporcionada por los sentidos, tienen un fuerte componente representativo o idéico y son vividas por el alucinado en su imaginación o su pensamiento (Ey, Bernard y Brisset, 1967). Para algunos autores formarían más bien parte de la patología de la representación o la imaginación, mientras que para otros tratadistas algunos de estos fenómenos encajarían mejor en la semiología de la vivencia o experiencia del pensamiento, parentesco que señalamos en su momento. Polémicas aparte, son frecuentísimas en la clínica de las psicosis funcionales, constituyendo uno de los síntomas principales sobre los que tradicionalmente suele basarse su diagnóstico. Es clásico describir tres tipos:

a) **Alucinaciones psíquicas visuales.** Imágenes claras o borrosas, apenas distintas de las de la introspección normal pero que se presentan involuntariamente y con una especie de incoercibilidad desagradable o extraña (*alucinación aperceptiva* o *abstracta* de Kahlbaum). En ocasiones son escenas oniroides; otras veces son letras, palabras o frases que el enfermo "ve" con los ojos cerrados; otras, semejantes a cadenas de recuerdos que se reviven de manera forzada, sin control subjetivo.

b) **Alucinaciones acusticoverbales o psicoverbales.** Para Ey, las "verdaderas" alucinaciones psíquicas. El pensamiento del sujeto, esencialmente ideoverbal, es lo que adquiere carácter alucinatorio: voces interiores, murmullos, anticipación o eco del pensamiento. Baillarger describió también el "eco de la lectura", desagradable sensación de oír de modo impuesto lo que el individuo va leyendo. El enfermo manifiesta no percibirlas por los

oídos, sino "en su interior", en el espacio psíquico de su consciencia, y las diferencia del ejercicio voluntario de la reflexión, la imaginación o el recuerdo. G. Petit les llamó "autorrepresentaciones aperceptivas", destacando sus características de automatismo, incoercibilidad, extrañeza y vivencia de xenopatía e imposición.

c) **Alucinaciones psicomotrices verbales.** Descritas por Séglas a partir de modelos afasiológicos de los que paulatinamente se fue distanciando, las *alucinaciones psicomotrices verbales* son un trastorno complejo en el cual el paciente experimenta simultáneamente fenómenos auditivos localizados en su espacio mental y fenómenos motrices en sus órganos fonatorios. Dotado, sin duda, de unas cualidades poco comunes para la observación, Séglas se percató de que eran los propios alucinados quienes musitaban o bisbiseaban en tono quedo las palabras que decían oír y atribuían a las "voces", pudiendo así desarrollar con mayor fundamento la feliz metáfora del ventrílocuo antaño consignada por Baillarger; a título de ejemplo, este autor refiere en sus *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (1895) que una de sus pacientes alucinadas, conocida en el servicio como "la enferma que habla sola", trataba de acallar sus voces apretando los dientes para que no la hicieran hablar, pero jamás se tapaba los oídos. De manera que fue a partir de apreciar una y otra vez que los pacientes referían oír "voces que pronuncian palabras", y algunos, incluso más que oír, sentir las "voces", dicho autor constató que varias de las llamadas alucinaciones auditivas verbales "en lugar de por percepciones auditivas se acompañan de movimientos automáticos de articulación de voz, más o menos evidentes para el observador y más o menos conscientes para el enfermo, no tratándose ya de palabras escuchadas por el oído sino de un lenguaje hablado" (Séglas, en el prefacio al libro de H. Ey *Hallucinations et délires*, 1934).

Las *alucinaciones psicomotrices verbales*, "al mismo tiempo una percepción y un acto ajeno o, mejor dicho, la percepción de un acto que parece ajeno" (Bernard y Trouvé, 1978), pueden revestir tres formas clínicas:

1. **Alucinación kinestésica verbal.** Sin realizarlos, el sujeto tiene la *sensación* de estar ejecutando los movimientos articulatorios que necesitaría hacer esa voz interior.
2. **Alucinación verbal motriz completa.** El paciente esboza movimientos de la lengua o los labios.
3. **Impulsiones verbales.** El trastornado lleva a cabo la pronunciación completa de las palabras, muy a su pesar.

En su teorización, Séglas se basó en los trabajos fisiopatológicos de Fournié y de Max Simon sobre "la función lenguaje", concluyendo que así como hay una representación visual y otra verbal de cada palabra, también habría una "representación psicomotriz" que se vería afectada en los pacientes cuyas manifestaciones estudió con tanto detalle, llegando a decir que "las alucinaciones llamadas por Baillarger *psíquicas* no son sino alucinaciones psicomotrices que afectan al centro [cerebral] del lenguaje articulado" (Séglas, *Des troubles du langage chez les aliénés*, 1892). En la práctica, la especie separada por Séglas venía a confirmar lo que con referentes patogénicos muy distintos entre sí opinaron autores como Griesinger o Bleuler: que en cualquier alucinación el paciente no percibe sino algo que procede de su mente aunque no lo pueda reconocer; las observaciones de Séglas parecían añadir que en muchas alucinaciones auditivas el enfermo no "sentiría" sino sus propias palabras, esto es, su pensamiento. Toda esta "patología del lenguaje interior" que Séglas quiso separar de las alucinaciones psíquicas ha seguido sin embargo dentro de este grupo en ausencia de causa neurológica demostrable, y quizá también precisamente por el carácter "interior" de ese lenguaje, sano o alterado.

25

SEMIOLOGÍA DE LA CONCIENCIA: CONCIENCIA VIGIL, ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA (TIEMPO Y ESPACIO) Y ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA ("YO PSÍQUICO" Y "YO CORPORAL")

Se tratará en este capítulo acerca del inventario de signos psicopatológicos relativos a la conciencia, a la orientación, al Yo y a la imagen del cuerpo. Dado que nuestro interés reside únicamente en aproximarnos a su contenido semántico, renunciamos de entrada a organizarlos en función de criterios teóricos precisos, pues igual que ocurre en otros apartados de la semiología los intentos de clasificarlos y sistematizarlos han resultado tan numerosos como heterogéneos. Naturalmente, las distintas propuestas de los tratadistas divergen ostensiblemente dependiendo de lo que cada uno de ellos entienda por conciencia, orientación, Yo, cuerpo, imagen corporal y esquema corporal, solapándose y confundiéndose así los signos morbosos que adscriben a estos grupos semiológicos. Como pronto mostraremos, quienes asimilan directamente conciencia y Yo –en la tradición española especialmente M. Cabaleiro Goás– describen todos los signos en función de esos dos ejes, pese a que algunos autores tratan de separar mínimamente ambos conceptos diferenciando unos signos de la estructura de la conciencia ("cuantitativos", equivalentes al nivel de vigilancia, y "cualitativos" o síndromes confusionales) y otros relativos a los contenidos de la conciencia o "aspectos *subjetivos yoicos*" (Bulbena, 1980). Por el contrario, aquellos que han seguido de un modo u otro las contribuciones de Paul Schilder sobre el *Körperschema* o "esquema corporal", atienden principalmente a la imagen y apariencia del cuerpo, y refieren una semiología del esquema corporal separada de la conciencia y relativamente independiente del Yo.

El término *conciencia* recibe desde antiguo un buen número de sentidos e incumbe actualmente a varias disciplinas, razón por la cual su definición no está

exenta de importantes dificultades. La Grecia clásica entendió la *sineidesis* (συνείδησις) como conciencia de los propios actos, conciencia de lo bueno y de lo malo. El latín *conscientia* remite a *conscius* (*cum scio*, "saber a la vez que otro", es decir, ser "conocedor", "sabedor", "confidente", "cómplice", y también "ser consciente", "estar seguro de algo"). El verbo del que procede es *conscio*, que curiosamente también vale por "tener conciencia de algo malo"; así, *nihil sibi conscire*, expresión interesante para psicoanalistas, significaba literalmente "no saber nada [malo] de uno mismo", esto es, "tener la conciencia completamente tranquila".

Dejando al margen los significados afines al de "conciencia moral" (los "remordimientos de conciencia" –*remords de conscience*– descritos por Descartes en *Les passions de l'âme*, el "mordisco de conciencia" –*conscientiae morsus*– spinoziano, etc.), en su sentido psicológico la conciencia nombra especialmente la facultad de percatarse y reconocer algo, ya sea exterior (un objeto, una situación, una cualidad) o interior (experiencias del propio Yo, esto es, autoconciencia). Según esta perspectiva, la conciencia consistiría en un conocimiento, reflexivo o intuitivo, que acompaña a nuestras impresiones y acciones, un conocimiento que atañe tanto a uno mismo como al entorno, tal como sostiene F. Fish en *Clinical Psychopathology* (1967). Habitualmente suele estimarse que la conciencia implica una síntesis de las actividades perceptivas, intelectivas, afectivas y motoras, y, por tanto, los desórdenes de la conciencia afectarían a todos estos ámbitos, funciones o facultades.

Con significados muy distintos, la noción de *conciencia* desempeña un papel preponderante en un buen número de proyectos psicopatológicos. Recordemos brevemente dos de ellos: la fenomenología jaspersiana y el organo-dinamismo de Ey. A juicio de Karl Jaspers (*Psicopatología general*, 1913) la conciencia contiene una triple significación: es la "*interioridad* de un vivenciar" y por ello se contrapone a la inconsciencia y lo extraconsciente; es conciencia "objetiva" en oposición a la vivencia inconsciente; es "el lugar de la *autorreflexión*, conciencia de sí mismo". A tenor de estas consideraciones, Jaspers sitúa la mayor parte de la semiología mental en referencia a la conciencia (anomalías de la percepción, conciencia corporal, conciencia de realidad e ideas delirantes, conciencia del Yo, estados de conciencia, etc.). Por su parte, H. Ey, en su monografía *La conciencia* (1963), propuso definirla como la forma de actividad basal del cerebro y del pensamiento que implica la "organización de la experiencia sensible actual". Sobre este pilar construye su propuesta nosológica organo-dinámica, según la cual las desestructuraciones globales de las funciones son las responsables de la patología psiquiátrica: aquellas desestructuraciones que afectan a la organización de la conciencia (psicosis agudas) se contraponen a las desestructuraciones de la personalidad (pato-

logía mental crónica, ya sea neurótica, psicótica o deficitaria). Nos parece pertinente reseñar que, según Ey, en su expresión "*organo-dinamique*" el fragmento "*organo*" alude a "organización" (*organisation*) y no a "órgano", por lo cual creemos que en las traducciones españolas no debería acentuarse esa partícula para no generar confusiones, si bien es cierto que casi ningún traductor omite el acento quizá porque pese al matiz de Ey no es fácil aceptar que su teoría no se asiente sobre sillares claramente organicistas.

Sabido es que Freud privilegió el inconsciente frente a la conciencia (*Bewusstsein*; a diferenciar de *Gewissen*: "conciencia moral") en su concepción del aparato psíquico, aunque elaboró de ésta una teoría que la vincula con la percepción. A diferencia de la asimilación de la conciencia a la memoria defendida por Bergson, Freud construyó una teoría psicológica según la cual el acceso a la conciencia va unido sobre todo a las percepciones del mundo exterior que reciben los órganos sensoriales, pero también a una aprehensión de los propios procesos psíquicos, tal como sostuvo en *Proyecto de psicología* (1895). Sin embargo, la información proveniente del mundo externo o del interno no se inscribe en la conciencia de una forma definitiva, como sucede en el inconsciente y en el preconsciente, sino más bien efímera y selectiva; de este modo, memoria y conciencia son términos incompatibles. Este "órgano de los sentidos" que constituye la conciencia apenas si es capaz de captar y procesar una parte mínima de los fenómenos y procesos psíquicos que pasan el filtro del "examen de realidad" y que no son propiamente preconscientes ni inconscientes.

Este modo de teorizar la conciencia diverge de cuantos alaban su sentido gnoseológico, pues más que un lugar de conocimiento lo sería de desconocimiento. Pese a su dedicación a resaltar la importancia de lo inconsciente, Freud no fue en exceso tajante o quizá mantuvo una calculada o estratégica ambigüedad: "Pero nada de esto implica que la calidad de ser consciente haya perdido su importancia para nosotros. Continúa siendo la luz que ilumina nuestro camino y nos lleva a través de la oscuridad de la vida mental" ("La naturaleza de lo psíquico", primer epígrafe de *Algunas Lecciones Elementales de Psicoanálisis*, manuscrito fechado en Londres el 20 de octubre de 1938 y editado póstumamente un año después; originalmente formaba parte del inacabado *Compendio del Psicoanálisis*, también de 1938).

En la perspectiva de considerar la conciencia como lugar de desconocimiento se enmarca la concepción desarrollada por Lacan, que enfatiza aún más que Freud la oposición entre el sujeto del inconsciente y el Yo consciente. A lo largo de su seminario *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (1954-1955) examinó Lacan los límites y complicaciones de la teoría freudiana sobre la conciencia, justipreciando el descentramiento del sujeto respecto del Yo y criti-

cando la ilusión de una conciencia plenamente transparente para sí misma, tal como la defiende, por ejemplo, Jaspers. "La conciencia en el hombre es por esencia tensión polar entre un *ego* alienado al sujeto y una percepción que fundamentalmente se le escapa, un puro *percipi*. El sujeto sería estrictamente idéntico a esa percepción si no existiera el *ego*, el cual, por así decir, lo hace emerger de su percepción misma en una relación de tensión", sostuvo Lacan. Efectivamente, a partir de Freud se había producido un alejamiento de la anterior fascinación por la conciencia, para enmarcar la existencia del hombre en su estructura propia, la estructura del deseo.

A fin de simplificar la exposición de los signos, procederemos a agruparlos mediante la distinción –ciertamente artificial– de las alteraciones de la conciencia vigil y las alteraciones de la orientación, clásicamente subdividida esta última en orientación alopsíquica (tiempo y espacio) y autopsíquica (conciencia del "Yo psíquico" y conciencia del "Yo corporal").

25.1. Semiología de la conciencia vigil ("alerta" o "vigilancia")

Actualmente la semiología de la conciencia se nutre en gran medida de las aportaciones de la neurofisiología, pues los progresos de esta ciencia han avanzado en el estudio de las funciones cerebrales de *alerta* o *vigilancia*, lo cual, lamentablemente, ha promovido entre algunos psicopatólogos la identificación de la conciencia con el cerebro. Desde este punto de vista se estudia la articulación entre los diversos "niveles de vigilancia" (capacidad de permanecer alerta) experimentados por el paciente, su aspecto objetivo y la información que procura el EEG. Según la propuesta de Delay y Pichot (*Manual de psicología*, 1974) cabrían distinguirse siete niveles de conciencia, aquí definida como "vigilancia" (*arousal*), los cuales son correlacionados con los signos objetivos aprehendidos por el observador y los trazados de las ondas electroencefalográficas. A título de ejemplo se citarán únicamente los dos más extremos y patológicos: en el nivel I hallaríamos la vigilancia excesiva (atención muy disminuida por incapacidad de fijación), cuyo aspecto objetivo nos mostraría grandes expresiones emocionales y un comportamiento incontrolado y poco eficaz, ambos correlacionados con una desincronización del EEG; en el nivel VII o coma, por el contrario, el aspecto subjetivo se correspondería con respuestas motoras casi inapreciables, nula adaptación al mundo exterior y ondas lentas e irregulares que tienden a un trazado isoeléctrico.

En clínica práctica se entiende por *conciencia* el conocimiento que tenemos de nosotros mismos y del mundo externo. Cuando los elementos que componen la conciencia funcionan de modo adecuado, el individuo tiene una percepción y

valoración nítida de sí mismo, de los demás y de las cosas que le rodean, por lo que se dice que presenta una conciencia lúcida; *claridad* y *lucidez* de la conciencia son términos prácticamente sinónimos.

En el transcurso del sueño normal se mantienen en reposo o levemente modificados los elementos psíquicos de la conciencia. Durante el paso de la vigilancia al sueño hay un relajamiento progresivo de la misma, de tipo fisiológico, y con él una facilitación para la expresión del inconsciente a través de los sueños. Si en el período de la actividad diurna del individuo se presentan fenómenos psíquicos similares a los del sueño o los de la transición vigilia-sueño, se les confiere carácter patológico

En lo que atañe a la conciencia vigil, una buena parte de los signos patológicos se corresponden con enfermedades del organismo, aunque no siempre. A su vez, de modo muy esquemático, este tipo de desórdenes pueden subdividirse en cuantitativos (hipervigilancia e hipovigilancia) y cualitativos (síndromes confusionales).

25.1.1. Hipervigilancia

Se denomina así a la elevación y exaltación del nivel conciencia. Por lo general se acompaña de hiperactividad motora y psíquica, expresiones emocionales intensas, aumento de la captación de estímulos, bajo rendimiento en las tareas, muy escasa efectividad y enormes dificultades de integración (*síndrome* o *estado de hipervigilancia*). Aunque poco habitual en la clínica, la hipervigilancia suele ser indicadora de patología orgánica, intoxicaciones tanto endógenas como exógenas (anfetaminas, cocaína, alcohol, LSD y THC), pero también se ha observado en estados maníacos y maniformes, aura epiléptica y en algunas formas iniciales de esquizofrenia. En su grado máximo se acostumbra a hablar de *hiperfrenia.*

25.1.2. Hipovigilancia

Se trata del fenómeno contrario, esto es, del descenso del nivel de alerta o vigilancia y el consecuente enturbiamiento de la claridad de la conciencia.

A) Grados de la hipovigilancia

Es clásico describir cuatro grados dentro de las disminuciones de la conciencia: confusión, somnolencia, estupor y coma. Estos grados pueden deter-

minarse en clínica práctica con suficiente aproximación mediante procedimientos sencillos que exploran la capacidad de respuesta del paciente a estímulos visuales, auditivos, tactiles y dolorosos. Mumenthaler, en su monografía *Exploración física y análisis de los síndromes neurológicos* (1990), recomienda los siguientes criterios:

a) **Confusión.** El paciente responde apropiadamente a órdenes verbales simples, pero tiene dificultad para ejecutar órdenes complejas. Está desorientado en grado variable en cuanto al tiempo, al espacio, a su propia persona y a la de los otros.
b) **Somnolencia.** El paciente responde fácilmente a los estímulos verbales o dolorosos, pero vuelve a adormilarse cuando el estímulo cesa.
c) **Estupor.** El paciente no responde a estímulos de intensidad moderada, despertándose sólo cuando son fuertes o repetidos, después de lo cual se sume de nuevo en un sueño profundo.
d) **Coma.** El paciente no se despierta por muy intensos que sean los estímulos, incluso los dolorosos, ni siquiera los que provocan respuesta intencional, e incluso, al contrario, pueden desencadenar posturas reflejas que manifiestan decorticación o descerebración (hiperflexión de codos-muñecas-dedos en el primer caso, y opistótonos en el segundo).

Como suelen plantear situaciones urgentes, es importante anotar la descripción del nivel de conciencia, así como los estímulos mediante los que se ha explorado la reactividad del paciente, ya que la interpretación de las definiciones mencionadas puede variar entre un observador y otro. También es fundamental anotar la hora de cada observación, pues el cuadro clínico frecuentemente está sujeto a variaciones en el tiempo, dado que los estados de hipovigilancia pueden evolucionar de forma progresiva, dato que nos hará sospechar su origen orgánico (cuadros tóxicos endógenos o exógenos, traumatismos craneales, cuadros posconvulsivos, hemorragias, encefalitis o isquemias cerebrales).

El clínico juicioso tendrá muy en cuenta una especial advertencia de Mumenthaler, quien recomienda ser prudente al explorar el grado de vigilia mediante estímulos dolorosos, que no deben exagerarse, preservándose así la posterior relación médico-paciente; sugiere aplicar un estímulo de cosquilleo en la nariz, a fin de investigar si el enfermo desarrolla una reacción de localización (dirige su mano a la zona estimulada) o retirada (intenta apartarse del estímulo), de valor semejante a efectos de indicar la conservación o no de la sensibilidad.

B) Síndromes confusionales

Se acostumbra a identificar con este término aquellos estados que, además de un descenso de la vigilancia que aún permite la motilidad, presentan un estrechamiento del campo de la conciencia con frecuente producción de fenómenos oniroides, deliroides, imaginativos, etc. En conjunto, se pueden apreciar en todos ellos cierta incoherencia y otros desórdenes del pensamiento y del lenguaje, disminución de los rendimientos, e inhibición o agitación psicomotriz. Aunque más adelante se precisarán en lo posible sus diferencias, en términos generales se trata de cuadros de inicio súbito, escasa duración y generalmente *restitutio ad integrum*, en los cuales se observa obnubilación, desorientación temporoespacial, incoherencia del pensamiento, alteraciones perceptivas predominantemente visuales e ideación deliroide poco sistematizada; por lo general estos cuadros advierten de la identidad patogénica y muestran una importante repercusión sobre el estado general del paciente. Cuando menos, cinco nociones deben ser aquí comentadas: *delirium*, onirismo, confusión mental, reacción exógena y estados crepusculares, a las que por su vecindad apariencial y por la necesidad de diagnóstico diferencial uniremos una sexta, el "coma psicógeno".

a) **Delirium.** Sumamente diferente del delirio psicótico, *delirium* define un trastorno de conciencia debido a intoxicaciones o algún tipo de afectación cerebral que consiste en desorientación temporoespacial, amnesia, alucinosis visual de tipo onírico –especialmente zoopsias–, confabulación e ideas deliroides frecuentemente ocupacionales. El *delirium tremens* alcohólico constituye su mejor ejemplo. El grado de vigilia puede oscilar entre la excitación y el coma.

b) **Onirismo.** Por lo general se habla de *onirismo* cuando se quiere describir un modo de actividad mental automática dominada por la presencia de visiones y escenas animadas similares a las que se experimentan en los sueños. Charles Lasègue llamó la atención en 1881 ("Le délire alcoholique n'est pas un délire, mais un rêve") sobre las similitudes entre los delirios de los alcohólicos y el sueño, advirtiendo además que esos delirios se diferencian de los persecutorios porque en éstos el síntoma cardinal son las alucinaciones auditivas. Pero la mejor de cuantas descripciones nos legaron los clásicos sobre este tipo de fenómenos fue la procurada por E. Régis (*Le délire onirique des intoxications et des infections*, 1900), quien concibió el onirismo como un trastorno global de la experiencia perceptiva al que se asociaba un cierto grado de confusión, alucinaciones e ilusiones de todos los sentidos –especialmente visuales–, y una cierta sugestibilidad. Régis

supuso un origen tóxico o infeccioso para este tipo de delirio onírico, en el cual la experiencia perceptiva del paciente se altera completamente y en estado de vigilia se vuelve "como una auténtica prolongación del soñar".

c) **Confusión mental.** Consiste en un estado psicopatológico caracterizado por la obnubilación de la conciencia, la desorientación espacial y temporal y una afectación de la memoria que se manifiesta generalmente en una amnesia lacunar posterior a la confusión. Aunque el término en cuestión lo introdujo Delasiauve en 1851, fue Philippe Chaslin quien describió inicialmente este cuadro en su monografía *La confusion mentale primitive. Stupidité. Démence aigue, Stupeur primitive* (1895): "La confusión mental primitiva ideopática es una afección generalmente aguda, que es consecutiva a la acción de una causa por lo general apreciable, y que se caracteriza por fenómenos somáticos de desnutrición y fenómenos mentales: el fondo esencial de éstos, resultado principal del estado somático, está constituido por una forma de debilitamiento y disociación intelectual, confusión mental que puede acompañarse o no de *delirium*, alucinaciones, agitación, o por el contrario de inercia motriz, con o sin oscilaciones marcadas del estado emocional". Actualmente la psicopatología francesa continúa hablando de "confusión mental" –equiparable al *delirium* de los anglosajones– para referir las perturbaciones agudas y generalmente transitorias que afectan a la vigilancia y la atención, atribuibles habitualmente a factores etiológicos orgánicos (intoxicaciones medicamentosas y sustancias tóxicas, abstinencias de medicamentos y tóxicos, encefalopatías metabólicas, ciertas infecciones, enfermedades neurológicas y hematológicas, etc.).

d) **Reacción exógena.** Los llamados por Karl Bonhoeffer a partir de 1909 ("Zur Frage der exogenen Psychosen") *exogene psychische Reaktionstypen* consisten en las respuestas estereotipadas del encéfalo ante agresiones externas muy diversas. Estos *tipos de reacción exógena* se caracterizan sintomatológicamente por la instauración repentina de la obnubilación, la desorientación temporal y espacial, la confusión de personas conocidas, el lenguaje incoherente, la angustia y la inquietud motora, o también por el estado apático y estuporoso. Por lo general, cuando el enfermo se recupera de esta reacción conserva sólo un recuerdo parcial de lo sucedido.

e) **Estados crepusculares.** Inicialmente estudiados por el neurólogo alemán Alexander Karl Otto Westphal, los "estados crepusculares" se corresponden con la situación clínica otras veces denominada "estrechamiento del campo de la conciencia". Constituyen una forma muy especial de alteración de las funciones de alerta o vigilancia: son estados de confusión parcial, de inicio y terminación brusca, en los cuales la actividad de la con-

ciencia se halla enfocada sobre un solo objeto o grupo de objetos, o también sobre una idea o algún propósito, y todo lo que queda fuera de ese punto macular está desenfocado y sin relieve, pareciendo el sujeto actuar como un autómata. Desde finales del siglo XIX se han comunicado con gran detalle clínico estados crepusculares epilépticos (epilepsia psicomotora), durante los cuales el enfermo queda con la mirada en el vacío, contesta de modo semiincoherente, tropieza con los objetos al andar, etc.; puede permanecer semiextático y sin moverse apenas, o por el contrario experimentar dromomanía (véase el capítulo 34) y seguir por la calle los movimientos de cualquier viandante (identificación especular) o deambular errático realizando a veces "actos complejos e incluso viajes, todo ello de modo semiautomático y, generalmente, con amnesia casi total de lo que realizó en este estado, que puede durar de segundos a días" (Vallejo-Nágera, 1981). Durante estos "estrechamientos del campo de la conciencia" el ánimo suele mantener un temple determinado e intenso (perplejidad, ira, terror, etc.) que modula la conducta automática del sujeto. Además de las de origen epiléptico, se ven manifestaciones semejantes en intoxicaciones por psicodislépticos, en las psicosis (bajo alucinaciones imperativas, por ejemplo), en cuadros histéricos (disociación, *état seconde*; Jean-Claude Maleval propuso la denominación de "histeria crepuscular" para esas variedades no conversivas), etc.

f) **"Coma psicógeno."** Cuando no se observan signos objetivables que indiquen lesión cerebral focal o difusa y se han descartado las posibles causas tóxicas o metabólicas de un coma, debe hacerse diagnóstico diferencial con el llamado "coma psicógeno" (Mumenthaler, 1990), que puede aparecer en catatónicos, en grados extremos de estupor melancólico, en estrés traumático agudo, en histéricos y en simuladores. Según Mumenthaler, junto a la citada ausencia de signos orgánicos patológicos, apoyarían este origen: 1) la presencia de aleteo palpebral (parpadeo, a veces a escondidas) y deglución espontánea con movimientos visibles de laringe; 2) la detección de una cierta resistencia a elevar los párpados o un visible cierre activo y rápido de ambos; además, al proceder a la elevación pasiva de los párpados puede apreciarse un signo de Bell positivo (los ojos tienden a dirigirse hacia abajo si el coma no es orgánico); 3) al elevar de forma pasiva las extremidades y dejarlas caer posteriormente, en el "coma psicógeno" se produce un freno o control de la caída; 4) en este "coma" y con el paciente tumbado, al elevar de forma pasiva el brazo por encima de la cabeza y después soltarlo, cae siempre por delante del hombro, junto al tronco; una eventual caída sobre la propia cara no descarta el origen psicógeno del cuadro.

25.2. Semiología de la orientación

En relación con una noción amplia de "conciencia" es necesario mencionar los trastornos relativos a la *orientación*, asunto éste encuadrado por los tratadistas en muy distintos lugares: no faltan quienes lo independizan del estudio de la conciencia y lo consideran un trastorno perceptivo, otros lo adscriben a un trastorno de la vigilancia, algunos a la memoria, y otros aún lo describen aparte como trastornos de la función *orientación*. Difícilmente puede sostenerse que la orientación sea una capacidad separada de la conciencia vigil, de la memoria, de la percepción y de otras funciones, y su diferenciación radical sólo obedecerá a cuestiones de método expositivo. Así, llamaremos *orientación* a la capacidad de precisar los datos sobre nuestra situación real en el ambiente y sobre nosotros mismos (Vallejo-Nájera, 1981), cuya pérdida conduce a los *estados de desorientación*. Tradicionalmente se describen dos tipos de orientación: la relativa al mundo externo u *orientación alopsíquica*, y la que el individuo tiene sobre sí mismo u *orientación autopsíquica*, pero antes de entrar en su descripción diferenciada conviene mencionar algunas cuestiones más generales.

En la exploración clínica es preciso distinguir en cada enfermo entre *orientación* y *capacidad para orientarse*: un individuo inicialmente desorientado puede ser estimulado por las preguntas exploratorias y mostrar tras un variable esfuerzo que es capaz de orientarse; por tanto, el valor semiológico será distinto del tipo de desorientación de otro enfermo que ante idénticas maniobras exploratorias persista desorientado; en este último caso, junto a la desorientación inicialmente detectada existe una *incapacidad para orientarse*. Estas incapacidades aparecen matizadas por el grado de interés y colaboración que el individuo pueda mostrar durante la entrevista; por ejemplo, un oposicionista o un simulador tratarán de mantener actitudes literalmente semejantes a las de los auténticos desorientados.

25.2.1. Formas patogénicas de la desorientación

Así pues, es interesante para la semiología tener en cuenta, entre otras, las siguientes *formas patogénicas de desorientación* sistematizadas por Vallejo-Nájera y que aquí sintetizamos:

a) Desorientación apática. La presentan los pacientes desorientados pero con capacidad para orientarse, y se relaciona con la falta de interés. En cuanto a orientación en el tiempo y en grado mínimo, se da en sujetos normales si su transcurrir no tiene gran importancia (vacaciones) o si se ven some-

tidos a un régimen de vida monótono (aislamiento social, ocupación sin descanso, prisiones y otros regímenes de vida institucionales). Exagerada hasta su extremo patológico conlleva una ignorancia absoluta respecto a tiempo y lugar pese a conservar la lucidez del sensorio, pero si se le estimula suficientemente es capaz de orientarse. Se da en formas muy "autísticas" de esquizofrenia, en las que el enfermo vive intensamente su vida interior, con un desinterés casi total por cuanto pueda ocurrir a su alrededor. También en la melancolía y patología afín.

b) Desorientación amnésica. Una pérdida de memoria impide asociar percepciones y recuerdos y deja sin puntos de referencia para orientarse. Es frecuente en enfermos seniles. En casos muy intensos se llega a una desorientación sobre la propia identidad.

c) Desorientación lacunar. Forma especial de desorientación amnésica en la que se olvida lo ocurrido en un determinado período de tiempo, hay una "laguna amnésica" que da nombre al síndrome. Es típica en accidentados con conmoción cerebral, que una vez despiertos pueden llegar a asociar recuerdos del pasado y a orientarse hasta momentos antes del accidente, pero no desde entonces hasta el momento de la recuperación de una total lucidez. Se da en todos los síndromes que cursan con un período de obnubilación, en los estados crepusculares, en ciertas formas de epilepsia y a veces en las psicosis agudas (olvido de todo lo ocurrido en los días de mayor intensidad de los síntomas psicóticos). También se produce como consecuencia de series intensas de electrochoques.

d) Desorientación alucinatoria. Algunos autores estiman que las alucinaciones de los estados psicoorgánicos pueden ser las responsables de la desorientación del paciente, al no poder manejar sino los datos falsos proporcionados por su alterada sensopercepción.

e) Desorientación delirante. El enfermo percibiría normalmente lo que le rodea, pero lo interpretaría de modo patológico. La alteración patogénica sería aquí del pensamiento, y se ha descrito así la creencia de algunos delirantes megalómanos consistente en estar alojados en sitios muy lujosos (contra toda la evidencia que proporcionaban los entornos asilares), o la de algunos delirios de interpretación (el ambiente aparenta ser otro para someterle a "alguna prueba"), etc.

f) Desorientación por obnubilación. En el anublamiento de la conciencia el individuo tiene una percepción borrosa del mundo y de sí mismo junto a un descenso de la capacidad funcional de todo su psiquismo; en tal estado no logra tener una adecuada orientación en el tiempo y, si el síndrome es intenso, tampoco del lugar.

g) *Desorientación confusional.* Se produce en el síndrome de confusión mental; a la obnubilación (que ya produciría una cierta desorientación) se añade psicopatología "productiva" (alucinaciones, *delirium*), siendo este síndrome, por tanto, un compendio de algunos de los anteriores en variada proporción.

25.2.2. Trastornos de la orientación alopsíquica: tiempo y espacio

Desorientación temporal

La orientación en el tiempo permite al sujeto conocer el día, hora, año, etc., en que vive y el orden de sucesión de los hechos; cuando está alterada, los errores suelen seguir este orden: primero yerra el día del mes (muchas veces ocurre en el individuo normal), luego el año, después el día de la semana y, por último, el mes o la época del año. En un grado más avanzado de la desorientación, el enfermo no sabe si es por la mañana o por la tarde, de día o de noche.

Además de la orientación en el tiempo presente, en estado normal se tiene una capacidad de ordenación cronológica de los hechos, integración de la sucesión de los mismos y del tiempo transcurrido entre unos y otros. Hay que reunir datos sobre el estado de esta capacidad en la vida reciente del sujeto y en épocas remotas, ya que en ciertas entidades clínicas el enfermo conserva la ordenación cronológica de los hechos remotos y confunde los ocurridos en los últimos meses.

Suele además distinguirse en psicología el *tiempo cronológico*, que es el tiempo "físico" cuya semiología venimos describiendo, de la *vivencia del tiempo* o *tiempo inmanente*, es decir, la sensación del paso del tiempo, si pasa subjetivamente despacio o deprisa. Es sabida su relación con el estado afectivo. Alteraciones patológicas de la vivencia del tiempo se observan en la psicosis maníaco-depresiva: el tiempo del deprimido se congela en el presente sin proyección al futuro, tiene una sensación de lentitud de todos los procesos, pero en la fase maníaca, en cambio, es típica la sensación de aceleración de lo vivido. En otras situaciones clínicas la angustia produce la sensación de falta de tiempo o de apremio. En ocasiones, como sucede en el síndrome de Cotard, los enfermos están sumidos en la convicción de ser inmortales, hablándose en estos casos de *negación del tiempo*, si bien es muy dudoso que este signo obedezca a una desorientación temporal en sentido estricto.

Desorientación espacial

Pueden afectarse sus dos vertientes: *orientación de lugar* y *orientación espacial propiamente dicha*. La primera es la capacidad del individuo de saber dónde está, de

identificar el lugar donde se halla (país, población, edificio, etc.) y ubicarse en él. Es un fenómeno complejo en el que intervienen factores mnésicos, de pensamiento, y otros: un demenciado carecerá de la integración entre percepción y recuerdo y no será capaz de orientarse en su propio barrio, mientras que un delirante puede afirmar hallarse en los Anillos de Saturno sin que por eso haya perdido la segunda vertiente de la capacidad de orientación. Ésta, la *orientación espacial propiamente dicha*, permite al individuo tener una idea exacta sobre las proporciones y distribución de los objetos que tiene ante sí. En cuadros psíquicos alucinatorios se ha hablado de alteraciones muy acentuadas de las relaciones espaciales, pero consideramos que se trata de una alteración del psiquismo diferente que la desorientación de lugar propiamente dicha, que suele deberse a fenómenos orgánico-cerebrales. En clínica los dos tipos de desorientación son independientes y se dan alteraciones aisladas de cada uno de ellos: un esquizofrénico que identifica correctamente los objetos físicos cree, sin embargo, que la habitación del hospital es el Palacio Real donde va a ser coronado (desorientación de lugar); el caso inverso se ve en las intoxicaciones por drogas psicodislépticas, durante las cuales el sujeto puede saber dónde está, pero tiene una percepción distorsionada del espacio.

Desorientación temporoespacial

Habitualmente la desorientación temporal y la espacial suelen presentarse asociadas, precediendo la primera a la segunda. La desorientación temporoespacial puede ser aguda o persistente, parcial o general. En grado variable se asocia con la dificultad o, a veces, incapacidad para reconocer a las personas más allegadas, y hasta con la *desorientación autopsíquica* (dificultad o, incluso, incapacidad para reconcer la propia identidad). Tradicionalmente se ha venido explicando que este tipo de desorientaciones respecto al tiempo y al espacio sobrevienen en cuadros confusionales con obnubilación de la conciencia, en demencias seniles, en el síndrome de Korsakoff, etc. Pese a no constituir una regla, por lo general cuando la desorientación es persistente suele estar determinada por una enfermedad cerebral, aunque esto también puede suceder en episodios agudos; por otra parte, las experiencias de desorientación se presentan en ocasiones en psicosis y cuadros histéricos de tipo disociativo.

25.2.3. Trastornos de la orientación autopsíquica: "Yo psíquico" y "Yo corporal"

Aunque sea de modo artificioso, suelen sistematizarse por separado los síntomas debidos a una alteración de la conciencia de la propia identidad (Yo "psí-

quico") y aquellos que tienen que ver con una sensación distorsionada de la propia fisonomía, de las partes del cuerpo o de éste en su totalidad (Yo "corporal" o "imagen corporal").

A) Trastornos de la conciencia del "Yo psíquico"

Despersonalización

Las descripciones semiológicas de la conciencia del Yo psíquico están en la práctica contenidas en los diversos grados de la *despersonalización*, síndrome muy variado que algunos autores –como Paul Schilder– prefieren incluir dentro de las alteraciones de la imagen corporal. Con el término *despersonalización* se designa habitualmente la experiencia que afecta a algunos sujetos que se sienten ajenos, distantes o diferentes a sí mismos, esto es, la vivencia en la que domina la impresión de irrealidad y extrañeza de sí mismo, del cuerpo y del entorno. El término en cuestión parece provenir de Dugas, quien en 1894 lo concibió inspirándose en el diario íntimo del filósofo suizo H. F. Amiel, cuyo texto decía: "Todo me es extraño, podría estar fuera de mi cuerpo, de mi individualidad; estoy despersonalizado, ajeno, lejano". No obstante, la descripción de ese trastono de la conciencia de sí mismo puede leerse en las observaciones de algunos pacientes transcritas por el médico francés Krishaber (*De la néurophatie cerebro-cardiaque*, 1873), en la cuales se aprecia claramente la experiencia de extrañeza consigo mismo y con los demás.

Desde una perspectiva histórica, la despersonalización se ha descrito habitualmente en relación con un buen número de categorías nosográficas tanto neuróticas como psicóticas, pero también de modo leve y pasajero en sujetos sin patología psíquica. Vinculada inicialmente a la neurosis histérica (estado de alteración de la conciencia vigil, personalidad "segunda"), Pierre Janet (1903) la relacionó con la psicastenia, como también lo hizo posteriormente Philippe Chaslin (1912) pese a advertir que también se observa en sujetos normales. A partir del artículo de Viktor Tausk "Acerca de la génesis del 'aparato de influir' en el curso de la esquizofrenia" (1919), dicho concepto se comenzó a asociar de manera generalizada con la esquizofrenia. No obstante, lejos de constituir un signo patognomónico de psicosis, se viene acertadamente considerando que la experiencia de despersonalización puede afectar a cualquier tipo de sujeto, psicótico o no. Así, es frecuente hallarlo en las formas agudas de presentación de la psicosis (por ejemplo, la *bouffée délirante* de Magnan), en aquellos cuadros en los que destaca la confusión y el onirismo (por ejemplo, el *délire onirique* de Régis), en algunas variedades acusadas de depresión con síntomas hipocondríacos, por supuesto en las

experiencias de fragmentación esquizofrénica, también en la epilepsia y, naturalmente, en neurosis y en sujetos sin grandes alteraciones psicopatológicas.

Habitualmente la despersonalización o extrañeza del propio ser suele acompañarse de angustia y desánimo, de atomización de la imagen corporal (llamada, a veces, *descorporización*) y de una alteración con los vínculos del entorno o pérdida de familiaridad con la realidad (*desrealización*); se trata en este último caso de una experiencia de extrañeza, de vacío y de irrealidad que afecta al mundo circundante. A fin de valorar la significación psicopatológica de la despersonalización, resulta ineludible, ciertamente, discriminar el tipo de experiencia que ella entraña para cada sujeto: cuando éste reconoce que las modificaciones y alteraciones que siente provienen de él mismo, *grosso modo* nos indicaría que se trata de un sujeto neurótico (duda en el obsesivo, estados crepusculares vividos con *belle indifférence* en la histeria), mientras que cuando esa experiencia está dominada por la perplejidad, es irrepresentable e inefable, convendría investigar con más ahínco la presencia de otros indicadores de psicosis.

Un breve comentario merece, finalmente, la hermosa carta enviada por Sigmund Freud a Romain Rolland en enero de 1936 ("Una perturbación del recuerdo en la Acrópolis"). Expone en ella Freud algunos desarrollos de interés sobre el llamado "sentimiento de extrañamiento" (*Entfremdungsgefühl*, "enajenación"), en absoluto privativo de sujetos trastornados, dividiéndolo en dos formas: o bien es un fragmento de la realidad el que se nos presenta como ajeno o bien lo es uno perteneciente al propio Yo ("despersonalización"). Mas todos los fenómenos que pudieran incluirse entre este tipo de extrañamientos presentan, según Freud, dos caracteres universales: en primer lugar, están al servicio de la defensa y pretenden mantener algo alejados del Yo; en segundo lugar, esos sentimientos guardan una conexión íntima con el pasado, con el "tesoro mnémico del Yo" (expresión que utilizó en "Los recuerdos encubridores", de 1899) y con vivencias veladas por la represión.

Vecinos a la despersonalización son los casos de *personalidad múltiple, personalidad alternante* y otros cuadros en que la identidad del sujeto está comprometida, frecuentes en las llamadas "personalidades *as if*".

B) Trastornos de la conciencia del "Yo corporal"

Las ideas desarrolladas a continuación sobre el "Yo corporal" y su patología pueden complementarse con lo tratado en los capítulos 24 y 34 a propósito de la semiología de la percepción (cenestopatías) y de la psicomotricidad. Las primeras investigaciones sobre lo que ahora se denomina *esquema corporal* o *imagen del cuerpo* surgieron a lo largo del siglo XIX de la mano de la fisiología y la neu-

rología de corte asociacionista, las cuales crearon la noción de *cenestesia*, esto es, las sensaciones internas provenientes de todos los puntos del cuerpo que eran transmitidas a los centros nerviosos superiores. A raíz de los trabajos neurológicos de A. Pick, H. Hade y J. Lhermitte, especialmente, a principios del siglo XX la cenestesia derivó hacia el concepto de *esquema corporal*, metáfora bastante neurofisiológica en sus inicios (Lhermitte definió el "mapa corporal" como la proyección espacial de los estímulos periféricos del córtex cerebral).

Muchos y variados son los fenómenos asentados en esta "anatomía imaginaria", sobre todo los que afectan a la histeria y a la esquizofrenia. Recuérdese a este segundo respecto el estudio realizado por Paul Abely ("El signo del espejo en las psicosis y más especialmente en la demencia precoz", 1930) sobre las manifestaciones de algunos psicóticos frente al espejo. Este psiquiatra, sobrino de J. Capgras, denominó *signe du miroir* (signo del espejo) al síntoma común de control y extrañeza experimentado por muchos alienados, especialmente esquizofrénicos, ante la captación de su imagen en el espejo, lo que a menudo es vivido como una transformación de su imagen en un "otro"; de ahí la extrañeza, la captura y la angustia.

Fuera del ámbito de la psicosis, esa "anatomía imaginaria" resultaba particularmente llamativa en la histeria de conversión, ese trastorno en el que el cuerpo habla. Y fue precisamente al descubrir esa peculiar imbricación del lenguaje y el cuerpo en la histeria cuando Freud pudo iniciar sus desarrollos sobre la concepción psicoanalítica del cuerpo, esforzándose primero en discriminar lo orgánico de lo psíquico, más tarde tratando de localizar el goce en las zonas erógenas del cuerpo y, finalmente, vinculando el cuerpo y el Yo, surgiendo así la noción de narcisismo. Ciertamente, según la concepción freudiana el Yo guarda una estrecha relación con la superficie del cuerpo.

Los desarrollos freudianos y los escasos resultados de las investigaciones neurofisiológicas para explicar cómo un sujeto asume y se representa su imagen corporal incitaron otro tipo de concepciones, cada vez más psicológicas y psicoanalíticas. Fue así como en 1935 Paul Schilder (1886-1940), inicialmente alumno de Julius Wagner-Jauregg y posteriormente formado en psicoanálisis, publicó *Imagen y apariencia del cuerpo humano. Estudio sobre las energías constructivas de la psique*, donde trató de dar cuenta de la imagen corporal entendida como "aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en la que éste se nos aparece". Este estudio, que articula las aportaciones de la psicología de la forma y la teoría freudiana, sostiene que la imagen corporal es una estructura libidinal sometida a un permanente cambio debido a los estímulos que recibe del medio y a las experiencias vitales.

Una perspectiva diferente a la de Schilder fue la elaborada por Jacques Lacan a partir de 1936 con su concepción del "estadio del espejo" (véase Parte II).

Lacan explica la formación del Yo como resultado de una identificación con la propia imagen especular, destacando que el Yo es ante todo un lugar de desconocimiento. Localizado en un período concreto del desarrollo del niño, entre los seis y los dieciocho meses, la asunción de la imagen en el espejo finiquita el período previo de inmadurez en el que el bebé experimenta el propio cuerpo como fragmentado y despedazado, esto es, sin unidad ni límites. Mas la construcción del Yo merced a la identificación imaginaria con la imagen especular se verá en adelante amenazada por esa primigenia sensación de fragmentación (*corps morcelé*, según la designación de Lacan), la cual se manifiesta en un buen número de fenómenos clínicos relativos a la imagen corporal: fenómenos de doble o sosias, transitivismo y agresividad, imágenes de castración, mutilación, dislocación, devoramiento, estallido del cuerpo, sensaciones y experiencias de miembros desunidos y de órganos figurados en exoscopia –tal como las fijó la pintura de Ieronimus Bosch, "el Bosco"–, etc. (ver más adelante en semiología de la agresividad). Esta fragilidad esencial de la identificación primordial con la imagen especular se evidencia de manera especial en el inicio de muchas psicosis esquizofrénicas, en las cuales resulta muy patente la disolución imaginaria. Lacan explicó esa regresión tópica al estadio del espejo como una consecuencia en el registro Imaginario de la forclusión del Nombre-del-Padre. "El hombre se aprehende como cuerpo, como forma vacía del cuerpo, en un movimiento de báscula, de intercambio con el otro", argumentó también en *Los escritos tecnicos de Freud* (1953-1954).

Entre los signos característicos de las alteraciones del Yo corporal –para algunos autores integrados, ciertamente, en la semiología de la imagen corporal– se describen habitualmente la *anosognosia*, el *miembro fantasma*, la *asomatognosia*, la *heautoscopia*, ciertas *agnosias parciales* y la *prosopognosia*. Más ligados a las teorías de la imagen corporal suelen reseñarse la *dismorfofobia* y las *cenestopatías*.

Anosognosia

De ἀ-, partícula negativa, *nosos* (νόσος), "enfermedad", y *gnosis* (γνῶσις), "conocimiento". Define *grosso modo* el desconocimiento de los propios trastornos o enfermedades, esto es, la falta de conciencia y la indiferencia hacia una parte o segmento del cuerpo dañado, alterado o paralizado; en su grado menor (indiferencia por el miembro afectado) suele denominarse *anosodiaforia*. Tal desconocimiento fue descrito por Babinsky en 1914 a propósito de ciertos pacientes que negaban o eran indiferentes a la hemiplejía izquierda (*hemiasomatognosia*), llegando algunos de ellos a atribuir esos miembros afectados a otras personas; tal es, brevemente, lo que se suele denominar *síndrome de Anton-Babinsky*. Cuando se aprecia una imposibilidad de localizar y señalar las diferentes partes del cuerpo, suele hablarse de *autotopoagnosia*. En ocasiones pueden encontrarse asociadas la

agrafia, la acalculia, la apraxia constructiva, la agnosia digital, la confusión derecha-izquierda y la desorientación del propio cuerpo, conformando el *síndrome de Gertsmann*. Pese a que la anosognosia suele vincularse a lesiones del hemisferio cerebral izquierdo, no todos los autores coinciden en dicha asociación, pudiendo aparecer fenómenos semejantes en la histeria y las esquizofrenias.

Miembro fantasma

Bajo esta rúbrica se conoce tradicionalmente la percepción y la sensación de un miembro que ha sido amputado, ya sea de manera parcial o total. El fenómeno en cuestión, de base neurológica, se presenta con carácter universal en todos los amputados, si bien su intensidad es variable y depende tanto de la edad en la que fue amputado como de la repercusión subjetiva de esa pérdida. Cuando la falta de un miembro es congénita, no se experimenta dicho signo.

Asomatognosia

De ἀ-, partícula negativa, *soma* (σῶμα), "cuerpo", y *gnosis* (γνῶσις), "conocimiento". Se nombra así la experiencia subjetiva de desaparición del propio cuerpo. Suele asociarse a los delirios de negación descritos por Jules Cotard entre 1881 y 1888, aunque hay quienes prefieren vincularla a lesiones cerebrales generalmente parietales.

Heautoscopia o autoscopia

De *autós* (αὐτός), "él mismo", *eautós* (ἑαυτός), "el sí mismo" y *scopeo* (σκοπέω), "ver". Tradicionalmente se designa con estos términos un fenómeno por el cual el sujeto se ve a sí mismo como si de un doble se tratara, bien a su lado o enfrente de él. Este término fue creado por Charles Féré a finales del siglo XIX para referir la vivencia de un enfermo que sentía la ausencia de su hemicuerpo derecho (*hemiasomatognosia*), pero experimentando al mismo tiempo que alguien parecido a él ocupaba ese lugar. En 1903, P. Sollier (*Les phénomènes d'autoscopie*) describió las *hallucinations autoscopiques*, dividiéndolas en internas (el trastornado se percibe a sí mismo interiormente) y externas (percepción exterior de sí mismo); vinculó las primeras a la histeria y a los estados hipnoides, y las segundas también a la histeria, a enfermedades neurológicas y psicosis. Naturalmente, han sido muchos los autores que han atribuido este tipo de fenómenos a alteraciones del esquema corporal o, como prefería J. Lhermitte, a la "imagen del cuerpo".

Deuteroscopia

Semánticamente vecino del anterior (δεύτερος, "segundo"), el término *deuteroscopia* había sido descrito por A. Brierre de Boismont (*Des hallucinations*, 1852)

para reseñar un fenómeno consistente en ver "fuera de sí, otro sí mismo, una figura muy parecida a la suya, tanto en la estatura, los rasgos, los gestos y la vestimenta". Algunos autores han articulado la *autoscopia* y la *deuteroscopia* con algunos síndromes posteriormente descritos, como es el caso del síndrome de Capgras o *illusions des sosies* (trastorno de la identificación de personas familiares o próximas que se manifiesta por la negación de su identidad y la certeza delirante de que ellas han sido sustituidas por un doble) y la ilusión de Fregoli (convicción respecto al perseguidor, generalmente de que éste cambia repetidamente de rostro y aspecto, como hacía el cantante y actor italiano Leopoldo Fregoli, de donde su epónimo).

Autoagnosias

De ἀ-, partícula negativa, y γνῶσις, "conocimiento". Otro grupo de fenómenos incluidos en ocasiones entre las llamadas alteraciones del Yo corporal es el constituido por las *autoagnosias* (agnosias parciales del propio cuerpo, especialmente las mentoorales y las digitales). Con el término *agnosia* se nombran las alteraciones del reconocimiento de los objetos –así lo definió Sigmund Freud en su obra *La Afasia* (1891)–, esto es, un tipo de déficit de las funciones nerviosas superiores perceptivas por las que las aferencias pierden su carácter específico de signo. El enfermo, ciertamente, es capaz de aprehender y reconocer los estímulos, pero no los identifica con el objeto a través de sus receptores y de su experiencia previa. Entre las *autoagnosias*, relativas al esquema corporal o Yo corporal, suelen citarse la *agnosia digital* (incapacidad para reconocer los dedos de la propia mano) y la *agnosia mentooral de Von Angyal* (incapacidad para reconocer la boca y el mentón).

Prosopoagnosia

De *pros-opon* (πρόσ-ωπον), "cara", y *agnosis* (ἀγνῶσις), "desconocimiento". Dentro también del ámbito de los trastornos neuropsiquiátricos, como es el caso de las agnosias anteriormente citadas, la prosopoagnosia nombra la incapacidad de reconocer caras ya conocidas, tanto la propia como la de los familiares o próximos. Este trastorno se ha descrito no sólo en enfermedades neurológicas, sino también en psicosis esquizofrénicas.

Dismorfofobia

De *dismorfos* (δύσμορφος), "feo", y *fobos* (φόβος), "miedo", "terror". Creado en 1886 por Enrico Morselli, con el término *dismorfofobia,* se describió inicialmente la obsesión de ser o llegar a ser feo; Koupernik, por su parte, la definió lacónicamente como una "psicosis de fealdad", empleando el término psicosis de una

forma exclusivamente descriptiva. En sus inicios, la noción de dismorfofobia se asoció exclusivamente con las fobias y las obsesiones, tal como sostuvieron Pitres y Régis (*Les obsessions et les impulsions*, 1902), Janet (*Les obsessions et psychasténie*, 1903) y Kraepelin (en la edición de su *Psiquiatría* de 1899), quien la definió como una preocupación enfermiza relativa a la estética del cuerpo: "Algunos enfermos no pueden dejar de dar vueltas a la idea de que haya algo que sorprenda o suscite burla, una nariz extraña o sin forma, piernas torcidas o un olor repugnante, que llaman la atención del entorno, causan risa o repulsión". Kraepelin derivó a partir de ella la noción de *autodisosmofobia*, esto es, la creencia obsesiva, a veces hasta grados próximos a la convicción delirante, de exhalar olores desagradables que molestan a los demás. Pero ni este autor ni los anteriormente citados ofrecen una perspectiva diferencial entre lo que puede considerarse una dismorfofobia neurótica y otra psicótica, asunto éste esencial en la psicología patológica.

Generalmente la dismorfofobia se refiere a un aspecto del cuerpo (forma de la nariz, de las orejas, talla, vello, etc.) y suele asociarse a otros síntomas: rechazo de las relaciones, aislamiento, angustia, humor depresivo, autodesprecio, sentimientos de hostilidad y otros. Las distorsiones de la percepción de la imagen del cuerpo son particularmente abundantes en el período crítico de la adolescencia. Su significación psicopatológica es consustancial, naturalmente, a la convicción que adquiere tal deformidad (psicosis) o a la creencia temerosa de que eso sea así (neurosis); de especial interés, en este sentido, resulta la apreciación de G. Bychowski ("Disorders of the body image in the clinical pictures of the psychosis", 1943) al señalar que estos trastornos de la imagen del cuerpo pueden constituir los pródromos de una psicosis. Tal desigualdad entre certeza y creencia suele correlacionarse con datos apreciables por el observador, aunque no siempre es así: en el caso de la dismorfofobia neurótica, la deformación morfológica acostumbra a ser real; en el caso de la psicosis, esa anormalidad física, si es que existe, apenas es perceptible por el observador.

Cenestopatía

De *koinós* (κοινός), "común", *aisthesis* (αἴσθησις), "sensación", y *pathos* (πάθος), "pasión", "sufrimiento", "enfermedad". Sinónimo: *asquematía*. El término *cenestopatía* fue empleado por E. Dupré y P. Camus en 1907 para describir las "alteraciones locales de la sensibilidad común" no orgánicas que provocan una viva inquietud, advirtiendo que esos estados son independientes de todo contexto psicopatológico particular. Según estos autores, se trataría de una alucinosis de la cenestesia, esto es, la percepción de un presunto trastorno somático cuya irrealidad es consciente para el sujeto, quien la critica y no traba a partir de ella ninguna interpretación delirante, pese a que le provoca honda ansiedad. Fuera de

este estrecho marco atribuido por Dupré y Camus, habitualmente se suele entender la cenestopatía como el conjunto de los trastornos de la cenestesia, de manera que ese término se superpone y entremezcla con el de *parestesia*, si bien algunos autores –como A. Porot– prefieren reservar este último para aquellas sensaciones que tienen por definición una base orgánica.

Recientemente Serge Tribolet y Mazda Shahidi (*Précis de sémiologie des troubles psychiques*, 2000) han propuesto una definición más amplia: "Trastorno de la sensibilidad profunda que se traduce por sensaciones extrañas, penosas más que dolorosas, impresiones de modificación de formas, volúmenes, consistencias de partes situadas en el interior del cuerpo y que son objeto de una descripción sin relación con la realidad anatómica". Estos autores incluyen en este cuadro las alucinaciones cenestésicas relativas a la sensibilidad interna, por ejemplo la convicción de que el corazón no late, de que el estómago es de piedra o de que un animal se desplaza por la entrañas (evocando así la "zoopatía interna" descrita por Dupré). Como podrá apreciarse, una definición de estas características se imbrica por completo en lo que para muchos autores constituye la semiología de la percepción, entre la que se incluyen muchos signos propios del síndrome de Cotard que trascienden las meras sensaciones hipocondríacas.

26

SEMIOLOGÍA DE LA MEMORIA

Inspirándose en modelos psicofisiológicos y cognitivos, la memoria –del griego *mneme* (μνήμη), "memoria", opuesto a *anámnesis* (ἀνάμνησις), "recuerdo"– suele definirse actualmente como una facultad o capacidad destinada a adquirir, retener y utilizar secundariamente experiencias (imágenes, acontecimientos, ideas, sentimientos, etc.). Desde esta perspectiva se considera que la memoria es un sistema heterogéneo, pues en ella intervienen al tiempo tanto sistemas cognitivos (vigilancia, atención, tratamiento perceptivo de la información) como emocionales, afectivos y motivacionales. Así concebida, se estima que la memoria funciona mediante la intervención de ciertos procesos necesarios de tratamiento de la información: la codificación, el almacenamiento y la recuperación; otros autores los amplían a cuatro: fijación o registro, conservación o almacenamiento, evocación o recuperación y reconocimiento.

A la hora de clasificar los tipos de memoria, suele aún emplearse la oposición tradicional entre la memoria *anterógrada* o *de fijación* (recuerdo de sucesos temporalmente recientes) y la *retrógrada* o *de evocación* (recuerdo de sucesos lejanos). Pero es cada vez más usual hablar de una memoria a corto plazo y otra a largo plazo, incluso de una inmediata (segundos), otra reciente (minutos y horas) y otra aún remota (meses y años).

La gran mayoría de las teorías neurofisológicas y cognitivas suele situar las distintas manifestaciones deficitarias de la memoria en los procesos de fijación, codificación, almacenamiento o recuperación de los recuerdos. De manera sintética se podría afirmar, según este tipo de concepciones, que los fallos que determinan los olvidos obedecen bien a un defecto del procesamiento de la infor-

mación en el momento de la codificación o bien a un defecto en el acceso a las huellas mnémicas por alteración del proceso de evocación o restitución; en las lesiones cerebrales suele ser habitual la desaparición –incluso progresiva– de dichas huellas.

Bien distinta es a este respecto la teoría elaborada por Freud, quien tras mostrar la incompatibilidad entre la conciencia y la memoria y situar los sistemas mnémicos en el inconsciente, propuso una explicación de buena parte los trastornos mnésicos a partir del mecanismo de la represión. Tales son las conclusiones que se desprenden, por ejemplo, de sus investigaciones sobre la amnesia infantil, las cuales fueron glosadas en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-1917): "De las impresiones que recibimos en épocas posteriores de nuestra vida realiza nuestra memoria una selección, conservando las más importantes y dejando perderse el resto. Mas con los recuerdos que de nuestra infancia conservamos sucede algo muy distinto. Estos recuerdos no corresponden necesariamente a sucesos importantes de dicho período de nuestra vida, ni siquiera a sucesos que pudieran parecernos importantes desde el punto de vista infantil. Son, por el contrario, tan triviales e insignificantes que nos preguntamos con asombro por qué razón han sido precisamente los que han escapado al olvido. [...] también la memoria del niño efectúa una labor de selección, conservando tan sólo lo importante; mas por medio de procesos que os son ya conocidos, el de condensación y, sobre todo, el de desplazamiento, quedan dichos recuerdos importantes sustituidos en el sujeto por otros que lo parecen menos. Basándome en esta circunstancia he dado a estos recuerdos infantiles el nombre de recuerdos encubridores (*Deckerinnerungen*)".

Esta concepción de la memoria, apenas apuntada en el párrafo anterior, la hace entrar de lleno en el ámbito de las formaciones del inconsciente y la sitúa como uno de los pilares de su concepción del aparato psíquico y de la represión. De ahí que al valorar la semiología de la memoria resulte irrenunciable investigar la dimensión subjetiva en ella presente. Esta perspectiva fue recientemente evocada por Remo Bodei en sus reflexiones sobre el delirio (*Las lógicas del delirio. Razón, afectos, locura*, 2002) cuando afirmó: "Toda biografía esconde inevitablemente algo; siempre la vemos de perfil, jamás cara a cara. Está sembrada de zonas oscuras, recubiertas de heridas secretas que nunca acaban de cerrarse, trazada en términos temporales conforme a una curva compleja, interrumpida en muchos puntos, llena de retoques y reflexiones. Conocerse y comprenderse a uno mismo, aunque sea posible, significa dislocar y repartir el peso del pasado separándolo del presente; nunca mejor dicho, dejándolo pasar. Si falla en la empresa, el sujeto advierte los desequilibrios de una historia, la suya, extraña, desconectada, obsesionada –o sea, etimológicamente asediada– por un enemigo interno que

sin embargo queda fuera de la zona de consciencia". Naturalmente, como después se indicará, no todas las alteraciones de la memoria corresponden a este tipo de formaciones psíquicas, ni obedecen tampoco a sus mecanismos patogénicos.

A diferencia de otros registros semiológicos, el de la memoria no presenta inicialmente grandes complicaciones a la hora de su clasificación. Las mayoría de los fenómenos clínicos que se le pueden adscribir suelen agruparse en tres categorías: amnesias, hipermnesias y paramnesias.

Amnesia

Se denomina *amnesia* (α-, privativo, y *mneme*, μνήμη, "memoria") a la dificultad limitada o a la imposibilidad de adquirir, conservar, recuperar y usar los recuerdos. La heterogeneidad semiológica y etiológica de las amnesias ha precisado, a su vez, una clasificación diferencial:

a) **Amnesia anterógrada o de fijación:** se trata de la incapacidad de fijar nuevos recuerdos, pues el olvido sobreviene de forma instantánea al suceso, aunque se conserva el stock mnésico antiguo. Esta alteración de la memoria de fijación es especialmente evidente en el síndrome de Korsakoff y en el ictus amnésico, y se observa generalmente en la encefalopatía herpética en los inicios de los estados demenciales como la enfermedad de Alzheimer y también en estados de fatiga psíquica, en los de hiperatención selectiva y en las depresiones.

b) **Amnesia retrógrada o de evocación,** es decir, la que afecta a la rememoración de recuerdos que habían sido convenientemente fijados. Sigue habitualmente la ley de Ribot (primero desaparecen los recuerdos más próximos y se conservan los más antiguos) y suele presentarse a consecuencia de traumatismos craneales, en estados de confusión mental, en el curso de un buen número de enfermedades cerebrales y en las demencias. Cuando este tipo de amnesias afecta selectivamente a determinado tipo de sucesos, resulta muy conveniente investigar su dimensión psicogenética.

c) **Amnesia anterorretrógrada:** afecta a la vez a los recuerdos recientes y a los antiguos. Estas formas mixtas acostumbran a ser las más habituales en la clínica, y cuando son de causa orgánica suelen acompañarse de gran desorientación, falsos reconocimientos, confusión a la hora de dar datos y situarlos en un tiempo preciso, etc. Dependiendo del proceso patológico que esté en su base, este tipo de amnesias pueden o no ser reversibles.

d) **Amnesia lacunar:** se denomina así a un tipo de amnesia que afecta únicamente a un período temporal concreto que el sujeto dice no poder recor-

dar. Algunos autores hablan de *amnesia electiva* en aquellos casos en que el olvido está nítidamente localizado (el nombre de una persona, un hecho concreto, un objeto, un número de teléfono, etc.). Naturalmente, en estos tipos de amnesias parciales se aprecia con bastante claridad el determinismo inconsciente del olvido. La mayoría de los autores tiende a considerar las *amnesias disociativas* (inicio brusco y curso breve; afectación parcial y selectiva sobrevenida a consecuencia acontecimientos psicológicamente traumáticos que suele acompañarse de angustia, confusión y desorientación) y las *fugas amnésicas* (a las características anteriores se suman: viajes lejos del hogar y cambios de identidad) como amnesias transitorias de origen psicógeno, oponiéndolas al *ictus* amnésico, a la amnesia poscrisis epiléptica, a los síndromes amnésicos provocados por tóxicos o medicamentos, a las amnesias lacunares postraumatismos craneoencefálicos y a las de origen isquémico crónico.

Hipermnesia

De *hiper* (ὑπἐρ) "por encima de" o "sobre", y *mneme* (μνήμη) "memoria". Contrario a los anteriormente descritos, cuando menos desde un punto de vista cuantitativo, la *hipermnesia* es un estado de hiperactividad de la memoria vivida como una gran capacidad para la evocación de recuerdos muy precisos y detallados, generalmente mediante un flujo incoercible. Dicho término fue originalmente empleado por Th. Ribot (*Les maladies de mémoire*, 1881) y se relaciona en la actualidad con estados de excitación más o menos automáticos, los cuales se observan especialmente en: estados maníacos dominados por la fuga de ideas, depresivos que evocan intensamente sucesos lamentables, intoxicaciones por drogas (alucinógenos y anfetaminas), ciertos epilépticos temporales, obsesivos que repiten frases, canciones o palabras, *idiots savants* (autistas o débiles mentales que memorizan interminables listados de datos), sujetos moribundos que actualizan de manera muy plástica y detallada períodos de su vida –este fenómeno se conoce también con el término *visión panorámica de la existencia*–, sujetos en trance hipnótico y algunos otros sumidos en estados crepusculares.

Ecmenesia o ecmnesia

De ἐκ, preposición que indica el movimiento de dentro a fuera, y *mneme* (μνήμη), "memoria". Un lugar especial entre este tipo de alteraciones de la memoria lo constituye la *ecmenesia*, esto es, la evocación muy vívida de una situación pasada, la cual se acompaña de los dichos y gestos correspondientes. Tal actualización intensa del pasado no debe juzgarse –según sostiene Paul Guiraud (*Psychiatrie clinique*, 1953)– como un mero *délire de mémoire*, sino como "la reviviscencia de

un estado global del pasado" (*ecbiose*). La *ecmenesia* suele observarse en la histeria, la confusión mental, algunos síndromes psico-orgánicos, las epilepsias temporales, así como tras el consumo de alucinógenos (LSD, mescalina). Sobre este particular, suele denominarse *criptomnesia* (de κρυπτός, *kriptós*, "disimulado", "secreto", y μνήμη, "memoria") a la reviviscencia de antiguos recuerdos, habitualmente considerados como nuevos y originales.

Paramnesia

De *para* (παρά), "fuera de", y *mneme* (μνήμη), "memoria". Un cuarto grupo de los trastornos de la memoria es el reunido bajo la rúbrica *paramnesia*. No se trata en este caso de que se recuerde más o menos, sino de que los recuerdos se presentan distorsionados y falsificados, bien por una alteración del propio recuerdo o por su reconocimiento actual. Sabida es la importancia que Emil Kraepelin concedió a esta "falsificación de recuerdos" (*Erinnerungsfälschungen*) en su descripción de la *Dementia praecox*, la parafrenia y, especialmente, la paranoia: "La memoria y la capacidad de atención de los enfermos [paranoicos] no muestra disfunción alguna en temas no afectados por el delirio. Muy frecuentes son, sin embargo, las falsificaciones de recuerdos estrechamente ligadas al ámbito de las representaciones enfermizas". Se trata, por tanto, de una transformación desde el presente de hechos y sucesos pretéritos. Esta apreciación basta para distinguir, al menos teóricamente, la *ecmenesia* de la *paramnesia* o falso reconocimiento, pues en la primera el pasado es tomado por presente y en la segunda, por el contrario, el presente es tomado por pasado; en ese sentido se manifestó Jean Delay (*Les malades de la mémoire*, 1942): "Una era alucinación del pasado, la otra es la *alucinación del presente*".

Dentro de los signos más habitualmente descritos entre las paramnesias destacan el *déjà vu* (ya visto), el *déjà vécu* (ya vivido), el *déjà entendu* (ya oído) y el *déjà pensé* (ya pensado), y sus contrarios: *jamais vu* (jamás visto), *jamais vécu* (jamás vivido), *jamais entendu* (jamás oído) y *jamais pensé* (jamás pensado). Todos estos fenómenos, por lo demás muy comunes en cualquier tipo de sujetos, nombran nuevas experiencias que se presentan como ya (*déjà*) experimentadas o aquellas que siendo conocidas aparecen como si jamás (*jamais*) se hubieran experimentado.

De manera ciertamente forzada, algunos autores incluyen entre los trastornos paramnésicos los falsos reconocimientos de personas, tanto los que sobrevienen en el síndrome de Korsakoff, como en las demencias o los estados confusionales, incluso el síndrome de Capgras. Otro tanto sucede con quienes pretenden explicar algunas agnosias como amnesias sensoriales, ya sean visuales, auditivas (la amusia, por ejemplo), tactiles (estereoagnosia), corporales o motoras (apraxias).

27

SEMIOLOGÍA DE LA ATENCIÓN

Desde antiguo ha suscitado la noción de *atención* múltiples debates entre los filósofos. Sus argumentos y constataciones fueron retomados por la psicología de corte positivista surgida a lo largo del siglo XIX, si bien las contribuciones mayores de esta orientación psicológica se han desarrollado a lo largo de las últimas décadas del pasado siglo merced a las teorías cognitivistas. Una buena parte de las concepciones actuales se hallaba ya esbozada en las aportaciones de los filósofos del sentido común, los "ideólogos" y los llamados "sensualistas". A este respecto conviene evocar la teoría de Destutt de Tracy, quien se inclinaba a considerar que la atención es un estado de ánimo antes que una facultad volitiva. Una opinión radicalmente contraria fue la defendida por Reid, autor que la concibió como un acto voluntario. Sobre este particular terció también Condillac al proponer la existencia de dos tipos de atención, una activa o voluntaria y otra pasiva o involuntaria. A finales del siglo XIX James Ward asimiló atención y conciencia, afirmando que la primera dirige toda la actividad de la segunda. Desde una perspectiva fenomenológica, Husserl la concibió como un "modo existencial" característico del hombre, en la medida en que "estar atento" es lo que le permite abrirse al mundo.

Como ya se indicó en líneas anteriores, las definiciones aportadas por los psicólogos y psicopatólogos clásicos recuperan en buena medida los antiguos debates de los filósofos. Así, por ejemplo, Théodude A. Ribot (*Psychologie de l'attention*, 1885) la definió como "el acto de nuestra mente que consiste en tomar posesión, de forma vívida o clara, de uno de los posibles pensamientos y objetos disponibles en nuestro entorno de manera simultánea". Mas las opiniones difie-

ren a la hora de concretar los determinantes de la atención. Para algunos ésta dependería de la elevación del nivel de conciencia, como sostuvo el psicólogo experimental alemán Hermann Ebbinghaus; otros la vincularon con la vivencia, siguiendo la propuesta de Karl Jaspers (*Psicopatología General*, 1913), quien afirmó: "La atención es la condición de la claridad de la vivencia"; y otros aún, tal como planteó Eugen Bleuler, la han venido concibiendo como "una manifestación de la afectividad". Freud, por su parte, investigó el papel de la atención siguiendo las coordenadas tópica, dinámica y económica del aparato psíquico, sosteniendo en *La interpretación de los sueños* (1900) que es perfectamente posible desarrollar las más elevadas y complejas funciones intelectuales sin intervención ninguna de la conciencia, pues el "acceso a la conciencia se halla enlazado con la atracción de determinada función psíquica, la atención".

Durante las últimas décadas hemos asistido a numerosos estudios sobre la atención, la mayoría de los cuales se basan en presupuestos cognitivos y en el procesamiento de la información. En tal sentido se suelen destacar tres aspectos intrínsecos a la atención: la capacidad receptiva de estímulos, la selección de éstos y la disposición cognitiva para la acción; en palabras de J. García Sevilla (*Psicología de la atención*, 1997) se trata de "un mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos y/o operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica".

En lo que atañe a la semiología de la atención, suele dividirse tradicionalmente en función de sus excesos o defectos, empleándose para ello los siguientes términos:

Hipoprosexia

De *hypo* (ὑπό-, "menos que", "por debajo de") y *prosexis* (πρόσ-εξις, "atención"); literalmente, "disminución de la atención". Sinónimo: *disprosexia*. La *hipoproexia* define un grado intermedio entre la atención normal y la falta completa de atención (*aprosexia*); se manifiesta mediante la distracción y la dificultad de concentración. Es frecuente hallarla en personas ansiosas o inhibidas, en deprimidos, oligofrénicos, dementes, hebefrénicos, en las formas de inicio progresivo y en el período de estado del síndrome de Korsakoff, y en otras enfermedades orgánicas asociadas a fatiga e indiferencia, como el consumo agudo o crónico de tóxicos.

Aprosexia

De α-, privativo, y *prosexis* (πρόσ-εξις, "atención"). Literalmente: "falta de atención", "desatención" o "negligencia". Desde un punto de vista psicopatológico refiere la pérdida extrema de la capacidad de atención y la imposibilidad duradera de concentrarse. Clérambault la describió entre los fenómenos del Pequeño

Automatismo Mental, mostrando su frecuente vinculación con la ideorrea, aunque su presencia más llamativa y habitual la hallamos en los estados marcados por la disminución de la conciencia o capacidad de vigilancia, así como en algunos cuadros estuporosos y en el autismo.

Pseudoaprosexia

De *pseudos* (ψεῦδής-) "falso", a-, privativo, y *prosexis* (πρόσ-εξις, "atención"). La *pseudoaprosexia* es un déficit sólo aparente de la atención, pues el sujeto la conserva aunque centrada en otros pensamientos, sensaciones, estímulos, etc. Muchas quejas relativas a la disminución de la memoria tienen en su base la pseudoaprosexia, como se aprecia en los sujetos que rumian permanentemente determinados pensamientos o en aquellos que no pueden desprenderse de lo que consideran sus preocupaciones. Apreciable en la mayoría de los sujetos, la pseudoaprosexia es frecuente en ansiosos, deprimidos, obsesivos e hipocondríacos, histéricos disociados (especialmente en el síndrome de Ganser).

Hiperprosexia

De *hiper* (ὑπέρ-), "por encima de" o "sobre", y *prosexis* (πρόσ-εξις) "atención". Designa la intensidad y la polarización de la atención que se acompaña de continuos cambios y saltos de un pensamiento a otro, de un estímulo a otro. En contra de lo que parece sugerir su etimología, la *hiperprosexia* conlleva habitualmente una labilidad de la atención, como se pone de manifiesto en los estados maníacos –donde se acompaña de taquipsiquia y fuga de ideas– y en algunas intoxicaciones alcohólicas u otras debidas a sustancias estimulantes (anfetaminas, LSD, etc.). Aunque en grados variables, este aumento de la atención se ha descrito tradicionalmente en sujetos sometidos a trances obsesivos, también en hipocondríacos y de manera muy llamativa en esquizofrénicos totalmente replegados sobre su mundo interno.

28

SEMIOLOGÍA DE LA IMAGINACIÓN

Se examinan en este apartado semiológico las nociones de imaginación y fantasía, tan importantes para el psicoanálisis, tal como han sido construidas a lo largo de la historia por la filosofía, la psicología, el propio psicoanálisis y la psicopatología. Tras esta introducción se comentarán los términos de uso más frecuente en la semiología clínica.

28.1. La imaginación en la filosofía

La imaginación, del latín *imaginatio*, se define en las lenguas occidentales bien como la facultad de evocar imágenes, bien como la de inventar seres o acontecimientos no reales e incluso conceptos abstractos nuevos, pero admite también acepciones más "negativas", tales como "idea falsa", "ilusión" o "sospecha sin fundamento real". Suele asimismo emplearse como sinónimo de "fantasía" (del lat. *phantasia*, y éste del griego φαντασία), entendida esta última tanto como "aspecto creador de la imaginación en sí misma o en cuanto crea" o como "producto mental de la imaginación creadora", o sea, creación mental que no tiene absoluta correspondencia con un objeto real.

En su vertiente filosófica no siempre es fácil distinguir entre el concepto de fantasía y el de imaginación. Lo que se dice en algunos textos acerca del primero es similar a lo que otros estudios dicen del segundo. Según Ferrater Mora, el término griego φαντασία, *phantasia*, puede traducirse de diversas maneras: "aparición", "acción de mostrarse", "espectáculo", "representación" (y "fantasía" en su

estricto sentido de nombre común que designa las distintas formas que pueden asumir las "apariciones" o "representaciones"). Desde muy pronto fue concebida la fantasía como una actividad de la mente por medio de la cual se producen imágenes, las llamadas φαντάσματα (*phantásmata* o "fantasmas", en el sentido no popular de este último vocablo). Las imágenes producidas por la fantasía no surgen de la nada; tienen su origen en representaciones o bien son equivalentes a estas mismas representaciones. Para Platón, la fantasía es la representación que surge del "aparecer", y en este sentido se contrapone al conocimiento del "ser" o de la realidad. Platón tendía a considerar la fantasía como una manifestación de la "opinión", la cual engendra simples "imágenes" en vez de producir "ideas". Por su parte, Aristóteles resaltó que la fantasía ("imaginación") no puede ser equiparada ni con la percepción ni con el pensamiento discursivo, aunque no pueda haber fantasía sin sensación ni juicio sin fantasía. La fantasía radica en nuestro poder de suscitar imágenes aun cuando no se hallen inmediatamente presentes los objetos o fuentes de las sensaciones. Por eso la fantasía no equivale a la percepción. Tampoco es lo mismo que la mera opinión: en esta última hay creencia y convicción, mientras que en la fantasía no las hay. Asimismo, la fantasía no es un mero sustituto de la sensación: según Aristóteles la fantasía es menos sustitutiva que anticipadora. Por esta razón puede dirigir los movimientos del *alma apetitiva* (propia de los animales y de la parte más animal del hombre) hacia algo deseado, es decir, previamente representado como apetecible. Los *phantásmata* son, pues, representaciones en potencia o "ideas" actualizables por medio de percepciones. De este modo, la fantasía es definida como la facultad de suscitar y combinar representaciones y de "dirigir" de este modo una parte de la vida del ser orgánico poseedor de apetitos.

Los estoicos, por su parte, utilizaron la expresión "fantasía cataléptica". Teniendo en cuenta que *Katalepsis* designa la "acción de aprehender" o "tomar posesión de algo", "ocupar" o "comprimir", se ha traducido "fantasía cataléptica" como representación comprensiva, aprehensión directa, evidencia inmediata, recogiendo el sentido estoico de "representación mediante la que se aprehende firmemente algo real". Posteriormente se ha interpretado que la "fantasía cataléptica" o representación comprensiva de los estoicos implicaba algo de pasivo, en el sentido de que no es el sujeto el que obra sobre el objeto, sino a la inversa; así, Ortega y Gasset subrayó el carácter "sobrecogedor" y "arrebatador" de la "fantasía cataléptica": no es tanto que "el hombre comprende la cosa" como que la cosa "se graba" en él (*La idea de principio en Leibniz*, 1958).

Muchos autores medievales consideraron idénticas fantasía e imaginación, predominantemente intelectuales para los neoplatónicos, más inferiores o vinculadas a la sensibilidad en San Agustín. Algo después, Santo Tomás y los tomis-

tas retomaron los análisis aristotélicos y distinguieron una fantasía sensible y una fantasía intelectual, pero la tendencia general fue considerarla como una *facultas sensitiva*. Sus productos, los *phantásmata*, pueden ser de varias clases: imágenes que reproducen sensaciones, imágenes relacionadas con especies del entendimiento posible, apariencias no correspondientes a un objeto externo; en este último caso la fantasía es "pura imaginación", y en los dos primeros es una facultad combinatoria que puede servir de auxilio para la formación de las "ideas". Los escolásticos de tendencia tomista discutieron más tarde si la fantasía es meramente receptiva o reproductiva o si es en algún modo productiva. Desde finales del siglo XVIII se tendió a distinguir imaginación y fantasía, considerando ésta como una imaginación desenfrenada, pero valorándola en su papel de contribución a la creación artística (como modelo de otras "producciones"). Recientemente, Müller-Freinfels ha distinguido una fantasía creadora y una fantasía lúdica. La primera engendra posibilidades de representación (sentido muy cercano al aristotélico); la segunda juega libremente con las representaciones y hasta puede producir representaciones "nuevas" (Ferrater Mora, 1981).

Otros autores modernos ya habían reconocido que la imaginación es una facultad o actividad mental distinta de la representación y de la memoria, aunque ligada a las dos. Para Francis Bacon se hallaba en la base de la poesía. En opinión de Descartes, la imaginación produce imágenes conscientes, a diferencia de la sensación, cuyas imágenes no necesitan estar acompañadas de conciencia. La imaginación es una representación en su sentido lato: una nueva presentación de imágenes, necesaria para lograr una cierta ordenación de las "presentaciones"; sin las representaciones que posibilitan la imaginación no sería posible el conocimiento. Habría pues una imaginación "productiva" y otra "reproductiva" que no tiene nada de fantasioso. Spinoza planteó el tema de la "imaginación" u "opinión" como fuente principal de conocimiento, descartando que así fuera. Por el contrario, Hume la consideró fundamental para el conocimiento pero debiendo someterse a otras reglas, ya que por sí misma sólo daría lugar a una "creencia". Kant estimó que la imaginación productiva y la reproductiva deben someterse a las leyes lógicas del entendimiento –y no ser mera libertad de asociar representaciones– para que contribuyan al conocimiento verdadero; así, la imaginación tiende un puente entre la percepción y el saber. En el siglo XX, Sartre formulaba que la imagen presentada por la imaginación es "un acto sintético que une un saber concreto, que no tiene carácter de imagen, a elementos más propiamente representativos"; es decir, Sartre liga el mundo de la representación al mundo del pensamiento y, además, considera que la imaginación está relacionada con la acción o con la serie de "posibles acciones" (Ferrater Mora, 1981).

28.2. Fantasía y psicología

En psicología tampoco se ha llegado a distinguir con precisión entre fantasía e imaginación entendidas como "función" o "facultad", aunque sólo "fantasía" suele emplearse para designar su "producto". Una de las definiciones tradicionales de la función imaginación la considera la facultad o sentido interno de conservar los rastros (imágenes) de las impresiones sensoriales y de reproducirlos en ausencia de sus objetos. La imaginación interviene en la anticipación del porvenir: todo proyecto es una obra de la imaginación; ésta se aplica sin cesar a ampliar la representación del mundo que ofrece la percepción y a explicar o hacer inteligible esta imagen amplificada. Cuando por medio de las representaciones no sólo se evocan en la conciencia contenidos de la experiencia anterior, sino que se es capaz de ir más allá de lo percibido hasta ahora, se suele entonces hablar de fantasía como equivalente a imaginación creadora. La fantasía actualiza lo real todavía no percibido y también lo futuro, lo que aún no se ha realizado, lo que es puramente posible y lo que es meramente imaginable. Aunque desborde lo percibido, la fantasía siempre tiene relación con la experiencia anterior.

Como vemos, tanto la vertiente más psicológica de las elaboraciones filosóficas como la psicología misma, terminan, queriendo o sin querer, aproximando los aspectos "positivos" de la imaginación o fantasía a lo que ya expusimos como definición del pensamiento normal, de los aspectos positivos del "pensamiento dereístico" de Bleuler o de la "función representación" (véase el capítulo 23).

Reuniendo las opiniones de los diversos autores para unificar a efectos prácticos el concepto de fantasía, tanto en su vertiente "función" como en la de "producto", a juicio de Lersch (*Estructura de la personalidad*, 1956) pueden sistematizarse cuatro tipos distintos de fantasía: lúdica, desiderativa, planificadora y creadora.

a) La fantasía lúdica es característica del juego infantil. En el juego imaginativo el niño crea un mundo propio sin apartarse totalmente del mundo real (dota de vida imaginaria a los juguetes, inventa cuentos en los que es el protagonista, etc.), pero necesita como estímulo previo haber tenido impresiones sensoriales reales incluso aunque no exista todavía para él separación absoluta entre representaciones y realidad percibida, esferas que se irán separando poco a poco con el transcurso del tiempo. Es más desintegrada que los otros tipos y está menos vinculada a las funciones unitarias.

b) La fantasía desiderativa imagina la realización de deseos. En la vida práctica, para algunos sujetos este tipo de fantasía puede significar un refugio

frente a la realidad. En su extremo más patológico, la imaginación interviene en una serie de *ensueños diurnos* mórbidos, confusiones entre lo imaginado (lo deseado) y la realidad, etc.

c) La fantasía planificadora anticipa mentalmente a la luz de la experiencia las posibles evoluciones de una realidad dada, encarando la acción pertinente hacia un futurible (su modelo arquetípico sería la reflexión del jugador de ajedrez).

d) La fantasía creadora, cuyo modelo habitual es la creación artística, es la productora de algo "nuevo", y a diferencia de la anterior también se da en otros terrenos no estrictamente concernientes a la planificación, como el "genio" científico.

28.3. Imaginación, fantasía y psicoanálisis

Bien distinta es la concepción de la fantasía desarrollada por el psicoanálisis. Para Freud describía *grosso modo* el mundo imaginario y la actividad fantaseadora (*das Phantasieren*), incluyendo en ella tanto los sueños diurnos o fantasías conscientes como las preconscientes y las inconscientes. De capital importancia para el psicoanálisis, la fantasía y sus productos fueron en ocasiones opuestos por Freud a la realidad material, aunque no vaciló lo más mínimo a la hora de conferir a la fantasía una mayor trascendencia en la configuración de las neurosis y sus síntomas: "Les costará mucho trabajo comprender nuestra proposición de colocar en un mismo plano la realidad y la fantasía, y prescindir de toda preocupación sobre si aquellos sucesos de su vida infantil que [el paciente] nos ha relatado y tratamos de eludir pertenecen a la primera o la segunda de estas categorías. Y, sin embargo, es ésta la única actitud recomendable con respecto a las producciones psíquicas, pues tales producciones son, a su vez, reales en un determinado sentido. Siempre quedará, en efecto, el hecho de que el enfermo ha creado dichos sucesos imaginarios, y desde el punto de vista de la neurosis posee este hecho la misma importancia que si el contenido de tales fantasías fuera totalmente real. Estas fantasías poseen, pues, una realidad *psíquica* en contraste con la realidad *material*, y poco a poco vamos llegando a comprender que *en el mundo de las neurosis la realidad que desempeña el papel predominante es la realidad psíquica*", afirmó en la lección XXIII de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-1917).

Desde sus primeras investigaciones se le planteó a Freud la duda sobre la realidad de ciertas fantasías y recuerdos narrados por sus pacientes, optando –no sin ciertas reservas– por transformar finalmente su inicial teoría traumática en una teoría de la fantasía ligada al deseo inconciente (*Wunschphantasie* o "fantasía de

deseo"). Mas en ningún modo la mayor o menor vinculación de la fantasía con la realidad objetiva empañan el papel determinate de la primera en la constitución y desarrollo de la vida psíquica, pues ante todo la fantasía construye una escena en la que se dramatiza un deseo inconsciente, escena en la cual el sujeto está implicado en uno varios personajes y representa de forma más o menos disfrazada su deseo. Aunque la escena fantasmática es el efecto de un deseo antiguo y primigenio, ella constituye la matriz de los actuales deseos. Dentro de las fantasías más típicas, Freud describió las llamadas "fantasías originarias" (*Urphantasien*), a las que consideró universales, incluyendo entre ellas especialmente las destinadas a explicar el origen del sujeto: la observación del coito entre los padres, la seducción y la castración. Asimismo, apreció determinados guiones o esquemas típicos fantaseados, como la novela familiar o las teorías sexuales infantiles, constatando de igual modo que algunas de esas fantasías inconscientes sólo pueden ser reconstruidas por medio de la labor analítica.

A partir de estas consideraciones, aquí apenas apuntadas, Lacan confirió a la fantasía un estatuto teórico muy preciso dentro de su doctrina, proponiendo a tal fin el término *fantasme* (fantasma) y el matema ($\$$) ◊ *a*, esto es, la relación del sujeto dividido con el objeto que constituye la causa de su deseo. En su consideración, el fantasma, ese guión que escenifica el deseo, desempeña un papel protector o defensivo frente a la castración. Esa escena que ha quedado fijada, detenida, es comparada al cliché de un film: "Con el fantasma nos encontramos con algo semejante, que fija, reduce al estado de lo instantáneo el curso de la memoria, detenido así en aquel punto llamado recuerdo pantalla. Piensen en un movimiento cinematográfico que se desarrolla rápidamente y se detiene de pronto en un punto, inmovilizando a todos los personajes. Esta instantaneidad es característica de la reducción de la escena plena, significante, articulada entre sujeto y sujeto, a lo que se inmoviliza en el fantasma, quedando éste cargado con todos los valores eróticos incluidos en lo que esa escena había expresado; ahora es su testimonio y su soporte, el último soporte que le queda", destacó Lacan en *La relation d'objet* (1956-1957).

Esta función defensiva destinada a velar la castración del Otro presenta distintas variantes, según sea la estructura clínica en la que el sujeto se inscriba, e indica asimismo modos particulares de gozar y de relacionarse con el deseo (sobre este particular, ver partes II y V). Concebido como "motor de la realidad psíquica", en ningún caso el fantasma puede ser reducido a la mera imaginación, pues él se asienta en una estructura simbólica ("El fantasma es una frase") y tiene una función defensiva frente a lo insoportable que no deja de insistir (Real): "Pues el fantasma no es otra cosa que esta conjunción de la *Entzweing* [*Entzweingung*: 'desunión'] del sujeto con el *a* gracias a lo cual una falaz completitud viene a recubrir

lo que de ello es imposible en lo Real. El carácter de cobertura que tiene el fantasma con respecto a lo Real no puede, no debe articularse de otro modo. El análisis pasa por el desfiladero de esta reposición del Yo (*moi*) como sujeto en ese *a* que he sido para el deseo del Otro", tal como propuso Lacan en *La logique du fantasme* (1966-1967).

28.4. Imaginación y fantasía en la semiología "clásica"

En la psicopatología clásica las alteraciones de la imaginación aparecen estudiadas bajo epígrafes muy distintos. No es raro encontrarlas en los apartados relativos a la memoria o al contenido del pensamiento, y a veces en los de la percepción por muy distinta que ésta sea. Y tampoco es extraño que una función tan compleja y difícil de aprehender termine siendo moralizada en relación con la mentira (confabulación, pseudología, etc.) y hasta enfocada con espíritu represor; así, en la entrada "Mitomanía" del *Diccionario de Psiquiatría* de Porot, todavía en la edición de 1967 puede leerse: "Nunca se desconfiará bastante de las tendencias mitopáticas del niño, a quien debe vigilarse con atención para descubrirlas cuanto antes. Sobre todo, no hay que alimentarlas con relatos extraordinarios, lecturas o representaciones cinematográficas peligrosas (novelas policíacas, películas de gangsters, etc.)", complaciéndose el autor de la entonces reciente prohibición en Francia de las "revistas ilustradas peligrosas" y de que, afortunadamente, "las empresas del cine educador vienen a satisfacer, sin exasperarla, la curiosidad de esos espíritus jóvenes". Las alarmas de Porot quizá tuviesen su origen en la Antigüedad clásica, pues desde entonces algunos psicopatólogos han creído ver la acción desbordada de la fantasía en la constitución de ciertos delirios, idea que nos parece bastante discutible si bien en unos cuantos casos la invención imaginativa, al menos en sus aspectos formales o temáticos –podríamos decir "literarios"– es notable (en las llamadas parafrenias y en el delirio de imaginación de Dupré, por ejemplo).

Desde el siglo XIX, la psicopatología ha estudiado las disminuciones, las exaltaciones o "perturbaciones hiperimaginativas" y las distorsiones de la imaginación, no siendo siempre extricta la diferenciación entre estas dos últimas categorías. Reseñaremos a continuación aquellos términos que hicieron fortuna en el lenguaje semiológico de los clásicos.

Pobreza imaginativa, imaginación disminuida

Reducción de la productividad eidéica, generalmente relacionada con déficits intelectuales, deterioro psicoorgánico, depresiones o estados de fatiga psíquica.

Representaciones obsesivas, imaginación intrusa, invasión obsesiva monotemática

En realidad, aquí lo patológico radica en una excesiva persistencia de representaciones no conscientemente deseadas: reiteradamente vienen a la conciencia del sujeto imágenes no correspondientes a sucesos realmente acaecidos, que no pueden ser rechazadas y que le producen un sufrimiento considerable (muerte o asesinato de los hijos, visualizaciones obscenas, etc.); el componente visual es importante y el fenómeno tiene todas las características endofásicas de las ideas obsesivas, siendo consciente el individuo de que son productos de su propia mente, de su imaginario (es decir, carecen de la convicción de realidad exterior de las alucinaciones visuales) y de que nadie se las impone (a diferencia de las xenopatías y otras experiencias delirantes de influencia). Esta "imaginación intrusa" (Rojas, 1984) aparece en las "personalidades anancásticas" de Janet, en los "inseguros de sí mismos" de K. Schneider, en cuadros depresivos, fóbicos y otros.

Pareidolias

(Véase en Semiología de la percepción, "Identificaciones o significaciones anómalas", apartado 24.3.)

Pseudología fantástica, "mentirosos compulsivos", pseudomnesias

La expresión "pseudología fantástica" se atribuye a Forel y Delbruck. Representa un grado extremo de los ensueños diurnos normales. El sujeto actúa durante más o menos tiempo como si creyera en la realidad de sus fantasías, que suele reconocer como falsas al ser enfrentado a la realidad de los hechos, sin que por ello ceda a continuación la necesidad patológica de mentir (Coderch, 1979). Suelen verse involucrados en dificultades de relación interpersonal e incluso en actos médico-legales.

Fabulación

Para los anglosajones, *fabrication* o *confabulation*. Verbalización de sucesos imaginarios con creencia firme en su realidad; pueden dotarse de detalles muy minuciosos pero cambiantes de un día para otro. Expresa el deseo de acomodar la realidad por razones de compensación, de prestigio, para perjudicar a alguien o bajo el efecto de una impulsión habitual. Puede surgir espontáneamente o ante cualquier tipo de interrogatorio. Delay y Pichot utilizaron también *fabulación* en el sentido de producciones imaginarias muy ricas pero que el individuo toma como recuerdos verdaderos, estado que K. Schneider incluía en las *pseudomnesias* o *invenciones de recuerdos* (ver más adelante: "delirio de la memoria").

Confabulación
Llamada "fabulación de los amnésicos" por Delay y Pichot. Se reserva este término para aquellas ocasiones en que el amnésico rellena sus lagunas mnésicas con invenciones, sin otra finalidad. Suele estar mal estructurada y resultar muy poco convincente para el interlocutor. Típica del síndrome de Korsakoff, la sífilis cerebral, la enfermedad de Pick, la deficiencia mental y otros estados psicoorgánicos.

Afabulación (*affabulation*)
Los autores franceses han reservado este término para cuando las falsedades patológicas adquieren una trama novelesca, fija y a menudo centrada alrededor de una intriga o complot (Tribolet y Shahidi, 2000).

"Delirio de la memoria", "delirio imaginativo"
Expresión muy equívoca, a nuestro juicio, aplicada a veces tanto a la fabulación como a la confabulación –en su sentido de creencia firme en falsos recuerdos–, únicamente en función de la extrema riqueza imaginativa.

Mitomanía
Del griego *mithos* (μῦθος), "cuento", "fábula", "mentira", y *manía* (μανία), "cólera", "impulso belicoso", "exaltación". Este término fue introducido en psicopatología en 1905 por E. Dupré, quien inicialmente lo caracterizó como "la tendencia patológica, más o menos voluntaria y consciente, a la mentira y a la creación de fábulas imaginarias". A partir de esta noción, Dupré trató de introducir en la nosografía de los delirios crónicos una variedad denominada *délire d'imagination* o *mythomanie délirante*, describiendo con ella los estados morbosos en los que la mitomanía conduce a creaciones ficticias, más o menos duraderas y sistemáticas, a partir de las cuales el paciente articula su creencia y conforma sus actos. A su juicio, el trastorno básico de este cuadro es de origen afectivo, la "esencia misma del delirio". Desde un punto de vista descriptivo, la mitomanía delirante se diferencia de los delirios interpretativos y de los alucinatorios por su aspecto pintoresco: el "imaginativo" gusta de la exposición y narración de sus historias, emite afirmaciones sobre la realidad a las que se adhiere con su creencia, por más lejanas que estuvieran de su experiencia y razonamiento. En su obra *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité* (1925), Dupré precisó: "El enfermo, realizando fulminantemente esas asociaciones de ideas, transporta hacia el mundo exterior sus creaciones subjetivas, confiriéndoles todos los caracteres de la objetividad. Procede por intuición, por autosugestión, por invención. El punto de partida de su error no es la noción de un hecho exte-

rior, exacto o inexacto, fuente de un razonamiento incorrecto o resultado de una percepción falsa, sino una ficción de origen endógeno, una creación subjetiva. El interpretador procedería como si fuese un sabio, mientras que el imaginativo procedería como si fuese un poeta".

La distinción clínica entre la pseudología fantástica y la fabulación resulta, a menudo, bastante compleja: el mitómano llegaría a admitir su fingimiento como haría el pseudólogo, pero tampoco comunica al interlocutor la sensación de convicción del fabulador, o al menos no conseguimos hoy en día percibir otras diferencias entre las descripciones clásicas de esas tres construcciones psicopatológicas, diferencias que nos parecen semiológicamente muy inconsistentes.

Mitoplastia

De *mithos* y *plasso* (πλάσσω), "formar". Se ha empleado con el mismo valor que *patomimia* (imitación de enfermedades; ver a continuación), aunque inicialmente Dupré y Logre lo propusieron en 1911 para designar lo que consideraron una forma de histeria tendente a alterar la verdad en cualquier terreno, es decir, con un sentido más próximo a mitomanía.

Patomimias

De *pathos* (πάθος), "pasión", "sufrimiento", "enfermedad", y *mimóumai* (μιμοῦμαι), "imitar", "representar", "figurar". Se ha dado este nombre a aquellas formas clínicas de la mitomanía en las cuales lo que se imita son enfermedades. Son conductas tan complejas que adquieren realmente el rango de síndromes. Además de los síntomas relatados por el paciente, éste lleva a cabo acciones que directamente pueden provocar signos clínicos objetivables. Es frecuente la *patomimia cutánea*: rascados, punciones o excoriaciones de evolución tórpida, que sin embargo curan rápidamente al controlar al paciente con vendajes oclusivos. En la *termopatomimia* se simula la aparición de fiebre, bien por manipulación del termómetro o por autoinyección de sustancias piréticas, de pus, etc. El *síndrome de Lasthénie de Ferjol* conduce a la provocación de una anemia ferropénica por punciones venosas repetidas. Dado que la patogenia de este tipo de manifestaciones se basa en la identificación con síntomas de otro, cuando no son voluntaria e intencionadamente provocados por el propio sujeto, el listado abarcaría todos los capítulos de la Patología médica, y el diagnóstico diferencial comienza al comprobar la atipicidad de las presuntas enfermedades. Una forma "quirúrgica" de patomimia es el *síndrome de Münchausen*, en el cual el paciente busca ser operado una y otra vez sin que existan para ello razones médicas. En Pediatría se ve una forma "materna" del Münchausen, en la cual la madre demanda reiteradamente aten-

ción médica o médicoquirúrgica para un niño presuntamente enfermo que siempre resulta estar sano. Recientemente se ha empezado a denominar *Jet-set Münchausen* a las interrupciones de vuelos aeronáuticos por pacientes que simulan graves enfermedades durante el trayecto, sin que tengan que ver con crisis de pánico, y que obligan al piloto a aterrizar antes de lo previsto.

29

SEMIOLOGÍA DE LA RAZÓN

Aunque algunos autores han denominado "facultades mentales superiores" tanto a las operaciones propiamente intelectuales o "noéticas" (juicio o raciocinio e inteligencia) como al lenguaje, al pensamiento, la voluntad, la memoria y otras, y sin que suponga por nuestra parte un absoluto desacuerdo con esta denominación tan valorativa, hemos preferido prescindir de ella al abordar su semiología en función de los siguientes criterios: en primer lugar, dada la orientación de estos *Fundamentos,* el lenguaje exigía un enfoque particular; en segundo lugar, a efectos semiológicos nos parece más adecuado separar en lo posible los aspectos "esenciales" del pensar estudiados páginas atrás (curso y contenido del pensamiento), de sus procesos o productos más "operativos", esto es, de las nociones de juicio e inteligencia; en tercer lugar, las facultades mentales superiores han sido tradicionalmente atribuidas al dominio de lo consciente, criterio que pierde toda vigencia con la aparición del psicoanálisis, en especial en lo referente a la voluntad y a la memoria, por lo que también éstas se examinarán en apartados específicos; por último, porque todas las anteriores también aparecen como "funciones superiores del Sistema Nervioso Central" o "funciones corticales superiores" en la psicopatología de orientación biomédica, sesgo que nos interesa soslayar aquí. Así pues, optamos por titular "semiología de la razón" al estudio de las alteraciones del juicio y de la inteligencia, esto es, de la capacidad razonadora, y aunque el título pueda pecar de un cierto anacronismo nos remitirá directamente a la época del nacimiento de la moderna psicopatología, en la cual no era extraño encontrar tal designación.

Siguiendo a José Ferrater Mora (1981), se llama "razón" a cierta facultad atribuida al hombre por medio de la cual se le ha distinguido de los demás miembros de la serie animal. Mediante tal facultad se alcanza un cierto conocimiento de lo universal y necesario, se accede al reino de las "ideas". La razón le "explica" al individuo por qué algo es como es y no otra cosa. La razón es una característica tan humana como el lenguaje y resulta tan inseparable de éste que a veces se la ha definido como un "decir" (λέγειν, *leguein*), pues el término *logos* (λόγος) valía tanto para "habla" o "discurso" como para "razón" o "acto de razonar". En castellano, según el *Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)* en su edición de 1984, "razonar" significa "discurrir manifestando lo que se discurre o hablar dando razones para probar una cosa", es decir, en nuestro idioma –y en otras lenguas indoeuropeas latinas o no latinas– "razonar" es tanto entender algo como hacerse entender por los demás.

En la historia de la filosofía, "intelecto", usado muchas veces como sinónimo de "entendimiento", procede del latín *intellectus*, voz con la que se tradujo el *nous* griego, en su origen "espíritu", pero también "facultad de pensar", "inteligencia", "sabiduría" (en la *Odisea*) e, incluso, "memoria". Aristóteles concebía el *nous* como la parte superior del alma, común a todos los seres inteligentes, y de ahí que el término adquiriese pronto la equivalencia con el concepto de "entendimiento agente", es decir, el pensamiento o la inteligencia objetivos, capaces de juzgar libres de la influencia de las pasiones.

Próximo a los anteriores, el "juicio" se consideraba el acto mental por medio del cual nos formamos una opinión de algo, o –dicho en términos más psicológicos– "el proceso mental por medio del cual decidimos conscientemente que algo es de un modo u otro" (Ferrater Mora, 1981). Procedente del latín *iudicium*, donde además de los significados propios del Derecho recibió también los de "opinión", "discernimiento" y "reflexión", el "juicio" así entendido siempre tuvo contenidos cercanos a la moral y a la locura, como bien recoge aún en la actualidad nuestro *DRAE*: "facultad del alma, en cuya virtud el hombre puede distinguir el bien del mal y lo verdadero de lo falso", y asimismo "estado de la sana razón como opuesto a locura o delirio". La relación del juicio con el lenguaje se muestra además en que "juicio" también significa "proposición", esto es, opinión verbalizada.

Tanto en el lenguaje de uso como en el de la psicopatología, la noción de "juicio" es superponible a la de "sentido común" y a la de sensatez o capacidad de juzgar razonablemente las cosas, si bien los psicopatólogos del siglo XIX la basaron más directamente en la *common sense philosophy* desarrollada por la llamada escuela escocesa a partir de la segunda mitad del XVII, y en especial en las producciones de Thomas Reid, James Beattie y Dugald Stewart, pensadores que tanto influyeron en la psicología funcionalista. Estos filósofos retomaron el concep-

to aristotélico-tomista de "sentido común", función mental compleja que opera una suerte de unificación sobre los datos que nos proporcionan nuestros sentidos. Dicha unificación no sólo tiene un alcance individual, sino que implica un "acuerdo" universal respecto a ciertos principios o "verdades evidentes por sí mismas" que se suponen aceptables para todos los individuos (la existencia de las cosas materiales, del espacio y el tiempo, de una cierta jerarquía moral de los valores, etc.), como si la naturaleza racional de todo ser humano exigiese una inclinación natural hacia dichos principios. Para la escuela escocesa, el sentido común es una facultad que percibe la verdad por medio de un "impulso instantáneo, instintivo e irresistible", y equivale a la razón, entendida ésta como algo más que capacidad de argumentación, es decir, como capacidad de percibir las cosas no sólo como estímulos, sino como realidades. Según estos pensadores, poner en duda el sentido común sería absurdo, pues aunque muchas de sus "verdades evidentes" no sean demostrables sino sólo "mostrables", el sentido común podrá equivocarse en cuestiones de hecho pero nunca en cuestiones de principio, que son justamente las que establece (Ferrater Mora, 1981). Este pragmatismo tan anglosajón ha seguido luego caminos menos simplistas y tautológicos, pero en su formulación original prendió bien en los alienistas decimonónicos, carentes de elementos teóricos para describir ciertos fenómenos propios de la locura, quienes sin grandes vacilaciones apelaron a su propio y personal sentido común para juzgar la sensatez de sus pacientes. Digamos en su descargo que el principio de adecuación, comprensión o inteligibilidad de lo dicho por un otro sigue siendo difícil de excluir en la práctica clínica actual.

El término castellano "inteligente" proviene del latín *intelligens*, "el que entiende", "entendido", "perito", participio activo de *intelligere*, "comprender", "entender", derivado a su vez de *legere*, "coger", "escoger" (Corominas y Pascual, 1991). *Intellegentia* tuvo diferentes acepciones durante los años de pervivencia del latín como lengua de cultura, sobre todo en el amplio campo de la filosofía. Ya en la Roma Antigua fue empleado como sinónimo de "entendimiento o intelecto", es decir, del *nous* griego. Cicerón tradujo así (*inter-legentia*) la *dianoesis* platónica, esto es, el pensamiento discursivo, que procede mediante el razonamiento, a diferencia de la *noesis* o pensamiento intuitivo, captación intelectual inmediata de una realidad inteligible. En una de sus primeras obras, *La invención retórica*, Cicerón consideró que la inteligencia ("lo que hace comprender los acontecimientos presentes") es, junto con la memoria y la previsión, uno de los componentes de la prudencia.

En su sentido más psicológico, a lo largo de los siglos el término "inteligencia" ha designado una determinada categoría de actos mentales diferenciada de las actividades automáticas o instintivas y de los movimientos afectivos, catego-

ría que constituiría la "facultad" de conocer, comprender, razonar o idear algo nuevo. El abandono de la terminología de la "psicología de las facultades" (inteligencia, memoria, voluntad y, a veces, sentimiento) para ser sustituida por la de las corrientes funcionalistas no evitó que, definida la inteligencia como un conjunto de funciones, se la considerase como "una función fundamental", es decir, compleja y similar a una "facultad". En psicología animal se ha caracterizado a la inteligencia como la capacidad de algunos organismos de adaptarse a situaciones nuevas utilizando el "conocimiento" adquirido en anteriores procesos de adaptación, definición demasiado pragmática que no cubre la existencia de una inteligencia también "teórica" en algunos vertebrados superiores. En psicología humana suele entenderse por "inteligencia" la capacidad general del individuo para ajustar conscientemente sus procesos mentales a las nuevas exigencias procedentes de la realidad, concepción bastante próxima a algunas definiciones que ya vimos en el capítulo dedicado a la semiología del pensamiento (por ejemplo, pensamiento operativo). Por otra parte, para intentar matizar los distintos aspectos de la inteligencia, se ha recurrido a menudo a su oposición mediante "tipos" antitéticos; así, se ha hablado de inteligencia espontánea y provocada, analítica y sintética, objetiva y subjetiva, teórica y práctica, individual y social, etc. En su *Psicopatología general*, Jaspers propuso una definición "holística", que de un modo u otro ha persistido hasta hoy, definiendo la inteligencia como "el conjunto de todas las *capacidades* y de todos los *instrumentos* convenientemente aplicados, utilizables para no importa qué rendimientos en la adaptación a los problemas de la vida". Confirmada pues la dificultad de su definición precisa, debemos constatar también que las diversas escuelas de psicología y psicopatología sí han coincidido por lo general en reseñar dos componentes constantes de lo que entienden por inteligencia: el primero es la capacidad de conseguir y acumular experiencia, y el segundo consiste en la capacidad de aplicar de modo útil las experiencias acumuladas.

Aunque durante temporadas relativamente largas se ha querido dar al término "inteligencia" un significado desprovisto de la contaminación afectiva, también señalábamos en el capítulo sobre el pensamiento el retorno actual de expresiones como "inteligencia emocional", lo cual parece indicar que ningún consenso es capaz de delimitar funciones tan complejas –tan humanas, en suma– como las que pretenden designar los términos que venimos estudiando en este apartado sobre la semiología de "la Razón" o, dicho de modo menos arcaizante, de las llamadas "facultades mentales superiores".

Sobrevolado rápidamente el amplio abanico de términos relacionados con la humana capacidad de razonar, es pertinente insistir en que ninguno de ellos alude a una "realidad concreta": no es lo mismo afirmar de alguien su poco sentido

común o asegurar que tiene sólo dos millones de hematíes. Los conceptos aquí descritos no son sino la importación a la práctica clínica de las atribuciones hechas por un interlocutor concreto, en una cultura determinada, sobre algunos aspectos de la conducta de otro individuo, conducta que se espera sea adaptada a los valores dominantes en dicha cultura en ese momento de su historia.

Los elementos semiológicos que detallaremos a continuación surgieron de los estudios clínicos llevados a cabo en los últimos doscientos años siguiendo tres vías principales: la semiología tradicional referente al "juicio o raciocinio", la investigación psicométrica de la inteligencia, nacida a principios del siglo XX y que se consolida más bien como un método auxiliar de diagnóstico pero que no genera realmente una semiología, y en tercer lugar y apoyadas parcialmente en elementos de las anteriores, las descripciones de los grandes síndromes que afectan de modo principal a estas dos "funciones intelectuales" y en general a todas las "facultades mentales superiores".

29.1. Semiología del juicio o raciocinio

En psicopatología, el "juicio" es un término extenso y algo impreciso referido a todo acto intelectual valorado desde el punto de vista de "*la Razón*", la cual, según Henri Ey, "sobrepasa a *la Consciencia* en tanto que se erige en un sistema de valores, construido en la intersección de la experiencia personal y del saber colectivo"; el juicio es por tanto una función compleja que requiere el concurso de la atención, la reflexión, la lógica, la memoria, etc. (Porot, 1977). Noción muy cara a los psicopatólogos del siglo XIX, el juicio es la capacidad de compartir y manejar una jerarquía de valores lógicos, morales y sociales de modo que ante una situación determinada el individuo consiga evaluarla y seleccionar una adecuada línea de acción o de opinión. Tal situación puede ser cualquier acontecimiento o conjunto de circunstancias concernientes o no al sujeto, las ideas o la conducta de un tercero o la propia autocrítica. Como ya expusimos anteriormente, son evidentes tanto su semejanza con lo que habitualmente se entiende por "sentido común" como su carga ideológica, pues la exploración y valoración del juicio siempre se ha basado en comprobar la mayor o menor adhesión de los actos y opiniones del paciente a lo esperado por la ideología dominante. Juicio y raciocinio suelen ser sinónimos en los tratados de psiquiatría españoles, mientras que los franceses diferencian entre *jugement* y *raissonement*, término este último poseedor de un significado más próximo a nuestro "razonamiento", esto es, a la llamada "inteligencia operativa", de matices más lógicos que morales o sociales.

La psicopatología clásica, como le era habitual, estudió las alteraciones del juicio distribuidas en aumentos, disminuciones y distorsiones, no siempre fáciles de distinguir entre sí en la clínica, siendo muy frecuente que se registren bajo términos generalizadores, como "errores de juicio" o "falta de juicio de realidad".

29.1.1. "Aumentos", facilitaciones o "excesos" de juicio

De forma un tanto equívoca, se han aplicado estos tres términos a situaciones más subjetivas que objetivas en las cuales el individuo puede sentir aumentada la agudeza de su capacidad de juicio, si bien sólo lo estaría muy superficialmente y en realidad sostenida por grados muy débiles de conceptualización y razonamiento (Tribolet y Sahidi, 2000). Así ocurre en la ingesta de ciertos tóxicos a dosis psicoestimulantes, en la taquipsiquia del maníaco y en algunos interpretadores delirantes.

29.1.2. Disminuciones, debilitamientos y "pérdidas" de juicio

Suelen consignarse así las situaciones en que hay una afectación global de la capacidad razonadora, mientras que las "distorsiones" –que veremos en el siguiente apartado– afectan a aspectos parciales. Disminuciones globales del juicio son observables en circunstancias de afección psicoorgánica, como ocurre en el síndrome confusional: la bradipsiquia, la desorientación, el déficit atencional y la alteración perceptiva características de este síndrome facilitan la pobreza de juicio o sus errores en la apreciación de las situaciones en que puede encontrarse el paciente. Por motivos semejantes, la capacidad de juicio se ve mermada en las demencias, manifestándose como pérdida de autocrítica, disminución del autocontrol y del respeto a ciertas normas sociales (pérdida del pudor, desinhibición de diversos modos de conducta, etc.), apreciación errónea de circunstancias reales que llega a rozar lo delirante (la pérdida de un objeto suele ser vivida como un robo, crece la suspicacia, aparecen ideas infundadas de ruina), o bien el sujeto no valora adecuadamente –en más o en menos– sus condiciones físicas. También se ha hablado de disminuciones del juicio en delirios mal estructurados, en la desorganización psicótica severa y en los estados de evolución deteriorante de la esquizofrenia. Algunos autores reseñan el déficit de juicio de las "pseudodemencias" (las pararrespuestas y la conducta insensata del síndrome de Ganser, por ejemplo) y de las "demencias transitorias" o depresiones del anciano (que suelen cursar con ideas de ruina o con valoraciones hipocondríacas del estado de la salud).

También en situaciones de institucionalismo (como en la "neurosis institucional" de Russell Barton), de falta de libertad o de coerción ideológica prolongada (el "síndrome de Estocolmo" de los secuestrados).

29.1.3. Distorsiones del juicio

La tradición psicopatológica separó de modo un tanto arbitrario diversos tipos de distorsiones del juicio, no siempre "puros" y casi nunca independientes del estado tímico del sujeto. Pueden darse como rasgos del carácter y como componentes de la sintomatología de diversas entidades nosológicas. Mantendremos tal división no sin insistir en que sólo lo hacemos a efectos expositivos.

a) Distorsiones por inferencia arbitraria. El individuo formula conclusiones generales o específicas sin evidencia que las apoye o incluso en contra de las evidencias. Se aprecia en las atribuciones que hacen a los otros los sujetos suspicaces o en la proyección abierta que traduce un fondo de ansiedad paranoide. También en la prospección pesimista de los melancólicos o en los delirios de ruina de las llamadas "depresiones con síntomas psicóticos".

b) Distorsiones del sistema de valores. Se describen así las alteraciones del juicio presentes en cuadros variados cuyo común denominador es la conservación de los procesos lógicos pero que se ven dirigidos de forma inadecuada por una convicción previa que actúa como un falso postulado; el sujeto orienta todos sus razonamientos a confirmar tal creencia. Así ocurre en el "racionalismo morboso" (*rationalisme morbide*), donde el sujeto prescinde de los factores afectivos e interpreta la realidad sólo según principios abstractos. También en el pensamiento paralógico propio de los fanáticos de diverso cuño.

c) Distorsiones de la adaptabilidad o flexibilidad del juicio. Equivalente a la "falta de apertura y libertad del juicio" según algunos autores. Falla la capacidad de incorporar nuevos elementos –en sentido amplio– y el individuo parece juzgar cualquier situación siempre mediante los mismos criterios, por lo general no muy abundantes ni variados. Caracteriza lo que suele entenderse como "psicorrigidez", propia del carácter anancástico, de la llamada "personalidad obsesiva" y cuadros similares, pero también puede aparecer en la paranoia (Marcel Montassut consideró la "psicorrigidez" como la propiedad primaria del psiquismo paranoico), en la "adhesividad a las ideas" descrita en el carácter "ictafín" de algunos epilépticos, y en individuos propensos a patología psicosomática.

d) Distorsiones de la amplitud del juicio. Se han descrito distintos subtipos. La *maximización* exagera la magnitud de un acontecimiento y su repercusión en la vida del sujeto; su opuesto es la *minimización*. La *sobregeneralización* o *generalización excesiva* extrae conclusiones a partir de elementos aislados y establece reglas generales que aplica a situaciones inconexas con la de partida; se diferencia de las distorsiones de la flexibilidad antes expuestas en que sí puede incorporar hechos nuevos, pero siempre los tomará de forma aislada, lo que por otra parte la aproxima al juicio caprichoso, errático o inestable que trataremos inmediatamente. La *abstracción selectiva* es un error de juicio consistente en valorar una situación polarizando la atención sobre uno de sus componentes parciales, descontextualizándolo, sobrevalorándolo y prescindiendo de otros elementos importantes.

e) Distorsiones de la estabilidad del juicio. Algunos sujetos pueden cambiar sus juicios rápida e inopinadamente, sin que hayan aparecido elementos nuevos que lo justifiquen. Es frecuente en estatus maníacos, pero también como rasgo caracterial en personas volubles de estructura histérica.

f) Distorsiones de la firmeza o solidez del juicio. La baja autoestima, la inseguridad en sí mismo y, sobre todo, la sugestionabilidad o influenciabilidad, suelen comportar una escasa convicción en los propios juicios, y la opinión del individuo se ve afecta de inconstancia.

g) Distorsiones tímicas del juicio. Quizá las más frecuentes tanto en el terreno psicológico como en el psicopatológico son las deformaciones debidas a factores emocionales. Fenómeno típico del pesimismo con que los melancólicos suelen juzgar su entorno o su futuro, pero también de los *faux esprits* de la escuela francesa, expresión frecuente pero incorrectamente traducida como "falsos espíritus" que convendría mejor traducir como "inteligencias equivocadas", es decir, aquellos polemistas inagotables, convencidos de su fuerza dialéctica, cuyos razonamientos sufren una incontrolable polarización afectiva, estableciendo juicios de sesgo personal y pasional, ergotistas y por encima de cualquier consideración hacia sus prójimos (Porot, 1977); en el terreno abiertamente psicopatológico su arquetipo es el querulante, y su equivalente sociológico actual serían muchos de los llamados "tertulianos" de algunos programas radiofónicos.

29.2. Semiología de la inteligencia

Como ya se indicó, la función del juicio se refiere a la valoración que un individuo hace de situaciones concretas mientras el término inteligencia se emplea

como referente de la capacidad racional general. Desde los inicios del alienismo se hizo necesario distinguir entre los débiles mentales y los alienados. Éstos, *grosso modo,* se caracterizaban por tener trastornos emocionales e incluso del juicio, que podían o no acompañarse de deterioro intelectual partiendo de un desarrollo previo normal; en cambio, los primeros presentaban déficits intelectuales desde su nacimiento o su primera infancia. Probablemente fue Esquirol (*Des maladies mentales*, 1838) el primero en afirmar y caracterizar tales diferencias, dando además suma importancia al desarrollo y manejo del lenguaje para determinar el nivel de inteligencia de un individuo. A finales del siglo XIX la psicometría iniciada por *sir* Francis Galton comenzó a producir instrumentos de medida, continuados por Cattell y, ya en el siglo XX, por Binet y Simon (versiones de 1905, 1908 y 1911 para la medida de la "edad mental") y por Terman (autor del concepto de "cociente de inteligencia"). Se establecieron tests que medían aspectos parciales, y antes de 1927 Spearman ya había elaborado su "factor G" de correlación general (Anastasi, 1967). El posterior desarrollo de la psicometría a lo largo del siglo XX no ha producido, sin embargo, lo que suele entenderse por una semiología clínica, ya que su progresiva complejización constituye más bien un método de diagnóstico auxiliar. Por otro lado, el número de comportamientos inteligentes puede ser en la práctica incontable, por lo cual en realidad lo que estudia la psicometría es un constructo, "la inteligencia", basado en la respuesta del individuo ante un predictor, el test. La semiología de la inteligencia suele confundirse con la nosología de los grandes síndromes (oligofrenias y demencias), y ello nos parece un inconveniente debido a que se mantendría así la confusión conceptual entre la psicopatología y sus ciencias auxiliares que ya señalamos al principio de esta Parte IV. Por lo tanto, juzgamos más adecuado sistematizar el léxico semiológico referente a la inteligencia siguiendo en parte el clásico esquema sindrómico recogido por Higueras, Jiménez y López en su *Compendio de psicopatología* (1980): *a)* déficits precoces; *b)* inhibiciones no deficitarias; y *c)* pérdidas o deterioros.

Déficits precoces de la inteligencia

Reciben en la actualidad el nombre general de oligofrenias, que tiende a sustituirse por la expresión "Retraso Mental" desde la edición de la *CIE-10* (1992). Se deben a causas orgánicas directa o indirectamente relacionadas con daño o disfunción cerebral. Conllevan una organización peculiar de la personalidad en la línea de la inmadurez, así como dificultades de adaptación a los ambientes y exigencias de la vida normal. La *CIE-10* establece cuatro grados (leve, moderado, grave y profundo) que se corresponden a su vez con cuatro tramos psicométricos (respectivamente, CI entre 50 y 69, entre 35 y 49, entre 20 y 34, y, finalmente,

inferior a 20). Pese a que suele emplearse el cociente intelectual (CI) como elemento diagnóstico, la OMS siempre ha insistido en que no es ése el criterio definitivo para establecer el grado de retraso, sino la valoración global de los desempeños del individuo. Una descripción detallada de cada una de estas subcategorías puede encontrarse en la *CIE-10*, pp. 277 y ss. También determinadas condiciones de privación de estímulos relacionales o psicosensoriales ("niños-lobos", déficits sensoriales, maltrato psicológico precoz, etc.) pueden dar lugar a déficits permanentes en el desarrollo de la inteligencia, que han sido a veces llamados pseudo-oligofrenias. Asimismo se aprecian en el autismo infantil.

Inhibiciones de la inteligencia

Por lo general transitorias, aparecen en cuadros depresivos pasajeros, crisis evolutivas o situaciones de fatigabilidad neurótica. Afectan más bien a los rendimientos de la vida cotidiana y no tienen traducción llamativa en los tests. Ciertas "inhibiciones falsas" se han descrito en el síndrome de Ganser, síndrome del bufón o pseudodemencia. La "neurosis institucional" descrita por Russell Barton en los asilados, recuperable en ocasiones, puede ser incluida aquí, y en relación cercana también se discute, no sin razón, si las evoluciones peudodemenciales de la esquizofrenia no serían en cierto modo una inhibición a veces reversible.

Pérdidas o deterioros de la inteligencia

Son procesos de instauración tardía, debidos a causa orgánica (involutiva, vascular o mixta). Constituyen los distintos tipos de demencias, caracterizadas por algunos rasgos comunes: alteraciones de la capacidad de cálculo numérico, de la atención y la concentración, de la memoria de fijación, del uso del lenguaje, el control instintual, etc.

30

SEMIOLOGÍA DE LA VOLUNTAD

En sus *Méditations*, Descartes entendía la voluntad como la facultad que permite al hombre afirmar o negar algo o emprender alguna acción sin sentirse coaccionado por ninguna fuerza superior a la Razón. Tal concepción siguió latiendo en parte en las ideas de la llamada "Psicología de las Facultades", que tanta influencia ejerció en la consolidación de la psicopatología del siglo XIX, al dividir los fenómenos mentales en tres grandes esferas presuntamente independientes: la de las emociones, la de la razón y la de la voluntad. Según la psicopatología inspirada en dicha escuela, la enfermedad mental consistiría en la alteración de una o varias de tales esferas. Tras las consideraciones iniciales de Esquirol (1838) y Marc (1840) relativizando la autonomía de las facultades, la semiología de la voluntad alcanzó su máximo protagonismo a partir de los trabajos de Ribot (1883), que la sistematizó en dos grupos de trastornos: aquellos que eran el resultado de una ausencia de impulso y aquellos que resultaban de un exceso de impulso. La voluntad se estudió desde entonces en su doble vertiente: *activa,* cuando se trata de ejecutar algo conveniente para el individuo, e *inhibidora,* cuando se trata de frenar algún impulso inconveniente. A partir de la Primera Guerra Mundial, la acción combinada del antimentalismo conductista y el cuestionamiento de la voluntad consciente por parte del psicoanálisis hicieron casi desaparecer de los tratados la semiología de la voluntad, pero los fenómenos que ésta estudiaba persistían en la clínica (la abulia, por ejemplo), por lo que los conceptos que pretendían abarcarlos fueron reapareciendo y manteniéndose en el lenguaje psicopatológico con nombres diversos hasta la actualidad (trastorno amotivacional, trastornos del control de impulsos, etc.), no sin una indeseable imprecisión en la delimitación de

los signos descritos. Debiendo atenernos en estos *Fundamentos* a una exposición sucinta del vocabulario semiológico tradicional, recomendamos al lector interesado la consulta de las elaboraciones historiográficas que sobre la semiología de la voluntad han publicado Foulquié (*La volonté*, 1972), Gili y Roca ("Psicopatología de la acción y la voluntad", 2000) y Sánchez y Segarra ("Trastornos del control de impulsos", 2001), y estudiando sus diferencias con la apatía y la esfera de los afectos, la de Sánchez, Eguíluz y Gutiérrez ("Psicopatología de la apatía", 2000).

Abulia e hipobulia

Aunque el término "abulia" (de ἀ-, partícula negativa, y *boulé*, βουλή, "voluntad", "falta de voluntad") había sido ya empleado en 1847 por Leubuscher y posteriormente por Guislain y Griesinger para designar un trastorno consistente en abolición de la voluntad sin defecto en las otras "facultades" (ver diferencias con *apatía* en semiología de la afectividad), la definición que a nuestro entender mejor asienta el concepto es la dada por Ribot siguiendo a Schüle, en el marco de la sintomatología melancólica: "La abulia, *la conciencia de no poder desear actuar*, es la auténtica esencia de esta enfermedad". El sujeto abúlico no duda, sabe lo que debería hacer, pero parece haber perdido su capacidad de iniciativa, e imaginarse emprendiendo la ejecución de cualquier acto, por banal que sea, parece costarle un esfuerzo desmesurado o imposible. El debate acerca de si la abulia es un trastorno primario o si se debe a un problema afectivo previo se inició ya en el siglo XIX y persite en la actualidad, dependiendo su valoración semiológica del paradigma elegido por cada autor. Los sinónimos clásicos *pereza de la voluntad* e *hipobulia* han dejado paso a otros más actuales como *adinamia*, *anergia*, *amotivación* y *avolición*, que han tratado de dar cuenta del concepto originario de *ausencia de voluntad*. Como síntoma, la abulia fue reseñada con diferencias de grado en multitud de entidades nosológicas tales como la melancolía, la demencia, las oligofrenias, la manía crónica, la "demencia precoz" kraepeliniana, las lesiones de los lóbulos frontales y otras.

Acinesis o acinesia

De *a* (ἀ-), partícula negativa, y *quínesis* (κίνησις), "movimiento"; literalmente "sin movimiento", "inerte". Término empleado por Wernicke para describir estados orgánicos de enlentecimiento psicomotor, apatía, falta de espontaneidad y "debilidad de la voluntad". Desde 1900 se convirtió en sinónimo de *abulia* y así lo entendió von Economo en 1921 a partir de sus investigaciones sobre la encefalitis letárgica, pero lo relacionó con el trastorno orgánico, pasando así al léxico de la neurología, aunque se siguió usando también en la semiología de la volun-

tad de los trastornos psiquiátricos (Kleist lo destacó en la catatonía). Sin que se alterasen sus emociones, algunos pacientes comunicaban la imposibilidad de obligarse a sí mismos a emprender cualquier acción aunque deseasen hacerla, es decir, en ausencia de apatía. Como es lógico, puede observarse en las mismas entidades reseñadas para la abulia, palabra preferible para señalar el trastorno de la voluntad. Algunos autores valoran más el componente motor y lo estudian en la semiología de la psicomotricidad (véase el capítulo 34).

Negativismo, oposicionismo o "voluntad contraria"

Rechazo sistemático a las solicitaciones, instrucciones o comunicaciones provenientes de los otros, de modo que el paciente puede llegar al aislamiento más severo y mutista. Para algunos autores era una *hiperbulia* o "exceso de voluntad", y para otros una *desviación* o *distorsión de la voluntad.* Se ha descrito un negativismo *pasivo,* en el que el paciente simplemente se abstiene de colaborar, y un negativismo *activo,* cuando hay una voluntariedad ostensible en hacer lo contrario de lo que se espera o desea que haga. Estas manifestaciones se han asociado frecuentemente a la esquizofrenia catatónica, a la discordancia de Chaslin y a lo que denominan los franceses "síndrome disociativo", pero también hay oposicionismo en algunos estados melancólicos, en maníacos, en demencias y en oligofrenias. No es raro hallarlo en formas de histeria muy descompensadas, y algunos autores lo reseñan en la anorexia nerviosa y otros cuadros. Negativismos egodistónicos vividos con conciencia de trastorno se observan en neurología en algunas lesiones cerebrales muy circunscritas.

"Exceso de voluntad", hiperbulia

De *hiper* (ὑπέρ-), "sobre", y *boulé* (βουλή), "voluntad". Bajo este impreciso término se han agrupado diversos comportamientos pretendidamente explicados por una polarización de la voluntad siempre relacionada con la convicción delirante o con la obstinación maníaca. Así se han entendido la *estenia reivindicativa* de los querulantes, la persistencia de la vigilancia, las amenazas o el acoso a que someten los erotómanos y los celópatas al objeto de su amor, el empeño tenaz de algunos hipertímicos en pro de la consecución de sus grandiosos proyectos, etc.

Ambitendencia o ambivalencia

El término *ambivalencia,* acuñado por Bleuler en su monografía de 1911 para designar un fenómeno específico del funcionamiento mental de la esquizofrenia ("la tendencia de la psique esquizofrénica a otorgar a los psiquismos más diversos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo") y generalizado por Freud para otras situaciones de la vida psíquica, terminó teniendo tal fortuna que sus-

tituyó desde los primeros años años del siglo XX a la *ambitendencia*, vocablo con el que se venía hasta entonces aludiendo a la imposibilidad de escoger entre acciones alternativas por tender simultáneamente el individuo a deseos contrapuestos. Bleuler también lo describía como una especie de *negativismo interno*. La ambitendencia permitió explicar conductas consistentes en interrupción o bloqueo de acciones emprendidas, inhibiciones diversas y actos de apariencia compulsiva, propios de algunos estados psicóticos u obsesivos, de la agitación, las demencias o las oligofrenias. En su sentido más blando y extenso, *ambivalencia* es un rasgo observable tanto en la vida normal como en numerosas patologías.

"Negativismo intelectual"

Eugen Bleuler empleaba esta expresión para subrayar una especial forma de *negativismo interno*, manifestación de la *ambivalencia*, fenómeno observado en esquizofrénicos catatónicos y consistente en que a cada pensamiento los pacientes se veían obligados a pensar en lo contrario ("Yo estoy en el Burgölzi. No, no estoy en el Burgölzi"). Es evidentemente un trastorno del pensamiento, pero no siempre se vive como imposición exterior, por lo que hemos preferido describirlo en este apartado dedicado a los trastornos de la voluntad.

Sugestibilidad y obediencia automática

Se ha hablado de *sugestibilidad* o *heterosugestibilidad* cuando el sujeto es muy proclive a cambiar sus decisiones u opiniones en virtud de la influencia de una voluntad exterior. El grado extremo sería la *obediencia automática,* consistente en que el individuo realiza de modo instantáneo e impersonal cualquier orden que reciba, incluso aunque le acarree consecuencias dolorosas. Con distintos matices, fenómenos de este cariz se ven en los adeptos a sectas y similares, en algunas oligofrenias, en la histeria disociativa, en cuadros hebefrénicos y catatónicos, en algunos *delirium* psicoorgánicos y en trastornos debidos a lesiones cerebrales circunscritas.

Alteraciones de la voluntad inhibidora (*raptus*, impulsiones, trastornos del control de impulsos)

La patología de la función inhibidora de la voluntad se invoca ante conductas muy dispares que van desde simples rasgos de carácter (inmadurez, caprichos) hasta trastornos de base psicoorgánica (epilepsia, trastorno orgánico de la personalidad), pasando por la patología psiquiátrica propiamente dicha (trastornos de la personalidad, neurosis, psicosis). La expresión *trastornos del control de impulsos* utilizada en el último cuarto del siglo XX es heredera de las acuñadas durante el XIX, fundamentalmente de la *moral insanity* de Prichard y Bourdin, de las mono-

manías instintivas de Esquirol, la *folie impulsive* de Dagonet y de la impulsión de Pitres y Régis. El núcleo del fenómeno radica en la incapacidad de controlar un patrón de conducta que aparece en el sujeto en un momento dado o ante un estímulo concreto procedente del exterior o de su propia actividad mental (Sánchez y Segarra, 2001), ocurriendo con mayor frecuencia e intensidad en momentos de ansiedad o estrés. No es nada raro que los sujetos afectos se vean involucrados en actos médico-legales. La incapacidad de resistir el impulso se acompaña de un aumento de la tensión psíquica y una necesidad subjetiva de actuar; durante la acción, el individuo experimenta una sensación de placer, gratificación o alivio. Se han dividido en *actos impulsivos aislados* y *actos impulsivos generalizados*. En los primeros se han incluido conductas fenomenológicamente delimitables pero de alcances muy dispares, tales como la *cleptomanía*, el *juego patológico*, la *piromanía*, las *compras compulsivas*, los "atracones" de comida, la *dipsomanía* alcohólica o no, y diversas conductas autoagresivas que van desde la *tricotilomanía* (compulsión a arrancarse el cabello) a las *adicciones* a estupefacientes. Como *actos impulsivos generalizados* se han considerado afectaciones más globales de la personalidad que suelen incluir simultáneamente una afectividad fácilmente desbordable y la tendencia a reacciones agresivas explosivas y desproporcionadas. No falta tampoco quien coloca las parafilias entre los trastornos de la voluntad (véase el apartado 36.2; además, la perspectiva psicoanalítica de algunas de estas manifestaciones –*acting-out* y paso al acto– ha sido ampliamente expuesta en la Parte III de este volumen, y otros aspectos relativos a la impulsividad se abordarán en la semiología de la agresividad).

31

SEMIOLOGÍA DEL SUEÑO

El término "sueño" designa en español tanto el hecho de dormir como el de soñar. Otros idiomas sí poseen términos diferenciales específicos: el alemán, *Schlaf* y *Traum*; el inglés, *sleep* y *dream*; el francés, *sommeil* y *rêve*; y el italiano, *sonno* y *sogno*. En los párrafos siguientes emplearemos "sueño" para referirnos al período en que el individuo duerme, y "sueños" para nombrar los productos oníricos que se recuerdan al despertar; respecto al término "ensoñación", utilizado con ese último significado en algunos originales y traducciones, nos parece más pertinente reservarlo en castellano en su sentido original de producto –diurno, por supuesto– de la imaginación o fantasía. Estudiaremos aquí únicamente la significación semiológica de los trastornos del dormir, es decir, de las alteraciones que afectan a los componentes fisiológicos del ciclo vigilia-sueño.

La actividad rítmica es una propiedad inherente a los seres vivos. Uno de los ritmos más observables e importantes en los vertebrados es el ciclo vigilia-sueño, que en algunos mamíferos superiores y en particular en el hombre tiene la característica de ser un ritmo circadiano, es decir, de producirse cada venticuatro horas. Desde el punto de vista fisiológico, dormir constituye una función de reparación periódica de las funciones orgánicas caracterizada por un régimen especial de funcionamiento del Sistema Nervioso, régimen que conlleva una relajación reversible de las funciones de vigilancia, así como otros cambios que afectan al metabolismo cerebral, a la respiración, la temperatura, el ritmo cardíaco, la presión arterial, el tono y la actividad musculares, la regulación hormonal, etc. El sueño es un proceso "activo" del Sistema Nervioso Central, dependiente fundamentalmente de su respuesta a la estimulación o la inhibición que distintos factores, tan-

to internos como externos, ejercen sobre determinadas estructuras (fundamentalmente la sustancia reticular ascendente activadora, los núcleos talámicos y el hipotálamo). En su nivel histoquímico el sueño es inducido por un subsistema de neuronas serotoninérgicas, mientras que las neuronas de los subsistemas dopaminérgico y noradrenérgico son las responsables del despertar y del mantenimiento del estado de vigilia.

Los estudios poligráficos revelan que el sueño consta de dos fases: sueño no REM y sueño REM. Lo que diferencia a un estado de otro es la aparición de movimientos oculares rápidos durante la etapa REM (iniciales de *rapid eyes movement*). El sueño no REM suele preceder al REM y se caracteriza por una disminución progresiva de la conciencia, el tono muscular, etc. Suele dividirse en cuatro subfases. La etapa I es la fase de adormecimiento o sueño ligero y en ella aún se perciben la mayoría de estímulos del entorno; si se interrumpe en esta subfase, el sueño suele ser poco reparador. En la etapa II se produce un bloqueo en la recepción de la información sensorial y una desconexión del entorno; el sueño es parcialmente reparador. En la etapa III el bloqueo sensorial se hace más intenso con lo que el sueño es más profundo y si es despertado en esta fase, el sujeto experimenta desorientación y confusión pasajeras; esta etapa es esencial para el descanso. La etapa IV es la de mayor profundidad de sueño. En ella la actividad cerebral es más lenta y el tono muscular está muy reducido. Es también esencial para la restauración física y psíquica del organismo; en esta etapa pueden aparecer ensueños en forma de imágenes, luces o figuras vagas, pero nunca en forma de historia que se recuerde al despertar. El sueño REM aparece tras las cuatro etapas del sueño no REM. Durante este período, el tono muscular es nulo pero se producen movimientos oculares rápidos. Es ésta la fase en la que se producen los sueños en forma de narración. Estas series de etapas suelen repetirse cíclicamente a lo largo de la noche unas cuatro a seis veces, durando aproximadamente cada ciclo unos noventa minutos. Mientras que el sueño no REM tiende a concentrarse durante el primer tercio de la noche, el sueño REM aparece con mayor duración en el último tercio.

Estas comprobaciones fisiológicas apoyan la idea ancestralmente conocida de que la vida psíquica es continua. En este último terreno, *La interpretación de los sueños* de Freud (1900) constituyó un hito histórico al establecer nuevos modelos tanto del sueño-ensoñación como del dormir, que permitieron a su vez comenzar a construir una teoría más completa acerca del funcionamiento psíquico vigil, de la estructura y funciones del aparato psíquico y, sobre todo, de los aspectos inconscientes del psiquismo. La aportación freudiana consistió no sólo en desvelar el enmascaramiento que sufre la realización de deseos en los sueños, sino también las relaciones inconscientes que un sujeto puede establecer con el hecho de

dormir: negación de la regresión del sueño por asimilación inconsciente con la muerte en pacientes ancianos; temores fóbicos a la cama por su simbolismo edípico y sexual; protesta contra necesidades orales no satisfechas; temor a desposeerse de la capacidad de defenderse mediante la agresión; sensaciones de fusión o aniquiliación relacionadas con el "narcisismo primario", etc. (Bernard y Trouvé, 1978). Así, muchos trastornos del sueño adquieren a la luz del psicoanálisis un *sentido* que puede contribuir a que incluso el clínico no psicoanalista mejore la comprensión del caso particular de cada paciente, lo que siempre contribuye a facilitar estrategias de mejoría.

Manteniéndonos en el terreno estricto de la semiología clínica, conviene señalar que varios tratados recientes parecen confundir la semiología propiamente dicha con la nosología y la nosografía de las alteraciones del sueño, confusión quizá propiciada por la existencia admitida de trastornos monosintomáticos y por la propia terminología. Intentaremos atenernos en las líneas siguientes a la descripción de los términos desde el punto de vista estrictamente semiológico.

Disomnia

Término que etimológicamente tiene la significación general de "alteración del sueño". Creemos que no debería utilizarse como término semiológico, sino nosográfico, designando entonces los diversos tipos clínicos de insomnios e hipersomnias, es decir, los síndromes o alteraciones que afectan a la duración, calidad y horario del sueño, los cuales pueden ser primariamente psicógenos o secundarios a enfermedades o factores orgánicos.

Insomnio

Sinónimos: *agripnia*, *disgripnia*, *ahipnia*, *anhipnia*, poco usuales actualmente. Dificultad para conciliar o mantener el sueño. Se han propuesto como criterios objetivos el retraso superior a treinta minutos en la conciliación del sueño o una duración de éste inferior a seis horas, repitiéndose al menos tres veces por semana y persistiendo durante al menos un mes. Sin embargo, hay un acuerdo general en prestar la misma atención a la valoración y repercusión subjetivas que comunique el paciente; naturalmente, no es lo mismo un insomne voluntario que aproveche la noche para leer o realizar alguna actividad, que quien permanece seriamente angustiado porque no puede dormir. El insomnio se subdivide en *predormicional* o *de conciliación* (el individuo tarda en dormirse más tiempo del que esperaba), *dormicional* o *de mantenimiento* (despertares múltiples con dificultad de volver a conciliar el sueño) y *posdormicional* (despertar precoz). El insomnio de conciliación puede cursar con acortamiento del tiempo total de sueño o, por el contrario, con un despertar tardío. El insomnio no patológico puede ser una

consecuencia de los hábitos de vida y del consumo de sustancias excitantes (tabaco, alcohol, cocaína, etc.), de factores ambientales (ruido, calor, incomodidad del lecho), de ajuste biológico (altitud, *jet-lag*) y otros. En el terreno de la clínica puede aparecer como trastorno aislado, pero con mayor frecuencia es un síntoma más en diversos cuadros orgánicos (dolorosos, febriles, respiratorios, diabéticos, etc.) y mentales (incluyendo en éstos todo tipo de alteraciones, aunque conviene prestar una atención especial a la aparición del insomnio en aquellos sujetos que ya han presentado crisis psicóticas o en los que se sospecha puedan presentarlas).

Hipersomnia

También llamada *letargia*. Se denomina así el fenómeno consistente en que la necesidad de dormir aparece durante la vida vigil del individuo. Aparece también en cuadros de muy variada etiología, desde encefalitis, metabolopatías, intoxicaciones, síndrome de Elpenor, así como en otras enfermedades de causa desconocida pero atribuidas a patología neurológica o neuromuscular, tales como la narcolepsia o síndrome de Gélineau, etc. En psicopatología se reseña a veces en depresiones inhibidas; no es extraño registrar en sujetos neuróticos una hipersomnia defensiva frente a situaciones o ideaciones displacenteras.

Parasomnias

Son fenómenos anormales que ocurren durante el sueño o en los momentos de transición sueño-vigilia. Las más típicas de este subgrupo semiológico son la *somniloquia* (hablar durante el sueño), el *sonambulismo* (automatismo deambulatorio durante el sueño), los *terrores nocturnos*, las *pesadillas* y la *enuresis nocturna*.

32

SEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Estudiada con enfoque antropológico, la conducta alimentaria no obedece solamente al dictado del instinto de conservación, esto es, a la necesidad de procurarse alimentos y bebidas, sino que constituye un sistema de comunicación con los otros –así lo consideraba R. Barthes ("Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine", 1961)–, manifestando también la relación simbólica que cada individuo establece con todo lo que interviene en el hecho de nutrirse. Las alteraciones psicopatológicas de la conducta alimentaria han sido reseñadas por la medicina desde la Antigüedad clásica. La semiología médica dirigió su atención tanto sobre los trastornos cuantitativos del hambre y la sed como sobre sus aspectos cualitativos. En relación con estos últimos, algunos autores prefirieron usar la noción de *apetito*, no equivalente a la sensación de hambre por estar además conformado por factores culturales, psicobiográficos y simbólicos, incluyendo hoy día los inconscientes. La psicopatología de las dos últimas centurias ha seguido el esquema clásico de abordar los signos morbosos del comportamiento alimentario ordenándolos según criterios de defecto, exceso y alteración cualitativa. Naturalmente, las alteraciones relativas a la alimentación no deben en ningún caso entenderse únicamente como un trastorno del instinto, sino que indican a grandes rasgos una modalidad de relación con el Otro y con el objeto, relación en la que se pone en juego la dimensión de la necesidad, el deseo y la pulsión. Es en este marco donde conviene valorarlas y atribuirles una significación clínica.

Disorexia

Del griego *dis-* (δύς-), "mal", y *orexis* (ὄρεξις), "apetito". Usado ya por Galeno, *disorexia* nombraba cualquier trastorno del apetito, habitualmente la inapeten-

cia. Muy posteriormente se empleó como grado menor del síntoma *anorexia* (véase a continuación). La literatura anglosajona más reciente lo emplea como término clasificatorio genérico bajo el que agrupa "enfermedades" cuyos extremos son la anorexia y la bulimia. Otros autores, sin embargo, entienden como *disorexias* ciertos trastornos cualitativos de la conducta alimentaria que se caracterizan por ser transitorios y aparecer sólo en determinados momentos de especial tensión emocional, como los "antojos" de las embarazadas, los caprichos alimentarios de los condenados a muerte, etc. (Segarra y Aldama, 2001). De lo dicho deducirá el lector que el destino de este término, como el de muchos originariamente semiológicos, se ha inclinado hacia un significado más bien nosográfico.

Anorexia

Término de origen griego, derivado de *a-* (ἀ-), partícula negativa, y *orexis* (ὄρεξις), "apetito". En el siglo II la palabra ἀορεξία ya fue utilizada por Areteo de Capadocia con el significado de inapetencia, y desde el XVI aparece regularmente en la literatura médica. Sinónimos en desuso son *asitia*, *apocleisis* y *oligofagia*; el término *hiporexia* se usa hoy día en Medicina Interna como grado sintomático menor. *Anorexia* alude a la disminución del deseo de comer, que puede llegar a ser total e incluso acompañarse de repugnancia ante los alimentos. De aparición leve y pasajera en muchas circunstancias de la vida normal, no es un síntoma raro en enfermedades médicas de toda índole. En psicopatología tiene especial protagonismo en la entidad nosológica finalmente definida como "anorexia nerviosa" por la *CIE-10* (*consunción nerviosa* de Morton en 1689, *anorexia histérica* de Lasègue en 1873, *anorexia nervosa* de Gull en 1874, *anorexia mental* de Huchard en 1883, *partenoanorexia* o "anorexia de las vírgenes" de Babinski en 1895, *oligofagia psiconeurótica* de Decourt en 1951 y *abiorexia* de Klotz en 1955), que cursa además con adelgazamiento, el cual es negado, amenorrea y una especial personalidad. Nunca se insistirá lo bastante en que la anorexia como síntoma aislado no basta para establecer el diagnóstico de "anorexia mental", ya que puede aparecer formando parte del cortejo sintomático de muchos otros trastornos, especialmente en la melancolía inhibida y en la delirante, así como en las distintas formas de psicosis. En la clínica psicoanalítica no escasean diversos grados de dificultades con la alimentación en las estructuras neuróticas de toda índole. En el seminario *La relation d'objet* (1956-1957), Lacan desarrolló su tesis según la cual la anorexia no consiste en no comer, sino en "comer nada": "Insisto, eso significa *comer nada*. Nada es precisamente algo que existe en el plano simbólico. No es un *nicht essen* [no comer], es un *nichts essen* [comer nada]. Este punto resulta esencial para comprender la fenomenología de la anorexia mental. Se trata concretamente de que el niño come nada, algo muy distinto a la negación de la actividad. Frente a

lo que tiene delante, esto es, la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esta nada, consigue que ella dependa de él. Si no captan esto, no pueden entender nada, no sólo de la anorexia mental, sino también de otros síntomas, y cometerán equivocaciones muy graves".

"Rechazo de alimentos" (*"refus alimentaire"*)

Los psicopatólogos franceses suelen emplear esta expresión para acentuar las diferencias que con la anorexia mental tienen el rechazo o restricción alimentarios que aparecen en el curso de algunos procesos psicóticos, generalmente como consecuencia de ideas delirantes de envenenamiento o de órdenes alucinatorias. Es sinónimo de *sitofobia*, concepto que describimos a continuación.

Sitofobia, sitiofobia o siciofobia

Sition o *sicion* (σιτίον), "trigo", "alimento", y *phobos* (φόβος), "miedo", son las raíces griegas de un término que, como señala Charles Bardenat en el *Diccionario de Psiquiatría* de A. Porot, responde pocas veces al mecanismo de las fobias. A lo largo del siglo XIX se empleó abundantemente en los tratados médicos y psicopatológicos con significados que iban desde la dificultad para tragar (disfagia) hasta el rechazo delirante, pasando por la inapetencia melancólica. Su uso actual es muy escaso, pero cuando se emplea suele aludir a reducciones selectivas o totales de la alimentación en las psicosis, conservando el paciente la sensación de hambre e incluso el gusto por los alimentos aunque se prive de ellos en virtud de su delirio.

Adipsia

Del griego *a* (ἀ-) y *dipsa* (δίψα), "sed". Disminución de la sensación de sed y de la ingestión voluntaria de líquidos. Es infrecuente y suele deberse a trastornos neurológicos (lesiones hipotalámicas), pero también aparece en oposicionismos psiquiátricos y en cuadros psicóticos del mismo cariz que los señalados en la entrada "rechazo de alimentos".

Hiperfagia

De *hiper* (ὑπέρ), "sobre", y *fágomai* (φάγομαι), "comer". Sinónimo: *hiperorexia*. Consumo excesivo de alimentos, por lo general sostenido y como respuesta a situaciones de angustia y frustraciones. Como rasgo de carácter está detrás de muchas obesidades que se vivencian como apetito exagerado. Síntoma episódico o permanente en algunos accesos maníacos y en psicosis esquizofrénicas. En la bulimia nerviosa (criterios de la *CIE-10*) reviste un patrón particular, en el cual se superponen a la hiperfagia propiamente dicha los atracones con o sin provocación posterior de vómitos. También aparece hiperfagia en algunos procesos neu-

rológicos raros, como el síndrome de Klüver-Bucy (hiperfagia, agnosia visual e hipersexualidad por destrucción bilateral de los lóbulos temporales).

Sitomanía, sitiomanía, siciomanía

De *sition* (σιτίον), "alimento", y *manía* (μανία), "exaltación". Propuesto por Gilbert Ballet en 1900 como una "obsesión por ingerir alimentos" caracterizada por accesos de inicio tan brusco como su terminación, tal patrón de conducta se correspondería con los hoy llamados "atracones" o "accesos bulímicos". Actualmente se usa poco y casi siempre en sentido general.

Bulimia

De *bous* (βοῦς), "buey", y *limós* (λιμός), "hambre". βουλιμία ya fue usado en la Grecia clásica con el significado de "hambre devoradora" (Kapsambelis, 1997). El término "bolismo" (*bolisme*) aparecía en los tratados médicos franceses al menos desde finales del siglo XIV. Aunque Pinel, en su *Nosographie philosophique*, concibió la bulimia como una especie morbosa consistente en "hambre demasiado intensa y a menudo insaciable" y la incluyó en las "neurosis de las funciones nutritivas", durante el siglo XIX el término conservó un sentido exclusivamente semiológico y sinónimo de otros vocablos generales, tales como *cinorexia* (literalmente, "hambre perruna") y los ya comentados *hiperorexia*, *hiperfagia* y *sitomanía*. En la segunda mitad del siglo XX la psiquiatría anglosajona estableció la entidad nosológica "bulimia nerviosa" como imagen en negativo de la enfermedad anoréxica. En la semiología actual, *bulimia* denota una ingesta exagerada siguiendo un patrón compulsivo, no privativo de la bulimia enfermedad.

Polifagia

De *polis* (πολύς), "numeroso", "abundante", y *fágomai* (φάγομαι), "comer". Sinónimo: *acoria* (*a-*, negación, y *korós*, "saciedad"). *Polifagia* se empleaba en griego antiguo en el sentido de "voracidad". Desde el siglo XVIII denota una hiperfagia por carencia de sensación de saciedad, matiz con el que algunos autores proponen conservar su uso diferenciándolo así de la bulimia (patrón compulsivo) y de la hiperfagia o hiperorexia, términos más generales. Se aprecia en enfermos psico-orgánicos y a veces en las psicosis esquizofrénicas.

Fagomanía

Se emplea escasamente e indica la tendencia a "picotear" entre las comidas principales sin sensación de hambre que lo justifique (Tribolet y Shahidi, 2000). Oscila desde un simple hábito cultural hasta la abierta patología del carácter.

Polidipsia

Procede de *polis* (πολύς), "numeroso", "abundante", y *dipsa* (δίψα), "sed". Término de la semiología médica que designa cualquier grado de aumento en la tendencia a ingerir líquidos. Se da en la diabetes (para compensar la deshidratación generada por la poliuria) y en otras enfermedades orgánicas, así como en diversos cuadros de la patología psiquiátrica, teniendo especial protagonismo en la polidipsia primaria psicógena o "diabetes insípida psicógena" (que algunos autores no admiten como trastorno psicógeno).

Potomanía

De *potón* (ποτόν), "que se puede beber", "bebida", "brebaje", y *manía* (μανία), "exaltación". Término creado por C. Achard y L. Ramon para la descripción de un caso infantil en 1905. Actualmente se usa con el significado de deseo frecuente, más o menos imperioso y difícilmente controlable, de ingerir cualquier clase de bebida, por lo general agua, impulso cuya realización se acompaña además de un cierto grado de placer. Algunos autores lo reservan para designar la avidez por bebidas no alcohólicas cuando se han descartado las causas médicas (polidipsia). Se da en los trastornos de conducta de las oligofrenias, en pacientes hipocondríacos, en histéricos graves, en algunos obsesivos y en esquizofrénicos.

Dipsomanía

Debido probablemente a Brühl-Cramer en 1819, recibió especial atención por parte de Ulises Trélat (1861) y de Valentin Magnan (1885). Aunque este último la consideró una "monomanía instintiva", en la segunda edición de sus famosas *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (1893) le dedicó casi cien páginas y elaboró la descripción de un patrón semiológico que aún perdura. Dicho patrón estaba caracterizado por el consumo intermitente y paroxístico de bebidas alcohólicas con amplios intervalos libres durante los cuales el individuo es perfectamente capaz de mantenerse abstinente, al contrario que en la dependencia alcohólica; durante los episodios de embriaguez, el dipsómano puede tener conductas seriamente desadaptativas y llegar a actos médico-legales, los cuales contrastan con su adecuación interepisódica y con la vergüenza que muchas veces experimenta al tener noticia de sus actuaciones durante los accesos. La expresión "alcoholismo épsilon", de Jellinek, y la actual "bebedor compulsivo" o "bebedor del fin de semana" vienen a ser sinónimas de dipsomanía. También se ha usado dipsomanía como avidez por ingerir cantidades exageradas de una bebida a causa de su sabor, significado en abierto desuso.

Alotriofagia

Literalmente "comer lo de otros" y, por extensión, "comida extraña o extranjera", el compuesto *allotriofagia* se usaba en griego clásico con el valor de "comer a

expensas de alguien". La raíz *alotrios* tenía asimismo el sentido de "hostil". Volpato, médico italiano, recuperó el término en 1848. Designa de forma genérica cualquier trastorno cualitativo de la conducta alimentaria, tales como la *pica* (véase a continuación), la *pagofagia* (comer hielo), la *aerofagia* (en psicopatología, tragar aire de modo voluntario), la *geofagia* (comer tierra), la *rupofagia* o *ripofagia* (comer basura), o la *coprofagia* o *escatofagia* (comer excrementos; ver más adelante).

Pica, picacismo

Toma su raíz del nombre latino de la urraca, con el que se le designa también en ornitología (*Pica pica*), animal al que se atribuye una omnívora voracidad. Algunos autores modernos lo hacen sinónimo de la *alotriofagia*. La pica consiste en la ingestión de sustancias inadecuadas, por lo general arena, tiza, yeso o pintura de pared (por chupeteo), y se observa sobre todo en clínica pediátrica y paidopsiquiátrica. Esta conducta se considera normal hasta el segundo año de vida, pero puede persistir a partir de entonces adquiriendo valor semiológico, generalmente asociada a otras estereotipias tales como succión del pulgar, onicofagia (comerse las uñas) e incluso coprolalia (lenguaje malsonante compulsivo). En adultos se observa en oligofrenias, demencias, autismo y esquizofrenias, sin que algunos pacientes obsesivos se vean exentos de comportamientos similares.

Mericismo

Mericismós (μηρυκισμός), "rumiación", "regurgitación". Observado por Fabricio d'Acquapendente en 1618 e incluido por Pinel en las "Neurosis de la digestión" de su *Nosografía filosófica* (1798), el *mericismo* es hoy día un trastorno casi siempre infantil, consistente en la regurgitación más o menos voluntaria del alimento seguida de rumiación y reingesta. Se observa también en el retraso mental.

Coprofagia, escatofagia

Términos equivalentes construidos sobre las raíces griegas *copros* (κόπρος), "estiércol", "excremento", o *scatós* (σκατός), "lo último" y también "excremento", y el ya reseñado *fagia*. El adjetivo *coprófago*, "comedor de excrementos", existía en el griego clásico. En el siglo XIX los clínicos empezaron a emplear *coprofagia* y *escatofagia* para nombrar esa conducta en dementes y oligofrénicos profundos, a veces acompañada de embadurnamiento o jugueteo (véase el capítulo siguiente).

33

SEMIOLOGÍA DE LAS FUNCIONES EXCRETORAS

El control esfinteriano es una de las adquisiciones de la maduración psiconeurológica del niño, capacidad que puede no alcanzarse o bien verse mermada o anulada a lo largo de la vida por causas orgánicas o puramente psicopatológicas. El psicoanálisis inicial relacionó estos trastornos con la regresión de la libido a la etapa del erotismo anal. El término "regresión" se emplea también a veces en otras corrientes de la psicología para designar la reaparición de conductas arcaicas de la evolución individual. La psicopatología clásica tomó los términos médicos *enuresis* y *encopresis*, si bien en medicina tienen siempre la consideración de actos involuntarios. Por el contrario, para aquilatar su valor semiológico en clínica mental deben ser tenidas muy en cuenta sus posibles motivaciones conscientes e inconscientes, y no sólo la existencia o no de una causa orgánica que justifique las mencionadas incontinencias.

Enuresis

Del griego *enoureo* (ἐν-ουρέω), "orinar". Incontinencia urinaria. Normal en niños, puede mantenerse hasta la adolescencia, sobre todo la de presentación nocturna. Rara en adultos salvo causas orgánicas, debilidad mental, deterioro senil o psicosis muy regresadas.

Encopresis

De *copros* (κόπρος), "estiércol", "excremento". Incontinencia fecal. Para Kanner, defecación involuntaria no directamente debida a una enfermedad orgánica. Se observa en deficientes y seniles, pero también en niños muy neurotizados, acom-

pañando a veces a la enuresis. El miedo, la terquedad, la llamada de atención o una cierta sensación placentera han sido invocados a la hora de explicarla. Cuando aparece en la patología del adulto –en demencias y esquizofrenias–, no es raro que coexista con la coprofagia o con el jugueteo con los excrementos.

Gatismo

Del francés *gâter*, "estropear", "pudrir", "deteriorar". Con este galicismo se designa tradicionalmente la doble incontinencia urinaria y fecal con total abolición del control esfinteriano, observable en estados de deterioro psicoorgánico extremo (afecciones cerebromedulares) o en los momentos evolutivos más graves de la esquizofrenia.

34

SEMIOLOGÍA DE LA PSICOMOTRICIDAD

Desde la más remota antigüedad y como fenómeno común a todas las culturas, se ha relacionado con la sensatez el control de la expresión y con la locura el hecho de que la mímica o los movimientos de un individuo fuesen desordenados, dejando tanto médicos como legos abundantes testimonios de la universalidad de tal idea: "El hombre que gesticula, tan sospechoso a los eclesiásticos de la Edad Media, ¿no recuerda acaso al actor del teatro pagano y al poseído del demonio?", constataba Jaques Le Goff en 1978.

El valor semiológico de las funciones mímicas y motoras fue contemplado por los primeros alienistas decimonónicos; su exaltación, inadecuación o inhibición figuraron muy destacadamemente en las obras de Pinel, Esquirol o Griesinger, y ya en la segunda mitad del siglo en las de Kahlbaum y Kraepelin. La especificidad nosológica que al abrigo del desarrollo de la neurología durante el siglo XIX quiso dar Wernicke a las "psicosis de la motilidad", fue en cierto modo contestada al despuntar el XX por semiólogos de la talla de Morselli o de Séglas, describiendo cómo la "actividad psicomotriz" –mímica o motórica– se alteraba en diversos cuadros clínicos en distinto grado. Suele considerarse a Dupré uno de los pioneros en el estudio de la psicomotricidad a partir de sus trabajos sobre la inmadurez neuromuscular de los entonces llamados débiles mentales, patología casi siempre concomitante a la cual bautizó con la expresión "debilidad motriz" ("La débilité motrice dans ce rapports avec la débilité mentale", 1909). Muy influido por la ideología degeneracionista, Dupré puso después de relieve las relaciones entre las anomalías emocionales y las motoras al establecer su teoría acerca de las "constituciones morbosas", desgranada en diversos artículos aparecidos hasta

1919 y recopilados póstumamente por Benjamin Logre en 1925, cuatro años después de la muerte del autor (*Pathologie de l'imagination et de l'emotivité*, 1925). Para Dupré, todo movimiento estaba relacionado con los procesos psíquicos, por lo cual, observando los movimientos de un individuo, se podrían inferir algunos "estados internos". Las ideas de Dupré se difundieron en un ambiente interesado en delimitar los campos de la neurología y la psiquiatría, propiciado por el estudio de las lesiones de los heridos en la Primera Guerra Mundial y de la epidemia de encefalitis letárgica (1917-1918) o "enfermedad de von Economo", patologías que planteaban dificultades para su respectivo diagnóstico diferencial.

Simultáneamente se difundieron las primeras ideas psicoanalíticas: el psicoanálisis comenzó a teorizar la noción del cuerpo, primero intentando demarcar lo orgánico de lo psíquico, después describiendo las zonas erógenas del cuerpo y, finalmente, profundizando en la investigación del narcisismo. En una nota de 1927 añadida a *El Yo y el Ello,* Freud afirmaba que el "Yo se deriva en último término de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas producidas en la superficie del cuerpo, por lo que puede considerarse el Yo como una proyección mental de dicha superficie, y que por lo demás, como ya hemos visto, corresponde a la superficie del aparato mental". La noción de psicomotricidad también prendió con fuerza en autores dedicados a investigar el desarrollo infantil y su patología desde encuadres no estrictamente psicoanalíticos, tales como Wallon, Guilmain, Ajuriaguerra o Piaget, cuyos trabajos tuvieron gran difusión tras la Segunda Guerra. Para Wallon, el movimiento no era sólo un simple mecanismo de ejecución, sino la expresión de los vínculos que el individuo establece con su medio, tanto externo u objetivo como interno o subjetivo. Ajuriaguerra habló de un *diálogo tónico* del niño con la madre y el entorno, manifestando aquél sus estados de bienestar o malestar mediante la actividad psicomotriz; consideraba este autor que el cuerpo podía ser involucrado en una verdadera *psicoterapia corporal* como elemento unificador del Yo.

En el campo de la psiquiatría general, el grupo de Henri Ey dio cuenta de una idea ampliamente compartida: la semiología de las funciones psicomotoras formaba parte ineludible de todo análisis clínico que pretendiese comprender la totalidad del estado morboso experimentado por el paciente, pues "la experiencia no es jamás –o muy raramente– contemplativa; en su misma organización implica movimientos, actos, gestos, que forman parte de su estructura"; el clínico, por su lado, al observar ciertas alteraciones psicomotoras tiene a veces la sensación de que forman parte esencial del fondo psicopatológico del trastorno, como las grandes agitaciones maníacas, mientras otras veces las percibe como figuras, es decir, como elementos semiológicos de menor profundidad y más cambiantes según el momento del proceso, aunque igualmente importantes para el diagnóstico (Ey,

Bernard y Brisset, 1967). Las actuales clasificaciones de los trastornos mentales, aun prescindiendo de la semiología fina de los clásicos citados, tienen en cuenta criterios diagnósticos relacionados con la psicomotricidad en la variada patología psiquiátrica del adulto y consensúan diversas "categorías principales" en relación con trastornos del desarrollo psicomotor infantil. Por último, señalemos que en los últimos años y en los ámbitos donde predomina la influencia anglosajona, pese a seguir usándose el adjetivo "psicomotor", el concepto de psicomotricidad está siendo sustituido por el de *conación* o *conducta motora*, "aspecto de la psique que abarca impulsos, motivaciones, deseos, instintos y ansias [*sic*] que se expresan mediante la conducta o la actividad motora" (Kaplan y Sadock, 1999), término y definición, por tanto, bajo los que se agrupan exactamente los mismos fenómenos que hasta ahora albergaba la idea de psicomotricidad.

La noción de psicomotricidad sigue pretendiendo hoy, pues, integrar las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices que influyen en la capacidad de un individuo para actuar y expresarse en un contexto psicosocial y cultural determinado. En el campo de la psicopatología clínica, una idea de tan amplia extensión y límites tan indefinidos como numerosos no podía sino generar una semiología difícil de sistematizar, tanto por la complejidad psicológica de algunos movimientos corporales (participados por la percepción, la voluntad, el juicio, el esquema corporal, el dominio de sí, la motivación y otros conceptos borrosos), como por la superfetación semiológica debida a la cantidad de factores concurrentes cuyo estudio es más propio de otras disciplinas (factores neuromusculares, educacionales, culturales, sin olvidar los elementos inconscientes aportados por el psicoanálisis). La neurología solía y suele dividir la patología del movimiento en mímica y motórica, es decir, los movimientos faciales y gestuales relacionados con la expresión, por un lado, y las funciones del aparato locomotor propiamente dichas, relacionadas con la estática (mantenimiento del equilibrio y de la posición del cuerpo) y la dinámica (acción voluntaria: prensión, deambulación, etc.). Partiendo de esa base, algunos psicopatólogos dividen la motórica en *psicomotilidad* (expresividad y comportamientos intencionales) y *psicomotricidad* (movimientos más desligados de lo vivencial y más cercanos a lo neuromotor), pero incluyen en la primera ciertas alteraciones de base orgánica (Luna Gallardo *et al.*, 1997). Higueras, Jiménez y López prefieren excluir de antemano lo neurológico –distinción que *a priori* no siempre es fácil– y hablar sólo de la semiología de la psicomotilidad patológica, dividiéndola en movimientos concernientes a la "*Expresión Espontánea*" y movimientos concernientes a la "*Realización de Actividades*" (Higueras *et al.*, 1980). También hay autores que estudian la mímica junto a los trastornos del lenguaje, como Séglas, posición que nos parece muy legítima pues se subraya así la función comunicacional de lo no verbal, aunque

hemos elegido incluirla en la psicomotricidad en virtud de la especial relevancia que la orientación de estos *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica* reconoce a la relación entre el pensamiento y el lenguaje hablado en tanto que palabra.

Nos ha parecido conveniente asimismo simplificar en lo posible la ordenación de los síntomas y signos de la psicomotricidad y orientarla desde el punto de vista de la imagen inicial que ofrecen al clínico. Así, trataremos de agrupar la terminología al uso según los siguientes subepígrafes: 1) Mímica; 2) Signos y síndromes psicomotores de apariencia involuntaria o automática; y 3) Conductas complejas con aparente participación de la voluntad y esfuerzo motor desproporcionado o inadecuado (ver cuadro siguiente). Insistimos en que no pretendemos sino una ordenación "vectorial" del léxico semiológico recibido, y no una "sistematización" que exigiría referir cada síntoma al punto organizador del sistema, es decir, a un único paradigma psicopatológico, lo cual no es historiográficamente posible pues la semiología se ha ido enriqueciendo gracias a la obra de autores situados en posiciones teóricas a veces muy distantes. Excluimos de esta exposición los negativismos u oposicionismos y sus diversas formas especulares (obediencia automática y sus variantes), creyéndolos más propios del epígrafe de la semiología de la voluntad, así como otros signos de causa orgánica que pueden revestirse de apariencia psíquica.

SEMIOLOGÍA DE LA PSICOMOTRICIDAD

1. Mímica

- Semiología de la expresión mímica, fisonomía o mímica emocional
  - Hipermimia
  - Hipomimia
  - Amimia
  - Paramimia
  - Hemimia
  - Dismimia
  - Espasmomimia

  Ecomimia
- Semiología de la acción mímica, lenguaje gestual o lenguaje mímico
  - Hipersemia
  - Hiposemia
  - Asemia
  - Ecopraxia

(.../...)

  - Parasemias
  - Paraquinesias o estereotipias gestuales
  - Estereotipias akinéticas o posturales
- Semiología mixta mímico-gestual
  - Manerismo
  - Manierismo
  - Síndromes expresionales

2. Signos y síndromes psicomotores de apariencia involuntaria o automática
   - Acinesia, acinesis
   - Hipocinesia
   - Bradicinesia
   - Inhibición psicomotriz
   - Estupor psicógeno o estupor psicopatológico
   - Disociación de los movimientos voluntarios y los automáticos
   - Catalepsia
   - Catatonia
   - Hipercinesia, hiperkinesia, hiperquinesis
   - Temblor
   - Acatisia
   - Estereotipias motoras
   - Estereotipias de estacionamiento o "de lugar"
   - Perseveración motora
   - Ecopraxia
   - Tics
   - Inquietud psicomotriz
   - Agitación psicomotriz

3. Conductas complejas con aparente participación de la voluntad y esfuerzo motor desproporcionado o inadecuado
   - Dromomanía, poriomanía o "impulso a la fuga"
   - Fuga patológica
   - Viajes patológicos
   - "Delirio ocupacional" o "actividad delirante ocupacional"
   - Actividades motoras secundarias a trastornos perceptivos
   - Actividad motora secundaria a trastornos obsesivos
   - Hiperactividad ocupacional patológica, "adicción al trabajo" o laboromanía

34.1. Mímica

Es el conjunto de expresiones fisonómicas, gestos y movimientos corporales voluntarios e involuntarios, relacionados con el lado afectivo de la vida psíquica. Para su valoración debe ser previamente tenido en cuenta su condicionamiento por rasgos morfológicos individuales así como por factores socioculturales (costumbre, identificación, ambiente, clase social, profesión, raza, edad, sexo, etc.), es decir, la *fisonomía en reposo* (Séglas, 1903), sobre la que aparecerán los movimientos mímicos expresivos, permanentes o transitorios, relacionados con estados psíquicos habituales o momentáneos.

Clásicamente se distinguen en la mímica dos grupos de fenómenos: la expresión mímica, fisonomía propiamente dicha o "mímica emocional" de Séglas (denominación que nos parece tan acertada como mnemotécnicamente útil), concerniente a las expresiones faciales y cuyos descriptores suelen construirse con el sufijo *-mimia*; y la acción mímica ("lenguaje mímico" de Séglas) o lenguaje gestual, que es el conjunto de gestos y movimientos de cabeza, cuello, tronco y extremidades (con predominio de las manos), cuyos conceptos se construyen en torno al sufijo *-semia*. Hay un tercer grupo en el que se combinan ambos fenómenos.

34.1.1. Semiología de la expresión mímica, fisonomía o mímica emocional

Derivado del verbo griego *mimoumai* (μιμοῦμαι, "imitar", "representar", "figurar"), el sustantivo *mimiqué* (μιμική), origen del término "mímica" y sus derivados, significa "el arte de expresar mediante muecas, gestos, etc., los afectos, los pensamientos o los deseos" (Kapsambelis, 1997). Desde la segunda mitad del siglo XIX diversos autores describieron alteraciones de la mímica en los alienados. El sufijo *-mimia* fue empleado por el médico alemán Adolf Kussmaul desde 1876: su *dismimia* indicaba con sentido genérico el conjunto de las alteraciones de la expresión facial. En 1885 el italiano Enrico Morselli publicó su *Manuale di semeiotica della malattie mentali*, en el que describió sistemáticamente las variaciones de la expresión mímica, siendo su terminología rápidamente aceptada por otros psiquiatras europeos, quienes no siempre respetaron el rigor de las descripciones morsellianas pues probablemente el lenguaje corriente expresaba con más precisión que los reduccionismos técnicos el complejo campo de la mímica ("expansión" en el maníaco, "tristeza" en el melancólico, "despiste" en el débil mental, "indiferencia" en el demente, etc.). El camino abierto por Kussmaul y Morselli fue pronto continuado por Armand Laurent ("Physionomie et mimique chez les alienés", 1905 y 1906), G. Dromard (*La mimique chez les alienés*, 1909) y otros,

generándose una serie de términos que, no siempre con sentido unívoco, desde entonces forman parte del bagaje conceptual de la psicopatología.

Hipermimia

Hiper-, ὑπερ-: "por encima de". Exageración de la intensidad de las expresiones mímicas, de su duración o de su producción ante causas no importantes. El concepto de *polimimia*, también acuñado por Morselli, describe una especial hipermimia consistente en un aumento de la velocidad de transición de unas expresiones faciales a otras, incluso contradictorias. La hipermimia puede o no extenderse al lenguaje gestual. Su ejemplo habitual son los estados de exaltación maníaca, pero no les es privativa, pudiendo aparecer en diversas situaciones que conlleven una reacción emocional intensa (estados ansiosos, delirios alucinatorios, etc.). El término también se ha empleado para denotar la polarización y fijación anormales de la expresión mímica, por ejemplo para la expresión permanente de abatimiento en la melancolía, lo que puede resultar equívoco pues en algún caso concreto coexistiría en la misma descripción con *hipomimia*, signo también depresivo como veremos a continuación; para tal significado sería más apropiado emplear la expresión *amimia hiperesténica* (véase *amimia*).

Hipomimia

Hipo-, ὑπο-: "por debajo de". Para Morselli, mímica lenta y difícil de modificar. También empleado cuando los gestos faciales se atenúan o la expresión es menos permanente (Séglas, 1903). Propia de los síndromes depresivos de cualquier tipo y de las situaciones deficitarias de la actividad mental, bien de origen orgánico (cuadros confusionales, demencias) o no (psicosis residuales). Su sinónimo *oligomimia* suele reservarse para cuadros de etiología orgánica.

Amimia

De *a* (ἀ-), partícula negativa, y *mimia*. Rigidez facial inexpresiva, ausencia de expresión mímica. Morselli describió dos variedades, la asténica y la hiperesténica. La *amimia asténica* es una disolución de la mímica que se observa en algunas enfermedades neurológicas (Parkinson, estados de estupor). La *amimia hiperesténica* está más relacionada con estereotipias faciales sostenidas que componen la expresión casi inmutable de algunos delirantes (delirios místicos, por ejemplo).

Paramimia

Para (παρά): "contra", "al lado de". Término de Kussmaul perfeccionado por Morselli. Describe un entorpecimiento mímico de ciertas enfermedades neurológicas, conformando expresiones que no transmiten emoción con claridad.

Hemimia
Hemi- (ἡμι-), prefijo que indica "la mitad de". Algunos cuadros neurológicos originan una aparente contradicción entre la mímica de una mitad de la cara y la de la otra.

Dismimia
Dis- (δυς-), prefijo que denotaba en griego antiguo "dificultad", "desgracia", "mal estado"; en medicina, "alteración". Dismimia fue utilizado por Kussmaul en sentido genérico. Morselli la describió de forma aproximada a la futura "discordancia" de Chaslin como una desviación de la relación habitual entre el afecto y su expresión mímica (risa ante situaciones abiertamente penosas, por ejemplo). En este concepto cabría tanto la "risa inmotivada" clásicamente descrita en la esquizofrenia, como la especial risa de algunos ataques epilépticos, la disociación entre el sentimiento de ira y la carcajada agresiva que se da tanto en individuos normales como en maníacos, etc.

Espasmomimia
De σπασμός, *spasmós,* "convulsión", y *mimia.* Término debido a Armand Laurent (1905), calificaba "las convulsiones de la cara" (tics faciales, etc.).

Ecomimia
De *echo* (ἠχώ), "el eco", y *mimia.* Sugestionabilidad anormal conducente a imitar automáticamente la mímica del interlocutor. La ecomimia fue tradicionalmente ligada a la "demencia precoz" kraepeliniana. Dromard describió un síndrome ecomimia-ecopraxia-ecocinesia consistente en la imitación de expresiones fisonómicas, gestos y movimientos del otro, llevada a cabo inmediatamente con la brusquedad de una acción refleja. Se ha observado tanto en esquizofrenia catatónica como en hebefrenia, en sujetos sugestionables, en débiles mentales y en algunos cuadros psicopatológicos individuales y colectivos descritos por la psiquiatría transcultural (Porot, 1977).

34.1.2. Semiología de la acción mímica, lenguaje gestual o lenguaje mímico

Morselli también propuso una serie de términos que con el sufijo *-semia* (procedente de σῆμα, *séma,* "signo", "señal") trataron de describir específicamente el lenguaje de los gestos, encontrando eco en la obra de Séglas (1903) y en la de Chaslin (1912); a partir de la obra de estos autores se incorporaron al léxico de la psicopatología posteriormente desarrollada.

Hipersemia
Hiper-, ὑπέρ-, "por encima de", y *-semia*. Sobreabundancia o exageración de los gestos. Típica de los estados expansivos (manía e hipomanía), melancolía ansiosa, delirios alucinatorios y parálisis general progresiva. También puede observarse en las crisis y estatus de angustia, los delirios de persecución, la histeria y algunos trastornos de la personalidad.

Hiposemia
Hipo-, ὑπο-, "por debajo de", y *-semia*. Gestualidad escasa o monótona, disminuida en su energía, rapidez, plasticidad o repertorio. Propia de estados de depresión, concentración o debilitamiento psíquico (orgánicos o no); también aparece en el mutismo y las demencias.

Asemia
De *a* (ἀ-), partícula negativa, y *-semia*. Abolición completa de la gesticulación, la cual conlleva inmovilidad con o sin rigidez. Puede darse en los mutismos, en cuadros delirantes, en el estupor melancólico, etc.

Ecopraxia
De *echo* (ἠχώ), "el eco", y *praxis* (πράξις), "acción". Repetición automática de los movimientos gestuales del interlocutor (véase *ecomimia*).

Parasemias
De *para* (παρά), "contra", "al lado de", y *-semia*. Gestos extraños, inoportunos o inadecuados, cuyo significado personal escapa a la comprensión del observador. No se deben a causa orgánica. Para Séglas, equivalentes a los neologismos del lenguaje hablado y típicas de la paranoia, en la cual serían la expresión gestual de algunas ideas delirantes. En ocasiones se llevan a cabo a modo de conjuro o protección (paranoia, estados obsesivos).

Paraquinesias o estereotipias gestuales
De παρά, *para*, "contra", "al lado de", y κίνησις, *quinesis*, "movimiento". Movimientos anormales que parasitan, remplazan o caricaturizan a los gestos normales (Tribolet y Shahidi, 2000). Tampoco se deben a causa orgánica. Se distinguen de las parasemias por carecer de significación subjetiva. Pueden ser gestos simples (tics, frotamiento, rascado) o movimientos complejos (de los miembros, genuflexiones, salutaciones, balanceos, rotaciones), reproducidos de manera fija y repetidos incansablemente hasta el punto, a veces, de llegar a la autolesión (rascados, frotamientos, golpes). Algunos autores incluyen aquí los tics verbales.

Estereotipias akinéticas o posturales
De *stereos* (στερεός), "sólido", y *typos* (τύπος), "molde". Tendencia a mantener indefinidamente posiciones fijas del cuerpo, la cabeza y los miembros (con o sin disociación de la mímica). Carentes de causa orgánica, suelen tener significación subjetiva e intencionalidad.

34.1.3. Semiología mixta mímico-gestual

Manerismo
Según Ey, Bernard y Brisset (1971), el *manerismo* es una paracinesia ("movimientos parásitos que deforman, sobrecargan o reemplazan a los movimientos normales") que "refuerza la expresividad del gesto y de la mímica", "típico de la desintegración de las funciones psicomotrices en la esquizofrenia". Muchos autores –y muchos traductores– lo consideran sinónimo de *manierismo* (ver a continuación) y no privativo de las psicosis esquizofrénicas.

Manierismo
Este término parece proceder de la palabra italiana *maniera* y se ha empleado con distintos significados. Por un lado, designa aquel gesto o acto peculiar de un individuo determinado, realizado con tal frecuencia que queda estrechamente ligado a él en el espíritu de los demás y puede servir para identificarlo (independientemente de que se le dé o no significado psicopatológico). También se ha denominado *manierismo* a la gesticulación semiautomática que se presenta en algunas esquizofrenias como manifestación simbólica más o menos intencionada de actitudes, emociones y reacciones latentes, ejecutando el paciente movimientos faltos de espontaneidad, de carácter teatral y artificioso, que complican los actos corrientes de la vida cotidiana: marcha con contorsiones, gesticulación ampulosa o bizarra, escritura sobrecargada de inútiles rasgos ornamentales, etc. Seguramente la psicopatología tomó este concepto de la pintura, y en general alude al estilo exagerado e innatural de conductas complejas que involucran a la mímica, a los movimientos corporales y al habla, extendiéndose a veces hasta al modo de vestir: discurso enfático, fraseo sofisticado y ampuloso, mímica teatral, gestos exagerados y complicados, adornos extraños o ropas que imitan las de determinados personajes; el paciente adopta un aire afectado para decir banalidades, compone expresiones mímicas extremas que se mantienen sin decir nada o que cesan de inmediato tras verbalizar sus impresiones, etc. En esta última acepción, el término no está reservado a la esquizofrenia, pudiendo aparecer en distinto grado en trastornos delirantes (aire triunfal o soberbio de los megalómanos) y de la perso-

nalidad, manía (*manierismo lúdico*, ludismo de los maníacos), histeria (*histrionismo* o teatralidad del carácter histérico, cuadros fisonómicos y gestuales en algunos conversivos, conductas complejas de los síndromes disociativos) y otros cuadros psicopatológicos. Finalmente, el *Glosario de Síntomas para los Trastornos Mentales* de la *CIE-10* incluye entre los síntomas propios de las categorías "F2: Esquizofrenia y Trastornos Delirantes" el ítem "Apariencia extraña, peculiar o excéntrica" (descrita como "Apariencia extraña o extravagante tomando como referencia el estatus socioeconómico y cultural del individuo. Tal apariencia puede manifestarse en la ropa, adornos, postura, modo de andar o expresiones").

Síndromes expresionales

De acuerdo con Hesnard, en 1916 Porot denominó *síndromes expresionales* a una serie de "trastornos de la expresión que pudieran calificarse hasta cierto punto de primitivos". No eran elementos sintomáticos de una alteración propiamente patológica del estado psíquico, sino más bien derivados de características raciales y socioculturales o de ciertas disposiciones personales que en el individuo normal influían poderosamente en los mecanismos de exteriorización de las emociones, produciendo una desproporción entre el estado mental real y su expresión verbal, mímica y motórica, cargadas de teatralidad. En el terreno de la clínica, Antoine Porot incluyó aquí el *síndrome de puerilismo mental* de Dupré y describió otros tipos en la histeria (para Hesnard, "neurosis de expresión"), la simulación y las oligofrenias. Ya en los límites con la normalidad, pero fuera de ella, Porot –autor caracterizado por el sesgo xenófobo de sus escritos– lo observaba en las "aptitudes raciales incontestables" de los habitantes de "la cuenca mediterránea" y en individuos dotados de gran "riqueza imaginativa [que,] por la exageración a que los arrastra, no tarda en convertirse en farsa y simulación" fronterizas con la mitomanía.

34.2. Signos y síndromes psicomotores de apariencia involuntaria o automática

Agrupamos aquí los conceptos alusivos a fenómenos que involucran amplias zonas del organismo o todo él, a veces semejantes a trastornos neurológicos (temblores, parálisis) pero sin acompañarse de manifestaciones indicativas de organicidad y sí de otras alteraciones psicopatológicas. Los de menor complejidad o especificidad sindrómica se corresponderían con lo que, como ya dijimos, Henri Ey denominó *figuras* y que entendemos como accesorios para el diagnóstico, mientras los más complejos están muy relacionados con el *fondo* psicopatológico del trastorno y constituyen los tradicionales grandes síndromes de la psico-

motricidad (agitación, catatonía, estupor), si bien nadie ha explicitado criterios para una distinción suficientemente taxativa. Por lo tanto, en la ordenación de este subepígrafe mencionaremos primero aquellos en los que predomina la inhibición, aprovecharemos como línea divisoria la doble faz que presenta el síndrome catatónico y finalizaremos con los aumentos y exaltaciones psicomotrices.

Acinesia, acinesis

De *a-* (ἀ-), partícula negativa, y *quínesis* (κίνησις), "movimiento"; literalmente "sin movimiento", "inerte". Como sinónimo de abulia, hubo autores que lo incluyeron en la semiología de la voluntad (véase el capítulo 30). Tras la epidemia de encefalitis de Von Economo (1917-1918), ciertos términos usados indistintamente por psiquiatras y neurólogos adquirieron gran relevancia en el campo de la neurología para nombrar el enlentecimiento motor, como *bradicinesia* y *acinesia*, por ejemplo. Así pues, tiene un sentido muy general e inespecífico y puede aparecer con muy distinto significado etiológico y patogénico.

Hipocinesia

De *hipo-* (ὑπό-), "por debajo de", y *quínesis* (κίνησις), "movimiento". Término de alcance general que designa cualquier disminución llamativa de la psicomotilidad. Aparecen disminuciones de los movimientos en los cuadros depresivos, en algunos manierismos, en algunas esquizofrenias, en cuadros orgánicos que afecten al nivel de conciencia y en ciertas enfermedades neurológicas (Parkinson, degeneraciones cerebelosas, etc.). En función de la intensidad del signo o de cierta cualidad específica, en lugar de *hipocinesia* deberían emplearse en cada caso concreto alguno de los términos que reseñamos a continuación.

Bradicinesia

De *bradís* (βραδύς), "lento", y *quínesis*. Se reserva para indicar enlentecimiento de la psicomotricidad, tanto de los movimientos expresivos espontáneos como de los movimientos locomotores voluntarios.

Inhibición psicomotriz

De intensidad más acusada que la hipocinesia, parece traducir un defecto subjetivo en la energía o el deseo necesarios para iniciar y mantener los movimientos, siendo comunicado como síntoma por el paciente. Como signo observado por el clínico es un término más bien sindrómico, pues suele implicar la asociación de lentitud de la expresión oral (bradilalia), disminución de la mímica (hipomimia) e incluso de la lentitud del pensamiento (bradipsiquia). Este estado es característico de cuadros depresivos.

Estupor psicógeno o estupor psicopatológico

Del latín *stupere*, "estar aturdido". Se trata de un síndrome complejo, forma especialmente intensa y grave de la inhibición y el enlentecimiento global de la psicomotricidad pero sin afectación de la conciencia vigil (a diferencia de los estupores de causa orgánica), en el cual el individuo se muestra severamente embotado y paralizado, mutista, ausente respecto al entorno, sin apenas reacciones o con movimientos semiautomáticos súbitos, y con la mímica poco marcada pero congelada en una expresión de extrañeza o indiferencia; si se agrava el cuadro, pueden aparecer abolición completa de movimientos voluntarios, negativa a comer (sitofobia) e incontinencia de heces y orina (gatismo). Aunque el paciente permanezca arreactivo, suele subyacer una gran angustia con o sin perplejidad. Este estado puede durar desde minutos hasta semanas, llegando a veces a prolongarse mucho más. Pueden describirse tres presentaciones clínicas fundamentales de este cuadro: *a)* el *estupor catatónico*, en las formas hebefreno-catatónicas de la esquizofrenia, en el que suelen predominar la rigidez muscular y el negativismo; *b)* el *estupor melancólico* o *depresivo*, en el cual la inhibición carece de la rigidez del anterior y es asimismo menos arreactivo a los estímulos del entorno; *c)* el *estupor reactivo* o *psiconeurótico* (para el que algunos autores reservan la expresión general de "estupor psicógeno"), secundario a estrés agudo, a veces observable ante traumas mínimos en individuos particularmente frágiles o tendentes al histrionismo, de corta duración, resolviéndose con una crisis de agitación o de llanto. Cualquiera de estas formas exige ser diferenciada del estupor de causa orgánica, siendo el rasgo más distintivo el que en éste hay afectación de la conciencia y otros datos de historia clínica y exploración; se da en evoluciones negativas del síndrome de confusión mental de las psicosis tóxicas y toxo-infecciosas, en las demencias y en los estados crepusculares epilépticos.

Disociación de los movimientos voluntarios y los automáticos

Fenómeno consistente en que el enfermo sólo ejecuta algunos movimientos de base refleja, como los de la conservación del equilibrio, no siendo en apariencia capaz de hacer –o negándose a hacer– ningún movimiento voluntario. La constatación de este fenómeno solía ser maniobra exploratoria habitual para distinguir de las paresias y otros cuadros neurológicos los negativismos, catatonias y cuadros psiquiátricos en general. El caso fue reproducido hace años en animales de experimentación intoxicados con bulbocapnina: en esas condiciones, una paloma no reacciona si se la golpea, pero sí es capaz de recuperar el equilibrio al agitar la percha en la que esté posada o de aletear automáticamente hasta posarse si se la suelta a cierta altura del suelo (Vallejo-Nágera, 1981).

Catalepsia

De *katalepsis* (κατά-ληψις), "interrupción", "ocupación militar", "tomar en posesión", a su vez del verbo *katalambano* (κατά-λαμβάνω), "interceptar". Desde Galeno se empleó en medicina como "ataque" y se refería a una variedad de la epilepsia o a otros cuadros clínicos hoy de filiación neurológica. El término designa un fenómeno consistente en que el paciente mantiene sus miembros en la postura que le imponga el explorador (*hipertonía plástica*). Wernicke lo hizo sinónimo de *flexibilidad cérea* –también *rigidez en tubo de plomo*– para describir la leve resistencia a la flexión pasiva de los miembros encontrada al explorar pacientes catatónicos. Bernheim llamó así al segundo de los tres períodos en que dividió el trance hipnótico. Eugen Bleuler hablaba, desde el punto de vista semiológico, de una *catalepsia cérea* o *pseudocatalepsia* como distinta a la *catalepsia rígida* de algunos oposicionismos y de los cuadros neurológicos que cursan con hipertonía muscular. A partir de 1903, Séglas inclinó la balanza hacia el empleo actual: anormal conservación de una postura.

Catatonía o catatonia

De *katateino* (κατά-τείνω), "tender", "estirar"; la etimología remite en medicina al campo semántico de la rigidez: rigidez postural, cierto hipertono muscular, etc. Término que empleaba Kahlbaum desde 1860, inspirándose en Calmeil (*De la folie*, 1845), para separar de la "*melancholia attonita*" una enfermedad, la "catatonia", caracterizada por el negativismo psicótico, el mutismo, la catalepsia, las estereotipias, la verbigeración, las convulsiones, los trastornos somáticos y la hipo o hiperactividad; la etimología griega concuerda perfectamente con la descripción que Kahlbaum propuso en su monografía de 1874, cuyo título es *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, es decir, *La catatonía o la locura de tensión*. Reconocida como síndrome al filo del siglo XX, Morselli habló de *catatonismo*. Bleuler insistía en que los síntomas *catatoniformes* podían aparecer en psicosis de tipo reacción exógena aguda, psicosis seniles, estupor epiléptico y estupor psicógeno, y no eran patognomónicos de la esquizofrenia, aunque sí característicos o predominantes en una de sus "subformas", la esquizofrenia catatónica, en la que dominaban el cuadro. En ella, al lado de la *flexibilidad cérea*, el mantenimiento postural y otros síntomas anotados por Kahlbaum, se observaban también estados de estupor, deambulaciones o movimientos sin finalidad (hipercinesia), estereotipias motoras, gestuales o verbales (verbigeración, coprolalia impulsiva), estereotipias "de lugar", "hocico catatónico" (o "morrito esquizofrénico"), manierismos del vestido, negativismo, *ambitendencia* o *negativismo interno*, *negativismo intelectual*, obediencia automática y obediencia contraria, ecopraxia, actitudes molestas sin ánimo lúdico, fenómenos obsesivoides, actos impulsivos, crisis clásticas y crisis de agitación. Las observaciones de Eugen Bleuler consagraron la

riqueza semiológica del síndrome catatónico, además de desproveerle definitivamente de la imagen de pasividad e inmovilidad absolutas.

Hipercinesia, hiperkinesia, hiperquinesis

La etimología griega de *hipercinesia* (*hiper-*, ὑπέρ-, "por encima de", y *quínesis*, κίνησις, "movimiento") remite de modo general al aumento de la motilidad voluntaria o involuntaria, especialmente en neurología. En psicopatología ha sido empleado desde la primera mitad del siglo XIX, cuando Bergman denominó *hiperquinesis* al estatus maníaco (Kapsambelis, 1997). Para Bleuler, la *hipercinesia esquizofrénica*, especialmente manifiesta en el subgrupo catatónico, consistía en una actividad motórica incesante y sin propósito, incluyendo gestos, saltos, golpes, etc., que precisamente por carecer de finalidad se podía diferenciar del *impulso ocupacional* de los maníacos. *Hipercinesia* nombró también los movimientos rítmicos y repetitivos de los deficientes mentales, así como ciertas estereotipias lúdicas (*hiperkinesias de juego*). Hoy en día tiene sentido general en psicopatología de adultos, pero adquiere extensión sindrómica ligado a déficits atencionales en los "Trastornos hipercinéticos" (F90 de la *CIE-10*), parte de la categoría principal "Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia".

Temblor

Del latín *tremor*, "temblor", "estremecimiento", "sacudida". El temblor es un movimiento involuntario, oscilatorio, de poca amplitud, repetitivo y rítmico de una o varias articulaciones, debido a la contracción alternativa de músculos de función antagónica. Se observa en los miembros y también en la cabeza (por afectación de los músculos del cuello). Clínicamente se distinguen tres tipos: *de reposo*, *postural* o *estático* (al mantener una postura determinada) e *intencional* (al llevar a cabo una acción). Suele ser comunicado como molesto por el paciente. En situaciones de gran tensión emocional, aparece en individuos normales. Signo muy frecuente en neurología, en la clínica psiquiátrica se ve como efecto secundario de algunos neurolépticos y antidepresivos, en el síndrome de abstinencia alcohólico y, teniendo una base más psicógena, en personas ansiosas, en formas raras de histeria (temblor fino) y en simuladores (temblor grosero).

Acatisia

De la partícula negativa *a-* y *káthemai* (κάθημαι), "residir", "asentarse", o de *kathidso* (καθίζω), "sentarse". Descrito como signo extrapiramidal por Hascovec en 1910. Consiste en una sensación de incómoda imposibilidad de permanecer sentado y quieto: el paciente se levanta y se sienta continuamente o cruza y des-

cruza las piernas. Aparece en psiquiatría en ocasiones como efecto secundario de los neurolépticos y otros psicotropos, pero también pueden inducirla otros fármacos de uso no psiquiátrico. Evidentemente, así descrita no es un signo psicopatológico, pero interesa tenerla en cuenta para no empeorarla con aumentos de dosis y para no confundirla con las otras hipercinesias.

Estereotipias motoras

De *stereos* (στερεός), "sólido", y *typos* (τύπος), "molde", "modelo". Movimientos repetitivos de alguna parte del cuerpo, voluntarios (se consideran "conductas"), carentes de finalidad o de función adaptativa al contexto en que se haya el sujeto. A veces tuvieron una finalidad al iniciarse el síntoma; una vez establecido, parece repetirse automáticamente. En cuadros orgánico-cerebrales consisten en movimientos simples de rascado, frotado, chupeteo, etc., y exigen diagnóstico diferencial con la discinesia tardía (efecto secundario del uso prolongado de neurolépticos). En las esquizofrenias, en particular la catatónica, son conductas más complejas que implican movimientos amplios (bailoteo, giros, balanceos, avances y retrocesos alternantes).

Estereotipias de estacionamiento o "de lugar"

Eugen Bleuler llamaba así a un típico síntoma catatoniforme abundante en los antiguos manicomios, pero también visible hoy día en las unidades de hospitalización o comunicado por familiares del paciente: "los enfermos no quieren estar sino en un lugar determinado, pasean siempre por los mismos trechos de vereda en el jardín, de modo que queda un rastro muy marcado, o se pasan el tiempo tocando un mismo punto de la pared hasta que lo desgastan" (Bleuler, *Tratado de Psiquiatría*, 1971). Equivalente a la expresión "actividades iterativas defectuales".

Perseveración motora

Respuesta motora que puede haber sido apropiada ante un estímulo, pero que permanece y se repite aunque éste cese. También se llama perseveración a una respuesta eficaz ante un estímulo pero que se repite inapropiadamente ante otros estímulos de diferente naturaleza.

Ecopraxia

De *echo* (ἠχώ), "el eco", y *praxis* (πράξις), "acción". *Ecopraxia* y *ecomimia* empiezan a emplearse a partir de la descripción de Kraepelin de la "demencia precoz", realizada en la sexta edición de su *Psiquiatría* (1899). Repetición de los movimientos realizados por el interlocutor o por el clínico durante la exploración. Puede asociarse a ecolalia. Se observa en psicosis esquizofrénicas (hebefrénica y cata-

tónica), manía, negativismos lúdicos, síndromes disociativos y síndrome de Ganser, pero también en algunos cuadros neurológicos.

Tics

Movimientos anormales involuntarios, rápidos, repetitivos, simples (mismo grupo muscular), carentes de sentido consciente para el sujeto y de finalidad, en accesos de variable duración (minutos), afectando a grupos musculares habitualmente de la cara, cuello o cabeza (guiños, desviación de la comisura labial, fruncimiento de cejas, etc.). Es raro que intervengan músculos situados por debajo de los hombros. Con cierto esfuerzo, el paciente puede retrasar su aparición o dominarlos durante unos segundos, ejercicio que le causa desazón. De mecanismo no bien conocido, la mayoría de autores lo considera psicógeno. Un síndrome relacionado y particularmente llamativo es el síndrome de Gilles de la Tourette, de inicio preadolescente y en el que se van sumando a los tics faciales otros movimientos que afectan a brazos o piernas, coprolalia, sonidos inarticulados (por espasmos diafragmáticos) y ciertos síntomas del espectro obsesivo-compulsivo.

Inquietud psicomotriz

Expresión difícil de precisar que denota un grado leve de hiperactividad psíquica y motora donde las acciones no están ordenadas ni dirigidas hacia un fin determinado. Lo característico es que el paciente se mueve mucho más de lo necesario, hecho éste que suele atribuirse a un trasfondo de ansiedad, aunque desde su punto de vista el sujeto puede que no tenga ninguna representación consciente del motivo de su inquietud. Aparece en los trastornos de ansiedad propiamente dichos (F41, *CIE-10*), y en muchos otros, dado que la ansiedad es un síntoma casi "universal" en psicopatología, precisando además el clínico establecer siempre el diagnóstico diferencial con la acatisia. Suele ceder en pocas horas; en caso contrario, no es infrecuente que evolucione hacia la *agitación*.

Agitación psicomotriz

Es el polo grave de la inquietud psicomotriz. En la agitación, los pacientes realizan los movimientos de una manera mucho más desorganizada, pudiendo llegar a la "tempestad de movimientos" acompañada de irritabilidad, sentimientos intensamente disfóricos o acusada angustia. La sucesión de movimientos, gritos, gestos e impulsos va creciendo rápidamente. Existe un potencial auto y heteroagresivo, por lo que la agitación psicomotriz ha de considerarse siempre una urgencia psiquiátrica posible en multitud de cuadros. De no ser calmada mediante algún procedimiento terapéutico, puede durar horas o días. En los maníacos se desencadena si el estado de ánimo irritable (disforia maníaca) predomina sobre el eufó-

rico, viraje no infrecuente al intentar imponer límites al humor expansivo. En las esquizofrenias surge ante incrementos masivos o progresivos de angustia psicótica "primaria" o secundaria a sintomatología de influencia, alucinaciones insultantes o amenazantes, ideas delirantes, etc. En la esquizofrenia catatónica, la inmovilidad característica suele ser interrumpida de vez en cuando por episodios de agitación, los cuales frecuentemente derivan hacia la agresividad. Hay agitaciones desproporcionadas ante frustraciones leves en los trastornos psicopáticos. Cuando los trastornos tienen una base orgánica, la alteración concomitante de la conciencia (obnubilación, onirismo, estados crepusculares) disminuye la conciencia de enfermedad y la implicación del paciente en el tratamiento urgente de su cuadro. En la demencia, la agitación está favorecida por los déficits cognitivos, en especial por la pérdida de la comprensión de las situaciones, del sentido crítico y de las habilidades práxicas.

34.3 Conductas complejas con aparente participación de la voluntad y esfuerzo motor desproporcionado o inadecuado

Una amplia serie de conductas sintomáticas que involucran movimiento han sido estudiadas por la clínica psiquiátrica, que las ha sistematizado en apartados fronterizos. Las alteraciones del juicio, las de la voluntad, las de la "impulsión", los trastornos perceptivos y muchos otros campos semiológicos participan en mayor o menor grado de los conceptos que describiremos a continuación, y que incluimos aquí en coincidencia con aquellos autores que han preferido destacar lo más apreciable desde un punto de vista clínico, esto es, el desproporcionado e ineficaz esfuerzo motor desarrollado por el paciente en estos casos.

Dromomanía, poriomanía o "impulso a la fuga"

Dromos (δρόμος), "camino", "pista", "avenida", *poreia* (πορεία), "la marcha", y *manía* (μανία), "cólera", "exaltación", son las raíces griegas con las que se construyeron términos sustitutivos del "automatismo ambulatorio", necesidad morbosa de andar, y de la "obsesión por la fuga" reseñados por los alienistas. *Dromomanía* fue propuesto por Régis para aproximar su significado a la clínica de la impulsión (fuga impulsiva); Régis y Pitres (*Les obsessions et les impulsions*, 1902) precisaron que este término era preferible al de automatismo ambulatorio porque éste "prejuzga un carácter de automatismo que no siempre existe"; Porot la entendía como necesidad imperiosa de trasladarse o de viajar. *Poriomanía* fue más usado por la escuela alemana: para Weitbrecht era también un "impulso", pero no a hacer algo, sino "a alejarse de algo". Hoy designa la "tendencia a efectuar lar-

gos recorridos a pie, generalmente sin rumbo determinado, como obedeciendo a un deseo irresistible de andar" (Higueras, Jiménez y López, 1980). Se diferencia de la mera deambulación por su duración en el tiempo y por las grandes distancias recorridas. Por lo general, las acciones son coordinadas y adecuadas, sin comisión de actos peligrosos. Pueden ser episodios *amnésicos* o *inconscientes* que cesan sin que el individuo sepa dónde está o por qué, o bien *mnésicos* y *conscientes*, apareciendo ambos tipos en muy diversos contextos clínicos: *bouffées* alucinatorio-delirantes, delirios de persecución, esquizofrenia catatónica, accesos de culpa, síndrome maníaco, síndromes disociativos, demencias, epilepsias y retraso mental. Una fina y extensa semiología diferencial de las formas de presentación clínica de la dromomanía puede encontrarse en el manual de semiología de Tribolet y Shahidi (*Précis de sémiologie des troubles psychiques*, 2000), si bien ellos, de tradición francesa, la estudian dentro de las "impulsiones", como antaño hicieran Régis y Pitres.

Fuga patológica

Se denomina así cualquier abandono impulsivo del domicilio o el lugar de trabajo, sin una finalidad concreta, durante el cual, con variable grado de conciencia, se lleva a cabo un desplazamiento no habitual. Expresión superponible en la práctica a la porio o dromomanía.

Viajes patológicos

Expresión reservada para la dromomanía debida a convicción delirante. En este caso, la conciencia vigil está plenamente conservada y el viaje no reviste características de impulsividad (es en cierto modo planeado, tiene alguna finalidad subjetiva y es decidido en coherencia con la temática delirante). Suele apreciarse en delirios de persecución, psicosis pasionales (en busca del objeto amoroso), delirios megalómanos (con fines idealistas, reivindicativos, al encuentro de sus valedores, etc.), obediencias alucinatorias y otros delirios de control. Tribolet y Shahidi (2000) señalan que a veces se esconde el delirio tras el proyecto de un viaje de características normales, desencadenándose la actividad delirante cuando surge la posibilidad de emprenderlo, como ejemplifica un caso del profesor Sauvagnat expuesto en el capítulo 18.

"Delirio ocupacional" o "actividad delirante ocupacional"

Durante algunos estados confuso-oníricos, el paciente realiza acciones semejantes a las de su profesión habitual o a veces a las de otra cualquiera, más o menos sintónica con un humor expansivo. Tradicionalmente se considera algo típico de los *deliriums* alcohólicos. En un caso personal atendido durante nuestro período de especialización, un quincallero ambulante, traído en camilla y afecto de un grave *delirium*

tremens, sólo salía de su estado estuporoso para intentar comprarnos la verja que rodeaba el hospital. En otra ocasión, otro alcohólico en *delirium*, empleado en la cadena de una industria mecanizada, se levantaba continuamente de la cama en estado de subagitación y pasaba el dedo por los muebles del pabellón a la búsqueda de suciedad, asegurando ser inspector del organismo responsable de la sanidad nacional y amenazando con expedientar a los miembros del personal que pretendíamos contenerle, más preocupados por evitar que se hiriese con las agujas de los sueros.

Actividades motoras secundarias a trastornos perceptivos

Son frecuentes en *deliriums* dermatozoicos de los cocainómanos: el paciente se rasca o intenta espantar repetidamente los insectos alucinatorios que siente en su piel. Lo reseñamos aquí porque no siempre lo comunica el paciente, y lo único perceptible entonces son las actividades de rascado. También se da en *deliriums* alcohólicos que presentan microzoopsias, si bien generan gran angustia y el enfermo pide ayuda; la tradición psiquiátrica habla de que en estos casos es aprovechable la sugestionabilidad del paciente si se le asegura que no son animales peligrosos y se le insta a "jugar" con ellos.

Actividad motora secundaria a trastornos obsesivos

Algunos rituales o ceremoniales de los obsesivos conllevan gran actividad motriz, no tanto porque emprendan acciones que exigen gran esfuerzo, sino porque pueden repetirlas hasta caer exhaustos. Una paciente afecta de obsesión por la limpieza llegaba a lavarse más de ochenta veces cada parte del cuerpo, saliendo de la ducha para apuntarla por si se le olvidaba hacerlo y para garantizarse que con la repetición quedaría definitivamente limpia; lo llevaba a cabo "para la mano izquierda; luego paso al antebrazo; después, del codo al hombro...", actividad que durante horas agotaba sus fuerzas sin ver cumplida su tarea y que llegó a causarle lesiones en la piel, resfriados de repetición y graves disgustos con sus familiares, que precisaban entrar en el cuarto de baño.

Hiperactividad ocupacional patológica, "adicción al trabajo" o laboromanía

La hiperactividad ocupacional patológica se ha atribuido a trastornos neuróticos que, bien buscando compensaciones simbólicas, bien para evitar la evocación de conflictos ("fobia a la inactividad"), impelen al individuo a una exagerada actividad, laboral o no, muchas veces ineficaz o inútil, o que causa el abandono de otros deberes o necesidades importantes; en ocasiones consumen anfetaminas, cocaína u otros defatigantes, lo que aumenta su gravedad potencial. También aparece en maníacos.

35

SEMIOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

Se examinan en este capítulo los signos potencialmente morbosos correspondientes a la afectividad. Antes de exponerlos en detalle, dada la intrínseca complejidad de esta noción, dedicaremos algunas palabras a situar su ámbito semántico, para después evocar sucintamente los llamados "movimientos del alma" y, finalmente, recoger las consideraciones que la afectividad ha merecido a psicólogos, psicoanalistas y psicopatólogos.

35.1. La afectividad como campo semántico

La noción de *afectividad* trata de comprender las vivencias relacionadas con conceptos cuyos significantes pertenecen a dos amplísimos campos semánticos en parte superpuestos, el del verbo "sentir" y el del verbo "afectar", en los que tienen cabida términos y expresiones tales como "afecto", "sentimiento", "pasión", "emoción", "humor", "estado de ánimo", "experiencia interior" e incluso "lo instintivo-pulsional". Proporcionar una definición precisa y bien delimitada de la afectividad ha sido y es uno de los escollos con que ha tropezado y tropieza la psicopatología. Su conceptualización se ha visto siempre complicada porque "sentir" abarca no sólo la conciencia de la propia subjetividad, sino además todo lo relacionado con la percepción del propio cuerpo y con la del mundo exterior, y tampoco se agota en la pura percepción: al menos en castellano, la etimología latina de "sentir", *sentire*, vale tanto por "percibir por los sentidos" como por "darse cuenta", "pensar" u "opinar"; de *sentire* derivan también "sentido", "sentimiento"

y "sensación" (Corominas y Pascual, 1991). Por su parte, "afectar" proviene de *afficere*, "poner en cierto estado", "debilitar", y de tal raíz proceden tanto *affectio* ("acción de afectar", "influencia", "disposición de ánimo", "afecto") como el participio *affectus* ("provisto", "dotado de", "dispuesto", "enfermo", "arruinado", entre otros), el cual, sustantivado, significó en latín también "afecto", "estado de ánimo", "inclinación", "amor" y "pasión".

El recurso a los diccionarios reaviva la polémica monismo *versus* dualismo, pues conduce en cualquier lengua actual al empleo de términos como "alma" o "espíritu" que no se acomodan bien a las exigencias científicas, las cuales, a su vez, no siempre están de acuerdo al definir "la mente" o "el psiquismo". Además, aparece inevitablemente el problema lexicográfico de la circularidad de las definiciones: "afectividad" remite a "alma" o a "ánimo", pero éste a "afecto"; "afecto" a "pasión", y ésta de nuevo a "ánimo" o a "afectividad"; "sentimiento" pertenece al "alma" o "espíritu", o bien es un "estado de ánimo". Las definiciones negativas o por exclusión (tipo "lo que no es percepción, ni memoria, ni pensamiento" o "todo lo que no es intelectual") no hacen sino ver potenciada su debilidad por la de los constructos empleados, eludir algunas preguntas de difícil respuesta (dónde ubicar la voluntad, por ejemplo) y complicar el debate acerca de la independencia o dependencia de las "facultades de la mente". Lo afectivo, de naturaleza acusadamente inefable, se constituye en un escollo que pone de manifiesto las debilidades y contradicciones de las ciencias psicopatológicas.

35.2. Los "movimientos del alma" en la filosofía

Un breve repaso histórico a la génesis de algunos conceptos filosóficos puede ayudar a inventariar las ideas sobre las que se ha ido apoyando la construcción de la noción actual de afectividad, partiendo de los "movimientos del alma" de la Antigüedad clásica.

Platón y Aristóteles separaron tres estratos en el alma (apetitiva, afectiva y racional, el primero; vegetativa, sensitiva y racional, el segundo), pero tal separación privilegió demasiado la primacía de lo racional y abrió además la duda sobre los límites entre sensación de lo interior y percepción de lo exterior. Puede decirse también que desde entonces no ha cesado la discusión acerca de si los "movimientos del alma" obedecen sólo a una de sus "partes" o participan de varias, pues ya en esa misma época los estoicos propusieron que tanto los sentimientos como la pura percepción conllevaban "conocimiento impreciso", es decir, una propiedad de lo racional. Más tarde los escolásticos medievales introdujeron en las emociones el factor volitivo (lo importante no es la emoción en sí, sino el modo como

es querida), y por lo tanto un enfoque ético de los sentimientos como "apetencia por el bien y el rechazo del mal", perífrasis moralizadora de los conceptos de placer y displacer; asimismo, revitalizaron el debate sobre la "pasividad" o "actividad" inherente a lo afectivo. En *Les passions de l'âme*, de 1649, Descartes distinguió las "pasiones del alma" de todos "sus demás pensamientos", pero al definirlas no las diferenció tanto entre sí, describiéndolas de manera general como "las percepciones, sentimientos o emociones que se refieren particularmente a ella y que son causadas, mantenidas o fortalecidas por algún movimiento de los espíritus". Spinoza, en su *Ética* (en *Opera postuma*, 1677), entendió por sentimientos "las afecciones del cuerpo por medio de las cuales aumenta o disminuye, se acrecienta o se reduce la potencia de obrar de dicho cuerpo y a la vez las ideas de dichas afecciones", en donde se vislumbra la intuición recogida después por la psicopatología de que lo emocional se manifiesta también a través de cambios corporales. Desde la óptica de la *affectio*, Kant entendió "el afectar" como el hecho de que el objeto, interno o externo, influya sobre el sujeto; y la sensación fue para él "el efecto de un objeto sobre nuestra facultad representativa al ser afectados por él" (*Crítica de la razón pura*, 1781). Puestas en juego las "representaciones" y retomada la idea de que "la mente" puede dirigir su sensibilidad sobre sí, es decir, hacerse su propio objeto e influenciarse a sí misma, la incipiente psicopatología de la primera mitad del XIX, basada en la "psicología de las facultades", no pudo tampoco eludir la imprecisión conceptual, añadiendo a la discusión la disyuntiva acerca de si la locura se iniciaba en la esfera de lo racional o de lo emocional, pugna que hoy en cierto modo aún perdura.

Durante los años previos a la Primera Guerra Mundial fue considerable la influencia del llamado "Círculo de Múnich", en particular la de Max Scheler (1874-1928). En *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik* (vols. 1 y 2, 1913 y 1916, respectivamente), Scheler propuso una fenomenología de la vida emocional que tuvo larga influencia en la psiquiatría germánica, y a través de ésta en la española de los años cincuenta, notándose aún en obras aparecidas en la década de 1980. Para este autor, existen diferentes tipos de sentimientos (*Gefühl*), bien delimitados, que pueden coexistir en un mismo acto y momento en la conciencia aun teniendo características aparentemente opuestas (el gozo del martirio, por ejemplo). No sólo habría, además, sentimientos de diferente calidad, sino sentimientos de diferente "profundidad", diferenciándose entonces como:

a) Sentimientos sensibles o sensitivos (*sinnliche Gefühle* o sentimientos de la percepción).
b) Sentimientos vitales, entendidos como estados (*Leibgefühle*) y como funciones (*Lebensgefühle*).

c) Sentimientos psíquicos o "anímicos puros" (*seelische Gefühle*), pertenecientes al yo.
d) Sentimientos espirituales (*geistige Gefühle*; sentimientos de sí mismo de carácter religioso y metafísico, éxtasis artístico, etc.).

Dado su enfoque eminentemente ético, Scheler otorgaba también una cierta graduación de la "intencionalidad" en los diferentes sentimientos.

Más afincado en la psicología experimental, Wilheim Wundt (1832-1920) clasificó los sentimientos según ejes bipolares de reacción: placer-disgusto, excitación-depresión, tensión-alivio. Henri Bergson (1859-1941), por su parte, insistió en que el sentimiento era irreductible a la sensación y distinguió dos clases de sentimientos, los "infraintelectuales" (derivados) y los "supraintelectuales" (anticipadores y creadores). En 1956, Alejandro Roldán hablaba de sentimientos por vía cognoscitiva (el conocimiento como productor de sentimientos) y sentimientos por vía conativa (la tendencia como productora de sentimientos), recalcando que, por lo tanto, los sentimientos no son ni conocimientos ni tendencias (Ferrater Mora, 1981).

35.3. Afectividad, psicología y psicoanálisis

Inspirados en estos y otros autores y en sus propias investigaciones, los psicólogos y psicopatólogos fueron adoptando sucesivas posiciones acerca de la afectividad a lo largo del siglo XX, cada una de las cuales privilegió ciertas esquinas del problema y se desentendió de las demás. Así, las distintas escuelas se especializaron monotemáticamente en el aprendizaje, en la motivación, en la memoria, en la percepción, en la regulación hormonal, en los neurotransmisores o en la cognición, esta última al menos más holística desde el estricto punto de vista de la psicología.

En un terreno muy diferente, Freud confirió al afecto (*Affeck*) una notable importancia en sus primeras contribuciones, oponiéndolo a la representación (*Vorstellung*), como era usual en la psicología (Herbart) y psicopatología (Griesinger) de lengua alemana. En su consideración, el afecto constituye la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones. La oposición afecto-representación le permitió establecer su primer modelo nosográfico de las neuropsicosis de defensa (*vid.* Parte V) y precisar algunos mecanismos patogénicos: desplazamiento del afecto en la obsesión; conversión en la histeria; transformación en la melancolía y la neurosis de angustia. Ciertamente, en ocasiones el afecto y la afectividad nombran para Freud descriptivamente la resonancia emo-

cional de alguna experiencia, aunque de manera más concreta estos términos son empleados en un sentido cuantitativo vinculado a las catexias. En el meridiano de su obra, sus textos metapsicológicos precisan con exactitud su concepción. Así, en "Lo inconsciente" (1915), se interroga sobre la posibilidad de que existan afectos inconscientes, a lo cual responde: "El uso de expresiones como 'afecto inconsciente' y 'sentimiento inconsciente', se refiere, en general, a los destinos que la represión impone al factor cuantitativo del movimiento pulsional. [...] Sabemos también que la coerción del desarrollo del afecto es el verdadero fin de la represión [...]. Siempre que la represión consigue impedir el desarrollo del afecto, llamamos inconscientes a todos aquellos afectos que reintegramos a su lugar al deshacer la labor represiva. [...] De todas maneras, al establecer un parelelismo con la representación inconsciente surge la importante diferencia de que dicha representación perdura, después de la represión y en calidad de producto real, en el sistema *Inc.*, mientras que al afecto inconsciente sólo corresponde, en este sistema, una posibilidad de agregación, que no pudo llegar a desarrollarse. Así, pues, [...] no hay estrictamente hablando afectos inconscientes, como sí hay representaciones inconscientes. En cambio, puede muy bien haber en el sistema *Inc.* productos afectivos que, como otros, llegan a ser conscientes. La diferencia procede, en su totalidad, de que las representaciones son cargas psíquicas y en el fondo cargas de huellas, mientras que los afectos y los sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas como sensaciones". A lo dicho hay que añadir que la pulsión se presenta o traduce bajo la forma del afecto. Tres son los tipos de destino que la represión impone a nuestras pulsiones: "el afecto puede perdurar total o fragmentariamente como tal; puede experimentar una transformación en otro montante de afecto, cualitativamente distinto, sobre todo en angustia, o puede ser reprimido, esto es coartado en su desarrollo". En su "Esquema del psicoanálisis" (1923) Freud vino a hacer equivalente el término "afectividad" y la expresión "vida instintiva", pero aunque utilizó profusamente en toda su obra la noción "afecto" en oposición a la de "idea" y a la de "representación", no pareció sentirse precisado a definirlo nunca.

Los primeros psicoanalistas trabajaron sobre todo los aspectos estructurales de los afectos (génesis, evolución, equilibrio, regresiones). Desde el inicio de su trayectoria, Lacan discutió la oposición freudiana representación-afecto, y se opuso abiertamente a que los psicoanalistas tomasen el reino afectivo como primario: "No es como de una densidad especial que escaparía a una consideración intelectual. No se lo encuentra en un mítico más-allá del símbolo que precedería a la formulación discursiva" (*Los escritos técnicos de Freud*, 1953-1954). Pese a que se le haya acusado de descuidar el papel del afecto –él mismo, en *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970) se defendió de esa crítica teniéndola por infundada–, Lacan

consideró que el afecto está siempre ligado a eso que nos constituye como sujetos deseantes, en nuestra relación con los semejantes, con el Otro y con el objeto que causa nuestro deseo. Lacan dedicó su seminario de 1962-1963 a la angustia ("afecto fundamental"), para él "el único afecto que no engaña", señalando que "el afecto por donde se nos solicita que hagamos surgir todo lo que éste [el deseo] comporta como consecuencia universal [...] es la angustia"; asimismo, en el seminario inmediatamente anterior (*L'identification*, 1961-1962) definió la angustia en los siguientes términos: "El afecto de la angustia está, ciertamente, connotado por la falta de objeto, pero no por una falta de realidad. Si no me sé más objeto eventual de ese deseo del Otro, ese otro que está frente a mí, su figura me es enteramente misteriosa sobre todo en la medida en que esa forma que tengo delante de mí no puede tampoco estar constituida para mí en objeto, pero donde puedo sentir un modo de sensaciones que constituyen toda la sustancia de lo que se denomina la angustia, de esa opresión indecible por la que llegamos a la dimensión misma del lugar del otro en tanto puede aparecer el deseo". Como señala Evans (1997), Lacan no propuso una teoría general de los afectos, sino que los abordó sólo en tanto que inciden en la cura analítica, e insistió en su relación con el orden simbólico desde un enfoque cercano a la *affectio* clásica: afecto significa que el sujeto es afectado por su relación con el Otro; matizó también en el seminario *L'angoisse* (1962-1963) las consideraciones freudianas relativas a la represión del afecto, sus transformaciones y desplazamientos, haciendo hincapié en que "el afecto está desamarrado, va a la deriva. Se lo encuentra desplazado, loco, invertido, metabolizado, pero no reprimido. Lo que está reprimido son los significantes que los amarran". Bien conocida es, por otra parte, su distinción de "las tres pasiones fundamentales", el amor, el odio y la ignorancia: "en la unión entre lo Simbólico y lo Imaginario, esa ruptura, esa arista que se llama el amor; en la unión entre lo Imaginario y lo Real, el odio; en la unión entre lo Real y lo Simbólico, la ignorancia", tal como destacó en *Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954).

35.4. La afectividad en la psicopatología clínica

Tras la exposición anterior se habrán podido captar las dificultades intrínsecas a la noción de afectividad, pues, como escribe Enrique Rojas (*Psicopatología de la depresión*, 1984), "todos sabemos de ella, pero muy pocos se atreven a emitir una noción precisa que la resuma y sintetice en pocas palabras". Ya Bleuler, en *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*, de 1906, resaltaba que "*en un acto psíquico, sólo puede darse una separación teórica, no una separación real, entre las distintas cualidades psíquicas de que se trate*", máxime –habría que añadir– cuando tales

"cualidades psíquicas" no son sino otra metáfora teórica. El clínico no pretenderá pues distinguir cuadros puros encasillables en la patología intelectual o emocional, sino sólo *predominantemente* intelectivos o *predominantemente* afectivos, concluía Bleuler, y el paso de los años no parece haberle desmentido.

Contando con todas las dificultades mencionadas, la psicopatología clínica aborda el estudio de la afectividad como "experiencia interior" en parte inefable, comunicada por un sujeto a través del relato de los cambios en la vivencia de su "darse cuenta de sí mismo", cambios teñidos por sensaciones subjetivas de placer-displacer o agrado-desagrado; además, tales cambios subjetivos suelen acompañarse, en segundo plano, de cambios corporales objetivables (mímicos, motóricos y neurovegetativos: rubor, sudoración, temblor). Expondremos a continuación los elementos más relevantes del vocabulario generado por tales estudios, no sin antes constatar que ningún autor llega a definir de modo no circular sus conceptos de partida (humor, ánimo, afecto) y que casi todos eluden una definición de "afecto" o como mucho lo aproximan a "emoción", aunque se explayen verbosamente sobre la noción de afectividad.

Emociones

De *emoveo*, en latín "echar de un lugar", "alejar", "sacudir", a su vez derivado de *moveo*, "mover", "impulsar", "conmover". "Emociones", "sentimientos" y "pasiones" eran los "movimientos del alma" de los filósofos clásicos. En psicopatología están los tres en desuso, salvo como términos del lenguaje común a los que se recurre en sentido general. Por *emoción* suele entenderse una agitación que se produce en el ánimo de forma aguda, con correlato vegetativo y sensación subjetiva de perturbación de un orden psíquico previo (Rojas, 1984). Por lo general son reacciones a situaciones concretas, bien sean éstas percibidas por los sentidos, bien obedezcan a recuerdos o a producciones ideativas. El individuo puede reconocerlas, verbalizarlas con cierta precisión y ser capaz de identificar su causa. Las emociones suelen desencadenar alguna conducta motora, más o menos activa, la cual no siempre será de afrontamiento. La ira, la cólera, el pánico, etc., son los ejemplos típicos.

Sentimientos

Estados anímicos más difusos, percibidos con menos precisión por el sujeto, en parte porque surgen de forma más lenta o paulatina; duran más tiempo que las "emociones", casi no tienen repercusión fisiológica y no conllevan una conducta activa específica, es decir, se experimentan sobre todo en el ámbito de la representación y del pensamiento, y según algunos autores, muchas veces su fundamento o su causa son poco conocidos por el sujeto. El amor y los sentimientos afectuosos suelen mencionarse aquí, pero hay autores que incluyen la ansiedad e

incluso el hambre, manifestación a nuestro entender de la imprecisión terminológica y conceptual. Por otra parte, en psicología, el término "afecto" también ha solido significar difusa e indistintamente sentimiento y emoción.

Pasiones

Desde la Antigüedad clásica "las pasiones" fueron alteraciones emocionales que tenían una intensidad exagerada, superior a la de las emociones, y una prolongada duración, mayor incluso que los sentimientos normales, así como una acusada invariabilidad frente a los hechos de la experiencia, pudiendo dominar a las ideas del sujeto o afectar a su capacidad de juicio (deformación *catatímica* del juicio). La filosofía y la medicina grecorromanas las consideraron causa de enfermedad mental, pues enturbiaban la capacidad intelectiva. Dicha noción se mantuvo durante los años iniciales del alienismo, tanto en las obras de Pinel como en las de Esquirol, cuya tesis doctoral se titulaba precisamente *Les passions considérées como causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* (1805). El tratamiento moral de los alienistas guardaba una estrecha relación con la atenuación de las pasiones, dependiendo su aplicación y orientación de las concepciones que de ellas tuvieran. Así, las corrientes más "estoicas" tendían a considerar que el alienado era responsable tanto de su locura como de sus pasiones, lo que implicaba modalidades terapéuticas que, a veces, recurrían a persuasiones contundentes; otras tendencias más proclives al *logós kalós* resaltaban la persuasión, la catarsis, la distracción y el trato amable del médico al enfermo. Todas estas concepciones han virado paulatinamente hasta transformar los excesos pasionales en "enfermedades mentales" –hoy trastornos– en sí mismas, cuyo mejor ejemplo, ya en el siglo XX, fueron las psicosis pasionales descritas por Clérambault.

"Sentimientos anímicos" o "psíquicos" y "sentimientos vitales"

Dentro de la asimilación particular que la psicopatología alemana hizo de las nociones schelerianas anotadas antes, una de las que más tiempo perduraron fue la caracterización cualitativa de los sentimientos, apoyada en el dipolo endógeno-exógeno. Así, la expresión "sentimientos anímicos" o "psíquicos" se aplicó a los que son reactivos a estímulos ambientales, estando por tanto determinados en su modalidad, intensidad y duración por el agente causal, generalmente identificable (el infortunio produce tristeza, el miedo intenso angustia, etc.). Los "sentimientos vitales", por el contrario, aparecerían con independencia de circunstancias externas, siendo pues "endógenos" y atribuidos a conceptos tan imprecisos como "la Corporalidad" (Higueras *et al.*, 1980), "el fondo endotímico" de López-Ibor o "la corporalidad del ser", aportándose como ejemplos típicos "la tristeza vital del deprimido endógeno" o "la angustia vital del timópata" (Vallejo-Náge-

ra, 1981), expresiones que indicaban, sobre todo, la incapacidad de los autores para elaborar modelos psicopatológicos consistentes, esto es, no neurológicos ni pseudofilosóficos.

Humor básico, humor dominante, afecto fundamental, estado de ánimo

Todas estas expresiones aluden al estado habitual de la conciencia de sí, de ese "darse cuenta de sí mismo" al que aludimos más arriba, descrita en términos de alegría-tristeza, apacibilidad-irritación, calma-exaltación. En semiología tiene una dimensión temporal, pues se refiere al humor o ánimo preponderante en un individuo durante un tiempo determinado. El estado de ánimo sería pues la conciencia de una situación emocional sostenida, informada por el paciente y con frecuencia observable por los demás. Así, se habla de estado de ánimo *eutímico*, *disfórico*, *irritable*, *elevado*, *expansivo* o *maníaco*, *lábil*, *extasiado* o *extático*, *triste* o *depresivo*, etc., calificativos derivados de los correspondientes conceptos semiológicos que se irán describiendo a continuación.

Afecto

Sobre todo en autores anglosajones, el término "afecto" suele reservarse para indicar la expresión observable de las emociones (Kaplan y Sadock, 1995). Los clínicos europeos no suelen detallar tanto esa división y utilizan "el afecto" casi como sinónimo de "estado de ánimo", aunque también parece haber una tendencia a usar "afecto" con un matiz de mayor abstracción para referirse a ciertas cualidades generales de los sentimientos y emociones (adecuación, propiedad o impropiedad, atenuación, aplanamiento, labilidad) antes que a las particulares del humor básico (las situadas en el eje hipertimia-hipotimia, equivalente a decir exaltación-tristeza o manía-depresión).

Eutimia

Del griego *eu-* (εὐ-), "bien", y *thimós* (θυμός), "ánimo", "valor", "confianza", "alegría"; en griego antiguo significaba literalmente "tranquilidad de espíritu", pero en el actual sólo vale como "hilaridad". Sinónimos: *isotimia*, *normotimia*. Término procedente de la filosofía, para los médicos griegos *euthymia* tenía un significado tan abstracto o ideal como en la actualidad tiene el de *salud* (Vallejo y Gastó, 2000). En semiología, *eutimia* designa hoy el estado de ánimo normal, el sosiego equidistante de la angustia depresiva e inhibidora y de la exaltación disfórica.

Distimia

Compuesto de *dis-* (δύσ-), "mal", y *thimós* (θυμός), "ánimo". Como concepto semiológico, su significado es general e incluye cualquier variación del estado de

ánimo normal (eutimia) a lo largo de un eje en uno de cuyos lados estarían la tristeza, la inhibición, el tedio y la angustia, y en el otro sus pares contrarios: alegría, exaltación, entusiasmo, éxtasis (Vallejo-Nágera, 1981). Algunos autores describen los estados de ánimo patológicos en términos sindrómicos de *distimia depresiva, distimia maníaca, distimia perpleja, distimia de culpa*, etc., según crean observar un síntoma predominante (Higueras *et al.*, 1980; Rojas Vidal y Coicou, 1997); pensamos que muchas de esas distimias se superponen, no constituyen síndromes estables pues los protagonismos varían a veces en cuestión de minutos, y su descripción no contribuye demasiado a afinar la observación semiológica.

Euforia, hipertimia, expansividad

La palabra *euforia* (ευ-φορία) significaba en griego arcaico "abundancia", "fertilidad", y más tarde "facilidad para llevar", "capacidad para soportar la adversidad", o –en sentido figurado– "sensación de bienestar" (Kapsambelis, 1997). Sinónimos: *a)* como simple sensación de bienestar: *euexia*; *b)* como exaltación patológica del humor: *hipertimia, distimia maníaca, distimia alegre, distimia expansiva* y *expansividad*. La *euforia* patológica consiste en un humor expansivo caracterizado por una alegría excesiva y desproporcionada, así como una profunda satisfacción de sí mismo, acompañadas de hiperactividad motora y vegetativa. Típica de estados maníacos y similares, puede aparecer en grado menor en cualquier situación clínica no manifiestamente depresiva.

Moria

De *moría* (μορία), "locura", "bobada", "imprudencia", que dio *moros* (μόρος), "estúpido". Sinónimos: *euforia insípida* y *manía chistosa* (*Witzelsucht*). *Moria* se empleó a finales del siglo XIX por Bruns y Jestrowitz para describir el estado del humor observado en ciertas lesiones de los lóbulos frontales: ludismo, logorrea estúpida, euforia desatada. Sigue vigente en neurología; en psicopatología se asimila a veces, no del todo correctamente, a la euforia extrema.

Ludismo

Del latín *ludus*, "juego", "diversión". Impulso incontenible de bromear inadecuadamente, que el sujeto parece incapaz de criticar ni controlar. Se presenta en estados maníacos, síndromes disociativos y algunas fases de las intoxicaciones agudas.

Disforia

La palabra *disforia* significa en griego "dolor excesivo", "dolor insoportable". En psicopatología equivale a humor displacentero. Para algunos autores denota malestar psíquico acompañado de sentimientos difusos de desamparo y ansiedad (Kap-

sambelis, 1997), es decir, los distintos grados de la sensación de ansiedad, angustia y sufrimiento moral propia de los estados depresivos. En 1923 Kurt Schneider la empleaba para caracterizar el "tipo de personalidad hipotímico": ansioso, tímido, fóbico y triste. En 1973 N. M. Fisk llamó *disforias de género* a los trastornos de la identidad sexual. Con un sentido más general, toma a veces el significado de irritabilidad moderada.

Irritabilidad

De *irritare*, "excitar", "estimular", "provocar". Desde la Antigüedad, las ciencias naturales han denominado *irritabilidad* a la capacidad de la materia viva para responder a estímulos externos o internos, propiedad extendida también a la mente. En psicopatología indica una hipersensibilidad a estímulos exteriores consistente en vivenciarlos como hostiles aunque no lo sean, y se acompaña de una reacción agresiva en grado ostensible, bien sólo verbal, bien conllevando actos violentos (raptos de furia, crisis clásticas, actos médico-legales). El individuo está malhumorado, enfadado permanentemente y predispuesto a un cierto grado de agitación psicomotriz. Se encuentra con frecuencia en la manía, pero también en cuadros depresivos (a veces como síntoma de inicio), en la paranoia y otras psicosis, en la caracteropatía histérica, en cristalizaciones reactivas del carácter ante las dificultades de la vida, en las fases iniciales de cualquier trastorno psicoorgánico o como secuela permanente de lesiones cerebrales circunscritas o difusas, etc.

Beatitud

Las sensaciones ligadas al humor eufórico pueden en ocasiones no derivar hacia la taquilalia y la hiperactividad motriz, sino hacia estados de gozo inefable en que el sujeto suspende sus movimientos corporales sin que por ello sus representaciones ideativas dejen de experimentar una facilitación, incluso una exaltación, o un cambio cualitativo hacia el bienestar psíquico y la sublimidad. Según Pierre Janet (*De la angustia al éxtasis. Estudios sobre las creencias y los sentimientos*, 1926), los estados de beatitud presentan tres características: "*a)* una supresión casi completa de la actividad motora y una disposición a la inmovilidad; *b)* una actividad más o menos grande del pensamiento interior, y *c)* un gran sentimiento de alegría". Muchas drogas psicodislépticas lo producen, así como algunos estados maníacos, esquizomorfos o disociativos (histéricos), y delirios crónicos; el propio Schreber, en sus *Hechos memorables de un enfermo de los nervios,* define la "beatitud" o "bienaventuranza" (*Seligkeit*) como "esta ebriedad permanente en el goce y al mismo tiempo en el recuerdo de su pasado humano, que representa en efecto para las almas la dicha suprema".

Éxtasis

Grado extremo de la beatitud y considerado como el polo opuesto a la angustia, es un estado subjetivo de semi-inconsciencia feliz cercano al "coma psíquico". Hay sensaciones inefables de "salida de sí mismo", de "fusión con el cosmos", etc. (Vallejo-Nágera, 1981).

Tristeza patológica, humor depresivo o deprimido

Tristeza, del latín *tristitia*, es un término de uso corriente cuyo significado no varía en psicopatología, salvo que aquí su valor semiológico radica en su mayor intensidad, en aparecer ante estímulos poco intensos o en su excesiva duración. La *tristitia*, sensación subjetiva de aflicción, es la palabra que emplearon los médicos romanos para traducir la *dysthimia* de sus predecesores griegos en cuanto a síndrome del estado de ánimo, no tanto en cuanto a enfermedad, pues para esta última mantuvieron el término *melancholia*, del que derivó el adjetivo *melancholicus*. La tristeza y sus correlatos (crisis de llanto, abatimiento, desánimo, pesimismo) son el síntoma fundamental de los trastornos depresivos, donde su desencadenamiento, duración e intensidad toman, por lo general, el protagonismo del cuadro. "Depresión" proviene del latín *deprimere*, "apretar de arriba abajo", "bajar", "hundir"; no lo consideramos término semiológico pues designa un trastorno plurisintomático concreto y suficientemente delimitado.

Duelo

Reacción consecutiva a una pérdida afectiva dolorosa (muerte de seres queridos, abandono del amante, determinadas pérdidas materiales sobreinvestidas, etc.), consistente en un síndrome casi superponible al depresivo: tristeza, inhibición, anhedonia, anorexia, insomnio, desvitalización general, etc. En la reacción de duelo normal, tras un período culturalmente aceptado se recupera la eutimia. Freud, en "Duelo y melancolía", publicado en 1917, denominó *trabajo de duelo* a los fenómenos conscientes e inconscientes mediante los cuales, según su teorización, la libido de objeto se desliga del objeto perdido y queda en disposición de hacer nuevos investimientos: "A mi juicio, podemos describirlo de la siguiente forma: el examen de la realidad demuestra que el objeto amado ya no existe, y demanda que la libido abandone todas las relaciones antaño trabadas con él. Contra esta demanda se eleva una resistencia naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando ya les haya encontrado alguna sustitución. [...] Al final del trabajo del duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de toda inhibición". El *duelo no elaborado* es el mecanismo genérico a todas las depresiones; en las reactivas, el objeto perdido es algo concreto y –en parte– conscientemente identificable por el individuo, mientras

que en las llamadas "depresiones endógenas" la pérdida no puede detectarse, el proceso parece desencadenarse en el mundo interno y el sujeto no sabe conscientemente lo que ha perdido.

Melancolía

Del griego *melancholia* (μελαγ-χολία), "melancolía", "tristeza", a su vez compuesto de *melan, melanos* (μέλαν, -ανος), "lo negro", y *cholé* (χολή), "bilis". Basándose en el principio de la corrupción humoral, los médicos de la Antigua Grecia atribuyeron a la *bilis negra* la causalidad de la tristeza. El término *melancolía*, sin embargo, ha sido impreciso a lo largo de toda su historia, pues a veces se empleó como rasgo de carácter, y otras como concepto nosológico; en este último caso, se aplicó tanto a episodios agudos como crónicos, relacionados con lo que hoy consideramos depresión pura y con la "depresión bipolar", y también se llegó a diagnosticar así todo tipo de alteración mental, como puede leerse en la *Anatomía de la melancolía* de Robert Burton, obra de 1621, con lo que fue cayendo en desuso como término técnico. Entre 1900 y 1950 se volvió a usar para referirse a las depresiones no reactivas ("endógenas"), pero más bien como adjetivo (depresiones "melancólicas", individuos "melancólicos"). El sustantivo "melancolía" ha sido recientemente rescatado por diversos historiadores de la locura, y algunos psicopatólogos lo emplean ahora casi como un cultismo para referirse –más o menos "oficialmente"– tanto a cuadros depresivos persistentes y muy intensos, como a la "depresión con síntomas psicóticos", a los llamados trastornos esquizoafectivos, a la fase depresiva de la psicosis ciclotímica o al carácter melancólico habitual de ciertos individuos. Tampoco falta quien le da un uso casi metafórico para denotar "lo depresivo" en general. En psicoanálisis se sigue hablando de "melancolía" para referirse a una variedad nosográfica de psicosis caracterizada por una severa pérdida narcisista que aniquila la vida del deseo.

Perplejidad

Aunque suele relacionarse con las iniciales vivencias delirantes primarias de las psicosis, algunos autores describen en las depresiones graves un estado de desconcierto, asombro, indecisión y suspensión del juicio, que se corresponde con lo que la lengua al uso entiende por perplejidad; esta concordancia nos parece aplicable a la terminología semiológica, siempre que se haga constar el matiz de que en la *perplejidad depresiva* el individuo parece inhibido por incapacidad de integrar los datos de sus percepciones de cara a la acción, mientras que la perplejidad del psicótico parece basada en el vacío de significación correlativo a la desestructuración del universo simbólico, que suele por el contrario impelerle a algún tipo de acción o ideación al respecto. Este último aspecto se muestra con claridad en los fenómenos elementales descritos por Clérambault a propósito del

Pequeño Automatismo Mental, y lo mismo en la descripción desarrollada por Clemens Neisser sobre la *krankhafte Eigenbeziehung* ("autorreferencia mórbida"), "síntoma cardinal de la paranoia"; en ambos casos, la aparición de esos fenómenos elementales es experimentada por el sujeto mediante la perplejidad, es decir, la ausencia de toda significación, y en la misma proporción que no existe significación el sujeto se siente concernido por la presencia del fenómenos elemental. Además de las *perplejidades* mencionadas, nos parece que, en grado variable, también dan a veces al clínico la impresión de estar experimentando lo que podríamos denominar *perplejidad maníaca* algunos pacientes de este temple en momentos de extrema taquipsiquia paralizante.

Acedia, acedía o acidia

Del latín *acidia* y éste del griego *acidia* [*acedia*] (ἀχηδία), "indiferencia", "pereza", compuesto por *a-*, partícula negativa, y *kedós* (κήδος o χήδος), "cuidado". Desinterés o disgusto por vivir, indiferencia afectiva, inhibición e incluso torpor, la *acedia* o "pecado de tristeza" fue considerada una actitud moralmente indeseable –voluntaria por lo tanto– por los teólogos medievales, idea recogida por Dante colocándola en el infierno de *La Divina Comedia* junto a la cólera y la violencia (Postel, 1998). Los médicos medievales, con otras miras, opusieron acedia y melancolía; la primera, "tristeza del alma", no sería susceptible de tratamiento natural, mientras que la melancolía, "tristeza del cuerpo", merecería el intento de rectificarla mediante la terapéutica de entonces. No se usa hoy en semiología, pero permanece ligada a la historia de conceptos como abulia (ver semiología de la voluntad) y apatía.

Apatía

De *apatheia* (ἀπάθεια), "apatía". En la Grecia clásica, "ausencia de sensibilidad", y por extensión "impasibilidad patológica", distinta pues de la ataraxía ("calma" o "tranquilidad del espíritu"). Trasladado a las lenguas romances desde el latín *apathia*, se usó este vocablo con el sentido general de disminución del tono vital, fuese o no de causa psíquica. La historia médica de la apatía corrió paralela a la de la abulia, y tras diversos avatares acabó fijándose ya en el siglo XX la noción de "pérdida de las emociones" para la primera y la de "pérdida de la voluntad" para la segunda. La apatía se observa como síntoma en diversas alteraciones (esquizofrenias, depresiones, demencias, toxoinfecciones, etc.): el individuo parece no interesarse por nada, está hiporreactivo desde el punto de vista psíquico, nada le conmueve o interesa, y conserva perfecta conciencia vigil. No hace mucho, otros autores han optado por dar a la apatía un contenido más sindrómico y desde la óptica de la motivación, volviendo a llevar el significado del término a los terrenos ya adscritos a la abulia, incluyendo en el constructo no sólo la ausencia o ate-

nuación de las emociones, sino, simultáneamente, la de los fenómenos cognoscitivos y comportamentales concomitantes, e incluso han ideado escalas para "medirla" (Marin, 1996); entendemos que este tipo de investigaciones, presuntamente etiopatogénicas y siempre de orientación orgánico-cerebral, contribuyen muy poco a clarificar una semiología clínica realmente útil.

Clinofilia

De *kline* (κλίνη), "lecho", y *philía* (φιλία), "afición". Tendencia a estar tumbado en horas diurnas, sin sueño, propio de la inhibición psicomotriz general del síndrome depresivo.

Anhedonia

De *a-*, privativa, y *hedoné* (ἡδονή), "placer experimentado o que se hace experimentar a alguien", "agrado", "gozo". Atribuido a Ribot (1896), *anhedonia* señalaba la pérdida de capacidad para experimentar placer. Esa pérdida de la capacidad de disfrutar, y el alejamiento de las actividades habituales y placenteras –desde las relaciones sexuales, las aficiones más acendradas o la comida, hasta los entretenimientos más simples– son hoy uno de los criterios diagnósticos más importantes en los trastornos depresivos, pero con distintas cualidades e intensidad pueden estar presentes en cualquier tipo de estado psicopatológico, frecuentemente en las psicosis.

Alexitimia

De *a-*, privativa, *lexis* (λέξις), "palabra", y *thimos* (θύμος), "ánimo", "emoción". Aunque el término *alexitimia* fue creado por Sifneos en 1969 para ser aplicado en el campo de la psicosomática, lo traemos a este capítulo de la semiología de la afectividad porque el propio autor explicitó que puede ser definida como un trastorno afectivo: estos pacientes psicosomáticos "carecen de palabras para nombrar sus emociones" (Nemiah y Sifneos, 1970; Sifneos, 1973, 1990). Los pacientes alexitímicos experimentan una dificultad para establecer conexiones entre las emociones y las ideas, sensaciones, representaciones o fantasías que normalmente las acompañan. Este concepto, de mayor alcance que el estrictamente semiológico pues designa en realidad un "modo de funcionamiento mental", será abordado con extensión en el capítulo específicamente dedicado a la psicosomática en el volumen en preparación *Estructuras clínicas y clínica diferencial...*

Miedo

Reacción temerosa ante un peligro concreto que la justifica, manifestándose tanto en el plano psíquico como en el somático (palpitaciones, palidez, temblor, sudoración, disartria, etc.).

Ansiedad y angustia

Según Corominas y Pascual, "ansiedad" y "angustia" aparecen en castellano en el siglo XV, de etimología poco clara pero probablemente procedentes del latín *anxia* o *anxietas*, y de *angostus*, "estrecho", respectivamente, con significados que van desde "ganas de vomitar" hasta "anhelo", pero más frecuentemente con los de "opresión" o "constricción". En alemán no hay distinción conceptual pues se usa sólo el término *Angst*. El inglés tiene *anxiety* y *anguish*, indistintos y de escaso empleo el segundo. En francés, *anxieté* y *angoisse* corresponden respectivamente a nuestras "ansiedad" y "angustia", expresando por ese orden una intensidad mayor. Se les considera "una reacción de alarma primitiva, inscrita en el cuerpo como un reflejo arcaico" (Postel, 1998). La importancia de las conceptualizaciones metapsicológicas, nosológicas y nosográficas de Freud a este respecto se estudia en diversos capítulos de estos *Fundamentos*, por lo que no las desarrollaremos aquí, ateniéndonos a sus aspectos semiológicos según fueron vistos por la psicopatología clínica.

Es tan clásico como inevitable definir ambos conceptos en relación al miedo: ansiedad y angustia tienen en común una sensación parecida a la inquietud psíquica del miedo, pero ambas aparecen en ausencia de una amenaza exterior, son "un temor inexplicable" (Vallejo-Nágera, 1981), y se podrían conceptualizar como los dos síntomas inefables por antonomasia: ni quien las sufre ni los observadores tienen palabras adecuadas para traducir tales sensaciones.

La *ansiedad* suele experimentarse más bien en la esfera psíquica y tiene escaso correlato neurovegetativo; hay una sensación de inseguridad, de intranquilidad, "como si me fuese a pasar algo". A veces la ansiedad se presenta bruscamente o aumenta su intensidad, pudiendo entonces desencadenar un cierto grado de actividad motora, pero que al carecer de objeto que afrontar puede llegar a la subagitación, participando también entonces el Sistema Nervioso Autónomo (taquicardia, taquipnea, sudoración, etc.).

En la *angustia* se sufre un profundo dolor moral que anonada al sujeto o bien una sensación de amenaza intensa sin objeto amenazador ante la que no hay defensa posible, un inexplicable peligro de muerte, de perder la cordura. La conciencia puede llegar a estrecharse leve o moderadamente, al contrario de la nitidez que conserva en la ansiedad. Desde el punto de vista psicomotor, la angustia intensa suele conducir a la inhibición motriz, incluso a estereotipias posturales (posición fetal, engatillamiento con hipertono muscular, clinofilia), coherente con el efecto sobrecogedor psíquicamente paralizante, pero en ocasiones se invierte por completo esa correlación, apareciendo agitación e incluso la tormenta de movimientos que caracteriza a las reacciones de acorralamiento. El componente somático es importante en la angustia: opresión y hasta dolor precordial, sensación de

ahogo, disnea, disfagia, espasmos intestinales, diarreas, sudor frío, hipotensión arterial, etc. Ansiedad y angustia están potencialmente presentes en todo desorden psíquico, adquiriendo especial protagonismo en los trastornos a los que prestan el nombre: la neurosis de angustia de la nosografía freudiana y los hoy llamados trastornos de ansiedad.

Trastornos de la reactividad afectiva

Por *reactividad* o *reacción afectiva* se entiende la capacidad o posibilidad que un sujeto tiene para variar su estado de ánimo, capacidad que tanto en la vida normal como en las situaciones clínicas es independiente de dicho humor: un enfermo deprimido puede reaccionar –aun por breve tiempo– ante un estímulo agradable, diciéndose entonces que conserva su capacidad de *sintonización afectiva*, mientras que un sujeto en plena calma podría presentar una rigidez patológica en tal estado y no alterarse ante estímulos emocionales importantes, hablándose entonces de *rigidez, bloqueo* o *congelación de los afectos* (paranoia, psicopatías, trastornos cerebrales), ofreciendo con frecuencia el sujeto una racionalización o banalización de tal ausencia de respuesta. Al contrario, la *indiferencia afectiva* o *embotamiento afectivo* consiste en una pérdida de resonancia interna de los afectos, de la que el individuo es consciente y le causa preocupación pues la vive como patológica; una curiosa variante es la *inversión afectiva*, fenómeno consistente en que el enfermo comunica su preocupación por empezar a sentir odio hacia sus seres próximos. Se denomina *labilidad afectiva* a las variaciones bruscas del estado de ánimo, motivadas o no, pero manifestándose con excesiva intensidad y muy breve duración (demencias). La *incontinencia emotiva* es una exagerada expresión de los sentimientos (llanto, irritabilidad), con o sin labilidad afectiva.

Irradiación afectiva

Llamamos así a la capacidad que un individuo tiene para que los demás "sintonicen" con él, es decir, que perciban e incluso se identifiquen con su estado de ánimo.

Empatía

Suele atribuirse al norteamericano Edward Titchener (1867-1927) la incorporación de este término a la psicología, procedente de la traducción que el filósofo y psicólogo alemán Theodor Lipps hiciese del término "*Einfühlung*" (*einfühlen*: "tratar de comprener", "identificarse con"). Titchener, interesado por el estudio de la introspección, usó *empatía* no en el sentido etimológico de "sentir con" o "sentir dentro", sino en el de la "mimetización" que observó en la relación de los recién nacidos con sus madres; según él, se inicia aproximadamente al año de vida

y desaparece a partir de los dos años y medio, momento en el que se dan cuenta de que el dolor de los demás es diferente al suyo propio. Posteriormente fue ampliando la noción de empatía, derivando hacia "sentir-con", y recogió sus ideas en un libro, *Lectures on the experimental psychology of the thought-process*, publicado en 1909. El caso es que Freud, que dijo tomarlo "de los psicólogos", ya utilizaba *Einfhülung* desde algún año antes, en el sentido de comprensión o percepción intelectual y en oposición a la identificación afectiva. Como empatía o "proyección simpática", *Einfhülung* aparece con nota aclaratoria en la traducción de López Ballesteros de *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905), como "comprensión (empatía)" en "Personajes psicopáticos en el teatro" –redactado originalmente en 1904– y como "proyección empática" en *El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen* (1907), dando algún año después una versión más amplia de su opinión en *Psicología de las masa y análisis del Yo* (1921): "proceso denominado "proyección simpática" [*Einfühlung*] por la Psicología, proceso del que depende en su mayor parte nuestra comprensión del yo de otras personas. Pero habiendo de limitarnos aquí a las consecuencias afectivas inmediatas de la identificación, dejaremos a un lado su significación para nuestra vida intelectual". Además, un año antes de que Titchener llevase el término a EE UU, Wilhelm Worringer (1881-1965) empleaba *Einfühlung* al estudiar el arte abstracto en comparación con el figurativo en *Abstraktion und Einfühlung*, publicado en Múnich en 1908 y reeditado hasta la actualidad en Norteamérica como *Abstraction and Empathy: A Contribution to the Psychology of Style*, y la palabra hizo pronto fortuna entre los estudiosos de las artes con el significado de "resemblanza estética" ("*aesthetic semblance*"). En psicopatología fue un concepto muy apreciado por la corriente del análisis existencial y por la escuela psicosomática de París. La historia posterior del término añade desacuerdos al de su nacimiento, pero conserva hoy en clínica el sentido de comprensión profunda del otro, diferente de la mera simpatía, la misericordia o la identificación. Sinónimo en franco desuso es *introafección*.

Endopatía

Próximo a empatía en cuanto a sus orígenes artísticos, *endopatía* consiste en la atribución de los sentimientos y estados de ánimo propios a objetos inanimados, lo que les da un carácter especial a ojos del sujeto. Este sentimiento endopático se puede considerar como la base del efecto estético que experimenta por proyección el sujeto ante las obras de arte; también está presente en el pensamiento mágico de los pueblos primitivos (animismo), en algunas psicosis, *delirium* y cuadros disociativos.

36

SEMIOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD

Las opiniones tradicionales sobre la sexualidad la concebían como un instinto destinado a la conservación de la especie y, según eso, consideraban "aberraciones" o "perversiones" cualquier tipo de goce sexual desviado de ese fin. Tal es la idea recogida al inicio de uno de los estudios decimonónicos más célebres sobre esta materia, la *Psychophatia Sexualis* (1886) del psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing: "La perpetuación de la especie no está librada al azar, ni al capricho de los individuos; un instinto natural la garantiza y reclama imperiosa e irresistiblemente su satisfacción. No proporciona únicamente un goce a los sentidos y un bienestar físico, sino una satisfacción más elevada: la de continuar nuestra propia existencia fugaz en nuevos seres, legándoles nuestras cualidades físicas e intelectuales. En el amor groseramente sexual, movido por el impulso de satisfacer voluptuosamente a la naturaleza, el hombre está a la misma altura que el animal; mas él posee el don de elevarse a un grado en el que el instinto natural no lo convierta en esclavo sin voluntad, sino que por el contrario, le despierta en toda su potencia sentimientos altos y nobles que, pese a su origen sensual, le abren un mundo de belleza y grandeza moral".

Al parecer, según sostiene Michel Foucault (*Histoire de la sexualité*, 1976-1984), el concepto de sexualidad es un invento reciente surgido a partir de las relaciones entre el saber y el poder, pues pese a ser una noción bien familiar, esa "experiencia" de la "sexualidad" apenas se manifiesta como tal antes de principios del siglo XIX. Esta consideración bien puede explicar el interés que despertó dicha materia en muchos médicos y estudiosos decimonónicos, como es el caso de Moreau de Tours, Tarnowski, Krafft-Ebing y H. H. Ellis. También podría enmar-

carse ahí la obra de Freud, pero ésta difiere profundamente de todos los planteamientos anteriores, como enseguida trataremos de mostrar a fin de introducir esta semiología de la sexualidad.

No resulta fácil precisar una definición de la sexualidad desde el punto de vista psicoanalítico, y ello precisamente porque su extensión conceptual se amplía notablemente respecto de otras concepciones. Nos serviremos para ello de la procurada por Laplanche y Pontalis en su *Diccionario de Psicoanálisis* (1981): "En la experiencia y en la teoría psicoanalíticas, la palabra 'sexualidad' no designa solamente las actividades y el placer dependiente del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual". Ciertamente, a tenor de las enseñanzas extraídas de su práctica clínica, Freud colige que en materia de sexualidad el sujeto antes que a un instinto (*Instinkt*) –esto es, el determinismo preformado e invariable de los individuos de una misma especie, que tiende irremediablemente a la adaptación– está sometido a la pulsión (*Trieb*, *trieben*, "empujar"), con lo cual enfatiza las notables variaciones de ese empuje respecto al supuesto fin y objeto, situados por las concepciones tradicionales en la reproducción, el coito y los genitales.

De este modo, no sólo el fin de la pulsión se torna esencialmente múltiple y parcial, sino que el objeto también se convierte en variable y contingente; tales variaciones respecto al fin y al objeto determinan que las actividades emprendidas por el sujeto para obtener satisfacción resulten tan heterogéneas. Y, ciertamente, esa separación conceptual entre *Instinkt* y *Trieb* implica la "desnaturalización" radical de la sexualidad humana, pues ésta ya no puede reducirse a la genitalidad ni a los órganos sexuales, ni tampoco al acto sexual. La evidencia mayor que sustenta estas consideraciones fue hallada por Freud en sus investigaciones sobre la sexualidad infantil, caracterizada por la "disposición polimorfa perversa" del niño, consecuencia de las pulsiones parciales. Bien puede decirse que la búsqueda de goce por parte del niño no conoce límites, sirviéndose para ello de las diversas zonas erógenas y de la previa independencia entre la satisfacción de las necesidades biológicas y el placer procurado por el órgano ("placer de órgano", *Organlust*), como sucede, por ejemplo, con la succión del pulgar y la excitación de la zona anal, ambas independientes de la satisfacción de las necesidades de la alimentación y la evacuación.

Estas consideraciones –aquí sólo apenas apuntadas, pero que pueden hallarse más desarrolladas en los capítulos II, III y V– acarrean importantes consecuencias a la hora de vincular la sexualidad y la psicopatología, y ello especial-

mente en dos ámbitos: la relación de la sexualidad infantil con las llamadas "perversiones" de los adultos, y la implicación de la sexualidad en la causalidad de los síntomas y en la significación que a éstos se puede conferir.

En el primer caso se puede afirmar que Freud aproxima la sexualidad infantil y la perversa, si bien cuanto en el niño resulta normal no lo es tanto en el adulto, que ha pasado por un desarrollo bajo la primacía del falo que le ha podido permitir, quizás, articular el deseo con la castración; en este sentido, sólo cabe hablar de perversión cuando la obtención de goce requiere de condiciones absolutas, como sucede en el fetichista que precisa –condición *sine qua non*– de determinado objeto para su satisfacción, y a falta de éste no hay ninguna otra posibilidad de conseguirla. Pese a esta aproximación entre la sexualidad infantil y la perversa, Freud se muestra completamente taxativo a la hora de separar la estructura neurótica y la perversa: "La neurosis es, por así decirlo, el negativo de la perversión", escribió Freud en *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905).

En el segundo caso, es bien conocida la trabazón defendida por Freud entre la psicosexualidad y los síntomas psíquicos, la cual fue especialmente desarrollada a partir de la teoría de la libido: "Empleando este insustituible método de investigación descubrimos que *los síntomas representan la actividad sexual de los enfermos*, total o sólo en parte, emanada de pulsiones parciales o perversas de la sexualidad. No es sólo que gran parte de la sintomatología histérica se halle constituida por manifestaciones de la excitación sexual ni que una serie de zonas erógenas se eleve en la neurosis y por intensificación de las cualidades infantiles a la categoría de genitales; es también que incluso los síntomas más complicados se nos revelan como manifestaciones disfrazadas de fantasías cuyo contenido es una situación sexual. Sabiendo interpretar el lenguaje de la histeria, se ve claramente que el nódulo de la neurosis no es sino la sexualidad reprimida de los enfermos, extendiendo, desde luego, la función sexual en toda su verdadera amplitud, circunscrita por la disposición infantil", sostuvo Freud en su artículo de 1906 "Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de la neurosis". A estas consideraciones cabe añadir el papel desempeñado por el fantasma inconsciente, cuya frecuente dimensión sádica o masoquista, voyeurista o exhibicionista señala Freud.

Mas los aspectos hasta aquí comentados (la desvinculación de la sexualidad con la genitalidad, por cuanto aquélla busca inicialmente el placer y sólo secundariamente se presta al servicio de la reproducción; la inclusión en las pulsiones sexuales de las manifestaciones amistosas, cariñosas y amorosas) amplían notablemente la noción de sexualidad, hecho éste que lamentablemente ha sido entendido por algunos como un panegírico pansexualista. Sobre este particular se pronunció el propio Freud en diversas ocasiones, advirtiendo en su artículo de 1923

"Psicoanálisis y teoría de la libido" que: "Así, es erróneo acusar al psicoanálisis de *pansexualismo* y pretender que deriva de la sexualidad *todo* el suceder anímico y lo refiere a ella. El psicoanálisis ha diferenciado más bien desde el principio las pulsiones sexuales de otras a las que provisionalmente denominó *pulsiones del Yo*. Jamás se le ha ocurrido querer explicarlo todo y ni siquiera ha derivado la neurosis exclusivamente de la sexualidad, sino del conflicto entre las tendencias sexuales y el Yo".

Los historiadores de la psicopatología están perfectamente informados de la vinculación que muchos médicos decimonónicos establecieron entre la sexualidad y sus desórdenes y la patología psíquica. Sin embargo, tal ligazón no se concretó en la formalización de conceptos capaces de perfilar una teoría explicativa consistente, salvo en el caso de Freud, quien paulatinamente fue tejiendo un conjunto conceptual (teoría de la seducción, libido, pulsión, sexualidad infantil, autoerotismo, narcisismo, sexualidad femenina, etc.) que a la postre habría de constituirse, junto con las formaciones del inconsciente, en uno de los pilares de la doctrina psicoanalítica. Pero el inconsciente y la sexualidad no son ámbitos desconectados, sino que mantienen una relación calificada por Lacan (*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, 1964) de "estrictamente consustancial". Freud se separa de este modo de las concepciones biológicas y sexológicas de la sexualidad, haciéndole a ésta un lugar esencial en la condición humana.

Naturalmente, las propuestas freudianas en materia de sexualidad han sido revisadas y aquilatadas por un buen número de sus seguidores, pues no parecían dar cuenta de todas las dimensiones implicadas ni responder tampoco a otras cuestiones poco elucidadas, especialmente las relativas a las relaciones que los hombres y las mujeres establecen con su propio sexo; estas nuevas contribuciones han venido a ampliar aún más el espectro de la sexualidad humana. A este respecto, un breve comentario, dada su actualidad, merecen las consideraciones establecidas desde los años cincuenta a propósito de la diferencia entre sexo y género, y la notable aportación de Lacan sobre la llamada "sexuación" (*sexuation*).

En lo que atañe a la noción de "género" (*gender*), ésta fue creada en 1955 por John Money ("Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic finding") y su uso más habitual lo define como la red de creencias, valores, actitudes y actividades que permitirían diferenciar al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social y cultural. Dicha noción derivó posteriormente en otras, como "rol de género" (lo que una persona dice o hace para manifestar su estatus de niño o niña, hombre o mujer), "identidad de género" y "trastorno de la identidad de género" (estos últimos destinados inicialmente a la investigación de los transexuales). Robert Stoller desarrolló el binomio "sexo-género", aplicándolo a sus estudios sobre el transexualimo, hecho que explica apelan-

do a una supuesta simbiosis entre la madre y el hijo, a la que el transexual continuaría apegado. Sin embargo, este tipo de estudios basados en el *gender* desatiende la noción freudiana de *Trieb* y las constataciones relativas a las sexualidad infantil. Y ello en la medida en que hablar de género es afirmar la existencia de una identidad sexual, asunto harto desmentido por Freud y la clínica psicoanalítica; en tal sentido se ha pronunciado recientemente Enric Berenguer ("Sexuación: la no identidad del sexo [*Much ado about Nothing*]", 2002), cuando escribe: "Y lo que vemos en la clínica, nuestro laboratorio, es otra cosa bien distinta: la presencia constante de una no-identidad que es, por su parte, muy real, y que adopta formas sintomáticas a todos los niveles, como algo imposible de suturar". A fin de salir de estos *impasses* desarrolló Lacan en su seminario *Aun* (1972-1973) una tabla de la *sexuation* destinada a ilustrar las distintas variantes de las que dispone el sujeto hablante en su relación con la función fálica, ofreciendo así la posibilidad de pensar la diferencia sexual a partir del goce, independientemente del sexo biológico y de las identificaciones.

A la hora de establecer y definir los trastornos más habituales de la sexualidad seguiremos *grosso modo* el esquema propuesto por S. Tribolet y M. Shahidi (*Précis de sémiologie des troubles psychiques*, 2000), quienes en buena medida desarrollan el esquema freudiano; por nuestra parte procuraremos abordar la caracterización de cada signo recordando las descripciones más clásicas. Como en otros apartados semiológicos, es necesario advertir –aquí quizá con más énfasis– de la cautela que debe presidir todo juicio clínico sobre la posible patología de los signos que a continuación se consignan.

Como sucede con otros ámbitos semiológicos, también en materia de sexualidad se suelen agrupar sus trastornos en función de un criterio cuantitativo (exceso o defecto) y otro cualitativo o perverso (variantes del tipo supuestamente normal, esto es, en el paradigma naturalístico del coito heterosexual).

36.1. Los déficits y los excesos sexuales

Hiposexualidad

En lo que atañe al primer criterio, resulta habitual describir aquí los trastornos que afectan directamente al deseo sexual en su vertiente deficitaria, tanto en el hombre como en la mujer: la llamada *anorexia sexual* (ausencia o pérdida del deseo sexual), la *aversión sexual* (evitación activa del contacto genital con el *partenaire* sexual) y la *anhedonia* (incapacidad de buscar o experimentar placer). Específicos del hombre son: la *impotencia psíquica*, esto es, la ausencia de libido, a veces manifestada en la incapacidad para la erección y también en la ausencia de eyacula-

ción (*aneyaculación*) o incluso en la *eyaculación precoz* o en la *retardada*. Advertiremos brevemente que la mayoría de las impotencias son de origen psicogenético, habitualmente aquellas que presentan una erección típica en la fase de sueño REM o incluso una erección matutina, aunque debe considerarse también que otras obedecen a causas orgánicas determinadas por enfermedades neurológicas (tabes, tumores medulares y esclerosis en placas), genitourinarias, endocrinas (diabetes) o medicamentosas (consumo excesivo y prolongado de drogas como el alcohol, la cocaína, la heroína, o también medicamentos antidepresivos y neurolépticos). Son propias de la mujer la frigidez, el vaginismo y la dispareunia. En su uso común, *frigidez* nombra tanto disminución de intensidad del deseo sexual como la *anorgasmia*; en su grado extremo suele denominarse *anafrodisia* (total inhición del placer). Suelen distinguirse dos tipos de frigidez: una total y otra parcial, conservando esta última la capacidad de gozar sexualmente mediante la masturbación clitoridiana. El *vaginismo* define la imposibilidad o dificultad de realizar la penetración vaginal provocada por una contracción inconsciente de los músculos perineales y perivaginales; suele interpretarse como un síntoma de conversión, esto es, la expresión corporal de un conflicto psíquico. La *dispareunia* o coito doloroso, sea éste anterior, concomitante o posterior a la penetración, raramente es causada por enfermedades ginecológicas tales como la salpingitis o la retroflexión del útero. Aparte de las causas puntualmente apuntadas, las manifestaciones de la hiposexualidad aparecen en la histeria y otras neurosis, la melancolía, las depresiones y las psicosis esquizofrénicas.

Hipersexualidad

Continuando con el criterio cuantitativo, pero ahora en lo que atañe a los excesos, las manifestaciones hipersexuales suelen adscribirse a dos grandes rúbricas: la ninfomanía y la satiriasis. La *ninfomanía* (νύμφη, "desposada", "joven", y μανία, "furor", "locura") es la búsqueda más o menos obsesiva de relaciones sexuales en la mujer. La *satiriasis* (σάτυρος, "sátiro"), por su parte, es la impulsión a repetir el acto sexual con un frecuencia inusual por parte del hombre, tal como la fábula atribuye a los sátiros su acendrada inclinación a las aventuras amorosas y lascivas. Tanto en la ninfomanía como en la satiriasis resulta habitual la proporción inversa entre la frecuencia en el número de relaciones sexuales y la satisfacción de ellas obtenida, lo cual relativiza el hablar realmente de hipersexualidad en estos casos. La psicopatología tradicional ha venido relacionando ambos signos con la histeria, la manía, algunos momentos álgidos de descontrol pusional en la esquizofrenia y la paranoia, así como con el empeño, consciente o inconsciente, por ocultar una homosexualidad latente.

36.2. Variantes de la sexualidad

Perversiones o parafilias

A decir de Tribolet y Shahidi (2000), las "perversiones sexuales" conciernen a "comportamientos tendentes a la obtención del placer y del orgasmo por otros medios que el coito por penetración vaginal". Pese a ser reciente, dicha definición parece no haberse librado de la carga ideológica existente a finales del siglo XIX, momento en que los prejuicios lastraban de modo importante los primeros intentos de un estudio científico de la sexualidad. Las nociones de "perversión" y "parafilia" son tratadas con detalle en el capítulo 44, razón por la cual limitaremos aquí nuestros propósitos a mostrar los términos semiológicos con los que se describen sus alteraciones particulares. Seguiremos para ello el esquema propuesto en 1905 por Freud, tampoco ajeno del todo al contexto sociocultural entonces imperante, según el cual las perversiones se agrupan en dos categorías: perversiones relativas al objeto y perversiones relativas al fin.

36.2.1. Perversiones relativas a la elección del objeto sexual

Se describían bajo este epígrafe las distintas variantes de la elección de objeto designado como normal, esto es, el del compañero sexual del otro sexo con quien se pueda realizar el coito. En primer lugar se detallaban aquellas desviaciones en las cuales el objeto sexual es humano (paidofilia, gerontofilia, necrofilia, incesto, onanismo y homosexualidad); en segundo lugar las que correspondían a elecciones de objetos no humanos (zoofilia y fetichismo) y, finalmente, el transexualismo.

Paidofilia o pederastia

De *pais, paidós* (παῖς, παιδός), "niño", y *filía* (φιλία), "amor", esto es, amor y protección a los niños; παῖς, παιδός, "niño", y *erao* (ἐράω), "amar con pasión", es decir, "abuso deshonesto cometido contra los niños". Se trata de la actividad sexual realizada con niños prepúberes por un adolescente o un adulto, la cual consiste habitualmente en desnudar y mirar al niño, exhibirse ante él, masturbarse en su presencia o tocarlo y acariciarlo con fines sexuales; en ocasiones también el paidófilo –llamado a veces pedófilo– exige que el niño le practique una felación o consuma su perversión mediante la penetración. En opinión de Krafft-Ebing (*Psychophatia Sexualis*, 1886), los pederastas o paidófilos son sujetos hereditariamente tarados; su inclinación por impúberes del otro sexo es primaria; el "acto criminal" practicado por estos individuos consiste en simples palpaciones y en la

masturbación de sus víctimas; "los pedófilos no se excitan con los encantos sexuales de las personas adultas, con las que practican el coito únicamente cuando no tienen un niño a su disposición, y ello sin satisfacción psíquica". Tanto Moebius, como Magnan y el propio Krafft-Ebing describieron también la paidofilia en el sexo femenino.

Gerontofilia
De *geron, -ontos* (γέρων, -οντος), "anciano", y φιλία, "amor". Atracción erótica y sexual centrada en *partenaires* sexuales ancianos, sean del mismo sexo o no.

Necrofilia
De *necrós* (νεκρός), "muerto", y φιλία, "amor". Perversión sexual consistente en la atracción sexual inspirada por un cadáver humano. En casos extremos de sujetos muy perturbados, la perversión culmina con el coito.

Incesto
Como término de alcance amplio, en la Antigüedad se denominó *incesto* a las prácticas sexuales entre ascendientes y descendientes o colaterales. En psicopatología, por lo general se refiere a las relaciones sexuales entre personas con primer o segundo grado de parentesco.

Onanismo
Toma su nombre de Onán, personaje bíblico que en realidad practicaba el *coitus interruptus* (Génesis 38: 9). Sinónimo: masturbación (del latín *masturbare*). Se llama *onanismo* la práctica sexual consistente en la autoestimulación, generalmente genital. Suele considerarse patológica cuando dicha práctica es la única forma de goce sexual, como sucede en los llamados "masturbadores inveterados", cuyo onanismo sustituye todo de tipo de intercambios sexuales reales; también cuando se trata de un onanismo en público o compulsivo e irrefrenable.

Homosexualidad
De *homos* (ὁμός), "igual", y *sexo*; relación sexual entre personas del mismo sexo. Las normas de conducta sexual y las actitudes frente a ellas han variado ampliamente a lo largo de los siglos de unas culturas a otras y dentro de un mismo contexto cultural. La culpa generada por las actitudes desaprobatorias y punitivas de los demás puede causar considerable angustia y afectar a la vida sexual. Esto ha sido patente en la historia de la homosexualidad. Cerca del 4 al 5% de la población tiene una orientación preferentemente homosexual durante toda su vida. A partir de finales de la década de 1960 las clasificaciones psiquiátricas internacio-

nales dejaron de considerar la homosexualidad como una enfermedad. Al igual que la heterosexualidad, la homosexualidad es el resultado de complejos factores que conducen a una preferencia constante en la elección de pareja sexual. No obstante, mucha gente, incluidos algunos terapeutas, consideran la homosexualidad como enfermiza, inmoral y pecaminosa; posicionamiento ideológico que tiene gran importancia ética, ya que la intensa aversión a la homosexualidad (homofobia) por parte de un clínico puede interferir impidiendo la adecuada asistencia a las personas homosexuales. Por otra parte, sabido es que no existe una única homosexualidad, sino más bien una multiplicidad, y que no todas esas prácticas corresponden a conductas propiamente perversas, esto es, asentadas en una estructura perversa. La homosexualidad es una característica de la identidad normal de muchos individuos, aunque en otros puede hallarse como síntoma tanto en la neurosis, como en la psicosis o en la perversión. Conviene asimismo señalar que existen casos en los cuales las prácticas homosexuales parecen sencillamente determinadas por circunstancias sociales y culturales, como sucede en internados, cárceles o en ciertos grupos tribales; era también bastante habitual en la Grecia antigua. En otros casos dichas prácticas parecen obedecer a una defensa contra un deseo heterosexual prohibido; incluso en otros resultan provocadas por una orientación de tipo fetichista, inscrita en una "estructura perversa"; y, finalmente, también existen prácticas homosexuales ocasionadas por varios tipos de delirios psicóticos. Tradicionalmente se distinguen en el hombre tres tipos de homosexualidad: la que se caracteriza por el culto a la virilidad y por la búsqueda de una pareja que representa el ideal de belleza (homosexualidad narcisista), la basada en una identificación con la mujer y asentada en la pasividad respecto al *partenaire* activo (homosexualidad uranista), y la paidofilia (homosexual).

Zoofilia

De *zoon* (ζῶον), "animal" y *filía* (φιλία), "amor". Perversión en la cual un animal es escogido como objeto para las prácticas sexuales. Según Krafft-Ebing (1886), existirían tres variedades de relaciones entre el hombre y el animal: la *bestialidad* (acto sexual con el animal, vinculado éste con el fetichismo), la *zooerastia* (actos sexuales practicados con animales por sujetos tarados) y la *zoofilia erótica* (el objeto del instinto sexual es un animal, cualquiera sea el acto que resulte, incluso si no se produce ninguno).

Fetichismo

Del portugués *feitiço*, "sortilegio", "artificio". Se trata un tipo de perversión en el que una parte del cuerpo (cabellos, pies, boca, nariz, nalgas, etc.) o bien objetos con él relacionados (medias, ropa interior, zapatos, sombreros, etc.) son tomados

como objeto exclusivo de excitación o de algún tipo de acto sexual. Ciertamente, no suele considerarse una alteración propiamente perversa cuando ese tipo de fetiches no constituyen en sí mismos el único e imprescindible objeto para desencadenar la excitación sexual. Tanto en la literatura (Horacio, Zola, Restif de la Bretonne, entre otros) como en psicopatología se ha venido describiendo el fetichismo casi siempre vinculado con las perversiones masculinas, hasta que Clérambault ("Passion érotique des étoffes chez la femme", 1908 y 1910) observó ciertas formas fetichistas en la mujer. En otras partes de estos *Fundamentos* se explicita con todo detalle la concepción psicoanalítica del fetichismo (*vid.* capítulos 8 y 44), si bien conviene ahora mencionar las palabras de Lacan (*La relación de objeto*, 1956-1957) a modo de síntesis: "El fetiche cumple en la teoría analítica una función de protección contra la angustia [...] de castración". Esta consideración, ampliamente desarrollada por Freud en 1927 ("Fetichismo") a partir del mecanismo de la *Verleugnung* (renegación o desmentido), señala las posibles transiciones entre el fetichismo y el transvestismo, esto es, vestirse con ropas propias del otro sexo y obtener así una satisfacción erótica: "La envoltura –continúa Lacan– no es como el velo, sino una forma de protección. Se trata de la égida con la que el sujeto se envuelve, identificado con el personaje femenino". La *CIE-10* de la OMS diferencia taxativamente un *transvestismo no fetichista* (llevar ropas del sexo opuesto para disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pese a que no existe un deseo persistente de cambiar de sexo), incluido entre los Trastornos de la identidad sexual (F64), y un *transvestismo fetichista* (llevar ropas del sexo opuesto para obtener así excitación sexual), incluido entre los Trastornos de la inclinación sexual (F65).

Transexualismo

Más que un signo, el transexualimo constituye un síndrome caracterizado básicamente por la permanente convicción de un sujeto de pertenecer al otro sexo o por la inadecuación que experimenta repecto a su sexo anatómico. Suele manifestarse ya desde la pubertad mediante conductas de travestismo y demandas angustiosas de tratamientos quirúrgicos u hormonales para cambiar de sexo; al tiempo se aprecia una persistente repulsión hacia las partes anatómicas que evidencian su sexo biológico. Durante las últimas décadas se ha discutido abundantemente entre los psicoanalistas de orientación lacaniana si el síndrome transexual corresponde de forma unívoca a una de las tres estructuras clínicas o es posible que surja en cada una de ellas. Generalmente se ha vinculado con la psicosis, tanto por su fenomenología como por su estructura, especialmente en el hombre. Naturalmente, las posibilidades quirúrgicas de cambio de sexo han acrecentado este tipo de demandas transexuales, las cuales se dirigen en primera ins-

tancia a cirujanos o endocrinos, y sólo ulteriormente tales solicitudes son sometidas al veredicto de los especialistas en clínica mental. En estos casos, como recientemente ha señalado J. C. Maleval ("El síndrome transexual, 2002"), la valoración debe tener en cuenta no solamente la "pureza" del síndrome, sino que requiere indagar, caso por caso, cuál es la estructura psíquica del sujeto que demanda y qué posibilidades de estabilización podría procurarle el cambio de sexo.

36.2.2. Perversiones relativas al fin sexual

Competen a este epígrafe semiológico las formas de obtención de goce sexual desviadas de lo que se consideraba tradicionalmente el fin normal (coito), como sucede en las diversas fijaciones previas a la denominada por Freud fase genital del desarrollo psicosexual, relacionadas por el vienés con las "pulsiones parciales" (mirada, dolor, olfato, gusto, etc.).

Voyeurismo o escoptofilia

De *scopeo* (σκοπέω), "examinar", "mirar", y *filía* (φιλία), "amor", "inclinación"; literalmente: "inclinación a mirar". Se denomina así la forma de obtener goce sexual que prescinde del coito y elige la contemplación visual de su pareja o de la relación sexual entre otras personas. El sujeto escoptofílico obtiene el orgasmo mediante la masturbación, pero no participa en la relación sexual que está presenciando. Suele considerarse propiamente una perversión cuando el placer preliminar del voyeurismo –preparatorio para el coito en la relación entendida como normal– se convierte en el único modo de gozar y excluye la relación sexual. Tal como Freud señaló en "Pulsiones y destinos de la pulsión", de 1915, uno de los cuatro destinos de la pulsión es la transformación en su contrario, de manera que el voyeurismo está íntimamente asociado al exhibicionismo.

Exhibicionismo

Neologismo propuesto inicialmente por Lasègue en 1887 y ampliamente estudiado por Garnier (*Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-legal*, 1900), quien lo definió como: "una perversión sexual, obsesionante e impulsiva, caracterizada por la necesidad irresistible de hacer ostentación en público y, generalmente, a una misma hora y lugar, de sus órganos sexuales, en estado fláccido y sin provocación ni maniobra lúbrica, acto con el cual se satisface el apetito sexual cuya realización finaliza la lucha angustiosa y finiquita el acceso". Esta definición valdría sólo para algunos casos de exhibicionismo impulsivo, que ni mucho menos comprenden el conjunto de las manifestaciones exhibicio-

nistas. En términos generales, el exhibicionismo consiste en la búsqueda de placer erótico mediante la exhibición de los órganos sexuales por parte del hombre y, generalmente, de los senos en la mujer. En ésta, habitualmente, el exhibicionismo suele ser más discreto, aunque se vale –como advierte Freud en *El chiste y su relación con el inconsciente* (1905)– "del portillo de escape que le proporcionan los caprichos de la moda".

Sadismo

Término creado por Krafft-Ebing a partir del apellido del Marqués de Sade, en cuyas novelas halló todo tipo de obscenidades y crueldades. Con ese término puso en relación la crueldad y la voluptuosidad, definiéndolo como la forma de obtener placer sexual a través de la humillación, el castigo y la crueldad ejercida sobre una persona o un animal. Actualmente suele definirse como un tipo de *algolagnia* activa (ἄλγος, *algos*, "dolor", y λαγνεία, *lagneia*, "voluptuosidad"; erotización del dolor) según la cual se obtiene satisfacción sexual causando dolor, torturando, flagelando, hiriendo o humillando al *partenaire*. Como advierte Freud en sus *Tres ensayos para una teoría sexual*, de 1905, la descripción de Krafft-Ebing insistía en "el placer de sufrir toda clase de humillaciones y sometimiento", mientras que la algolagnia resalta el "placer de causar dolor, la crueldad". En su consideración, "el sadismo corresponderá entonces a un componente agresivo de la pulsión sexual exagerada, devenida independiente y colocada en primer término por medio de un desplazamiento. El concepto de sadismo comprende desde una posición activa y dominadora con respecto al objeto sexual hasta la exclusiva conexión de la satisfacción con la humillación y el mal trato dispensado al objeto. En sentido estricto, únicamente en este último caso extremo puede denominarse perversión".

Masoquismo

Término igualmente aportado por Krafft-Ebing a la psicopatología a partir del apellido del escritor austriaco Leopold von Sacher-Masoch, cuyas obras –especialmente *La Venus de las pieles*– describen una manera de gozar mediante una algolagnia pasiva. Como hiciera con el sadismo, también en sus *Tres ensayos* (1905) Freud definió este concepto advirtiendo que "reúne todas las actitudes pasivas con respecto a la vida erótica y al objeto sexual, siendo la posición extrema la conexión de la satisfacción con el voluntario padecimiento de dolor físico o anímico producido por el objeto sexual". Al igual que sucede con el exhibicionismo y el voyeurismo, el sadismo y el masoquismo están íntimamente relacionados: "El sadismo y el masoquismo –continúa Freud– ocupan entre las perversiones un lugar particular, pues la antítesis de la actividad y pasividad que constituye su fundamento pertenece a los caracteres generales de vida sexual". Fuera de estas asociaciones explicadas por la "transforma-

ción en su contrario" de la pulsión, los psicopatólogos ajenos al psicoanálisis encontraron imbricaciones entre casi todas las perversiones, describiendo así un "masoexhibicionismo", un "masofetichismo", un "sadifetichismo", etc., como puede leerse en Pitres y Régis (*Les obsessions et les impulsions*, 1902).

Coprofilia y coprofagia

Muy alejada del fin sexual considerado normal, la coprofilia (κόπρος, *copros*, "excremento", y φιλία, *filía*, "amor"; literalmente, inclinación hacia los excrementos) es una tendencia a satisfacerse sexualmente mediante el contacto con las inmundicias en general y los excrementos en particular. Según la consideración de Krafft-Ebing (1886), la coprofilia es una variante del masoquismo, razón por la cual la denomina *coprolagnia* ("inclinación por los actos repugnantes"). Se estima, por lo general, que la coprofilia constituye una erotización morbosa de las funciones digestivas que producen los excrementos. En ocasiones, esta tendencia patológica culmina en la *coprofagia* (*fágomai*, φάγομαι, "comer"; comer excrementos) o en otras variantes que buscan la satisfacción a través de oler inmundicias o mediante lavados y aplicación de lavativas (*clisterofilia*).

Urolagnia

A diferencia de las anteriores, el placer sexual es aquí experimentado en referencia a la orina, recibiendo el nombre genérico de *ondinismo*. Se emplea el término *urolagnia* (οὖρον, "orina", y λαγνεία, "voluptuosidad", erotización de la orina) para referir específicamente la satisfacción obtenida mediante el contacto con la orina, sea visual o táctil, incluso a través de su ingestión.

Froteurismo

Desviado también del fin sexual considerado normal, el froteurismo (también escrito "frotteurismo") consite en la obtención de goce sexual únicamente mediante el contacto o la frotación contra otras personas que no consienten tal relación o ignoran que se esté produciendo. Habitualmente los froteuristas desarrollan su búsqueda en transportes públicos o en otros lugares abarrotados de personas, frotando sus genitales contra los muslos o las nalgas de sus próximos, generalmente mujeres; "obsesionados por apretar las nalgas de las mujeres aprovechando el gentío", a decir de Pitres y Régis (1902).

Cinepimastia

Con este término se nombra en concreto el onanismo intermamario y el simulacro de coito con goce específico para el hombre cuando mantiene el pene entre los senos de la mujer y ésta aprieta uno contra el otro.

37

SEMIOLOGÍA DE LA AGRESIVIDAD

Sea de un modo manifiesto o latente, la agresividad desempeña un papel prioritario en la vida del común de los mortales. Su omnipresencia y sus incontables modalidades de expresión le confieren unas características que dificultan notablemente su definición y su clasificación semiológica. *Grosso modo* puede decirse que la agresividad nombra el conjunto de tendencias y actos destructivos, tengan éstos por objeto a otras personas, seres u objetos (heteroagresividad), o al propio sujeto (autoagresividad). Pero esta definición requiere un buen número de precisiones, algunas de las cuales se aprecian en la oposición asentada en nuestra lengua entre los términos "agresividad" y "agresión": mientras el primero incluye todo tipo de tendencias a la comisión de actos destructivos y violentos, se realicen o no, el segundo se reserva únicamente para aquellas formas de agresividad culminadas en el acto "de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño" (*DRAE*). Esta diferencia semántica sitúa con cierta precisión este heterogéneo ámbito en el que se dibujan un sinfín de variantes, pues la agresividad puede incluir conductas reales o fantasías jamás realizadas, manifestaciones activas violentas que atentan contra la integridad física (agresiones, humillaciones) o también pasivas (negar auxilio a un necesitado), acciones que atentan contra la integridad moral (ironía despectiva), formas directas o indirectas, impulsivas o calculadas, atenuadas (irritabilidad) o paroxísticas (crisis clásticas), etc. También la lengua inglesa hace un distingo semántico mediante los términos *aggressivity* (comportamiento hostil y destructor) y *aggressiveness* (disposición fundamental merced a la cual el ser vivo puede obtener una satisfacción de sus necesidades).

A la hora de explicar este complejo componente de nuestra humanidad se han barajado fundamentalmente razones biológicas, etológicas y psicológicas. Las dos primeras han hecho hincapié en la necesidad de los seres vivos de adaptarse al medio hostil que les rodea, recurriendo para ello a la agresividad como medio de supervivencia para el individuo y la especie. Próxima a estas consideraciones, en el ámbito psicológico se ha elaborado especialmente una concepción según la cual la agresividad consiste en una respuesta ante la frustración. Esta aproximación, desarrollada especialmente por Dollard y el grupo de Yale (J. Dollard *et al.*, *Frustration and aggression*, 1939), ha sido asumida por un buen número de psicólogos, añadiendo a ella sus particulares visiones según el esquema propuesto.

Mas tal perspectiva de la agresividad como reacción ante la frustración no parece dar cuenta de todos los fenómenos a ella atribuibles, pues cualquier acto, dicho o fantasía pueden entrañar una dimensión agresiva oculta o disfrazada. Tal es el punto de vista que se desprende de las constataciones aportadas por el psicoanálisis respecto a numerosas manifestaciones apreciables desde la infancia hasta la vejez, como ahora mostraremos al exponer brevemente sus rudimentos conceptuales relativos a la pulsión de muerte y la articulación entre el narcisismo y la agresividad. Sólo situándonos en esta perspectiva parece posible juzgar la vertiente agresiva de tantos y tantos fenómenos contrarios al bienestar, al placer y a la homeostasis, fenómenos por lo demás absolutamente comunes y arraigados en nuestras vidas, pero que atentan contra un supuesto instinto de conservación individual y colectivo.

Respecto al asunto que nos ocupa, es posible distinguir en la obra de Freud dos períodos, separados uno y otro por la publicación de *Más allá del principio del placer* (1920), esto es, por la introducción de la pulsión de muerte en la doctrina psicoanalítica. En el primero período, las referencias a la agresividad pueden captarse a propósito de las formaciones del inconsciente, ya sean sueños, actos fallidos, chistes o síntomas, también en relación con las resistencias que surgen en la cura analítica y en la transferencia negativa, así como en la noción de ambivalencia: "En las formas curables de psiconeurosis, coexiste [la transferencia negativa] con la transferencia cariñosa, apareciendo ambas dirigidas simultáneamente, en muchos casos, sobre la misma persona, situación que ha sido denominada por Bleuler 'ambivalencia'. Una tal ambivalencia sentimental parece ser normal hasta cierto grado, pero a partir de él constituye una característica especial de las personas neuróticas. En la neurosis obsesiva parece ser característica de la vida pulsional una prematura 'disociación de los pares de antítesis' y representar una de sus condiciones constitucionales. La ambivalencia de las directivas sentimentales nos explica mejor que nada la facultad de los neuróticos de poner sus transferencias al servicio de la resistencia", sostuvo Freud en "Sobre la dinámica de la transferencia" (1912).

Con la introducción en la doctrina de las pulsiones de muerte (*Todestriebe*), en oposición a las pulsiones de vida o Eros (*Lebenstriebe*), Freud plantea un dualismo pulsional radical, una contraposición entre esa tendencia inexorable hacia la muerte ("La meta de toda vida es la muerte") y otra orientada hacia la autoconservación. La pulsión de muerte señala de manera fehaciente que los procesos psíquicos no están dominados por el principio del placer, sino que al menos una parte se sitúan precisamente más allá de él y se asientan en el automatismo de repetición. Al hilo de estas y otras consideraciones desgranadas en textos posteriores, puede considerarse que la agresividad –Freud usa en ocasiones el término *Aggressionstrieb* (pulsión agresiva)– y la tendencia destructiva –nombrada ocasionalmente *Destruktionstrieb* (pulsión destructiva)– constituyen sólo una parte de la pulsión de muerte, vaya dirigida ésta contra los otros o contra uno mismo (autodestrucción: *Selbstdestruktion*). Y, ciertamente, la dimensión autodestructiva que nos habita se aprehende fácilmente en una gran variedad de manifestaciones clínicas, como sucede especialmente en la clínica del duelo y la melancolía, en las reacciones terapéuticas negativas, en las tendencias a repetir situaciones displacenteras y el pertinaz sentimiento del culpabilidad inconsciente. Estas y otras manifestaciones conducen a Freud a investigar el masoquismo primario, opuesto al principio del placer, en su artículo "El problema económico del masoquismo" (1924): "La libido tropieza en los seres animados (pluricelulares) con la pulsión de muerte o de destrucción en ellos dominantes, [...]. Se le plantea, pues, tornar inofensiva esta pulsión destructora, labor que lleva a cabo orientándose en su mayor parte, y con la ayuda de un sistema orgánico especial, el sistema muscular, hacia fuera, contra los objetos del mundo exterior. En este caso le convendría el nombre de pulsión de destrucción, pulsión de aprehensión o voluntad de poderío. Una parte de esta pulsión se pone directamente a disposición de la función sexual, cometido en el que realizará un importante labor. Se trata del sadismo propiamente dicho. Otra parte no colabora en esta transposición hacia lo exterior, de manera que pervive en el organismo y queda fijada allí libidinalmente [...]. Es en ella donde hemos de reconocer el masoquismo primario erógeno".

Prosiguiendo su análisis, Freud sostiene que no se hallarán pulsiones de muerte o de vida en estado puro, sino más bien amalgamadas y mostrando diversas combinaciones de uno u otro signo: "Aunque no con total exactitud, puede decirse que la pulsión de muerte que actúa en el organismo –el sadismo primario– es idéntico al masoquismo. Toda vez que su parte principal queda orientada hacia el exterior y dirigida a los objetos, perdura en el interior como un residuo suyo, el masoquismo erógeno propiamente dicho, el cual ha llegado a ser, por un lado, un componente de la libido; pero continúa, por otro lado, teniendo como objeto al propio individuo". A estas formas de masoquismo hay que agregar aún otras

(masoquismo moral, erógeno y femenino), las cuales requieren ser tenidas en cuenta a la hora de explicar el complejo asunto de la agresividad y la autoagresividad.

A las consideraciones ya apuntadas hay que añadir los desarrollos de Jacques Lacan sobre la articulación del narcisismo y la agresividad desplegados en su teoría del estadio del espejo (*vid.* apartado 8.2), los cuales evocaremos aquí de manera muy esquemática. Contrario a la concepción de la agresividad como reacción ante la frustración (la tríada frustración-agresividad-regresión desarrollada por muchos posfreudianos), Lacan la sitúa en relación con la alienación primordial a la imagen especular: "Cada vez que nos aproximamos, en un sujeto, a esta alienación primordial, se genera la agresividad más radical: el deseo de la desaparición del otro, en tanto que el otro soporta el deseo del sujeto. [...] la estructura más fundamental del ser humano en el plano imaginario: destruir a quien es la sede de la alienación", afirmó Lacan en *Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954). Estas apreciaciones permiten situar bastantes fenómenos observables relativos a la agresividad: el transitivismo infantil, los celos devastadores (evocados a propósito de un pasaje tomado de San Agustín), la imago del cuerpo fragmentado, la clínica de la paranoia, la oscilación brusca entre el autoamor extremo y la "agresión suicida narcisista", y un largo etcétera de manifestaciones características del "signo de Caín"; además, también Lacan sostiene que la agresividad puede estar presente en muchos actos y dichos aparentemente afectuosos y corteses, los propios del filántropo, el reformador, el idealista y el pedagogo. De manera que, según esta perspectiva, la identificación primordial con la imagen especular está en el origen de la articulación entre el narcisismo y la agresividad, plasmada en la "ambivalencia agresiva inmanente a la relación primordial con el semejante".

Naturalmente, los términos que a continuación se definen son únicamente aquellos que han ido asentándose en las descripciones semiológicas tradicionales. Éstos no son más que una parte mínima de las inagotables manifestaciones de la agresividad, algunas de las cuales ya han sido ampliamente glosadas en otros apartados de estos *Fundamentos*, especialmente el paso al acto y el *actig out* (*vid.* apartados 14.2 y 18.2). A estas apreciaciones plasmadas por la psicopatología tradicional hay que añadir otras más recientes, especialmente las llamadas "conductas de riesgo" o el "trastorno del control de impulsos" (*vid.* semiología de la voluntad). Para ordenar todos estos conceptos seguiremos la diferenciación tradicional entre heteroagresividad y autoagresividad, incluyendo en la primera la irritabilidad, la impulsividad, la cólera, la crisis clástica, el homicidio y el asesinato, y en la segunda la autolesión, la automutilación, la autopunición y el suicidio. Ni que decir tiene que algunos de estos conceptos pueden adscribirse a ambos apartados; incluso, que algunos comportamientos donde el dañado es

uno mismo muestran una intención agresiva dirigida contra otro, y viceversa, como puede suceder, respectivamente, en la melancolía y en la paranoia de autopunición.

37.1. Heteroagresividad

Irritabilidad

Además de su sentido original de propiedad de la sustancia viva de reaccionar a los estímulos o excitaciones, en semiología mental define la característica psicológica de algunos sujetos que reaccionan de forma exagerada ante las influencias exteriores, acompañándose por lo general de un estado afectivo doloroso. La conducta derivada de tal estado puede dirigirse contra uno mismo o contra los semejantes. Suele apreciarse habitualmente en la manía, pero también en la melancolía y las depresiones de larga evolución (*vid.* semiología de la afectividad).

Impulsividad, impulsión o impulso

Se denomina "impulsión" o "impulso" a la tendencia irresistible a la comisión de un acto, a realizar algo de manera súbita y sin reflexionar; la "impulsividad" sería la cualidad atribuida a los individuos que actúan de dicha manera. A diferencia de la compulsión, la impulsión se produce espontáneamente, sin lucha previa interior entre dos tendencias o sin una prohibición consciente. El término en cuestión ha merecido desde antiguo la atención de muchos clínicos, inspirando asimismo la creación de algunas categorías nosográficas, como la propuesta por Esquirol (*Des maladies mentales*, 1838) con el nombre de "monomanías impulsivas": "el enfermo, fuera de sus vías ordinarias, es arrastrado a cometer actos que la razón o el sentimiento no determinan, que la conciencia reprueba, que la voluntad no tiene fuerza para reprimir; las acciones son involuntarias, instintivas, irresistibles; ésta es la *monomanía sin delirio* o la *monomanía instintiva*". El italiano Enrico Morselli (*Manuale di semeiotica della malattie mentali*, 1895), uno de los clínicos que más investigó este campo, definió las impulsiones con el término "dispraxias" o perturbaciones particulares de la actividad, caracterizándolas como endógenas (motivos internos), imperiosas o incoercibles, contrarias al carácter del individuo y generalmente consciente e involuntarias. A juicio de Morselli, las impulsiones abarcan un amplio espectro de manifestaciones (palabras, tics o gestos, actos ridículos, extravagantes, repugnantes, sexuales, destructivos, robos, incendios, actos violentos contra uno mismo o contra los demás). De toda esta panoplia de manifestaciones, N. Pitres y E. Régis (*Les obsessions et les impulsions*, 1902) destacaron que "las más importantes de estas impulsiones, en clínica y

medicina legal, son las que se traducen por tendencias al suicidio, al homicidio, al robo, al incendio, a la bebida, a la fuga, a los actos sexuales". Véanse también otras consideraciones sobre las impulsiones en los apartados dedicados a la semiología del lenguaje y la de la voluntad.

Cólera

La cólera (de χολέρα, "cólera"; de χολή, "bilis") refiere en psicopatología la reacción emocional e incontrolada ante las contrariedades, manifestándose mediante una serie de fenómenos neurovegetativos y conductuales. En su tratado *De ira* [*De la cólera*], Séneca advierte que es ésta la pasión más rabiosa y repulsiva, la más contraria al ideal estoico de la "apatía", esto es, la absoluta tranquilidad e imperturbabilidad del alma. Por esta razón, los filósofos y los médicos de la Antigüedad la consideraron como una forma, ciertamente deleznable, de locura transitoria. De ella Séneca nos ofrece la siguiente descripción: "Para que sepas, por lo demás, que no están cuerdos a quienes la ira ha poseído, repara en su aspecto mismo; pues como de los locos seguros indicios son un temerario y amenazador rostro, un sombrío semblante, una torva faz, un precipitado andar, nunca quietas las manos, el color demudado, frecuentes y exhalados con demasiada vehemencia los suspiros, así de los encolerizados son idénticos los síntomas: relampaguean, centellean sus ojos, intenso arrebato en todo su rostro al borbotearles de sus recónditas entrañas la sangre, sus labios temblequean, los dientes se encajan, se horripilan y erizan los cabellos, una respiración forzada y jadeante, el chasquido de las articulaciones de quienes se retuercen a sí mismos, gemidos y gruñidos y un hablar entrecortado a base de palabras poco moduladas, y palmeadas en demasía las manos y el suelo golpeado con sus pies y agitado todo su cuerpo 'y arrastrando las descomunales amenazas de la ira', el aspecto desagradable a la vista y estremecedor de los que se descoyuntan y abotargan". Es común apreciar la cólera desbordada en sujetos oligofrénicos, epilépticos, maníacos, intoxicados por alcohol y drogas estimulantes, en psicópatas y también en algunos estados delirantes.

Crisis clástica

De *clasticós* (κλαστικός), "rompible". El paroxismo de la cólera suele denominarse *crisis clástica* cuando la actividad consiste en la destrucción de todo tipo de objetos. El término "clastomanía" (de κλαστός, "roto", y μανία, "manía", impulsión irrefrenable a romperlo todo) fue introducido en psicopatología en 1923 por J. Capgras y J. Rebuol-Lachaux para designar la "necesidad de destruir". La crisis clástica o cólera violenta suele presentarse en algunos estados agudos de agitación y agresividad, a menudo observables en epilépticos, maníacos, catatónicos, psicópatas e histéricos.

Homicidio, asesinato

Sólo en contadas ocasiones los enfermos mentales actúan causando la muerte a otra u otras personas, a veces de manera que no concurren en ese acto las circunstancias de alevosía, ganancia o ensañamiento (homicidio), y otras en las que existe la premeditación, la alevosía, etc. (asesinato). Los psicopatólogos acostumbran a discriminar entre crímenes sobrevenidos en presencia de delirios, alucinaciones, intoxicaciones, trastornos del humor, estados de confusión, locuras pasionales, epilepsias, estados deficitarios, etc., y otros llamados "crímenes inmotivados" o "actos inmotivados", según expresión de Guiraud y Cailleux (*vid.* capítulo 12 y apartado 18.3). De igual modo, la criminología ha desarrollado importantes estudios sobre las relaciones entre las víctimas y los criminales, advirtiendo de la escasa proporción de víctimas por azar. Uno de nosotros (J. M.ª Álvarez, "Delirio y crimen: A propósito de la responsabilidad subjetiva", 2004), ha tratado de mostrar dos de las posibles relaciones entre el crimen y el delirio, considerando que, ciertamente, algunas formaciones delirantes conducen al acto criminal –tal como ilustra el caso Aimée de Lacan–, mientras que en otros casos es la falta de construcción delirante la que empuja al crimen –tal es la explicación que hemos hallado para el caso Wagner de R. Gaupp.

37.2. Autoagresividad

Autolesión

Se acostumbra a definir con este término los actos agresivos dirigidos contra uno mismo que, pese al daño corporal que suponen, no comprometen totalmente la vida ni existe un deseo de hacerlo. La variedad fenomenológica de las autolesiones es muy amplia: quemaduras con cigarrillos, cortes más o menos superficiales en diversas zonas del cuerpo, golpes contra la pared u otros objetos, etc. En un buen número de estos comportamientos se aprecia fácilmente una necesidad de autocastigo determinada por un lacerante sentimiento de culpabilidad inconsciente. Pitres y Régis (*Les obsessions et les impulsions*, 1902) estiman que pueden diferenciarse unos impulsos irresistibles que se realizan en un estado de total extravío y otros de los que se tiene conciencia pero no se pueden reprimir: "Entre las primeras se cuentan los de los epilépticos, histéricos, monomaníacos en estado de crisis aguda; a los segundos pertenecen las autovulneraciones de los melancólicos y los místicos".

Automutilación

Se trata aquí de un comportamiento autodestructivo que entraña la mutilación de una parte del cuerpo. Desde una perspectiva semiológica, indica la existencia

de una patología grave, a veces melancolía o psicosis delirante (en este caso es frecuente la impulsión a castrarse); también se da en oligofrenias profundas, en cuadros disociativos e igualmente en algunas psicosis infantiles.

Autopunición

De manera general, la autopunición nombra la tendencia a la comisión de actos lesivos contra uno mismo (lesiones, mutilaciones) y también las actitudes automortificantes más variadas, como los autorreproches y las autoacusaciones. De forma específica, Lacan describió en su Tesis Doctoral un nuevo tipo clínico de paranoia denominado "autopunitivo", esto es, el autocastigo infringido mediante la agresión a otro que encarna el propio ideal. En estas formas de paranoia el sujeto experimenta, tras el paso al acto, una remisión de la sintomatología, pues la necesidad de castigarse se satisface con la sanción legal conferida a ese acto por la Justicia.

Suicidio

Del latín *sui*, "de sí mismo", y *caedĕre*, "matar". Se denomina así al acto de darse muerte uno mismo, aunque el uso de ese término se ha extendido en sentido figurado hasta englobar las acciones o conductas que atentan o perjudican muy gravemente a quienes las realizan (*DRAE*), razón por la cual introduciremos algunas matizaciones terminológicas tras exponer muy brevemente algunos aspectos históricos del concepto.

A lo largo de la historia, el suicidio ha merecido a los médicos y filósofos diversas consideraciones y juicios, favorables unos y hostiles otros. Platón, en las *Leyes*, se muestra contrario al suicidio pues éste supone un castigo injusto infringido por cobardía, aunque no resulta reprobable cuando es realizado por quienes soportan una enfermedad dolorosa e incurable. Más radical es la opinión de Aristóteles (*Ética Nicomaquea*, III, 7), quien no halla justificación alguna para darse muerte a sí mismo: "Pero darse muerte por querer escapar a la pobreza, o como consecuencia de desengaños y tristezas amorosas o de cualquier otra aflicción, no es propio de un hombre valiente, sino más bien del cobarde". Distinta completamente fue la opinión de los estoicos merced a su ideal de alcanzar la serenidad y la imperturbabilidad. "¿Qué es morir? –se pregunta Marco Aurelio (*Meditaciones*, II, 12)–. Si miras la muerte directamente, despojándola de las imágenes que la acompañan, verás que es un hecho natural [...]. Y no sólo es natural, es incluso útil." Según la opinión de los estoicos, el suicidio era en ocasiones disculpable y, a veces, aconsejable, estimando que era lícito cuando concurrían ciertas causas (dolor físico, pérdida de un ser querido, furor o locura), pero censurable y punible si era realizado por esclavos o soldados. Harto contraria fue su apreciación cuando era el sabio quien decidía su suicidio, pues, como defiende Epicteto (*Disertaciones por Arriano*), al sabio le está

permitido decidir por cuánto tiempo puede permanecer apegado al cuerpo; y lo mismo Séneca (*Epístolas morales a Lucilio*, 70), quien advirtió que no se trata de vivir más o menos tiempo, sino de "bien o mal morir": "Grande es el hombre que no sólo se impuso a sí mismo la muerte, sino que, además, la encontró". Pero esta concepción de la vida y la muerte asentada en la cultura romana sufrió un profunda renovación con el cristianismo, de manera que los filósofos y teólogos cristianos juzgaron el suicidio como un pecado imperdonable por ser contrario a la voluntad de Dios; a este respecto, San Agustín escribió: "El que se mata a sí mismo es un homicida". Los argumentos hasta aquí expuestos fueron retomados desde distintas perspectivas durante la época moderna; Kant, por ejemplo, en su *Metafísica de las costumbres,* condenó el suicidio argumentando que constituye éste una ofensa a la dignidad de la persona, la cual está obligada a conservar la vida. Las consideraciones sobre la prohibición y el castigo del suicidio, o sobre su justificación, han cristalizado en corrientes de opinión enfrentadas: unos, como el poeta inglés John Donne, elaboraron argumentos contrarios al suicidio, mientras que otros, como Montesquieu (*Cartas persas*), trataron de justificarlo ("La vida me ha sido dada como un favor; puedo, por tanto, devolverla cuando ya no hay tal favor"), al tiempo que lamentaron los castigos a los suicidas frustrados. En esta última perspectiva se inscriben las reflexiones de Schopenhauer (*Parerga und Paralipomena*) y, especialmente, las de Nietzsche (*Así hablaba Zaratustra*). Por lo demás, no pueden concluir estas notas sin mencionar el estudio de Émile Durkheim (*El suicidio. Un estudio sociológico*, 1897), quien lo define como: "Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo llevado a cabo por la propia víctima, sabiendo ella el resultado que se podía producir con dicho acto"; este ensayo de Durkheim halló continuación en la obra de Maurice Halbwachs (*Les causes du suicide*, 1930). Ambos trataron de descifrar desde un punto de vista positivista los factores determinantes del suicidio y clasificar las distintas morfologías de los actos suicidas.

De igual modo, en el terreno de la psicopatología cabe evocar el interés creciente que este fenómeno ha suscitado desde principios de siglo XIX, donde se suponía inicialmente que "el hombre sólo atenta contra su vida en el delirio; todos los suicidas son alienados", tal como recoge Esquirol en *Des maladies mentales considerée sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (1838). La fenomenología del suicidio es muy amplia. Aun así se pueden definir algunos apartados semiológicos, aquí sólo anotados. Desde el punto de vista de la ejecución, unos se realizan mediante actos impulsivos, mientras que otros son largamente premeditados. En cualquier caso, "el suicidio es el único acto que tiene éxito sin fracaso", tal como afirmó Lacan en *Télévision* (1973). Desde la perspectiva de su función, algunos están destinados a evitar una situación insostenible y extremadamente dolorosa (enfermedades incurables), otros ponen de manifiesto una ten-

dencia intensamente agresiva (suicidios melancólicos) y aun otros suponen una llamada de atención a los otros (múltiples tentativas que se reducen a mensajes y que no siempre concluyen en la muerte); véanse las consideraciones sobre el paso al acto y el *acting-out* desarrolladas en Parte III. Junto a los suicidios culminados en un acto definitivo, existen los intentos de suicidio o "suicidio no consumado", e incluso otras modalidades más encubiertas y progresivas: equivalentes suicidas o "suicidios encubiertos" (abuso extremo de sustancias nocivas, huelgas de hambre, abandono voluntario de tratamiento inexcusable, repetición de conductas que entrañan alto riesgo para la vida, etc.).

A modo de síntesis de las diferentes modalidades de suicidio, Tribolet y Shahidi (2000) proponen la siguiente clasificación: suicidios *escapistas* (aquellos que se realizan buscando poner fin a una situación intolerable), suicidios *agresivos* (los que ponen en juego tanto la auto como la heteroagresividad, a veces consustancialmente unidas), sucidios *oblativos* o *sacrificiales* (los cuales persiguen acceder a un estado o situación inmensamente mejor a la que se tiene por mor de determinadas creencias o convicciones), suicidios *lúdicos* (en los que se deja en manos del azar –ruleta rusa, por ejemplo–, de la divinidad o de cualquier potencia superior la responsabilidad del acto en sí), suicidios *colectivos* o *altruistas* (que entrañan la muerte de otros sujetos y se llevan a cabo generalmente bajo el dominio de una certeza delirante), suicidios *posagresión* (aquellos que se realizan tras la comisión de crímenes, habitualmente pasionales, y ponen de manifiesto un valor sacrificial o defensivo) y suicidios *simulados* (los que se realizan en un contexto que disimula el propio acto, como si se hubiera tratado de un accidente, de muerte natural o de asesinato).

Más trastornado o menos, más sano o menos, tanto el suicidio como sus intentos pueden darse en cualquier categoría clínica, aunque es en los trastornos severos del ánimo donde los investigadores estiman un riesgo suicida muy superior; S. B. Guze y E. Robins ("Suicide and primary affective disorders", 1970), por ejemplo, lo consideraron veinticinco veces mayor que el riesgo de suicidio en la población general. En relación con la melancolía es donde el acto suicida se ha estudiado tradicionalmente con mayor detenimiento, advirtiéndose que acostumbra a presentar unos signos bastante característicos: los medios para darse muerte suelen ser muy efectivos (lanzarse por la ventana, arrojarse al tren, etc.); esos suicidios pueden ser premeditados o fruto de un *raptus*; es también posible que impliquen al colectivo familiar ("altruismo delirante"); se observan igualmente algunos equivalentes suicidas o modalidades disimuldas de darse muerte; es asimismo característico que se produzcan en cualquier momento evolutivo de la melancolía –a diferencia de las esquizofrenias, cuyas fases iniciales y momentos agudos son más temibles a estos efectos–, precisándose una vigilancia atenta especialmente cuando se produce una mejoría que pudiera levantar las inhibiciones que hasta ese momento coartaban al melancólico.

38

DIMENSIONES TEMPORALES DE LOS SÍNTOMAS (PATOCRONIA), "COMPRENSIBILIDAD" Y SECUELAS

Durante el primer tercio del siglo XX los síntomas y signos descritos en páginas anteriores fueron utilizados como elementos básicos para las dos modalidades de reflexión diagnóstica que, desde Jaspers, se afincaron en la psiquiatría: el *diagnóstico sintomatológico o de criterios*, calco del modelo médico de enfermedad, orientado hacia la determinación del proceso morboso; y el *diagnóstico fenomenológico*, más interesado por el modo particular de experiencia y conducta del paciente y su relación consigo mismo y con el mundo, es decir, dando una cierta relevancia a lo subjetivo (Rodríguez Cano y López Fraile, 1997).

Para la primera de estas modalidades era fundamental la *patocronia*, esto es, la dimensión temporal en que los síntomas aparecen, coinciden en el tiempo y evolucionan hacia su aumento, disminución o permanencia estable, observación de la más pura raigambre médica. La segunda puso en juego el concepto de "explicación" frente al de "comprensibilidad": a grandes rasgos, un trastorno era "explicable" o "inexplicable" si se conocía o no su causa fisiopatológica; además, era "comprensible" o "incomprensible" en función de que el interlocutor pudiera hacerse una cierta idea de lo experimentado por el enfermo. Tal "comprensión" podía a su vez ser *empática* si el observador, tratando de ponerse en el lugar del paciente, encontraba una relación de sentido lógica entre la vivencia y el contenido del trastorno (reacción de duelo normal, pero también miedo lógico en quien se cree perseguido, por ejemplo). La otra clase de "comprensión" o *comprensibilidad biográfica* se daba cuando sólo era posible comprender la reacción experimentada por el sujeto teniendo en cuenta detalles muy específicos de su historia personal (comprensión *als-ob* de Dilthey); a través de la biografía del sujeto aparecería la relación de sentido y de

intensidad sintomática aparentemente inexistente. Típicamente, la *comprensibilidad biográfica* fue el instrumento con que Kurt Schneider y sus seguidores se explicaron las "reacciones vivenciales anormales", es decir, las neurosis.

La combinación de comprensibilidad y patocronia, sumada a la observación del deterioro que la irrupción de los síntomas dejase en el sujeto, generó una serie de términos, no siempre de acepción unívoca, algunos de los cuales han llegado hasta nuestros días. El contenido conceptual de los vocablos que veremos a continuación intentaba contemplar una serie de dimensiones temporales que permitirían idealmente hacer un diagnóstico y un pronóstico correctos: forma y rapidez de instauración del cuadro actual, su duración, tendencia a la progresión, estabilización o remisión, estado del sujeto tras la resolución, existencia o no de antecedentes similares y recuperación del funcionamiento previo tras ellos (Bellver Pradas *et al.*, 1997). Las "formas patocrónicas del enfermar psíquico" fueron tradicionalmente clasificadas en agudas y crónicas.

38.1. Formas agudas

38.1.1. Formas agudas no reactivas reversibles

Fase

Instaurada en días o semanas, la *fase* es una alteración aguda de la vida psíquica que puede durar semanas, meses o años, dejando la personalidad premórbida intacta al desaparecer. Tienen tendencia a la autolimitación temporal. No es fácil demostrar su o sus desencadenantes, que no suelen guardar relación de sentido con la clínica. Afecta al funcionamiento psíquico global del sujeto (fases de las psicosis maníaco-depresivas). Las *fases* suelen presentar un curso recurrente, por lo que la investigación en la historia clínica de otras fases previas, con un funcionamiento adecuado entre ellas, puede aportar la clave para el diagnóstico.

Acceso

Instauración súbita (segundos o minutos) y menor duración (minutos, horas o excepcionalmente días) que las fases, comparten con éstas el resto de sus características. La tendencia a la autolimitación temporal es más marcada, surgiendo en la mayoría de las ocasiones la resolución espontánea.

Períodos

Término que se presta a confusiones por su semejanza con las fases, pues tienen similares características clínicas pero presentándose a intervalos regulares. Lo fun-

damental en el concepto de *período* es el patrón de presentación cíclico, pero en la práctica tal sentido fue siendo usurpado por el término fase.

Alternancia

El término *alternancia* ha querido vehicular la idea de que un mismo trastorno puede presentarse mediante síndromes distintos en diferentes momentos evolutivos. Quizá el ejemplo más demostrativo serían los sucesivos brotes de un proceso esquizofrénico que pueden adoptar cualquiera de sus distintas formas clínicas: hebefrénica, catatónica, paranoide, etc.

"Equivalentes"

Para algunos autores, una enfermedad psíquica puede presentarse en ocasiones con predominio de determinada sintomatología somática, y en otras, con clínica psiquiátrica franca (López-Ibor Aliño, 1976). Tal concepto se ha aplicado sobre todo a los llamados "equivalentes depresivos" (*depressio sine depressione*) y otros.

38.1.2. Formas agudas no reactivas irreversibles

Brote

Alteración aguda de la vida psíquica que dura semanas, meses o años, tras la cual persiste algún tipo de alteración duradera de la personalidad del paciente. El concepto de *brote* es evolutivo y en sus inicios es indistinguible de una fase. "El concepto de brote está íntimamente ligado al de proceso, presentándose los brotes a modo de hitos agudos en su evolución" (Bellver Pradas *et al.*, 1997). Su ejemplo característico es el brote esquizofrénico, tras cuya resolución suele observarse un deterioro del funcionamiento previo del sujeto (los actuales "síntomas negativos"). Tras cada brote, el defecto tendería a ser progresivamente mayor. Este concepto ha sido uno de los más criticados al observarse que no siempre los brotes originan una modificación permanente del psiquismo.

38.1.3. Formas agudas reactivas

Reacciones

Reacción es una respuesta aguda del sujeto ante una vivencia traumática. Las *reacciones legítimas* son "comprensibles" en cualquiera de los dos sentidos antes señalados, es decir, es identificable alguna vivencia causal experimentada inmediatamente antes de la descompensación clínica; habitualmente tienen un carácter

transitorio con tendencia a la resolución. Las *reacciones desencadenadas*, por el contrario, carecen de relación de sentido con la vivencia desencadenante; la discusión acerca de si todas las *reacciones desencadenadas* obedecen al modelo de la "reacción exógena de Bonhoeffer" o pueden darse sólo por causa psíquica (algunas "teorías de la vulnerabilidad") persiste hoy día.

38.2. Formas crónicas

Proceso

Fenómeno psíquico complejo que "irrumpe" en la vida del sujeto, a partir del cual se produce una transformación permanente de su personalidad. Clásicamente esta transformación se esperaba fuese deteriorante, pero excepcionalmente podía terminar en mejoría. Toda la "personalidad" del sujeto se ve afectada por dicha transformación. Se caracteriza por tanto un *proceso* por la irrupción de algo nuevo que transforma la personalidad previa y por su permanencia, la cual no significa necesariamente progresión, pudiendo mantenerse el individuo en situación estable tras la transformación. No todos los procesos cursan a brotes; cuando ocurre, éstos representan los episodios agudos del proceso, pudiendo aparecer después de cada uno un deterioro mayor que permanece estable hasta el siguiente brote. Un curso procesual suele darse en la esquizofrenia y las demencias. Jaspers distinguió entre *proceso psíquico* y *proceso orgánico*. El ejemplo clásico de *proceso psíquico* sería la esquizofrenia (desestructuración del sujeto sin pérdida de habilidades adquiridas: habla, escritura, etc.). Un *proceso orgánico* característico sería la demencia, en la que el paciente pierde capacidades adquiridas. Desde hace unas décadas estos términos han ido cayendo en desuso.

Desarrollo

Exageración progresiva de rasgos de la personalidad del sujeto hasta hacerse patológicos. De instauración insidiosa, es difícil precisar el momento de comienzo. El curso es lento y progresivo, exacerbándose ante circunstancias externas. Suelen encontrarse rasgos valorables de personalidad premórbida. La alteración no afecta al resto del psiquismo excepto en lo concerniente a los rasgos que se hayan alterado. En estadíos avanzados puede llegar a alterar a todas las conductas. Un curso de este tipo se da en las neurosis, las caracteropatías y los delirios crónicos.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA

En materia de semiología clínica nuestras referencias más recomendadas son, naturalmente, las contribuciones de los grandes psicopatólogos de finales del siglo XIX y principios del XX que luego se señalarán. Una introducción general muy notable al desarrollo de la semiología es la que nos ha procurado G. Lantéri-Laura en buena parte de sus trabajos, especialmente en "Introduction générale à la sémiologie en psychiatrie", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37101-A10, París, Éditions Téchniques, 1973, también en "Clasificación y semiología", *Clasificación y Psiquiatría (1). Confrontaciones Psiquiátricas*, 1984, n.º 20, [ed. española, 1987, pp. 59-81].

De especial interés resultan aquí algunos diccionarios, tanto los que tienen por objeto la terminología psicopatológica como los etimológicos y filosóficos. En este sentido cabe mencionar las obras de J. Ferrater Mora (*Diccionario de Filosofía* [cuatro vols.], Madrid, Alianza, 1981 [3.ª ed.]), J. Corominas y J. A. Pascual (*Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, 6 vols., Madrid, Gredos, 1991 [3.ª reimpr.]), C. Eseverri Hualde (*Diccionario etimológico de helenismos españoles*, Burgos, Aldecoa, 1994 [6.ª ed.]), A. Porot (*Diccionario de Psiquiatría* [2 vols.], Barcelona, Labor, 1977), J. Laplanche y J. B. Pontalis (*Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Labor, 1981), y V. Kapsambelis (*Termes psychiatriques français d'origine grecque*, París, Masson, 1997).

De las grandes contribuciones a la semiología mental, son irrenunciables las de los autores citados a continuación, cuya ordenación establecemos en función de la lengua en la que redactaron sus escritos. Comenzando por los de lengua alemana: W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*

[3.ª ed.], Berlín, 1871, especialmente su Sección Cuarta; E. Kraepelin, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, J. A. Barth, 5.ª ed., 1896; 6.ª ed., 1899; 8.ª ed., 1909-1915; E. Bleuler, "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien", en *Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig y Viena, Franz Deuticke, 1911 [ed. española: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós, 1961]; del mismo autor, *Tratado de Psiquiatría*, Madrid, Calpe, 1924 [1920]; M. Bleuler (ed.), E. Bleuler, *Tratado de Psiquiatría*, Madrid, Espasa-Calpe, 1971.

Entre los autores de lengua francesa: J. Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, París, Masson, 1890; J. Séglas, *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895, Asselin y Houzeau, París, y "Séméiologie des affections mentales", en Gilbert Ballet (dir.), *Pathologie Mentale*, París, Gustave Doin, 1903, pp. 130-270; Ph. Chaslin, *Éléments de sémiologie et clinique mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912, e "Is *psychiatry* a well-made language?", *History of Psychiatry*, 1995 [1914], VI, pp. 398-405; G. G. de Clérambault, *Œuvre Psychiatrique*, París, Presses Universitaires de France, 1942; P. Guiraud, *Psychiatrie Générale*, París, Le François, 1950; H. Ey, P. Bernard y Ch. Brisset, *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1971 [1967].

Junto a los anteriores, dos autores españoles merecen ser aquí especialmente recomendados: M. Cabaleiro Goás (*Temas psiquiátricos. Tomo 2: Algunas cuestiones psicopatológicas generales*, Madrid, Paz Montalvo, 1966) y J. A. Vallejo-Nágera (*Introducción a la psiquiatría*, Barcelona, Científico-Médica, 1981 [1.ª reimp. de la 10.ª ed.]).

A diferencia de las obras ya citadas, las contribuciones más recientes se caracterizan por su desigual calidad. Al menos en algunos de sus contenidos resultan de especial interés las siguientes: S. Tribolet y M. Shahidi, *Précis de sémiologie des troubles psychiques*, Thoiry, Heures de France, 2000; P. Bernard y S. Trouvé, *Semiología psiquiátrica*, Barcelona, Toray-Masson, 1978; F. Fish, *Clinical Psychopathology*, Bristol, John Wrigth, 1967; Ch. Scharfetter, *Introducción a la Psicopatología General*, Madrid, Morata, 1988; R. Luque y J. M.ª Villagrán (eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Madrid, Trotta, 2000; A. Higueras, R. Jiménez y J. M.ª López, *Compendio de psicopatología*, Jaén, Centro de Estudios Psicopatológicos, 1980 (2.ª ed.); y J. I. Eguíluz Urruchurtu (ed.), *Introducción a la Psicopatología*, Madrid, IM&C/Wyeth, 2001.

Parte V

NOSOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

A lo largo de las páginas que siguen se expondrán los más destacados modelos nosográficos con los que se ha pretendido describir y clasificar de una manera sistemática la patología psíquica. Se trata aquí, antes que nada, de fomentar la reflexión sobre los conceptos fundamentales en los que se asienta y desarrolla todo proyecto nosográfico, pues cualquiera de ellos no es sino un resultado de concepciones nosológicas, doctrinales o ideológicas previas. Un enfoque de estas características exige rastrear y ponderar todas esas nociones que se articulan hasta componer el esqueleto de las clasificaciones psicopatológicas, entre otras las de enfermedad mental, síndrome clínico, trastorno, estructura clínica, psicosis y neurosis, clínica de la mirada y clínica de la palabra.

Si bien esta Parte V está esencialmente destinada a detallar los desarrollos de la nosografía freudiana y la noción de "estructura clínica", hemos procedido a entablar y sostener un debate entre la psicopatología psiquiátrica y la psicopatología psicoanalítica, esto es, entre esas dos grandes modalidades de explicación del *pathos* que resultan de una clínica de la mirada y de una clínica del significante, respectivamente. Nos parece que sólo una confrontación de estas características permitirá detectar los puntos de fractura, las debilidades y también los logros del discurso psiquiátrico, revelando a la postre la originalidad y consistencia de la revolución freudiana en la materia aquí estudiada.

Dos son las posiciones nosográficas extremas que coexisten en la psicopatología psiquiátrica: una, la mayoritaria, decididamente defensora de las enfermedades mentales diferentes e independientes; otra, la defendida por los antipsiquiatras, contraria a las clasificaciones por cuanto cuestionan la noción

misma de enfermedad y tratan de advertirnos de los efectos perniciosos que conlleva calificar a una persona de "enfermo mental".

Desde el punto de vista del psicoanálisis no hay plena coincidencia a este respecto entre las distintas corrientes y orientaciones, pues mientras algunas se inclinan a favor de una cierta continuidad entre la neurosis y la psicosis, la orientación lacaniana ha acentuado sus diferencias estructurales. Sobre este particular conviene aquí observar que la visión estructuralista desarrollada por Lacan implica, naturalmente, una concepción que diferencia taxativamente neurosis, psicosis y perversión, y es la que nosotros expondremos extensamente a lo largo de los ocho capítulos siguientes. Pero esta actitud favorable a las estructuras clínicas o invariantes universales, presente en la mayor parte de las elaboraciones lacanianas, se conjuga asimismo con otra perspectiva más nominalista, esto es, decantada hacia la esencia peculiar de cada sujeto. A tenor de la más tardía teoría del síntoma y también de los últimos desarrollos topológicos propuestos por Lacan en *RSI* (1974-1975) y *Le sinthome* (1975-1976), es posible entrever un desplazamiento de interés hacia eso que constituye la mayor particularidad de cada sujeto –su síntoma, es decir, su modalidad específica de gozar–, así como hacia las distintas modalidades específicas según las cuales cada uno sostiene el anudamiento borromeo Real-Simbólico-Imaginario. Quizá este énfasis último podría ir en detrimento de la fornida concepción estructural previa y de la nosografía que de ella dimana, pero en todo caso estos desarrollos están aún por elaborarse. Ciertamente, desde una perspectiva lógica, toda clasificación, por más perfecta que sea, debe incluir algunos casos inclasificables. Aunque este aspecto está presente en las páginas que siguen, será examinado en el volumen, actualmente en fase de redacción, *Estructuras clínicas y clínica diferencial en psicopatología psicoanalítica* en un capítulo *ad hoc*.

Mas estas y otras dificultades que atañen a la epistemología de la nosografía no deben mermar nuestros esfuerzos a la hora de conjugar la dimensión particular y la estructural, ambas necesarias, ni tampoco evitarnos la permanente reflexión que entraña esta materia psicopatológica. Pues, por lo general, tienden los jóvenes practicantes con demasiada premura a incorporar a sus esquemas conceptuales las propuestas nosográficas que se les brindan. Se sienten muchos de ellos confortados por su creencia en la existencia real de las categorías taxonómicas, como si éstas fueran enfermedades o trastornos que la naturaleza produce de una forma inmediata, directa y unívoca. Afortunadamente, no son pocos los que comienzan a inquietarse cuando se les interroga sobre el soporte clínico y teórico de esas categorías diagnósticas que a menudo usan con tanta ligereza. Los más despiertos terminan por descubrir que tras ellas se esconden maneras diversas de entender la clínica y que la orien-

tación terapéutica está ya determinada por la forma en la que el mal es designado. ¿Puede esperarse acaso un discernimiento similar cuando el mismo malestar es nombrado como "histeria" o como "distimia"? ¿No variará quizá la dirección del tratamiento cuando se diagnostica "psicosis no desencadenada" o cuando, en ese mismo caso, se aprecia simplemente una "fobia social"?

Pues bien, aprehender los matices de la clínica, la psicopatología y la nosografía comporta ineludiblemente escrutar los fundamentos conceptuales que subyacen en las elaboraciones que se nos ofrecen, incluso aquellos que la reflexión bordea por considerarlos *a priori* suficientemente establecidos. Revisar, discutir y valorar esos fundamentos son los propósitos que vertebran los argumentos que contienen las páginas de esta Parte V.

39

NORMAL Y PATOLÓGICO, SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Quienquiera que se dedique, sea desde la clínica o desde el conocimiento teórico, a profundizar en las oposiciones o acaso en las interrelaciones entre lo normal y lo patológico, se topa tarde o temprano con notables dificultades. Aumentan éstas sin duda cuando nos adentramos en los dominios propios de la psicopatología, y más aún cuando ésta tiene por objeto la infancia, como señala J. de Ajuriaguerra en su *Manual de psiquiatría infantil* (1980): "En el niño todavía es más complejo el problema de la normalidad o de la enfermedad, ya que, al ser un ente en desarrollo, es movible en la organización de sus estructuras morfofuncionales y lábil en la manifestación de su conducta". Incluso fuera de los territorios de la psicopatología, es decir, en el campo propio de la medicina –como evidencia la monografía de Georges Canguilhem *Le normal et le pathologique* [*Lo normal y lo patológico*, 1966]– el asunto en cuestión dista mucho de estar resuelto.

Aun sin ser homólogos, uno y otro términos suelen hermanarse por lo general a los de salud y enfermedad, respectivamente. Mas a la hora de aportar alguna definición concreta, es costumbre vincularlos a otros conceptos –bienestar, adaptación, beneficio, felicidad, etc., opuestos a malestar, inadaptación, perjuicio o infelicidad–, procurando así definiciones bastante tautológicas. En otras ocasiones, asimismo, los enunciados se formulan en referencia a determinados campos del saber, en especial la estadística, la biología, la sociología, la moral o la retórica. Resulta llamativo, por tanto, que una oposición tan asentada en nuestros discursos y afianzada en las prácticas no alcance a resolverse de una forma taxativa. Cuando profundizan en sus fundamentos, las más de las veces proceden los estudiosos a introducir tantos matices que terminan por tornar relativa la ini-

cial antinomia, fundamentando así esa oposición en aspectos cuantitativos antes que cualitativos o incluso inclinándose a establecer una solución de continuidad sin demarcaciones muy precisas.

39.1. Sobre lo normal y lo patológico

Conviene ahora evocar de manera sumaria el inventario de perspectivas que con mayor calado se han ocupado de esta cuestión, si bien partiremos, naturalmente, de sus acepciones etimológicas. El término "normal" proviene del latín *norma* y hace referencia a la escuadra que usaban los carpinteros, tallistas de piedra y otros artesanos que se esmeraban en encajar unas piezas con otras; se trata, por tanto, de un tipo de herramienta cuyo cometido sería el de tallar las piezas de forma que coincidan entre sí según un criterio previo. Así, inicialmente, "normal" correspondería a un término geométrico que significaba "plano", "sin relieve", aunque igualmente indicaba que una cosa está sometida a algo preestablecido, a una regla, modelo o ejemplo. Estas segundas acepciones –a menudo usadas por Cicerón– parecen haber determinado su uso estadístico más reciente polarizado en el sinónimo de "previsible", esto es, la mayor frecuencia con que un elemento aparece en una muestra, pero también la acepción geométrica que hace referencia a una recta perpendicular a otra o a un plano.

En la lengua española se aprecian dos pares opuestos al término "normal", es decir, dos modalidades de negación o contradicción: "normal-anormal" y "normal-patológico". La falta de equivalencia de estos pares ilustra bien a las claras las dificultades intrínsecas del asunto que aquí tratamos de elucidar. La acepción "anormal" indicaría que algo no está sometido a una regla que le es previa, que es irregular y no encaja con otras piezas y que, estirando un poco su ámbito semántico, podríamos aproximar a la idea de peculiar y singular aplicada a un sujeto. Por el contrario, "patológico", en tanto opuesto a "normal", deriva del griego πάθος (*pathos*), "pasión", "sufrimiento", "enfermedad". A este respecto conviene recordar que para Aristóteles la categoría "pasión" (πάσχειν) se contrapone a "acción" (ποιεῖν), indicando con ello un estado en el que el ente está afectado por una acción. De igual modo, entre los sentidos que paulatinamente fue adquiriendo esta modalidad de afectación propia de la pasión, Cicerón definió ésta en sus *Disputaciones tusculanas* como una perturbación o alteración del ánimo, recogiendo la tradición de la medicina y filosofía grecorromanas e influyendo así en las concepciones nosológicas de los primeros alienistas, que le leyeron atentamente, especialmente de Pinel y Esquirol. Esta vinculación de la pasión con la perturbación y, por ende, con el sufrimiento, alcanza en la lengua alemana una

expresión ejemplar, pues *Leidenschaft* (pasión) alude directamente a la producción de sufrimiento (*Leiden*: sufrimiento, dolencia, afección; *schaffen*: crear, producir).

A juzgar por los comentarios de Corominas en su *Diccionario crítico etimológico castellano* puede colegirse que "normal" no adquiere la connotación de "previsible" hasta la segunda mitad del siglo XIX, precisamente en un momento en el que la ciencia fue capaz de estudiar estadísticamente series de objetos y, por tanto, de entenderlas como mecanismos complejos cuyo funcionamiento podía ser predecible; este apunte nos allana el camino para situar ahí la producción de un saber sobre el cuerpo humano cuyo comportamiento se hace "previsible" merced al conocimiento de su fisiología, es decir, de su "normalidad" en tanto que funcionamiento de los órganos sometido a reglas precisas.

Empero, en el ámbito mental o de las manifestaciones psíquicas las cosas distan mucho de ser tan sencillas. Esta dificultad se asienta en los dos significados con los que hemos tratado de situar la noción de "normal", esto es, el del comportamiento "previsible" (que puede referirse a un presumible comportamiento ideal, adaptado, armónico) y la inicial connotación geométrica de "encajar". Es esta última, en especial, la que introduce en la idea de "normal" una carga moral que complica todos aquellos proyectos que han tratado de fundar una nosografía psíquica desde la exclusiva perspectiva médica de lo patológico o enfermo. Recuérdese a este respecto que en la *Enciclopedia* de d'Alambert y Diderot la voz "locura" tenía su entrada en el capítulo moral y no en el de la medicina. Asimismo, Immanuel Kant en su *Crítica de la razón práctica* vincula directamente lo "patológico" con la ética al tratar de dilucidar el efecto que la ley moral puede ejercer sobre el sentimiento: "El efecto negativo sobre el sentimiento (del desagrado) es, como todo influjo sobre el mismo y como todo sentimiento en general, *patológico*".

De entre los ámbitos de conocimiento que se han ocupado de asentar una concepción de lo normal en relación con la nosografía mental caben destacarse, cuando menos, tres: la retórica, la estadística y la sociología. Parece ser que fue la retórica el dominio que primero lo sugirió. Juan Rigoli, en su reciente ensayo *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle* (2001), ha mostrado que la mayor parte de los cuadros clínicos surgidos en los inicios del siglo XIX fueron descritos en función de una convención propia de la retórica, especialmente en referencia a la noción de un verosímil y de un aceptable. Siguiendo esta línea argumental puede colegirse que la mayor parte de los signos clínicos fueron tomados de la retórica del siglo XVIII, reafirmándose así las connotaciones neoclásicas de la primera psiquiatría francesa. Los criterios de locura reposaban sobre los extremos que ya aparecen en Fontanier, es decir, el "discurso difuso" (multi-

tud de palabras en las que el sentido no es aprehensible) y el "discurso lacónico" (pocas palabras en las que el sentido está concentrado). Eso mismo es lo que sucede, según Rigoli, en la distinción entre locura y normalidad promocionada por François Leuret, quien parece referirse a la idea de una correspondencia convencional –según Aristóteles en su *Poética*– entre pasión y expresión.

Tal utilización de la retórica estaría asimismo presente en la manera en que los locos disimulan su locura, motivando así numerosos esfuerzos por parte de los alienistas para desvelar tal ocultación. A este respecto, resulta ejemplar el célebre caso de la novela de H. de Balzac *Louis Lambert* (1832), ubicado éste bajo el signo del oxímoron –la coexistencia de contrarios en una misma expresión, como ilustra la frase de Gérard de Nerval "el sol negro de la melancolía"– y verdadera encarnación de la máxima contradicción entre forma y contenido, calificada acertadamente por J. Garrabé en *Histoire de la schizophrénie* (1992) de "discordancia ideo-verbal", según la terminología de Chaslin. Más aún, Louis Lambert llevó este rasgo hasta un extremo tal que el modo empleado para frotarse sus piernas, al mismo tiempo y de manera estereotipada, terminó por descarnar el hueso.

No menos emblemática de esta estrategia descriptiva es la designación y descripción realizada por L. Kahlbaum de la "verbigeración", ese tipo de discurso vacío característico de la catatonía: "el enfermo emite de manera repetitiva palabras o frases desprovistas de significación e incoherentes, que tienen la apariencia de un discurso. Las palabras están tomadas bien de la vida cotidiana, bajo una impulsión fortuita, bien de un ámbito particular del interés humano y, a menudo, del dominio religioso. A veces esas palabras se han formado de manera más arbitraria pero según las características de una lengua corriente, y tales palabras son frecuentemente repetidas ellas también. [...] En el extremo, y próximo al mutismo, los enfermos mueven exclusivamente los labios, sin emitir sonido alguno". La contradicción entre forma y contenido está aquí bien ligada a un arbitrario, a una "impulsión fortuita"; si a veces se puede ahí reconocer una imitación –persistiendo sin justificación alguna–, el caso más paradigmático lo constituye el simple movimiento de labios vacío de contenido. Conviene nuevamente insistir sobre este aspecto, pues Kahlbaum entiende el movimiento involuntario de las labios como oxímoron, esto es, como movimiento vacío de sentido.

Al margen de la retórica y adentrándonos en el ámbito de la estadística, fue a partir de la mitad del siglo XIX cuando sus progresos animaron a algunos investigadores, como el matemático y astrónomo belga Adolphe Quetelet (1796-1874), a tratar de fundar la idea de norma social sobre la noción de "media" estadística. En su consideración, debería existir un individuo medio tipo que fuera de alguna manera el garante de la normalidad del grupo social. Este individuo medio

constituiría de hecho una mayoría numérica; eso es, al menos, lo que, según Quetelet, Dios quería.

Radicalmente opuesta, empero, fue la opinión del sociólogo francés Maurice Halbwachs (1877-1945), para quien resultaba absurda la investigación del "individuo medio"; más aún, la media estadística de una cierta medida obtenida en un momento "t" a partir de una población dada no remitía a ninguna "esencia" particular, sino que resultaba de la acumulación de factores temporales que podían variar en función de causas externas, especialmente las económicas y sociales. Para ridiculizar a Quetelet, Halbwachs se pregunta de qué exactamente sería típica la composición de la orina tomada en los aseos de una gran estación parisina... En fin, bien claro resulta que la media estadística no indica más que una normalidad cuantitativa y que si nos dejamos guiar por ella nos daremos de bruces con sonoras paradojas, como la evocada por el psicoanalista L. Kubie cuando afirma, irónico, que la salud es un estado infrecuente sin llegar por ello a ser patológico. Sabido es, por lo demás, que desde el punto de vista estadístico es necesario distinguir tres conceptos que pueden parecer próximos, pero que de hecho designan cosas muy diferentes: la media, la mediana y la moda.

A propósito del debate entablado entre las ideas de Quetelet y Halbwachs terció finalmente G. Canguilhem en *Lo normal y lo patológico*. Para este autor no cabría considerar que exista un *état normal* de salud que pueda ser definido positivamente en relación a una norma. Estimó, por el contrario, que la salud consiste en la capacidad de gozar con las normas existentes en una sociedad dada sin por ello ser excluido de ella. Aunque el talento de Canguilhem le permitió resolver brillantemente la articulación entre normalidad y adaptación, no conviene olvidar la extrema adaptación de los masoquistas ni la inadaptación de los psicópatas.

En relación con la norma social resulta particularmente interesante la noción de "personalidad de base" (*basic personality*), desarrollada por la escuela culturalista desde 1930. Defienden estos autores que cada sociedad desarrollaría, fundamentalmente mediante sus prácticas educativas y familiares, una "personalidad de base" estandarizada cuyas características serían legibles a partir del comportamiento de la madre frente a su hijo. Esta noción de una "norma de personalidad impuesta" es ampliamente corroborada por la clínica. El psicoanalista americano Gabbard, del Instituto Menninger, afirma en su obra *The DSM-IV in clinical practice* (1994) que un gran número de pacientes que le consultan presentan rasgos de personalidad narcisista, lo cual considera que se corresponde con una expectativa social cada vez más valorada. Mas considera también que le resulta muy complicado determinar hasta qué punto esos sujetos presentan o no una patología, ya que ese tipo de presentación contiene un cierto número de aspectos experimentados socialmente como deseables e incluso obligatorios. En apoyo de este

testimonio –ampliamente confirmado por otros autores, como por ejemplo Otto Kernberg– se puede evocar el culto a los "superhéroes", tan alentado por las producciones mitológicas americanas de los últimos setenta años.

De este modo se presenta la normalidad como identificación a un ideal social que remite a los mitos identificatorios locales. Quizá este tipo de identificaciones ha contribuido a favorecer en determinadas sociedades el uso obligatorio de drogas, también de una cierta violencia y de algunas prácticas que, en otros lugares, serían consideradas abiertamente criminales. Tales hechos suponen, antes que nada, un consenso social e indican el problema del carácter más o menos nocivo de ese consenso. Pero, ciertamente, el concepto de "sujeto" elaborado por el psicoanálisis se opone radicalmente a esta espuria noción de "personalidad".

Si definir la normalidad no resulta sencillo, tampoco lo es precisar en qué consiste la salud. Sobradamente conocida es la definición procurada por el cirujano R. Leriche en 1936, según la cual "la salud es el silencio de los órganos". Más atrevida, sin duda, es la promovida por la Organización Mundial de la Salud en 1978, redactada en términos positivos: "estado de bienestar físico, mental y social completo, y no sólo la falta de padecimiento o debilidad". Como puede apreciarse, en ambos casos se trata de definiciones ideales, incluso utópicas. No han faltado quienes han tratado de conjugar el bienestar y la adaptación; tal es el caso de Karl Menninger, quien en 1930 concibió la salud mental en términos de adaptación de los seres humanos al mundo y a los otros con el máximo de eficacia y felicidad, esto es, "la capacidad para mantener un temperamento templado, una inteligencia despierta, una conducta social adecuada y una disposición feliz".

Mas homologar felicidad y salud mental nos introduce directamente en el ámbito de la ética, especialmente de la llamada *eudaimonista*, esa tendencia según la cual la felicidad supone el bien supremo. Ahora bien, apenas revisemos las numerosísimas contribuciones de los pensadores a esta materia nos percataremos de que sus opiniones se contradicen a lo largo de la historia, ya que no siempre hay coincidencias a la hora de concretar qué es la felicidad ni cuáles son los caminos por los que se puede acceder a ella; tal es la conclusión que se desprende al sondear, por ejemplo, las aportaciones de Demócrito, Aristóteles, Epicuro, Epicteto, Cicerón, Séneca, Marco Aurelio, Boecio, Santo Tomás, Tomás Moro, Erasmo, La Mettrie, Sade, Kant, Schopenhauer, Nietzsche, Bentham, Russell, Freud o Lacan.

Tampoco desde el punto de vista estrictamente médico existe un acuerdo definitivo cuando se trata de definir la enfermedad o la patología. Amén de las perspectivas estadísticas y sociológicas, dos son las posiciones más señeras sobre este particular. Tiende una, la más esencialista, a considerar la existencia real de las enfermedades, sean físicas o mentales, y argumenta que ellas se presentan como

hechos de la naturaleza, esto es, como entidades naturales de un valor casi ontológico; el clínico debe por ello ocuparse de aprehender y ordenar sus signos hasta fijar los tipos estables o permanentes de cada una de las enfermedades independientes. Frente a esta posición se eleva otra contraria, más hipocrática, la cual acoge de buen grado la máxima atribuida a Rousseau: "no hay enfermedades sino enfermos". Esta concepción nominalista, ampliamente desarrollada por Locke, destaca la dimensión funcional de la enfermedad, advirtiendo de entrada el grave error que supone confundir objetos o hechos de la naturaleza con los conceptos abstractos destinados a nombrarlos. En las páginas que siguen, dedicadas a la nosografía psicopatológica, se apreciará con todo detalle la preferencia de los diversos autores por una u otra orientación.

Las consideraciones hasta aquí apuntadas respecto a lo normal y lo patológico, la salud y la enfermedad, han sido objeto por parte del psicoanálisis de un buen número de contribuciones, si bien ellas resultan asimismo discordantes. Según Freud, para quien la normalidad es "una ficción ideal", cabría considerar que entre la neurosis y la normalidad se establecerían "transiciones graduales", aunque "quizás no exista ningún estado reconocidamente normal en el que no se pudieran comprobar asomos de rasgos neuróticos" (*Esquema del Psicoanálisis*, 1938). Nuestro autor parece así apuntar una separación entre normales-neuróticos y el resto de las formas patológicas (psicosis y perversiones), advirtiendo, no obstante, que "no es posible separar la normalidad psíquica de la anormalidad, de modo que, pese a su importancia práctica, sólo cabe atribuir un valor convencional a dicha diferenciación". Esta afirmación de Freud cabe entenderla apreciando el conjunto de su proyecto tendente a conjugar la psicopatología y la psicología, pues éste ha logrado mostrar que las mismas "fuerzas" que operan en la vida psíquica normal lo hacen también en la patológica. No mermó esto, sin embargo, el notable esmero con el que delimitó las categorías nosográficas, por lo demás siempre presentes en su permanente reflexión. Así, en su artículo de 1924 sobre la pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis, escribió: "O dicho de otro modo, la neurosis no niega la realidad; se limita a no querer saber nada de ella. La psicosis la niega y trata de sustituirla. Llamamos normal o 'sana' una conducta que reúne determinados caracteres de ambas reacciones, esto es, que no niega la realidad, al igual que la neurosis, pero se esfuerza en transformarla, como la psicosis".

Frente a estas consideraciones, también Freud forzó en un momento determinado una distinción relativamente taxativa entre normalidad y patología en relación a la desaparición completa o no del complejo de Edipo. De esta suerte, en su artículo "El sepultamiento del complejo de Edipo" (1924) afirmó: "Nos inclinaríamos a suponer que hemos topado aquí con el límite, nunca precisamente determinable, entre lo normal y lo patológico. Si el Yo no ha alcanzado realmente más

que una represión del complejo, éste continuará subsistiendo, inconsciente, en el Ello y manifestará más tarde su acción patógena". Tendremos ocasión más adelante de terciar sobre esta consideración al tratar los aspectos normativos del complejo de Edipo. También en esta misma línea, si bien más concretada en cuanto atañe a la asunción de la castración, Lacan señaló en el seminario *La identificación* (1961-1962) cuatro eventualidades posibles: la normalidad, la neurosis, la perversión y la psicosis; de las tres últimas nos ocuparemos a lo largo de estas páginas, si bien conviene aquí advertir que la normalidad es "sin duda la más utópica".

Antes de concluir estas pinceladas resta hacer hincapié en un aspecto esencial que viene habitualmente adherido a la noción de enfermedad mental. Se trata de la responsabilidad subjetiva, cuestión ésta en la que convergen la clínica y la ética. Basándose en aspiraciones humanistas y de orden público, la psiquiatría y actualmente la salud mental han fomentado, mediante su concepción médica de los trastornos anímicos, una concepción que hurta la responsabilidad subjetiva a cuantos previamente tilda de enfermos mentales. Y, ciertamente, no pocos de ellos gustan de arrogarse los supuestos beneficios que les reporta su condición de enfermos. Otros, por el contrario, se hacen oír para reclamar la responsabilidad de sus actos y dichos, incluso cuando están francamente locos y cometen los más horripilantes desmanes, como es el caso de E. Wagner, el paciente de Robert Gaupp, y, más recientemente, L. Althusser. Todos esos casos enseñan, una y otra vez, que la declaración de irresponsabilidad a causa de enfermedad mental tiene habitualmente consecuencias clínicas lamentables. Queda pendiente, por tanto, un diálogo riguroso entre clínicos y juristas que alcance a conjugar la responsabilidad subjetiva –Lacan afirmó sin más paliativos que "Desde nuestra posición de sujetos somos siempre responsables" (*El objeto del psicoanálisis*, 1965-1966)– y la responsabilidad jurídica. Sólo así parece posible que pueda administrarse la sanción, el castigo, como instrumento destinado a la terapéutica.

Es a propósito de la responsabilidad subjetiva donde surgen divergencias asintóticas entre el discurso psicoanalítico y el de la salud mental. Mientras el primero requiere necesariamente para su práctica de un sujeto capaz de responder y hacerse cargo, es decir, un sujeto ético y de derecho, la salud mental se empeña en armonizar al enfermo con su medio y trata de paliar su sufrimiento incluso al precio de rebajarlo a la exclusiva condición de enfermo.

39.2. ¿Existen las "enfermedades mentales naturales"?

Desde cualesquiera de las perspectivas que se oriente, toda nosología y toda nosografía entrañan un posicionamiento ineludible sobre la noción de "enfer-

medad". En el ámbito mental, la psicopatología de corte psiquiátrico ha tomado como referencia consustancial el modelo de la patología médica, unas veces a título de mera guía de investigación o de concepto clínicamente operativo y otras reafirmando su creencia en una existencia natural de las entidades nosológicas. Sabido es que en patología general la enfermedad describe un conjunto de dolencias y reacciones del organismo surgidas ante una causa material determinada, provenga ésta de una alteración estructural o funcional. Dependiendo de la parte del organismo que esté afectada, se suscitarán una serie concreta de síntomas y signos así como un determinado tipo de curso evolutivo; tanto las manifestaciones concretas como su marcha están prefijadas de antemano por la naturaleza específica de cada enfermedad.

Ciertamente, a lo largo de la historia de la medicina se puede apreciar un sutil desplazamiento del enfermo a la enfermedad: mientras Hipócrates (460-377 a. C.) describió esencialmente historias de sujetos enfermos, Sydenham (1624-1689) documentó las historias de las enfermedades, valiéndose para ello de una detallada observación del conjunto de sus manifestaciones. Una de las más notorias contribuciones de este último consistió en proponer un enfoque destinado a identificar y clasificar las enfermedades desde una perspectiva estrictamente naturalista: "la naturaleza es uniforme y coherente al producir la enfermedad, hasta el punto de que una misma enfermedad ocasiona síntomas en su mayoría idénticos en personas diversas". A esta presencia constante de determinadas constelaciones de síntomas, Sydenham añadió la apreciable homogeneidad de los cursos en los que éstas se desarrollan o remiten, aunando así de forma novedosa la mirada sincrónica con la diacrónica. Restaba, por lo demás, dotar a esta noción clínico-naturalista de enfermedad de sus correspondientes mecanismos y causas, tarea ésta que fue desarrollada posteriormente por Morgagni, Koch, Pasteur, Cajal, Cl. Bernard y otros muchos investigadores.

Este modelo, tan fecundo y resolutivo en el ámbito de la patología médica, se ha revelado harto problemático cuando se ha pretendido extrapolar a la psicología patológica. Con un retraso considerable respecto de los progresos de la medicina interna, los primeros intentos de reducir y someter las manifestaciones anímicas al canon de las enfermedades naturales comenzaron a florecer a mediados del siglo XIX, azuzados por las comprobaciones anatomopatológicas realizadas por Bayle respecto a la aracnoiditis crónica o parálisis general progresiva. Fueron Jean-Pierre Falret (1794-1870) en Francia y Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) en Alemania quienes trataron de dotar a la psicopatología psiquiátrica del cuerpo conceptual mínimo para asentar y erigir el modelo de la patología interna en los dominios de los trastornos mentales; la culminación de este proceso alcanzó en la obra de Emil Kraepelin (1856-1926) sus más estimadas contribuciones.

Mientras los primeros modelos psicopatológicos tendieron a una concepción unitaria de la patología mental (*aliénation mentale*, *Einheitspsychose*, *pazzia* o *phrénalgie*), la enseñanza de Falret logró por sí misma instaurar el ideal de las "unidades nosológicas naturales" o "enfermedades mentales", esto es, enfermedades autónomas e independientes, cuya sintomatología, curso, causa y sustrato corporal serían propias y características de cada una de ellas. Las dificultades intrínsecas que se fueron suscitando en la búsqueda y definición de esas entidades habría de determinar la emergencia de orientaciones nosológicas divergentes. Unos, con Morel a la cabeza, idearon modelos esencialmente etiológicos; otros, como los neuropsiquiatras alemanes Meynert y Wernicke, pretendieron dotar a la psicología de una base material anatómica concreta; los más, siguiendo a Kraepelin, confiaron en la evolución (el curso y la terminación) para organizar a partir de ellos una nosografía compuesta de verdaderas unidades nosológicas naturales; unos pocos, como en el caso de Bleuler, prefirieron el análisis psicopatológico para sostener la unidad de las supuestas entidades.

Sin embargo, todos y cada uno de esos laboriosos proyectos destinados a descubrir auténticas "enfermedades mentales" han arrojado un saldo decepcionante, pues más que encontrar eso que pretendían han demostrado precisamente lo contrario. Ciertamente, cuando se ha logrado hallar alguna de las anheladas enfermedades mentales naturales, ha perdido ésta, instantáneamente, su característica de "mental" para ingresar por derecho propio en los dominios de la patología médica *stricto sensu* (enfermedades del cerebro, endocrinas, hereditarias, etc.).

En apoyo de nuestra consideración citaremos tres opiniones de autoridad, por lo demás provenientes de autores muy dispares: Karl Jaspers afirmó taxativamente en su *Psicopatología general* (1913): "No ha sido hallada por este camino ninguna *unidad nosológica real*. [...] La idea de la unidad nosológica es, en verdad, una idea en el sentido kantiano [...]. Pero el error comienza allí donde es dada, en lugar de la idea, la apariencia de la idea alcanzada; donde, en lugar de la investigación particular, son dadas descripciones terminadas de unidades nosológicas, como la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva"; por su parte, el neuropsiquiatra francés Paul Guiraud escribió en su *Psychiatrie générale* [*Psiquiatría general*, 1950]: "Desgraciadamente la psiquiatría no se ha beneficiado en las mismas proporciones que la medicina general de los descubrimientos hechos en el dominio de la etiología, de la anatomía y de la fisiología patológicas. Permanecemos confinados en el dominio de los síndromes clínicos sobre todo en la parte más importante y más interesante de la psiquiatría, a saber, el grupo de las psicosis maníaco-depresivas, de la hebefrenia y de los delirios. [...] Pues los psiquiatras clásicos, sobre todo Kraepelin y Bleuler, trabajando sobre síndromes clínicos los han considerado sin razón como enfermedades verdaderas". En la misma línea

que los anteriores, el historiador de la medicina J. M.ª López Piñero ha sostenido recientemente (*Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*, 2002) que: "Hasta finales del siglo XX, las enfermedades mentales han continuado siendo un problema pendiente, debido a la carencia de fundamentos científicos para formular de modo riguroso sus entidades nosológicas, es decir, sus tipos con lesiones anatómicas, disfunciones, causas, mecanismo generador y curso específicos. Incluso es todavía incompleta la caracterización de aquellas que han motivado una investigación continuada y brillante, como la enfermedad de Alzheimer".

Como puede apreciarse, también en el interior del discurso psiquiátrico se han elaborado severas críticas frente a los argumentos favorables a la existencia real de las enfermedades mentales. El lector habrá advertido ya que tales invectivas no han venido únicamente de aquellos clínicos más o menos sensibles al psicoanálisis, como es el caso de Adolf Meyer y su nosografía basada en los "tipos de reacción". Dentro de la orientación más biológica de la psiquiatría se han elevado asimismo señeras objeciones no exentas aún hoy de enjundia; en su mayoría, han apuntado éstas directamente al corazón de la nosología y las nosografías kraepelinianas.

En efecto, a medida que Emil Kraepelin fue remodelando su versión de la patología mental a lo largo de las ocho ediciones de *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze* [*Psiquiatría. Un libro de texto para estudiantes y médicos*] se aprecia, cada vez con más claridad, la visión naturalista de las entidades morbosas o enfermedades mentales. Se basa ésta en la correlación entre la anatomía patológica, la sintomatología, el curso y la terminación de las enfermedades, y un hipotético conocimiento de sus causas. En este sentido, las enfermedades serían procesos de la naturaleza que se desarrollan al margen de toda subjetividad y de cualquier posible influencia externa; nada tienen que ver, por tanto, con construcciones ni invenciones discursivas, sino con hechos objetivos que la ciencia psiquiátrica tiene la misión de descubrir: "Únicamente es posible establecer un concepto de enfermedad psíquica y fijar con precisión sus límites cuando se conocen exactamente las causas, la sintomatología, el curso y el modo de terminación del padecimiento, así como sus eventuales alteraciones anatomopatológicas".

Frente a este parecer se elevó, enérgica, la voz del profesor Alfred Erich Hoche (1865-1943) en el congreso anual de la Asociación Alemana de Psiquiatras, celebrado en Kiel en 1912. En su célebre ponencia "Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie" ["El significado de los complejos sintomáticos en Psiquiatría"], Hoche calificó de "cuestión de fe" y de "persecución de un fantasma" la propuesta nosológica y nosográfica de Kraepelin. En su consideración, se trataría más bien de formas de reacción preformadas en las que se ponen de manifiesto ciertos "acoplamientos de síntomas" de una manera bastante cons-

tante: "La reaparición continua y regular de estos complejos causa la impresión de que en un gran número de trastornos psíquicos, si no en todos, se desencadenan combinaciones de síntomas, en cierto modo, preexistentes". Tales complejos sintomáticos son denominados por este autor "unidades de segundo orden", advirtiendo que las enfermedades propiamente dichas –unidades de primer orden– son por el momento conjuntos demasiado extensos y que, por otro lado, los síntomas elementales no sirven tampoco para demarcar los distintos estados morbosos por ser una mera representación de las manifestaciones individuales.

Si bien Hoche no enumeró detalladamente los distintos complejos sintomáticos, mantuvo incólume su confianza en que "los trastornos mentales acaben conjuntados en unos grupos cuya sintomatología resulte esencialmente del desencadenamiento de complejos preformados y en otros que establezcan irregularmente nuevas combinaciones de síntomas. Tal vez se compruebe entonces que esta división coincide con la lograda con los términos funcional y orgánico. Y quizá también se verifique, en ese momento, que los trastornos que llamamos endógenos son, precisamente, los que tienen una tendencia especial a desencadenar complejos sintomáticos preformados".

Las consideraciones de Hoche lograron conmover e incluso inquietar a los partidarios de las entidades nosológicas naturales. Esas apreciaciones supusieron, ciertamente, un duro golpe al elevado ideal de reconvertir la patología mental en una rama de la patología general. Así, en adelante, toda referencia a las enfermedades mentales sería acogida con ciertas reservas, pues siempre se le podría objetar una concepción sindrómica más humilde. En esta misma orientación cabe situar los trabajos del neuropsiquiatra Karl Bonhoeffer (1868-1948) sobre los *exogene Reaktionstypen* ("tipos de reacción exógena"), publicados a partir de 1909. A decir de este autor, frente a la diversidad de enfermedades fundamentales, se produce empero una notable uniformidad de cuadros psíquicos. Tales cuadros o "tipos exógenos de reacción" –delirios, agitaciones epileptiformes, estados crepusculares, alucinosis y amencias– indican que el cerebro tiende a reaccionar de manera bastante estereotipada, es decir, mediante síntomas constantes de oscurecimiento de la conciencia, aunque las enfermedades de fondo sean diversas. De esta manera, Bonhoeffer consideró que las investigaciones futuras quitarían la razón a Kraepelin, quien seguía manteniendo la esperanza de hallar síntomas específicos para cada una de las enfermedades.

Sensible a estas críticas, Kraepelin escribió al final de su vida tres artículos en los que revisó su concepción nosológica. Pese a que introdujo ciertos retoques menores, nuevamente manifestó su creencia en la existencia de entidades morbosas naturales e independientes en el ámbito psíquico. La única variación reseñable consistió en cuestionar si la demencia precoz, la locura maníaco-depresiva,

la histeria y la epilepsia eran las mejores representaciones de lo que años atrás había llamado "procesos morbosos" (*Krankheitsvorgänge*) subyacentes o bien si eran fenómenos más complejos que resultaban de la combinación de distintos procesos morbosos naturales y de factores sociales y psicológicos. Así, en su artículo de 1920 sobre las manifestaciones de la locura ("Die Erscheinungsformen des Irreseins") escribió: "Importa mucho más, sin embargo, cómo numerosas manifestaciones de la locura se establecen, definitivamente, por mecanismos predeterminados del organismo que condicionan su analogía y juegan un papel preponderante junto a las características puramente personales del enfermo. Por tanto, debemos contar con que un grupo considerable de manifestaciones se repiten en los mismos procesos de enfermar pues representan la respuesta natural de la máquina humana a la agresión patógena".

Como puede apreciarse, en el seno de la psicopatología psiquiátrica se han erigido dos orientaciones nosológicas fundamentales: tiende la primera, más infatuada, a reafirmar la creencia en las enfermedades mentales en tanto procesos de la naturaleza y del organismo; más comedida la segunda, se inclina por una concepción sindrómica, es decir, se limita a destacar la presencia más o menos constante de constelaciones o complejos de síntomas en cada uno de los supuestos trastornos.

Una y otra orientaciones han contribuido decisivamente a la construcción de semiologías muy refinadas, pero también a la creación de sistemas nosográficos muchas veces contradictorios, efímeros y excesivamente alambicados. También ambas, aunque más la primera que la segunda, por dirigir su mirada hacia la enfermedad han deshumanizado la psicopatología al reducir la vida psíquica a meras reacciones del organismo enfermo. Sin ser éste su objetivo principal, se ha contribuido así a procurar una eficaz clínica diferencial entre las alteraciones psíquicas y las enfermedades del organismo (demencias, *delirium*, síndrome de Korsakoff, etc.) antes que a desarrollar una cabal psicología patológica.

Arraigada también en el corazón de esta orientación médica, las primeras investigaciones de Sigmund Freud tendieron a establecer una nítida discriminación entre las enfermedades orgánicas (neurológicas) y la patología psíquica. Pero sus hallazgos más valiosos comenzaron precisamente en el punto en el que muchos de sus colegas se detuvieron, esto es, en el momento en el que la investigación exigía construir una psicología que sirviese de referente a la psicopatología. En adelante, separado del discurso médico, procedió Freud a describir y clasificar determinadas organizaciones psicopatológicas estables y excluyentes unas de otras. Estas "estructuras freudianas" –como las denominó Lacan– no se asientan ni conforman en relación a los modelos de las enfermedades o síndromes, sino que se erigen en función de mecanismos psíquicos específicos. En esta concepción, que

más adelante se detallará en todos sus extremos, antes que diagnosticar "la enfermedad" se diagnostica al sujeto, agente y paciente al mismo tiempo. Sólo una doctrina estructural de estas características parece capaz de captar un trastorno que aún no ha dado la cara mediante manifestaciones morbosas notorias; sólo este tipo de psicología patológica permite entender y precisar las distintas modalidades de suplencias que se producen en algunas psicosis estabilizadas.

40

ORIGEN Y DESARROLLOS DE LOS CONCEPTOS "NEUROSIS", "PSICONEUROSIS" Y "PSICOSIS" ANTES DE FREUD

En el capítulo que ahora iniciamos se expondrán de manera sumaria el origen y los desarrollos de los dos grandes conceptos que ordenan la nosografía psíquica, esto es, la invención y ulteriores desplazamientos semánticos de los neologismos "neurosis" y "psicosis". Se trata de ubicar y matizar las coyunturas en las que uno y otro surgieron, así como la inversión semántica que fueron adquiriendo paulatinamente hasta la definitiva cristalización de su significación actual. Se comprenderá así hasta qué punto la noción nosológica y etiológica de "neurosis" –que trató de cernir en su momento el siempre desconcertante ámbito de la histeria y la hipocondría– se convirtió en una patología tanto más problemática cuanto más se pretendió explicarla a partir de los presupuestos científico-naturales de la medicina anatomoclínica y fisiopatológica. El término descriptivo "psicosis", mucho más tardío, muestra un itinerario más esquivo desde su aparición hasta su asentamiento definitivo en las primeras décadas del siglo XX. Pero tanto la neurosis como la psicosis, imbricadas a finales del siglo XIX en el término "psico-neurosis", han quedado definitivamente marcadas por la irrupción del psicoanálisis en la escena de la clínica mental.

40.1. Neurosis

Sin mayores discrepancias a este respecto entre los historiadores de la patología mental, se acepta que el neologismo *neurosis* fue inventado en la segunda mitad del siglo XVIII por William Cullen (1710-1790), profesor de la Universidad de

Edimburgo. Laín Entralgo y López Piñero, entre otros destacados historiadores, han señalado repetidamente que ese concepto se forjó en la historia de la medicina moderna como una reacción frente al galenismo tradicional. A diferencia de las propuestas defendidas por dicha corriente, los patólogos ingleses del Barroco asentaron la noción de "enfermedad nerviosa" –uno de los más fornidos intentos de transformación de la locura en enfermedad– para nombrar con ella un grupo de alteraciones que no podían comprenderse apelando a la afectación de un órgano aislado. Los notables trabajos neuroanatómicos de Thomas Willis (1621-1675) y los nosológicos y nosográficos de Thomas Sydenham (1624-1689) –en menor medida también los de Boerhaave, Hoffmann, Stahl y Whytt– lograron cuajar y difundir en la primera mitad del siglo XVIII la noción de "enfermedad nerviosa", marco en el que se asentará poco después la *neurosis*. Tanto Willis como Sydenham se esforzaron por explicar este conjunto de procesos mórbidos, en especial la histeria y la hipocondría, en estrecha relación con lo que se denominó "principio regulador del fisiologismo", cada vez más identificado con el sistema nervioso.

Al hilo de esta nueva orientación de la patología médica, y ya en el marco de la Ilustración, Cullen propuso nombrar a este grupo de procesos morbosos con el término *neurosis*, indicando así su vinculación consustancial con una alteración funcional del sistema nervioso. Fue por primera vez empleado en su obra *Sinopsis nosologiae methodicae* (1769), siendo posteriormente sistematizado en las *First Lines of the Practice of Physics*, publicadas en 1777, donde Cullen nos brindó la siguiente definición: "Me propongo aquí comprender bajo el título de *neurosis* a todas las enfermedades del sentido y del movimiento, en las que la pirexia no constituye una parte de la enfermedad primitiva; y todas aquellas que no dependen de una afección local de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso y de las potencias de donde dependen más especialmente el sentido y el movimiento". Siguiendo una orientación nosográfica *more botanico*, este autor subdividió las neurosis en cuatro órdenes: *Comata*, *Adynamiae*, *Spasmi* y *Vesaniae*. Se incluyen en estos órdenes un buen número de enfermedades que progresivamente se irían adscribiendo a la neurología, pero también otras que en el momento actual englobamos dentro de la psicosis, especialmente aquellas que fueron descritas entre las *Vesaniae* ("Funciones alteradas de la mente judicativa, sin pirexia ni coma"), a las que Vogel había designado una década antes como el término *Paranoia*. Con el correr de las décadas, tan vasto número de patologías habría de sufrir una sustancial mengua, perdiendo así por el camino la mayoría de los trastornos añadidos por Cullen pero conservándose, eso sí, la histeria y la hipocondría.

Sabido es que las contribuciones de Cullen sobre la "neurosis" se extendieron sin tardanza por el resto del continente, alcanzando sus mayores resonancias en

Francia gracias a la benévola acogida que les dispensó Pinel, quien fue además el primer traductor al francés de las *First Lines of the Practice of Physics*. Más tortuoso resultó sin duda el camino que hubieron de recorrer tales aportaciones en los países de lengua alemana, donde curiosamente el neologismo inventado por Cullen se tradujo las más de las veces con el término precedente "enfermedad nerviosa" (*Nervenkrankheit*). Esta relativa impermeabilidad a las ideas foráneas que mostraron los alemanes durante la primera mitad del siglo XIX bien podría explicarse por la fascinación con que produjeron y cultivaron la *Naturphilosophie*, esa corriente de pensamiento especulativo basada en los desarrollos idealistas plasmados por Schelling en sus obras filosóficas. Mas sea por lo que fuere, los seguidores de la *Naturphilosophie* ignoraron por completo las nuevas teorías sobre la neurosis; ésa y no otra es la razón que explica por qué las aportaciones alemanas a la neurosis fueron todas ellas elaboradas por autores un tanto reticentes con la especulación idealista. Aunque se trata en su conjunto de contribuciones menores y escasamente originales, no por ello debemos dejar de mencionar las procuradas por J. C. Reil, C. W. Hufeland y J. L. Schönlein.

Tal y como ya se anunció, a diferencia de los autores alemanes los médicos franceses de principios del siglo XIX aunaron sus esfuerzos para desarrollar las nuevas bases teóricas de la mentalidad anatomoclínica, siguiendo para ello las directrices de la escuela de París. Este modelo de pensamiento relegó la investigación del síntoma para encumbrar la lesión anatómica, la cual fue considerada fundamento de la ciencia y la práctica médicas. Los intentos de aprehensión de las neurosis a partir de la óptica localizacionista de la medicina anatomoclínica habrían de acarrear no pocas desilusiones a sus mentores, muchos de los cuales zanjaron precipitadamente tan intrincado asunto optando por ignorarlas.

En términos generales, resulta del todo pertinente afirmar que las aportaciones anatomoclínicas se caracterizaron por concretar visiones de las neurosis establecidas desde un punto de vista puramente negativo, esto es, por precisar aquellos elementos diferenciales que al no poder ser atribuidos a la patología orgánica conocida se adscribían a ese magma incierto llamado "neurosis". A este respecto, cabe evocar ahora la preclara afirmación de Axenfeld publicada en la segunda edición de su *Traité des névroses* (1883): "Toda la clase de las neurosis se ha fundado en un concepto negativo: nació el día en que la anatomía patológica, encargada de explicar las enfermedades por la alteración de los órganos, se encontró frente a un número de estados morbosos cuya razón de ser no alcanzaba a comprender. Hasta tal punto fue así que, sabiendo poco más o menos qué es lo que no son las neurosis, en cambio ignoramos qué es lo que son en realidad".

Una vez más, las aportaciones de Philippe Pinel (1745-1826), cuya insoslayable obra médica y psiquiátrica se sitúa en la transición de la medicina de la Ilus-

tración a la anatomoclínica, concitan nuestra atención a propósito de la neurosis. Aunando las influencias pretéritas de las nosotaxias *more botanico*, así como las más recientes aportadas por la anatomía patológica y también el "método analítico" de Condillac, elaboró Pinel su gran contribución a la nosografía y clínica médicas, la cual se publicó por primera vez en 1798 con el título *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse apliquée à la médicine.*

Ya en su primera edición incorporó este autor el término *névroses*, al que definió y clasificó de manera harto similar a como había hecho anteriormente Cullen, si bien invirtió su orden taxonómico al colocar en primer lugar las *vésanies* o "extravíos del espíritu no febriles". Un cierto titubeo se aprecia, no obstante, a la hora de definir este orden de enfermedades, en las que se incluyen ciertamente la mayoría de las patologías cerebrales y las locuras (vesanias): "Las enfermedades nerviosas que establecen tan estrecha conexión entre la medicina, la historia del entendimiento humano y la filosofía moral distan mucho de someterse, tan fácilmente como lo hacen las enfermedades agudas, a las leyes de una distribución metódica, y quizás eso se deba a las funciones orgánicas de las partes que constituyen su asiento". En la sexta edición, publicada en 1818, Pinel intentó separar sin demasiada claridad las vesanias (hipocondría, melancolía, manía, sonambulismo e hidrofobia) de las neurosis, en las que se incluían cinco *órdenes*:

I. Neurosis de los sentidos (oído y vista).
II. Neurosis de las funciones cerebrales.
III. Neurosis de la locomoción y de la voz.
IV. Neurosis de las funciones nutritivas.
V. Neurosis de la generación (*génitales*).

En materia etiológica, nuestro autor propuso excluir de las neurosis las enfermedades con lesiones anatómicas, aduciendo así para aquéllas "causas funcionales", en especial las "morales" (pasiones) y las "simpáticas" (influencias a distancia de otros órganos sobre el cerebro).

A juzgar por la alambicada nosotaxia propuesta por Pinel, la *classe Névroses* seguía incluyendo dentro de sus lindes un ingente número de especies morbosas. La reducción de esta magna agrupación vendría determinada por algunos resultados favorables de las investigaciones anatomoclínicas, pues con la aplicación de estos principios científico-naturales se lograría aislar un buen número de enfermedades propiamente orgánicas; evidentemente, tales presupuestos fracasaron estrepitosamente en todos los intentos destinados a reducir los trastornos histéricos y los hipocondríacos a los esquemas anatómicos basados en lesiones concretas. No obstante, es menester advertir que la nueva mentalidad médica rehu-

só por lo general abordar directamente la investigación de la neurosis, marginando incluso el propio concepto.

Esta reticencia se hizo especialmente manifiesta hasta la contribución de Etienne Georget (1795-1828) al *Dictionnaire de Médicine*, publicado en 1840. Notable fue el empeño de este autor por mantener ese concepto. Pero su audacia a la hora de investigarlo desde la perspectiva anatomoclínica produjo paradójicamente unos efectos desalentadores: ciertamente, antes que obtener los resultados anhelados se colegían más bien las insuficiencias del método anatomoclínico en materia de neurosis. Nada nos sorprenden tales consecuencias cuando valoramos la titubeante definición que Georget nos ofreció: "Las enfermedades a las que nosotros seguimos llamando neurosis tienen como caracteres más habituales los de ser de larga duración, poco peligrosas, intermitentes, apiréticas, difícilmente capaces en apariencia de ocasionar sufrimientos muy violentos [...]; no dejan tras la muerte ninguna alteración sensible en los órganos en los que se asienta o bien es una alteración muy pequeña. Son: la cefalalgia periódica, la locura, la hipocondría, la catalepsia, la corea, la histeria, el asma convulsivo, las palpitaciones llamadas nerviosas, la gastralgia con o sin vómito y las neuralgias".

Uno de los intentos más singulares de zafarse del desconcierto en el que se había sumido la medicina anatomoclínica respecto a la neurosis fue el iniciado por el también alienista Achille Louis Foville (1799-1878) en 1834. En su consideración, y dado que la alteración del sistema nervioso "existía" pero no era "visible", convenía investigar esta enfermedad recurriendo a la "fisiología patológica". Aunque el trabajo de Foville anticipa ya algunos elementos de la orientación fisiopatológica, su principal virtud residió en el hecho de centrar la investigación en la "localización funcional" de la neurosis.

Surgida como rectificación del modelo anatomoclínico, la mentalidad fisiopatológica se orientó hacia una caracterización positiva de las neurosis desde un punto de vista funcional. En esta orientación destacaron inicialmente las contribuciones de Louis Charles Roche (1790-1875) a propósito de las "irritaciones nerviosas o neurosis". Siguiendo el esquema de Broussais, Roche postuló una "lesión no perceptible" como base común de las neurosis: "Hemos llamado –escribió en 1835– *irritación nerviosa* o *neurosis* a este modo de irritación y la hemos definido como aumento de la acción orgánica de un tejido sin aflujo conocido de líquidos".

En el seno de esta orientación, renovadora pero infructuosa, se pergeñaron un buen número de elucubraciones. Pero las dificultades de aplicación y, sobre todo, la inadecuación de la metodología animaron a sus mentores a buscar nuevos nombres al problema de siempre; así se produjeron paulatinamente algunos intentos de sustituir el término "neurosis" por otros más afines a su punto de vis-

ta, en especial los de "irritación espinal" y "enfermedades nerviosas funcionales reflejas". En el terreno nosográfico, la diferenciación tradicional entre "neurosis mayores" (histeria e hipocondría) y "neurosis menores" (neuralgias) motivó importantes modificaciones entre 1850 y 1880. Por una parte, la hipocondría perdió su unidad nosológica diluyéndose en otras categorías morbosas, mientras que la histeria terminó por copar casi todo el territorio de las "neurosis mayores"; por otra, entre la histeria y las "neurosis menores" se perfilaron un número discreto de "neurosis intermedias", brillando entre todas ellas la "neurastenia" descrita por el médico norteamericano George Miller Beard (1839-1883) en 1869.

40.1.1. Neurastenia

Propuso Beard inicialmente el término *neurasthenia* para describir un estado de fatiga física y psíquica permanente al que acompañaban diversos malestares funcionales, principalmente la dispepsia, las cefaleas, las parálisis, el insomnio, las anestesias, las neuralgias, la "gota reumática", la espermatorrea, etc. En escritos posteriores, estimó este autor que dicha enfermedad era la neurosis americana y masculina por excelencia, pues a los factores climáticos y ambientales específicos de aquellas tierras se sumaba el ritmo de vida trepidante de los hombres del Nuevo Mundo. Apenas seis años después de su invención, el también norteamericano Silas Weir-Mitchell describió la versión femenina de esa enfermedad y propuso como remedio su famosa cura de reposo, para la que solicitaba a sus pacientes una "obediencia de niño". A pesar de la ambigüedad nosológica y de la dudosa etiología, atribuida por Beard a una "desfosforización del sistema nervioso", la nueva noción caló profundamente entre los médicos americanos y los europeos hasta llegar a dominar una buena parte de la esfera de las enfermedades crónicas funcionales supuestamente orgánicas. De esta manera, como ya se ha mostrado en la Parte I dedicada a la historia de la psicopatología, a finales del siglo XIX la histeria y la neurastenia alcanzaron a constituirse en las referencias fundamentales de la investigación y la práctica médicas.

40.1.2. Obsesiones

Pero al margen de la histeria y la hipocondría, conviene ahora cuando menos apuntar las apreciaciones de nuestros clásicos sobre las obsesiones y las fobias, las cuales permanecieron hasta Freud ajenas por completo al ámbito de las neurosis. Conocidas desde antiguo, las obsesiones habían motivado múltiples descripcio-

nes incluidas en categorías nosológicas harto heterogéneas; hasta Freud, la regla general consistía en identificar un síntoma obsesivo o impulsivo y convertirlo sin más en una variedad autónoma de enfermedad, componiendo así un panorama tan atomizado como vasto. De esta guisa, podemos hallarlas entre las *manies sans délire* de Pinel o entre las *monomanies intellectuelles* de Esquirol. En 1866, con Morel, se inicia una versión afectiva de las obsesiones (*délire émotif*): "El delirio emotivo se compone de hechos de *impresionabilidad* y de *emotividad* con predomino de ciertas ideas fijas, de ciertos actos anormales, pero sin que se pueda demostrar, en todos los casos, el compromiso forzado y absoluto de las facultades intelectuales". Las contribuciones posteriores a la enseñanza de Morel muestran dos grandes líneas de interpretación y catalogación de estos fenómenos: los autores franceses mostraron una querencia, en general, a considerar su raigambre emocional, mientras que los alemanes se inclinaron a resaltar su filiación ideativa o representativa.

Jules Falret, también en 1866, describió la *folie de doute* (locura de duda), incluyéndola entre las *folies avec conscience de son état*. Once años después, el berlinés Westphal destacó la coerción que las obsesiones imponen a la conciencia y la extrañeza que comportan respecto al resto de las ideas habituales, indicando con ello que no guardan relación alguna con el estado emocional; las designó con el término muy adecuado de *Zwangs-Vorstellungen*, aunque las consideró una forma benigna o abortiva de la *Verrücktheit* (delirio sistematizado o paranoia). *Zwangs-Vorstellung* (representación obsesiva) fue asimismo el término elegido por Meynert en 1877 para designar "una representación surgida en una mente ilesa que, sin estar condicionada por ningún estado afectivo, impide el curso normal de las otras representaciones, aparece siempre como anormal y como extraña a lo que es su objeto, pero teniendo de ella el sujeto plena consciencia". Ése fue también el término elegido por Freud para caracterizar la dimensión coercitiva del rumiar y actuar obsesivo, para enfatizar el asedio al que someten al sujeto las representaciones y los pensamientos. Los autores italianos, especialmente, tendieron a ligar la obsesión y la impulsión con la "idea fija" (Buccola) o "incoercible" (Tamburini), razón por la cual las vincularon con la entonces llamada "paranoia rudimentaria".

No faltaron tampoco quienes, como Magnan y Legrain, en 1895, destacaron la importancia de las lesiones de la voluntad: "Las obsesiones y las impulsiones están engendradas por una especie de falta de energía momentánea y morbosa de la voluntad"; no obstante, ese defecto volitivo obedecía en el fondo a un "fenómeno intelectual". A pesar de esta ligazón, la corriente francesa mayoritaria continuó destacando los desórdenes emotivos. Tal fue también la posición del gran Jules Séglas, quien en *Leçons cliniques sur les maladies mentales* [*Lecciones clínicas*

sobre las enfermedades mentales, 1895] escribió: "La obsesión se basa siempre en un fondo de emotividad patológica: su inicio e incluso la variedad de la idea obsesiva se enlazan frecuentemente con una emoción; esta idea se acompaña de trastornos emocionales". Próximos ya al cambio de siglo, el debate entre intelectualistas y emotivos pareció saldarse con la espuria integración de todas las posiciones encontradas. El propio Jules Falret, en 1889, dividió las obsesiones en "intelectuales", "emotivas" e "instintivas", zanjando así una gastada trifulca y adscribiendo los fenómenos obsesivos a desórdenes de las ideas, de los afectos o de la voluntad.

Por otra parte, a la hora de perfilar la naturaleza de la obsesión, el debate entre los clínicos franceses se polarizó entre aquellos partidarios que la incluían entre la "degeneración mental" (Magnan y su escuela) y quienes, siguiendo a Beard, la adscribieron a la "locura neurasténica". Una posición intermedia entre ambas le pareció mejor fundamentada a Kraepelin en sus primeras publicaciones y también a Krafft-Ebing, quien la consideró "una degeneración psíquica de base neurasténica". No obstante, pese a la inusitada importancia que se concedió a la herencia, no faltaron quienes, como Séglas, descompusieron las obsesiones a la luz de sus tres agentes causales: una forma juvenil o "constitucional", otra adulta o "adquirida" y, por último, una "intermedia".

Las opiniones sobre los vínculos entre las obsesiones e impulsiones y otros síntomas psicopatológicos ilustran aún más a las claras el borroso paisaje prefreudiano. En este sentido, Féré argumentó su hermandad con las alucinaciones ("alucinación del sentimiento") y Séglas pretendió aclarar tal extremo proponiendo una alucinación secundaria a la idea obsesiva ("obsesión alucinatoria") y otra alucinación independiente que, por lo demás, posee todos los caracteres de la obsesión ("alucinación obsesiva"). Aunque un poco excepcional, la posición de Jules Falret sobre este particular fue tajante: "Jamás se acompañan de alucinaciones"; siguiendo esta línea argumental, en el mismo informe de 1889, este autor afirmó con la misma rotundidad que "las obsesiones no se transforman en otras especies de enfermedades mentales". Pero no fue ésta precisamente la opinión más socorrida entre sus colegas. Schüle, Krafft-Ebing, Meynert, Séglas y el propio Kraepelin, por citar sólo algunos autores renombrados, defendieron una y otra vez que las obsesiones pueden desembocar en un verdadero delirio.

La imbricación –y por tanto la manifiesta confusión– de las obsesiones con fenómenos psicopatológicos de otro orden se extiende sin mayor recato a las categorías nosológicas: unas veces las obsesiones se asimilaban a las neurosis, otras a las psicosis, y las más de las veces se las consideró enfermedades independientes. Una muestra de tan desconcertante galimatías la hallamos en las contribuciones de dos expertos en esta materia, Pitres y Régis, a la sazón autores de la acreditada monografía *Les obsessions et les impulsions* [*Las obsesiones y los impulsos*, 1902]:

"los cinco pacientes [obsesivos] fueron todos afectados de psicosis por acentuación progresiva y aguda de su estado obsesivo y, en los cinco casos, la psicosis revistió la misma forma: la de melancolía ansiosa y gimiente, con ideas delirantes y alucinaciones".

40.1.3. Fobias

Cambiando de terreno y adentrándonos en el ámbito de lo que actualmente conocemos como "fobias", el panorama semiológico y psicopatológico mostraba en las últimas décadas del siglo XIX caracteres muy similares a los que ya se han apuntado en relación a las obsesiones; más aún, los temores angustiosos y las obsesiones se entrecruzaban y mezclaban sin que pudiera perfilarse entre ellos una demarcación precisa. De nuevo, es menester remontarse a las *manies sans délire* de Pinel, a las *monomanies intellectuelles* y *affectives* de Esquirol y al *délire émotif* de Morel; a estos referentes hay que añadir, además, la *folie lucide* descrita por Ulysse Trélat en 1861. En su monografía *La folie lucide* [*La locura lúcida*], destinada a ensalzar el papel de la herencia en la patología mental, este autor nos presenta un vasto panorama de patologías cuyas manifestaciones son más bien discretas y pasan desapercibidas para el profano, razón por la cual las denomina "lúcidas". Entre las numerosas ilustraciones clínicas que aporta se pueden identificar algunos sujetos obsesivos y otros fóbicos, "locos en sus actos más que en sus palabras", si bien "no parecen locos porque ellos se expresan con lucidez".

Pero también en el terreno de las fobias fue un alemán, Karl Westphal, quien aportó en 1871 la primera observación precisa sobre la "agorafobia"; se trata del caso de un hombre al que le sobreviene una intensa angustia cuando se encuentra en una plaza (*Platzangst*) o en un espacio abierto. La descripción de Westphal destacó por encima de todo el papel de la angustia en esas sensaciones de "vértigo de los lugares" (*Platzschwindel*). Inspirándose de cerca en estas apreciaciones, Henri Legrand du Saulle, traductor de Westphal al francés, publicó sus dos notables contribuciones a esta materia: *La folie de doute avec délire de toucher* [*La locura de duda con delirio de tocar*, 1875] y *Étude clinique sur la peur des espaces (Agoraphobie des Allemands, Névrose émotive)* [*Estudio clínico sobre el miedo a los espacios (Agorafobia de los alemanes, Neurosis emotiva)*, 1878]. En la primera de ellas, la duda es aupada al rango de esencia de la enfermedad (*folie de doute*): "La duda abre la escena morbosa y mucho tiempo después las excentricidades del tacto la cierran"; en la segunda, es la angustia la que ocupa tan destacado lugar: "bajo la denominación de miedo a los espacios describo hoy un estado neuropático muy particular, el cual se caracteriza por una viva angustia o incluso un verdadero terror". Ciertamente,

las aportaciones de Legrand du Saulle no se limitan únicamente a sus sutiles descripciones, que atesoran análisis semiológicos muy minuciosos; en su conjunto, con ellas consiguió fijar los primeros criterios rigurosos para la adecuada demarcación entre las obsesiones y las fobias y, dentro de éstas, ayudó a separar las que son primarias (fobia esencial) de las que son secundarias (fobia deuteropática).

En términos generales, los intentos muchas veces infructuosos de separar la fobia y la obsesión se realizaron en la literatura alemana a partir de la distinción terminológica entre *Zwang* ("violencia", "fuerza", "presión", "obligación", "coerción") y *Angst* ("angustia"). Los franceses, fieles a la tradición esquiroliana, optaron por matizarla a partir de los sufijos *-manie* y *-phobie*; el primero aludía directamente a los actos (por ejemplo, en la cleptomanía, donde realmente se comete un robo), y el segundo a los pensamientos (el cleptófobo sufre por su temor a poder cometerlo). Por lo demás, las clasificaciones que se establecieron de las fobias fueron numerosas y harto prolijas, destacando en especial la elaborada por A. Pitres y E. Régis en su ya mencionada monografía de 1902 *Las obsesiones y los impulsos.*

40.2. Psiconeurosis

Volviendo nuevamente al ámbito tradicional de las neurosis, esto es, al de la histeria y la hipocondría, el último y más sobrio intento de detallar sus trastornos funcionales fue el emprendido y desarrollado por J. M. Charcot (1825-1893) y sus alumnos del hospital parisino de la Salpêtrière. Los considerables esfuerzos de éste por someter a las neurosis a la metodología neurológica no pasaron de meras precisiones accesorias sobre los trastornos "funcionales" o "dinámicos". Una vez más, pero ahora con efectos definitivos, las neurosis –especialmente la histeria– se revelaron refractarias a este tipo de abordajes exclusivamente médicos.

En esa coyuntura desalentadora, los alumnos de Charcot se orientaron hacia las investigaciones psicológicas, produciéndose así un desplazamiento irreversible de la neurología hacia la psicología de las neurosis. La obra del neurólogo Fulgence Raymond, su alumno y sucesor en la Salpêtrière, ilustra paradigmáticamente este viraje hacia el estudio en profundidad de los trastornos psíquicos: "Numerosos trabajos, dedicados al estado mental en las diferentes neurosis, han tenido como resultado enfatizar la perturbación de la afectividad y de la inteligencia, y actualmente se admite por lo general que el elemento psíquico desempeña en las grandes neurosis el papel primordial". En estas palabras, publicadas en 1911 en el *Traité International de Psychologie pathologique* dirigido por A. Marie, se aprecia con nitidez el efecto causado por la nueva vía abierta por Freud en el ámbito de la psicología patológica.

Analizando detalladamente ese contexto histórico, bien puede afirmarse que la impotencia de la medicina y la neurología a la hora explicar las neurosis determinó para siempre que dicha noción invirtiera completamente su ámbito epistemológico tradicional. En efecto, aquella inicial "enfermedad funcional del sistema nervioso" terminó por convertirse en una forma particular de trastorno mental regido por mecanismos propiamente psicológicos, los cuales determinaban incluso ese numeroso grupo de síntomas cuya apariencia remedaba las manifestaciones de las auténticas enfermedades del organismo. Esta subversión conceptual estuvo esencialmente motivada, como más adelante se mostrará en detalle, por las investigaciones psicopatológicas del también neurólogo Sigmund Freud y, en menor medida, gracias a los trabajos de Pierre Janet (1859-1947) sobre la histeria y la psicastenia.

Fue precisamente en el marco de este cambio de rumbo tan radical hacia la psicogénesis donde se gestó el término *psychonévroses*, generalmente atribuido a Paul Dubois (1848-1918), profesor de neurología en Berna. Empleándolo esporádicamente desde 1871, Dubois designó con ese nombre algunos trastornos psicógenos de tipo "nervioso", en especial la histeria y la neurastenia; se trataba para este autor de resaltar los aspectos psicológicos presentes en las neurosis, para los cuales convenía un tratamiento de tipo psicoterapéutico. Aupado no sólo por Dubois sino también por los primeros psicoanalistas y algunos neurólogos de la Salpêtrière, el uso de tal término alcanzó cierta extensión y prestigio en los albores del siglo XX. Dubois, en particular, se sirvió de él para titular en 1904 su influyente manual de psicoterapia *Les psychonévroses et leur traitement moral*. Justificó su uso argumentando la especificidad del término en oposición a la rancia noción de "neurosis" y a la emergente categoría descriptiva de "psicosis", pues en los trastornos psiconeuróticos "el origen del mal es por el contrario psíquico y es la *ideación* la que crea y mantiene los desórdenes funcionales".

Se trata, por tanto, de una noción inventada para perfilar una clínica diferencial aún en ciernes: por una parte, con las *névroses* propiamente dichas de aquel entonces (corea, epilepsia, etc.) y, por otra, con las *psychoses*, que en aquellos años incluían ciertos cuadros patológicos de etiología supuestamente psicógena. A diferencia de estas últimas, las psiconeurosis se definían en función de su menor gravedad: "El enfermo no se dirige al alienista de profesión, busca ayuda en su médico general o en los neurólogos. Para designar estas afecciones adopto el término de psiconeurosis, pues las separa de las locuras (*folies*) propiamente dichas indicando la naturaleza psíquica del mal; la segunda mitad del término indica los trastornos funcionales nerviosos que acompañan al estado psicopático".

Como puede apreciarse, la clínica y terapéutica de las neurosis y de las psiconeurosis se enmarcaba plenamente en los quehaceres cotidianos de los neuró-

logos y, en menor medida, de los médicos generales y los internistas. Fueron precisamente los neurólogos quienes pergeñaron los primeros modelos psicoterapéuticos destinados a este tipo de pacientes tan refractarios a los tratamientos médicos al uso. Dubois, pero también Dejerine y Jeliffe, diseñaron algunos de estos procedimientos que, al margen de la nueva savia aportada por el psicoanálisis y de la ya devaluada hipnosis, consistían en hacer razonar al paciente valiéndose de sermones y unas buenas dosis de afabilidad.

Amén de Dubois, el uso del novedoso pero efímero término "psiconeurosis" se halla excepcionalmente extendido en la obra de Richard von Krafft-Ebing (1840-1902). Médico del asilo de Illenau y más tarde profesor de psiquiatría en Estrasburgo y Viena, Krafft-Ebing aunó la tradición alemana procedente de Griesinger con la corriente degeneracionista alumbrada por Morel. En su famoso *Lehrbuch der Psychiatrie* [*Manual de Psiquiatría*], publicado por primera vez en 1879, el mencionado autor propone una clasificación de las "psicosis funcionales" en dos grupos: las "psiconeurosis", es decir, "las enfermedades que sobrevienen en un cerebro sano y dotado de una constitución normal" y las "degeneraciones psíquicas"; se incluyen en el marco de las psiconeurosis la melancolía, la manía, la estupidez o demencia primaria curable y la locura alucinatoria (*Wahnsinn*).

Pero el término que ahora rastreamos se puede leer en este mismo *Manual* también fuera del marco de las psicosis funcionales, en concreto en los capítulos dedicados a la "alienación mental debida a las neurosis constitucionales" (neurastenia, histeria e hipocondría), notablemente ampliados a partir de la cuarta edición de 1890. Fiel a la teoría de la degeneración, Krafft-Ebing sostiene allí que las neurosis sobrevienen en "individuos predispuestos" o tarados: "La neurosis tiene una significación profundamente constitucional; está causada sin duda por anomalías en la disposición y el desarrollo del sistema nervioso central". A la hora de caracterizar la neurastenia propone diferenciar, por una parte, las manifestaciones psíquicas o psicosis que surgen de la afectación del sistema nervioso a partir del estado neurótico general, y, por otra, las psicosis con base neurótica; para las primeras emplea el término *Neuropsychose* y para las segundas *Psychoneurose*.

Tal era el estado nebuloso de estos conceptos en los años en que Freud comenzó a desarrollar sus primeros bocetos psicopatológicos. Formado en neurología, también él procedió inicialmente como era costumbre entre sus colegas, esto es, tratando de diferenciar los trastornos orgánicos de aquellos que obedecían a ciertos mecanismos psíquicos aún en la sombra. Guiado a través de sus investigaciones sobre la histeria, descubrió el papel esencial que desempeñaba la defensa (*Abwehr*) en la génesis y desarrollo de los trastornos psíquicos, conformando así sus primeros esquemas nosográficos bajo la rúbrica "neuropsicosis de defensa" (*Abwehr-Neuropsychosen*). Nos parece del todo probable que la terminología noso-

táxica por él empleada en la última década del siglo XIX proviniera directamente del profesor Krafft-Ebing, sucesor en 1892 de su maestro Meynert en la jefatura clínica y docente del Hospital General de Viena, cuyo *Lehrbuch der Psychiatrie* era sobradamente conocido por los especialistas y estudiantes.

Si bien la exposición pormenorizada del desarrollo de la psicopatología freudiana se realizará en los capítulos 43, 44 y 45, conviene ahora introducir una precisión terminológica. Se trata de la sustitución del concepto "neuropsicosis", del que se valió primeramente para orillarlo después, por el de "psiconeurosis", que, aunque también efímero, puede aún leerse en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926). Desde 1894 y durante quince años, la categoría "neuropsicosis" le sirvió para describir y explicar un grupo de cuadros psicopatológicos de etiología psicógena cuyos síntomas obedecían a la defensa que el Yo ejercía sobre ciertas representaciones que le resultaban inconciliables. Contrapuestas a las "neurosis actuales", las "neuropsicosis de defensa" incluían la histeria, la neurosis obsesiva y la fobia, la paranoia y algunas psicosis alucinatorias. Pero a partir de 1896, Freud comenzó a invertir ocasionalmente los términos y a matizarlos, privilegiando aún más la dimensión psicogenética de raigambre infantil que caracteriza a estos trastornos. Así, en el artículo de 1898 "La sexualidad en la etiología de las neurosis", Freud escribió: "O sea, hay una etiología sexual en todos los casos de neurosis, pero en las neurastenias ella es de índole actual, y en las *psiconeurosis* son factores de naturaleza infantil: he ahí la primera gran oposición en la etiología de las neurosis".

El ocaso de la noción "psiconeurosis" fue correlativo al asentamiento de la oposición entre neurosis y psicosis, binomio éste sobre el que se ha asentado la psicopatología actual y a cuya implantación contribuyó Freud de manera harto decisiva. A fin de valorar en su justa medida la edificación de estos dos pilares nosológicos, conviene revisar ahora el zigzagueante itinerario del término "psicosis".

40.3. Psicosis

Fue en 1845 cuando Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), decano de la Facultad de Medicina de Viena, propuso en su *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde* [*Tratado médico de las manifestaciones anímicas*] el neologismo *Psychose* para referirse a las manifestaciones psíquicas de la "enfermedad del alma" (*Seelekrankheit*), ya se tratara de las neurosis o de la locura (vesania). El término en cuestión acuñado por este médico y literato austriaco era básicamente descriptivo; nada en su propuesta nos anima a considerarlo como antitético al de "neurosis" o "enfermedad nerviosa". Por el contrario, lejos de excluirse mutuamente según la acepción actual, Feuchtersleben los solapa y combina: "Toda psicosis es al mismo tiem-

po una neurosis, porque sin intervención de la vía nerviosa no se manifiesta ninguna modificación de lo psíquico; no obstante, no toda neurosis es una psicosis". De esta manera, el término "psicosis" explicita únicamente el componente anímico o psicológico de algunas enfermedades nerviosas o "neurosis". Así, salvo excepciones, durante los siguientes cincuenta años la nueva noción se empleó a menudo como un sinónimo muy genérico de trastorno mental, es decir, de "psicopatía".

La traducción inglesa del *Tratado médico de las manifestaciones anímicas* de Feuchtersleben, editada en 1847, favoreció el uso esporádico en esa lengua del término *psychosis*, si bien conservando su genuina significación de "enfermedad del alma" por analogía a la "enfermedad nerviosa" o *neurosis*. Tan pronto el término aquí escrutado comenzó a circular, W. Griesinger (1817-1868) se sirvió de él en *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankenheiten* [*Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas*, 1845] para nombrar su modelo unitario de psicosis (*Einheitpsychose*), a la que atribuyó una etiología orgánica, sin descuidar por ello la descripción detallada de los mecanismos psicológicos que determinan la instauración progresiva de la locura (*Verrücktheit*) o paranoia. Sin embargo, el término *Psychose* siguió tras la muerte de Griesinger un destino bastante desigual y ciertamente discreto, tanto en la clínica alemana como en la francesa.

Animados a terciar sobre los motivos de tan singular solapamiento conceptual, nos inclinamos a destacar especialmente tres. En primer lugar, el desmoronamiento generalizado de la visión unitaria de la enfermedad mental tras la muerte de Griesinger, que dio paso a un período de hipomanía nosográfica; empero, hay que advertir que el conjunto de su enseñanza terminaría por convertirse en una de las referencias más emblemáticas para los autores de lengua alemana. En segundo lugar, el empleo generalizado y muchas veces improcedente del término alemán *Paranoia* durante los treinta años que precedieron a la publicación de *Psiquiatría* de Kraepelin, pues la utilización abusiva de esa noción aplastó u ocultó otras emergentes. Por último, y dadas las resonancias psicológicas del término, los autores franceses, deslumbrados en aquel tiempo por la teoría de la degeneración, prefirieron habitualmente otras nociones genéricas de resonancias más somáticas, si bien algunos continuaron hablando simplemente de *folie* ("locura") y otros se limitaron a nombrar los delirios en función de sus temas, formas evolutivas y mecanismos.

Sin pretender un examen exhaustivo del uso oscilante de la noción aquí en cuestión, apuntaremos algunos elementos esclarecedores a fin de mostrar hasta qué punto la oposición neurosis-psicosis no se consumó hasta que Freud se entregó a perfilar los mecanismos estructurales específicos de cada una de ellas; más aún, las referencias a la psicosis en la clínica prefreudiana son sumamente escasas, dispersas y colaterales.

Nos remontaremos por ello, en primer lugar, a las *Leçons cliniques* [*Lecciones clínicas*] de Valentin Magnan (1835-1916), que recogen puntualmente el término "psicosis" como equivalente de las "locuras propiamente dichas", entre las que se incluyen la manía, la melancolía, el delirio crónico y las locuras intermitentes, así como la locura de los degenerados con síntomas episódicos y los delirios súbitos (primarios). Dos décadas después, en 1903, F. L. Arnaud, en el *Traité de Pathologie Mentale* [*Tratado de Patología Mental*] dirigido por Ballet, redactó un extenso capítulo sobre las "psicosis constitucionales", esto es, las enfermedades de predisposición latente (delirios sistematizados primitivos, agudos y crónicos, y las locuras periódicas y circulares) y las de predisposición aparente (obsesiones e impulsiones, locuras morales y locuras razonantes, delirios). Habrían de transcurrir aún dos décadas más para que los clínicos franceses gustaran de emplear esta noción, pero sin la sistematización con la que venía haciéndose en el ámbito psicoanalítico; entre tanto, sus preferencias siguieron inclinándose por los términos "delirio" (*délire*) o "locura" (*folie*). Así, por ejemplo, Dupré describió a partir de 1905 el "delirio de imaginación" o "mitomanía delirante", Sérieux y Capgras titularon su excelente monografía sobre la paranoia *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation* [*Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, 1909] y Chaslin, en sus *Éléments de sémiologie et clinique mentales* [*Elementos de semiología y clínica mentales*, 1912], siguió empleando el término "locura" (*folies discordantes*).

Frente a esta tendencia continuista, Ballet fue uno de los primeros psiquiatras en proponer la nueva categoría, tal como evidencian sus dos artículos de 1911 y 1913 sobre la "psicosis alucinatoria crónica". Pero más que ningún otro entre sus colegas, Clérambault ideó un uso muy cabal del término "psicosis", pues gran parte de su proyecto psicopatológico radicó en la investigación de los "mecanismos generadores de las psicosis". Ya desde la primera década del siglo pasado perfiló la oposición entre la psicosis y el delirio: "El Delirio es el conjunto de los Temas Idéicos y de los sentimientos adecuados o inadecuados, pero conexos, así como del tono mórbido que los soporta. La Psicosis es ese mismo Delirio más el fondo material (histológico, fisiológico), necesario para producirlo y desarrollarlo". Y también: "Se puede decir que en el momento en que el delirio aparece la psicosis ya es antigua. El Delirio no es más que una Superestructura". Guiado por esta demarcación, propuso la oposición entre las "psicosis pasionales" (erotomanía, reivindicación y celos) y la paranoia; frente a ambas colocó las "psicosis basadas en el Automatismo Mental".

Los autores alemanes, por su parte, mantuvieron también un uso errático y esporádico del término hasta que comenzaron a circular las primeras publicaciones psicoanalíticas. A este respecto, apenas si cabe reseñar su empleo por parte de Schüle en el *Handbuch der Geisteskrankheiten* [*Manual de las enfermedades men-*

tales, 1878] para describir el paso de la constitución neuropática hereditaria a la enfermedad mental como la transición de la neurosis a la psicosis, si bien la confusión entre uno y otro términos sigue siendo manifiesta. El *Manual* (1897) de Krafft-Ebing contiene también alusiones muy dispersas al concepto: psicosis alcohólicas, psicosis de contagio (tifus, escarlatina, rubéola, etc.) y psicosis clorofórmica. De igual modo, en el *Lehrbuch* de Kraepelin las menciones son muy escasas: en su primera edición de 1883 (*Compendium*) incluye un grupo de "psicosis periódicas" (la manía y la melancolía periódicas y la locura circular); en adelante las referencias continuaron siendo parcas, pues ni siquiera cuando describe con todo detalle en 1913 lo que llamamos psicosis maníaco-depresiva emplea dicha nomenclatura y prefiere la tradicional "insania" o "locura" (*das manisch-depressive Irresein*). Tampoco lo usa para orquestar la bipartición de lo que se ha dado en llamar "psicosis funcionales", ya que siguió optando por un término –el de "enfermedades endógenas"– más acorde con su concepción médica, para agrupar en su seno la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva.

Influido por el psicoanálisis, Eugen Bleuler se mostró más sensible al nuevo uso introducido por Freud. De esta manera podemos leer en su gran obra sobre la esquizofrenia de 1911: la esquizofrenia designa "un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos, y de la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular". Pero dicha definición está ya plenamente inscrita en la nueva era de la clínica formulada por el psicoanálisis.

Así pues, y a modo de síntesis, la noción inicialmente neurológica de "neurosis" o "enfermedad nerviosa" fue paulatinamente transformándose en una enfermedad funcional del sistema nervioso cada vez más decantada hacia un ámbito de la patología psíquica, para la cual la ciencia médica no encontraba explicación plausible. Con Freud, esta categoría clínica terminó definitivamente por sacudirse su lastre neurológico hasta llegar a nombrar una organización psicógena determinada por el mecanismo de la "represión" (*Verdrängung*), cuyos síntomas consisten en la expresión simbólica de conflictos infantiles ligados a la historia del sujeto. En virtud del carácter simbólico de los síntomas y de su raigambre sexual e infantil, la *Neurose* (histeria, neurosis obsesiva y fobia o histeria de angustia) se opone a la *Aktualneurose* (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría); ambas, a su vez, en función ahora de su mecanismo causal específico, se contraponen a la *Perversion* y a la *Psychose* (paranoia, esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva), término este último que acabará por perder su carácter meramente

descriptivo e inespecífico de "enfermedad del alma" para adquirir así progresivamente el estatuto de una organización psicopatológica perfectamente delimitada en materia patogénica y nosográfica. Por tanto, nos parece del todo erróneo afirmar, como hacen Laplanche y Pontalis en su *Diccionario de Psicoanálisis*, que la oposición entre neurosis y psicosis estaba ya asentada antes de Freud. Por el contrario, la concreción y argumentación de ese binomio psicopatológico se debe esencialmente a sus investigaciones, hasta el punto de que tal demarcación constituye en sí mismo el hilo conductor del conjunto de sus contribuciones psicopatológicas.

41

MODELOS NOSOGRÁFICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La descripción y la clasificación metódica de los trastornos mentales, esto es, las materias de las que se ocupa la nosografía, han estado y siguen estando ahormadas por los distintos modelos nosológicos de enfermedad, tan desiguales entre sí que las propuestas taxonómicas de ellos resultantes son altamente contradictorias. Todas estas diferencias sólo pueden entenderse si nos detenemos a examinar los presupuestos iniciales que las fundan, en especial sus metodologías y sus correspondientes ideologías.

Tal es el objetivo que ahora nos proponemos, sin con ello pretender una revisión exhaustiva que supondría a la postre una recreación del conjunto de la historia de la psicopatología psiquiátrica hasta el momento actual. Antes al contrario, nuestra intención se circunscribe básicamente a procurar al lector los elementos de reflexión necesarios para enjuiciar las modalidades nosográficas más relevantes, enfatizando cuanto nos sea posible los conceptos que las sostienen y organizan, así como las deficiencias que revelan en sus líneas de fractura. Procederemos para ello oponiendo los pares conceptuales más utilizados en la psicopatología psiquiátrica (unidad-multiplicidad, etiología-evolución, continuidad-discontinuidad), cuyos argumentos recuperaremos directamente de sus mentores más destacados. Un abordaje de este estilo se bastará por sí mismo para aprehender la reorientación introducida por Freud y los psicoanalistas en esta materia y, sin duda, para valorar en su justa medida las actuales propuestas nosotáxicas internacionales, de las cuales nos ocuparemos en las últimas páginas del capítulo 46.

41.1. Sobre la unidad o la multiplicidad de la locura: alienación mental, psicosis única y enfermedades mentales

Una de las más sabrosas y añejas discusiones de la psicopatología es aquella que se erige sobre las visiones unitaria o plural de la locura. Sin perder aún hoy en día un ápice de su enjundia, los pioneros de la clínica psiquiátrica mostraron una acendrada inclinación por el modelo unitario, si bien, franqueada la primera mitad del siglo XIX, tal enfoque sucumbió en buena medida ante la nueva ideología de las –en plural– "enfermedades mentales". Entre una y otra visiones tan contrapuestas habría de consumarse una profunda transmutación de los ideales de la medicina mental, un cambio de paradigma que supuso la devaluación del alienismo y la consagración de una psiquiatría del todo decidida a remedar la Medicina Interna.

Ciertamente, si examinamos las concepciones nosológicas de los clínicos europeos de la primera mitad del siglo XIX, hallaremos un denominador común: ya se denomine a la locura *aliénation mentale* (Pinel), *pazzia* (Chiarugi), *Einheitspsychose* (Griesinger) o *phrénopathie* (Guislain), se trata en todos los casos de una perturbación única y autónoma que presenta, eso sí, aspectos clínicos distintos, un único trastorno nuclear del que derivan manifestaciones sintomatológicas diversas pero típicas; más aún, tal coincidencia de visiones está presente incluso en autores de orientaciones muy distintas.

Ésa y no otra es la esencia de la noción "alienación mental" desarrollada por Philippe Pinel (1745-1826) en el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, publicado por primera vez en 1801. Pero si bien la alienación mental "expresa en toda su extensión las diversas lesiones del entendimiento", no por ello descuida Pinel en su análisis las "diversas especies" que ella conjuga a fin de poder deducir "las reglas de su curación": "Un delirio más o menos acentuado referente a casi todos los objetos se asocia, en bastantes alienados, a un estado de agitación y furor, lo que constituye propiamente la *manía*. El delirio puede ser exclusivo o permanecer limitado a una serie particular de objetos, con una especie de estupor y unos afectos vivos y profundos: es lo que se denomina *melancolía*. Algunas veces, una debilidad general afecta a las funciones intelectuales y afectivas, como ocurre en la vejez, y constituye lo que se denomina *demencia*. Por último, una obliteración de la razón con fases bruscas y automáticas de arrebato recibe la denominación de *idiocia*. He aquí las cuatro clases de extravíos que requieren de una manera general el nombre de alienación mental". Como el propio autor destaca, estas variedades sintomáticas no deben entenderse en modo alguno como patologías autónomas; antes al contrario, comparten una esencia común y pueden sucederse en un mismo alienado.

Retrasada respecto a la medicina de su tiempo, que ya reclamaba una identificación precisa de las distintas enfermedades autónomas e independientes, esta concepción nos presenta al alienado como una mezcla de enfermo y de loco, es decir, como un ser sumido en una sinrazón enferma pero en el que persiste aún una brizna de discernimiento. Es a esta razón indestructible que cohabita con la enfermedad a donde conviene dirigirse mediante el tratamiento moral para rescatar al loco de su alienación. De esta manera, aunque pobre en el análisis semiológico y reticente a los grandes desarrollos nosográficos, la visión nosológica de los primeros alienistas atesora cierto optimismo terapéutico en la medida en que sigue confiando en las capacidades inalienables del sujeto. A este respecto, Hegel escribió en su *Enciclopedia de las ciencias filosóficas* (1817): "El verdadero tratamiento *anímico* debe atenerse en consecuencia a esta concepción de que la locura no constituye una *pérdida* abstracta de la razón ni por parte de la inteligencia, ni por parte de la voluntad y de la responsabilidad, sino un simple desvarío del espíritu, una contradicción de lo que aún restase de razón". Volveremos sobre estas destacadas reflexiones al final del presente epígrafe.

Coincidente en cuanto a su unidad nosológica con la alienación mental de Pinel y Esquirol, la locura o *pazzia*, descrita a partir de 1793 por el florentino Vincenzo Chiarugi (1759-1820), nombra especialmente una desarmonía de las facultades de la que resulta un "delirio crónico y permanente". En su gran contribución en tres volúmenes *Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico-analitico. Con una centuria di osservazioni* (1793-1794) argumenta Chiarugi que este delirio se origina inicialmente en los desórdenes de la memoria y la imaginación, que alcanzan posteriormente a afectar a la razón misma. Explica el susodicho estos desórdenes apelando, como otros muchos de sus coetáneos, al llamado *sensorium comune* u órgano común de los sentidos. En última instancia, la alteración de ese *sensorium comune* provocará los delirios, de los cuales la *pazzia* constituye una de sus formas posibles. Así pues, la *pazzia* nominará únicamente aquellos "errores del juicio y del razonamiento, que proceden de una afección idiopática, con exclusión de las fiebres primitivas y de los estados comatosos". Esta locura única presenta, como no podía ser de otro modo, formas sintomáticas diversas, las cuales pueden también sucederse en un mismo paciente, si bien la "melancolía" suele ser inicial y la "amencia" terminal. De las tres formas descritas, el término "melancolía" nombra a la locura parcial, "manía" a la locura global y "amencia" a la locura global carente de emoción.

En la misma línea que los anteriores, aunque su obra se elaboró tres décadas después, el profesor de la Universidad de Gante Joseph Guislain (1797-1860) mostró una especial sensibilidad por el sufrimiento mental de los alienados. Denominó a ese malestar "dolor moral" (*douleur morale*) o *phrénalgie* y lo convirtió en

la noción central de su concepción nosológica unitaria: "Muchos alienados –escribió en el *Traité des phrénophaties* (1833)– no pierden en absoluto la razón; sin embargo, todos ellos sufren, salvo muy contadas excepciones; he aquí la alteración fundamental de la que proviene la confusión de las ideas, el trastorno de la inteligencia, la aberración de las cualidades instintivas y toda la serie de actos violentos y extraños que caracterizan a la alienación mental en sus diferentes formas y en sus variadas combinaciones". Y, reafirmando aún más su posición, precisó en las *Leçons orales sur les phrénophaties* (1852): "La alienación es, bien entendida, un dolor; del mismo modo también decimos que es primitivamente una *frenalgia*, un dolor de los sentidos que está en el punto de partida de las afecciones, de las emociones. [...] La melancolía es inherente a la mayor parte de las alienaciones mentales. Ella es la que forma el fenómeno *inicial*; ella es la que se encuentra en el período prodrómico de esas afecciones".

A tenor de estos argumentos, Guislain propone una ordenación en la evolución de los fenómenos de la alienación mental o frenopatía, partiendo siempre del dolor moral y de los trastornos del sentimiento, a los que sobrevendrán de proseguir el mal las afectaciones de la voluntad, de las ideas y de las facultades intelectuales. Las variedades de frenopatías aumentan en número comparadas con las anteriormente descritas por Pinel, Esquirol y Chiarugi; son éstas: la melancolía y la manía, la locura, el éxtasis, las convulsiones, el delirio, el sueño agitado y la demencia.

Las ideas de Guislain alcanzaron pronta y honda resonancia entre los clínicos alemanes. Primero Ernst Albert Zeller (1804-1877), que fue su traductor, y poco más tarde Hagen y Griesinger, desarrollaron una concepción de la patología mental basada esencialmente en las formas evolutivas de un proceso unitario. Sin duda fue Wilhelm Griesinger (1817-1868) quien más desarrolló el modelo de la *Einheitspsychose* (término habitualmente traducido y divulgado como "psicosis única", pese a que sería más propio hacerlo como "psicosis unitaria") en su magna obra *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankenheiten* [*Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas*], publicada inicialmente en 1845 y ampliamente revisada en 1861. A diferencia de los autores anteriormente reseñados, la locura es para Griesinger una enfermedad, más aún, "una enfermedad del cerebro", razón por la cual debe ser estudiada a partir de los presupuestos de la Medicina Interna, en especial los fisiopatológicos; dicha enfermedad única o proceso morboso unitario conjuga diversos estadios evolutivos íntima y lógicamente imbricados.

En su consideración, existen dos grandes grupos de "estados fundamentales de los trastornos psíquicos": los estados emocionales mórbidos, y las lesiones de la inteligencia y de la voluntad. Unos y otros se enlazan en su evolución siguiendo la misma secuencia anteriormente propuesta por Guislain: "Los del primer

grupo preceden, en la gran mayoría de los casos, a los estados del segundo; estos últimos no son otra cosa que la consecuencia y el desenlace de los primeros". No siempre, empero, la evolución de la *Einheitspsychose* alcanza a desarrollarse hasta sus últimas formas sintomáticas: "La locura (*Irresein*) es una enfermedad que sólo se cura en el primer grupo de anomalías mentales primitivas (afectivas); pero se vuelve incurable en el caso de llegar a consolidarse los trastornos secundarios que conforman el segundo grupo. La primera clase incluye las formas de la melancolía (*Schwermuth*), de la manía furiosa (*Tobsucht*) y de los delirios expansivos (*Wahnsinn*); la segunda contiene las formas de la locura sistematizada (*Verrücktheit*) y de las demencias (*Blödsinn*)".

Tras estas pinceladas doctrinales puede apreciarse con claridad que la lógica evolutiva plasmada por Griesinger es una réplica muy lograda del modelo de la *pazzia* de Chiarugi y de la *phrénopathie* de Guislain, pues la psicosis única se pone en marcha a partir de padecimientos emocionales (*Gemüthsleiden*) y evoluciona hacia una enfermedad del entendimiento (*Verstandeskranheit*). No obstante, bien es cierto que, a diferencia de los anteriores, Griesinger reafirma el papel primigenio del cerebro y del organismo en todo el proceso mórbido: "La melancolía (*Schwermuth*), que antecede y conduce a la locura (*Irresein*), parece en ocasiones que es únicamente la continuación inmediata de un afecto doloroso (causas psíquicas de la locura; *psychischer Ursachen des Irreseins*) [...]. Pero, sea como fuere, la melancolía no surge como consecuencia inmediata de sus emociones; sobreviene a continuación de profundos trastornos ocasionados por las emociones en las funciones del sistema nervioso, o bien cuando las emociones han destruido la constitución (*Constitution*)".

Más que ningún otro autor, fue H. Neumann (1814-1884) quien con mayor ahínco continuó desarrollando la hipótesis unitaria griesingeriana. Contrariamente a la corriente que comenzaba a imponerse en su tiempo, Neumann afirmó que convenía atribuir las diversas manifestaciones clínicas a las diferencias individuales y no al hecho de asentarse en procesos morbosos independientes. Abiertamente denostado durante el período dominado por la nosología kraepeliniana, tampoco le faltaba razón a este autor cuando sostuvo en su *Lehrbuch der Psychiatrie* [*Tratado de Psiquiatría*, 1856] que era preferible "ninguna clasificación antes que una clasificación equivocada".

La exposición hasta aquí trenzada muestra las más importantes versiones clásicas del modelo unitario de locura o psicosis que, bajo abordajes harto diferentes, resuena aún de manera *sui generis* en los desarrollos nosológicos de Freud y de Laing. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, una vez que la psiquiatría se orientó hacia la Patología General, la ya apuntada concepción unitaria fue desmoronándose paulatinamente. En concreto, el modelo francés de la alienación

fue horadado especialmente por las críticas a las monomanías o locuras parciales; por su parte, la rígida concepción de la *Einheitspsychose* no resistió los envites de los nosógrafos a propósito de las formas de paranoia primaria (*originäre Verrücktheit, primare Verrücktheit*), totalmente incompatibles con las formas evolutivas descritas por Griesinger. Pero el gran ideólogo del cambio de mentalidad que habría de sobrevenir, es decir, de la implantación del modelo médico de las "enfermedades mentales", fue sin duda Jean-Pierre Falret (1794-1870).

Desarrollando las consecuencias del descubrimiento neuroanatómico de Bayle sobre la aracnoiditis crónica e incorporando el principio sydenhamiano según el cual a cursos evolutivos idénticos corresponden enfermedades idénticas e independientes, Falret desplegó una nueva modalidad de observación de enfermos basada en los siguientes principios que el clínico debe acatar: no tiene éste que conformarse con el papel pasivo de *secrétaire des malades*, sino que debe provocar las manifestaciones morbosas para observarlas directamente; debe asimismo investigar la enfermedad en su conjunto y no sólo en sus aspectos más llamativos; precisa igualmente estudiar y caracterizar la individualidad enfermiza, así como detectar también los *faits négatifs* (*datos negativos*); le conviene, asimismo, no deslindar un suceso de su entorno y considerar tanto los síntomas físicos como los morales; finalmente, insta al clínico a observar de manera muy especial el curso de la enfermedad, sus oscilaciones y alternancias.

Amparándose en tales principios de observación de enfermos, introdujo una perspectiva diacrónica y evolutiva de la que habría de esperarse el descubrimiento de cuantas enfermedades mentales existieran: "Lo que sería necesario sobre todo investigar –escribió en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* [*Las enfermedades mentales y los asilos de alienados*, 1864]– es el curso y los diversos períodos de las especies verdaderas de enfermedades mentales, aún desconocidas hoy en día, *pero que el estudio atento de las fases sucesivas de estas afecciones permitirá descubrir. La idea de forma natural implica, en efecto, la de un curso determinado y, recíprocamente, la idea de un curso posible de prever supone la existencia de una especie natural de enfermedad, que tiene su evolución especial* [la cursiva es suya]. Ahí reside, en nuestra opinión, el progreso más considerable a perseguir en nuestra especialidad".

Aunque bien es cierto que el propio Falret apenas logró concretar su metodología más que en la descripción de dos "auténticas enfermedades mentales", la *folie paralytique* y su *folie circulaire*, en adelante la psicopatología psiquiátrica seguiría fielmente sus consignas provocando, por una parte, un auténtico furor nosográfico y taxonómico, y, por otra, una creencia ferviente en la existencia de "enfermedades mentales" naturales. El primero de estos efectos se halla paradigmáticamente representado por la monografía de Ludwig Kahlbaum (1828-

1899) *Clasificación de las enfermedades psíquicas* (1863) y el segundo fue desarrollado hasta su extremo más chocante por Emil Kraepelin (1856-1926) en su *Psiquiatría.*

Conviene ahora apuntar algunas reflexiones sobre las consecuencias del proceso de transformación del modelo unitario en modelos patológicos plurales, en especial el derrumbe de la *alienación mental* a favor de las *enfermedades mentales.* La más notable de estas consecuencias no es otra que la paralela e intrínseca transformación del alienado en enfermo, y con ella la negación de cualquier posible maniobra subjetiva para resurgir de la locura. Si en la alienación perduraban restos de razón y de responsabilidad, en las enfermedades mentales se produce una inversión radical que culmina en una devaluación flagrante de la subjetividad. Así, el devenir del desgraciado enfermo está completamente a merced de su enfermedad, cuya marcha progresa según los propios ritmos que determine su dolencia natural. Naturalmente, en materia terapéutica, tal actitud de desconfianza ante el enfermo conlleva de cara a la enfermedad un nihilismo terapéutico, el cual alcanzará su mayor esplendor con la neuropsiquiatría alemana finisecular; asimismo, esta orientación, por descuidar la dimensión subjetiva en juego, relegará la investigación psicológica hasta reducir la psicopatología a nosografía y semiología.

A tenor de cuanto se ha apuntado anteriormente, nada nos repugna trenzar una vinculación entre el psicoanálisis, la corriente antipsiquiátrica y aquellas originarias visiones de la alienación y del sujeto alienado. Ciertamente, ese fondo de confianza que los alienistas depositaban en los restos subsistentes de subjetividad guarda un notable paralelismo con la concepción del delirio manifestada por Freud en su ensayo sobre Schreber, esto es, que el delirio no debe considerarse la manifestación inequívoca de la enfermedad, sino el resultado del trabajo personal para salir de la locura. Consciente de su audacia, Freud había advertido poco antes en una misiva al psiquiatra Jung, fechada el 18 de diciembre de 1910, que su nueva teoría "plantea el golpe más atrevido contra la Psiquiatría".

Y no le faltaba razón al profesor Freud, ciertamente, pues con ella contrabalanceaba nuevamente las relaciones preconizadas por la psiquiatría entre enfermedad y enfermo. Gracias a su genio, la subjetividad logró sobreponerse al determinismo ciego y caprichoso de la enfermedad, en este caso concreto la psicosis, devolviendo la confianza al loco en sus propias posibilidades de remedio. Ni siquiera en la más terrible de las locuras el trastornado es sólo paciente, ya que su devenir depende en gran medida de las respuestas y maniobras con las que arrostre su propio trastorno. Una versión semejante a ésta, si bien con distintos fundamentos teóricos que caracterizan la elaboración freudiana, se encuentra también en la concepción de la locura como "metanoia" o transformación psíquica propuesta por Ronald D. Laing (1927-1989).

Por otra parte, la contestación antinosográfica y la renuencia frente a los diagnósticos de psicosis crónicas desplegada por Laing hace cuarenta años lo hermanan con los antiguos modelos unitarios de locura (*madness*). También el psicoanálisis freudiano y el lacaniano, toda vez que basan la arquitectura de la estructura psicótica en un mecanismo específico e inherente, la *Verwerfung* o *forclusion*, reclaman una configuración unitaria de la psicosis, en la que de nuevo se articulan varios tipos clínicos: paranoia, esquizofrenia, melancolía y manía. El caso de Paul Schreber es, sin duda, el ejemplo más paradigmático de la *Einheitspsychose*, siempre y cuando no se sujete ésta a la rígida secuencia evolutiva diseñada por Griesinger; a este respecto, uno de nosotros ha tratado de argumentar en una reciente monografía (J. M.ª Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales*) que la psicosis de Schreber muestra que las oscilaciones clínicas están producidas principalmente por el trabajo delirante, el cual sitúa al sujeto unas veces en el polo más esquizofrénico, otras en el más paranoico y otras aún en el melancólico.

41.2. Modelos etiológicos y modelos clínico-evolutivos

Si los modelos unitarios se limitaban a oponer alienación-cordura y alienación-"frenitis" a partir de sus signos más conspicuos, esto es, la cristalización de determinados síndromes, el modelo de las enfermedades mentales produjo un impresionante desarrollo de la semiología y de la nosografía. Ya hemos mostrado las arengas de J. P. Falret en pos de captar los signos delatores de las enfermedades, aunque curiosamente las palabras del paciente contaban ahí muy poco. Falret recomendó incluso que no convenía tomárselas en su literalidad, sino traducirlas al código de signos del *thesaurus semeioticus* y establecer así el diagnóstico. Sin embargo, y a pesar de los relieves que procura la semiología, no por detectar todos los signos se orienta completamente el clínico. Una de las tendencias más desarrolladas por las generaciones posteriores a Falret consistió en recrear y ampliar la panoplia semiológica, alcanzando sus más brillantes resultados en las obras de Séglas y Chaslin. Pues bien, a partir de la primeras décadas del siglo XX, algunos psicopatólogos juzgaron necesario establecer una estricta jerarquía, ya que ni todos los signos tenían el mismo valor diagnóstico, ni mucho menos todos eran indicadores patognomónicos de una patología concreta. Sirvan de ejemplo a esta nueva actitud la microfenomenología desarrollada por Clérambault, la reducción de la sintomatología de la esquizofrenia bleuleriana promovida por Eugène Minkowski a partir de la "pérdida de contacto con la realidad", y las investigaciones de J. Lacan sobre los "fenómenos elementales de la psicosis".

Idéntico movimiento expansivo al de la semiología animó las construcciones nosográficas. Llegaron éstas en muchas ocasiones a tornarse tan barrocas que más que introducir un orden desplegaban un galimatías. Azuzados por la enseñanza de J. P. Falret, los clínicos se entregaron a la confección de ubérrimas nosografías preferentemente clínico-evolutivas, es decir, basadas por una parte en las formas de inicio, la marcha natural de las enfermedades y sus modalidades intrínsecas de terminación, y contemplando, por otra, sus manifestaciones más sobresalientes. Las aportaciones desarrolladas paulatinamente por Emil Kraepelin en las ocho ediciones de su *Psiquiatría* son con diferencia las más meritorias de esta orientación: "La significación de los síntomas exteriores –escribió Kraepelin en 1899– cede su lugar a concepciones que son el resultado de las condiciones de aparición, evolución y terminación".

Un grupo más minoritario de clínicos, por el contrario, prefirió abordar la cuestión nosográfica desde una perspectiva etiológica o causal. Tal ha sido el caso, desde una perspectiva organogenetista, de la propuesta neuropatológica de K. Wernicke o de la clasificación de las "psicosis marginales" (*Randpsychosen*) de Kleist, y también, aunque más decantadas hacia posiciones psicogenetistas, de las elaboraciones de A. Meyer a propósito de los "tipos de reacción"; de igual modo, pero fuera del marco de la psicopatología psiquiátrica, la concepción nosológica de Freud y al menos dos de sus modelos nosográficos cabrían ubicarse en este tipo de abordajes etiológicos. En el presente apartado ilustraremos ambas formas de proceder mediante las referencias a la clasificación etiológica de Morel y a la descripción clínico-evolutiva del delirio crónico descrito por Magnan.

La obra de Bénédict Augustin Morel (1809-1873), discípulo de J. P. Falret, combinó elementos un tanto trasnochados en su época –como es el caso de su defensa de la unidad de la alienación mental– con otros ciertamente osados relativos a las causas degenerativas: "Estas causas –escribió en su *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* [*Tratado de las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana*, 1857]–, tan pronto simples como complejas o *mixtas*, constituyen las alteraciones fundamentales que he designado con el nombre de degeneración. Por ello, *la alienación mental es una degeneración* y, como tal, su tratamiento se encuentra en las indicaciones curativas de la higiene física y moral que procuramos aplicar a todas las degeneraciones de la especie".

Sin entrar en detalles sobre el grueso de su obra psiquiátrica –expuesta por lo demás en el apartado 4.6–, Morel defendió su orientación etiológica en nosografía alegando en su *Traité des maladies mentales* (1860): "Considero que una clasificación basada esencialmente en el elemento etiológico era la mejor forma para salir de la vía demasiado exclusiva que se había seguido hasta ahora, al caracterizar a los alie-

nados según las perturbaciones o las lesiones de las facultades intelectuales o afectivas". Fiel, en parte, a las enseñanzas de su maestro, este autor combinó el prioritario elemento etiológico con las variantes evolutivas propias de cada enfermedad.

A la hora de enumerar las causas de la degeneración, Morel sitúa en primer lugar el "pecado original" (*chute originelle*), responsable –al parecer– de la vulnerabilidad e indefensión del hombre ante las potenciales agresiones externas. El resto de causas enumeradas, cuyas resonancias roussonianas parecen evidentes, son: las intoxicaciones, especialmente por abuso de bebidas alcohólicas; las desfavorables circunstancias del medio social, entre las que destacan las inadecuadas condiciones en las que malvive la clase trabajadora; las degeneraciones resultantes de un temperamento enfermo, por lo demás conectadas con "lesiones esenciales del sistema nervioso"; las relacionadas con el "mal moral", esto es, las pasiones, los vicios, etc.; aquellas que provienen de enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia; finalmente, las degeneraciones relativas a influencias hereditarias: "Existen individuos que resumen en su persona las disposiciones orgánicas viciosas de muchas generaciones anteriores".

Coherente con sus principios teóricos, Morel criticó en su *Tratado de las enfermedades mentales* (1860) las variedades sindrómicas de la alienación propuestas por Esquirol, pues las consideró como "síntomas de una enfermedad principal, de una afección esencial del sistema nervioso", y propuso las siguiente clasificación de las enfermedades mentales en seis grandes grupos:

1. "Alienaciones hereditarias", entre las que destacan los delirios súbitos y efímeros, así como otras variedades delirantes más persistentes e inquebrantables, y las grandes enfermedades degenerativas con estigmas físicos.
2. "Alienaciones por intoxicación", debidas al alcohol y otras drogas, a la alimentación insuficiente y a las influencias palúdicas y geológicas.
3. "Alienaciones determinadas por la transformación de ciertas neurosis: locuras histérica, epiléptica e hipocondríaca", que incluyen aquellas "neurosis transformadas" en nuevas condiciones patológicas cuyo fondo radica en una enfermedad funcional del sistema nervioso.
4. "Alienación idiopática", en especial las grandes enfermedades crónicas del cerebro y las meninges, y la parálisis general.
5. "Locuras simpáticas", que sobrevienen en sujetos sin predisposición hereditaria ni lesión cerebral adquirida.
6. "Demencias."

De especial interés son las llamadas "alienaciones hereditarias", subdivididas a su vez en cuatro clases:

a) "Locura hereditaria debida a la simple exageración de un temperamento nervioso."
b) "Delirios de sentimientos y actos con conservación aparente de las facultades intelectuales. Primera variedad de degenerados intelectuales, físicos y morales de la especie humana."
c) "Locuras hereditarias con existencia intelectual limitada. Estado de transición al idiotismo. Segunda variedad de degenerados intelectuales, físicos y morales de la especie humana."
d) "Locuras hereditarias con limitación absoluta de las facultades intelectuales y con anomalías morbosas congénitas. Tercera variedad de degenerados intelectuales, físicos y morales de la especie humana."

Como se sabe, la doctrina degenerativa de Morel derivó en un hermanamiento de la etiología con los factores hereditarios transmitidos de generación en generación, hasta un extremo tal que llegaron a confundirse los términos *héréditaire* y *dégénéré*. Sobre este particular, las palabras de Jacques J. Valentin Magnan (1835-1916), su más brillante discípulo, recogidas de sus *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (1887), son harto esclarecedoras: "Conocen ustedes, señores, la doctrina de Morel. Para él, el hecho general radica en la transmisión de las afecciones mentales por agravamiento progresivo de la enfermedad en los descendientes. De este modo, advirtiéndose ya en los ascendientes por la exageración del temperamento nervioso, engendran a histéricos, epilépticos, hipocondríacos (a sujetos afectados de grandes neurosis). Éstos, los histéricos, los epilépticos, los hipocondríacos, procrearán alienados, y estos últimos tendrán como descendientes a imbéciles, idiotas, los cuales, en último análisis (*natura medicatrix*), son castigados con la esterilidad. Tal es la concepción original y verdadera, así debe reconocerse en muchos casos, que ha permitido a Morel establecer sus alienaciones o locuras hereditarias".

Suavizadas y adecuadas a los conocimientos biológicos y genéticos de su tiempo por Magnan, la teoría de la degeneración sobrevivió incólume a sus críticos infiltrándose en las llamadas "constituciones patológicas". Más manifiestas o más subrepticias, todas las teorías hereditarias gravitan sobre un eje común: la sobredeterminación biológica y la consecuente merma o negación de las capacidades humanas más elementales, tales como la responsabilidad, la capacidad de elección o de decisión. Fue Freud uno de los críticos más enérgicos de este tipo de concepciones, a las que imputó no sólo su falsedad, sino también su ineficacia clínica: "La predisposición neuropática misma –escribió en su artículo 'La sexualidad en la etiología de las neurosis' (1898)– es concebida como signo de una degeneración general, y así este cómodo expediente verbal se usa en demasía contra los pobres enfermos a quienes los médicos son impotentes para socorrer".

Otro tanto de lo mismo, pero ahora argumentado desde los principios clínico-evolutivos de las enfermedades, se expondrá a partir del célebre "delirio crónico de evolución sistemática" de Magnan. Ideado, como se sabe, para perfeccionar la descripción fundacional de Lasègue sobre el "delirio de persecuciones" –realizada en 1852–, el "delirio crónico de evolución sistemática" consiste en una especie patológica natural claramente definida y metodológicamente regular en su evolución, que se despliega a lo largo de cuatro fases características, sucesivas e inexorables. En dichas fases el paciente se presenta sucesivamente bajo cuatro aspectos sintomáticos bien distintos: está al principio inquieto, se siente más tarde perseguido, luego se muestra megalómano y al final se precipita a la demencia.

Este delirio crónico ataca generalmente en la edad adulta a individuos hasta la fecha sanos, es decir, no degenerados; su larga duración y su curso metódico, regular y progresivo son sus principales rasgos distintivos, hasta el punto de que el clínico avezado conocerá de antemano el destino ulterior de su paciente tan pronto logre verificar el diagnóstico en sus fases iniciales: "El primer período, o período de incubación –señaló Magnan en sus *Leçons cliniques* (1893)–, se caracteriza por ilusiones, interpretaciones delirantes y la inquietud constante y progresiva del enfermo. En el segundo período, o período de persecución, los fenómenos principales están representados por alucinaciones desagradables, sobre todo auditivas, trastornos de la sensibilidad general e ideas de persecución. El tercer período, o período ambicioso, presenta alucinaciones de carácter grandioso, trastornos de la sensibilidad general e ideas ambiciosas. El cuarto y último período se caracteriza por la decadencia de la inteligencia: es el período de demencia".

Tan impoluta fue la secuencia evolutiva con la que Magnan prefijó su delirio que destinó sus más sutiles argumentos a matizar las formas de transición de una a otra fase, incluso de un síntoma a otro. A este respecto, sirva como ejemplo la transición de las interpretaciones delirantes a las alucinaciones auditivas: "Por último –insistieron Magnan y su alumno Sérieux en 1910–, la idea constante de una persecución, la tensión incesante de la mente al acecho, acaban por retumbar sobre el centro cortical auditivo; el pensamiento basta por sí solo para despertar la imagen auditiva verbal: es la *alucinación auditiva.* El enfermo entra entonces en el segundo período de la psicosis".

De esta manera, subido en el tren del delirio crónico, el sujeto será transportado a través de las distintas estaciones del recorrido mientras contempla los paisajes, escucha los ruidos y huele las esencias que la naturaleza ha puesto allí antes incluso de que, por un aviesо guiño del destino, se arrebuje de horror en alguno de los desvencijados compartimentos. Tal es la imagen que nos procura el proyecto nosológico del delirio crónico de Magnan.

Sospechará ya el lector que tan meticulosa descripción clínico-evolutiva, por lo demás uno de los grandes tesoros de la clínica francesa, habría de ser objeto de algunas críticas. Y así fue, ciertamente, pues más que el descubrimiento de una nueva enfermedad natural, "el delirio crónico de evolución sistemática" muestra por el contrario el anhelo de la psicopatología psiquiátrica por convertir la patología mental en enfermedades del organismo. Baste recordar, sobre este particular, la sutil advertencia que dedicó Gilbert Ballet a esta invención nosológica en sus *Leçons de clinique mentale. Psychoses et affections nerveuses* (1897): "La intransigencia termina ineluctablemente, tanto en nosografía como en otras materias, por impedir el triunfo de las ideas verdaderas, y es probable que haya sido la obstinación con la que los creadores del Delirio Crónico han querido mostrar las barreras que separan esta entidad clínica de las formas vecinas, la razón por lo que se ha ignorado, por otro lado, la utilidad de sus esfuerzos y la justeza de sus descripciones".

Si al delirio descrito por Lasègue le objetó Magnan que reunía casos muy heterogéneos, a su delirio crónico se le criticó –no sin fundamento– que no resultaba nada sencillo encontrar enfermos que se amoldaran a ese canon teórico. Los psicopatólogos de la siguiente generación, franqueado ya el umbral del siglo XX, optaron por orquestar las descripciones de los delirios crónicos en referencia a lo que consideraron sus mecanismos esenciales, tales como la alucinación, la ilusión, la interpretación o la pasión; éste fue el marco de las hermosas descripciones de Ballet, Dupré, Séricux y Capgras, y Clérambault. Lamentablemente, ninguno de estos clínicos se interesó por las contribuciones freudianas. Habían éstas comenzado a perfilarse desde una década antes en la misma dirección, aunque aupándose en los mecanismos intrapsíquicos y no en los síntomas más conspicuos del cuadro clínico, a los que se pretendió elevar a la categoría de "mecanismos del delirio".

41.3. Continuidad o discontinuidad en las categorías de la patología mental

Otro de los frentes en el que miden sus fuerzas las diversas orientaciones de la psicopatología es aquel que procura dirimir si la patología mental está sujeta o no a un *continuum*. En el caso de ser esto así, cabría colegir que entre la normalidad y la psicosis no habría sino grados progresivos de transición; en el caso contrario, convendríamos en concluir que existen territorios mórbidos perfectamente acotados, cuyas lindes los separan sin mayores fisuras. Se trata, como puede suponerse, de un asunto harto espinoso, razón por la cual un buen número de psicopatólogos ha rehusado mirarlo de frente, esto es, como conviene. El expo-

nente más difundido de esta posición lo encontramos en las propuestas taxonómicas de las últimas versiones de los *DSM,* en las cuales no sólo se renuncia a dotar de contenido a la oposición entre neurosis y psicosis, sino que se muestran partidarios de un *continuum* tanto en la propia patología mental como entre ésta y la orgánica.

En términos generales, aunque esto no constituye en sí mismo una regla, los partidarios de las enfermedades mentales naturales tienden a inclinarse a favor de la discontinuidad, de la autonomía e independencia entre eso que para ellos constituyen auténticas enfermedades. Pero también se ubica en esta perspectiva, y por cierto del modo más radical, la psicopatología elaborada por Freud y por Lacan relativa a las estructuras clínicas, situadas por lo demás en las antípodas de la visión médica de las enfermedades naturales. La posición contraria alinea frecuentemente a los defensores de las teorías de las constituciones patológicas, en boga en los días que corren merced a su reelaboración a través de los llamados trastornos de la personalidad.

A fin de ilustrar tan ardua problemática y animar con ello a la reflexión, recuperaremos los argumentos favorables a la discontinuidad esgrimidos por Kurt Schneider, y evocaremos también de manera somera la controvertida noción jaspersiana de "proceso"; asimismo, nos valdremos de las teorías de Genil-Perrin, Claude y Kretschmer para mostrar algunas de las opiniones más proclives al *continuum.* Por lo demás, tanto en el capítulo que sigue como en los específicamente destinados a la nosografía freudiana, se hallarán más reflexiones sobre este particular.

Una de las versiones más conocidas sobre la controversia entre la continuidad o la discontinuidad de la experiencia vital en algunas formaciones psicopatológicas fue la elaborada en 1910 por Karl Jaspers (1883-1969) a propósito del delirio de celos (*Eifersuchtswahn*). Estudiando diversos casos de este tipo de delirios de larga evolución, en especial sus diferencias sintomatológicas y sus relaciones con las condiciones somáticas, llega este autor a la conclusión de que es ésta una agrupación híbrida en la que deben distinguirse dos grandes subgrupos; ambos, ciertamente, comparten la temática celotípica morbosa, pero difieren radicalmente en todo lo relativo al proceso mórbido que los engendra.

El primero se caracteriza por una ruptura en la continuidad vital merced a la implantación de un elemento heterogéneo que sintetiza una nueva personalidad y termina por conferirle unas características totalmente distintas a las de la personalidad anterior o premórbida; se trata de un "proceso" (*Prozeß*) o ruptura brusca del acontecer vital que introduce un orden de incomprensibilidad –al menos para Jaspers y sus seguidores, en especial los autores adscritos a la escuela de Heidelberg–, cuyas resonancias con los antiguos modelos de la lesión cerebral son

evidentes, aunque el susodicho autor trata una y otra vez de eludir esta vinculación sin conseguirlo: "Injerto o brote único, comparable a un tumor. [...] Uno encuentra sus límites al querer derivar el proceso a partir de una personalidad. Estos límites se hallan en aquello nuevo que surge de una época determinada, a saber: la transformación heterogénea". El segundo subgrupo, por su parte, se caracteriza por la continuidad o potenciación lenta de los elementos patológicos de la personalidad que se produce sin cambios bruscos ni rupturas con las características personales anteriores; se trata, en este caso, del "desarrollo de una personalidad" (*Entwicklung einer Persönlichkeit*) que está sujeto, por lo demás, a relaciones de comprensión por parte del fenomenólogo: "Desarrollo lento, desde niño, semejante al progreso vital. [...] La nueva vida la podemos derivar de una 'predisposición' (*Anlage*) de la personalidad".

No es éste el momento de desempolvar los anclajes de la fenomenología prodigada por Karl Jaspers. Pero así y todo es menester reseñar que la oposición propuesta derivó, en el caso del "proceso", en una tendencia a investigar las causas desde una perspectiva naturalista cuya única posibilidad quedaba reducida a la existencia o no de explicación (*Erklärung*) o conocimiento causal, apuntando así directamente a una supuesta etiología organogenética; de este modo, en la práctica, los clínicos proclives al método fenomenológico jaspersiano tendieron a asimilar las patologías o los síntomas incomprensibles a procesos organogenéticos, generalmente ubicados en el impreciso marco de la esquizofrenia. Por el contrario, cuando creían comprender –es decir, cuando eran capaces de identificarse con las vivencias iniciales del paciente y sus ulteriores ramificaciones– optaban de buen grado por clasificarlas dentro del desarrollo (*Entwicklung*), atribuyendo a este tipo de cuadros mórbidos una causalidad psicogenética y adscribiéndolos a determinadas formas de paranoia y psicosis reactivas.

Kurt Schneider (1887-1967), alumno de Jaspers pero también de Kraepelin, propuso tres décadas después extender a todo el conjunto de la patología mental esta reflexión sobre la continuidad o la discontinuidad. Las amplias miras de Kurt Schneider no se limitaron a determinados cuadros mórbidos, sino que pretendieron orquestar un teoría nosológica global, cuyos argumentos más logrados hallamos en su célebre *Klinische Psychopathologie* (1945). Desde sus primeras páginas y de manera tajante, sostiene este autor la oposición entre las "variaciones anormales del psiquismo", esto es, las disposiciones intelectuales anormales, las personalidades anormales y reacciones vivenciales anormales, y la patología psíquica sobrevenida a "consecuencia de enfermedades y malformaciones", a su vez subdividida en dos grandes subgrupos etiológicos: un primer subgrupo de probada "base corporal reconocible" (las intoxicaciones, la parálisis general progresiva, las infecciones, las malformaciones cerebrales, etc.) y un segundo subgrupo

organizado a partir criterios puramente sintomatológicos, ya que no se le pueden atribuir evidencias organogenéticas concretas (en especial, la ciclotimia y la esquizofrenia).

De esta manera, Schneider nombrará únicamente con el término *Psychosen* a las "enfermedades" pertenecientes al segundo grupo de patologías, aunque sólo se conozca la causa material del primer subgrupo y, en el caso del segundo, resulte necesario limitarse por el momento a "una profesión de fe": "Pero que a ellas (esquizofrenia y ciclotimia) subyacen enfermedades, eso es un postulado que tiene muy buenos apoyos, una *hipótesis* que está muy bien fundamentada". Así y todo, este autor aboga por una demarcación estricta entre las "variaciones anormales del psiquismo" y las psicosis, incluso en aquellos casos en los que las primeras sean muy graves y las segundas más leves. Esta separación admite, no obstante, "transiciones" entre las "enfermedades" o psicosis, pero no entre éstas y las "variaciones", por tanto separadas por un muro infranqueable. Por lo demás, entre las anormalidades de la vida psíquica y la normalidad no establece una diferencia tan taxativa, sino más bien una continuidad, coincidiendo así con Kretschmer, para quien la psicología de las neurosis es "la psicología del corazón humano sin más".

Como podrá apreciarse, la división promovida por Kurt Schneider se asienta sobre la noción genérica de "enfermedad", un concepto al que califica de "estrictamente médico": "Por lo tanto, nosotros basamos el concepto de enfermedad en psiquiatría exclusivamente en *alteraciones morbosas somáticas*". Dado que los supuestos procesos morbosos que subyacen en la esquizofrenia y la ciclotimia son "desconocidos" ("endógenos"), el autor prosigue el desarrollo de su modelo argumentando que en toda psicosis o enfermedad se produce una ruptura del desarrollo vital y de la "legalidad del sentido (continuidad de sentido) del desarrollo de la vida" (*Sinngesetzlichkeit [Sinnkontinuität] der Lebensentwickung*), saltando así de los criterios estrictamente médicos y etiológicos a otros psicológicos y psicopatológicos, retomados en este caso de su maestro Karl Jaspers. Con la gallardía que le caracterizó, el propio autor reconoce este improcedente pero necesario salto: "Aún hoy en día los frecuentes diagnósticos de *esquizofrenia* y de *ciclotimia* se establecen sobre hallazgos puramente psicopatológicos; son constataciones de hechos puramente psicológicos y por ello no son, en el fondo, diagnósticos en el sentido médico".

Aparentemente superado el desconocimiento esencial mediante este criterio operativo, tiene que vérselas Schneider con el problema de la paranoia, que es, junto con la histeria, el talón de Aquiles más señero de la psicopatología psiquiátrica. Admite, ciertamente, que no pueden explicarse las psicosis paranoides como fenómenos sin sentido y ajenos a los conflictos biográficos; tampoco como meras formas de desarrollos caracterógenos o como desarrollos de reacciones viven-

ciales, pues de ser esto así ya no se trataría de una psicosis, es decir, de una "enfermedad" *stricto sensu*. Acorralado en su propia construcción, abre Schneider la puerta a una tercera posibilidad –junto a lo somatógeno y lo psicógeno–, "la de lo metágeno, una aberración psíquica sin causa somática o psicológica". Aunque resuelta de otro modo, en este caso arrinconándola paulatinamente hasta casi su exterminio, la misma problemática protagonizada por la paranoia había conmovido tres décadas antes la sistemática kraepeliniana; y del mismo modo, también un siglo antes la paranoia había logrado derrumbar el modelo griesingeriano de la *Einheitspsychose* y había motivado, entre los clínicos franceses, innumerables debates a propósito de la existencia o no de las locuras parciales o monomanías.

Bien a las claras se aprecian las dificultades a la hora de fundar demarcaciones taxativas cuando se pretende establecerlas a partir de un movimiento inicial que diferencia lo psíquico y lo somático. Pues de seguir por estos derroteros se terminaría por levantar el esperado muro entre las enfermedades del organismo y los trastornos psíquicos. Sin embargo, desconociéndose la organicidad de las "enfermedades mentales orgánicas", algunos clínicos de esta orientación parecieron perder el sentido original de "lo incomprensible" jaspersiano, limitando así los esfuerzos por penetrar en su psicología. A este respecto, conviene recordar que Werner Janzarik, uno de los últimos y más brillantes psiquiatras de la escuela de Heidelberg, afirmó taxativamente en *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana* (1974): "A pesar de los esfuerzos empleados, los resultados de la investigación *somatológica* en el campo de las psicosis endógenas han sido hasta ahora desalentadores".

Contraria a esta orientación asentada en la discontinuidad de la patología mental, un buen número de autores seguidores de las teorías de la constitución ha abogado por una continuidad progresiva entre la normalidad y la psicosis. Tal es el caso, entre otros, de G. Genil-Perrin, M. Montassut y E. Kretschmer en relación con la constitución paranoica y sensitiva, cuyos argumentos pasamos a exponer someramente. En efecto, Genil-Perrin perfila las cuatro tendencias del carácter paranoico (el orgullo, la desconfianza, la falsedad del juicio y la inadaptabilidad social) y hace depender exclusivamente del grado de su implantación en la personalidad del enfermo la posibilidad de que se produzca una psicosis paranoica o de que persista únicamente una *constitution paranoïaque*. "En la constitución mental morbosa –escribió en *Les paranoïaques* (1926)– se encuentra de alguna manera el diminutivo de la enfermedad mental comprobada. Y en la enfermedad mental se observa la expansión de la tendencia constitucional morbosa. Se sigue así, a través de la zona de penumbra, el pasaje del estado normal al estado de enfermedad y, cuando se desciende la escala de gravedad, se encuentra en las singularidades de carácter del hombre reputado de normal el reflejo atenuado de la psi-

cosis". En la misma línea que Genil-Perrin, aunque más recatado, Marcel Montassut limitó sus conclusiones únicamente a la transición entre la paranoia latente y la paranoia declarada: "El conocimiento de esta constitución –afirmó en *La constitution paranoïaque* (1924)– permitiría situar y catalogar la transición progresiva del germen delirante al delirio confirmado".

Ni que decir tiene que este tipo de concepciones, empeñadas en soslayar las coyunturas y los momentos fecundos del desencadenamiento paranoico, despiertan inevitablemente el mismo tipo de preguntas: ¿cuándo un sujeto orgulloso o desconfiado se convierte en un auténtico paranoico?, ¿dónde situar en el acontecer vital el punto en el que un sujeto dejar ser normal y se transforma en paranoico? Empero, la respuesta argüida mediante la metáfora de la "zona de penumbra" no nos ilumina lo suficiente como para evitar darnos de bruces con la puerta de entrada a las mazmorras del delirio.

También en el terreno de la paranoia, Ernst Kretschmer (1888-1964) describió un tipo de carácter sensitivo (*sensitiv*) caracterizado por la susceptibilidad personal frente a la valoración ética y en permanente conflicto con su devaluada autoestima. Las personas afectadas por este tipo de carácter son por lo general tímidas, cohibidas, precavidas, tendentes a la justificación, avergonzadas de sus fracasos profesionales y pródigas en autorreproches de índole sexual, es decir, todo lo contrario a la "constitución paranoica" de los paranoicos combativos descritos por los autores franceses. Sobre la base de estos rasgos caracteriales y de sus posibles magnificaciones, este autor describió a partir de 1918 un síndrome psicogenético y a veces curable denominado "delirio sensitivo de referencia", que tiene por finalidad promover la autovaloración mediante la sobrecompensación de las carencias e insuficiencias personales. Se incluyen en éste no sólo un buen número de delirios paranoicos, sino también algunos trastornos obsesivos, razón por la cual el conjunto de estos trastornos se ha situado a veces en el pantanoso terreno que para algunos comunica la neurosis y la psicosis.

Sin entrar en más detalles sobre las características de este tipo de delirios –a los que Kraepelin y su escuela consideraron apenas un "complejo sintomático"–, la concepción nosológica en la que se enmarca trata de hermanar la salud y la psicosis, pues ningún abismo insalvable las separa. Frontalmente opuesto a la noción jaspersiana de "proceso" y a su lastre de incomprensibilidad, y de igual modo crítico con la tajante separación schneideriana entre sano y enfermo, Kretschmer tiende a defender una continuidad sin bruscas transiciones entre los sujetos normales y los enfermos, enfatizando además la alteración o modificación de las funciones sanas en los trastornados. Tal consideración, evidentemente, no puede surgir de otra perspectiva que no sea la fascinación por los rasgos del carácter y las motivaciones personales, tal como se evidencia en su descripción de las "neuro-

sis de referencia". Uno de sus casos neuróticos ("neurosis habitual de referencia"), el del carpintero Bachmayer, constituye por sí mismo la muestra más preclara de la supuesta imbricación entre la neurosis y la psicosis: "*La tendencia a la autorreferencia patológica* es manifiesta en este caso desde la juventud. Ya de escolar le parecía que trataban de él si los demás hablaban de algo y él no lograba escucharlo claramente. Cuando salía a la calle tenía la sensación de que lo miraban por detrás. Si creía haberse puesto en ridículo –por ejemplo, después de la explosión de cólera en la que tiró contra la caldera a su compañero–, estos sentimientos alcanzaban el delirio de referencia, le parecía que todo el pueblo hablaba de ello, veía cómo todos lo miraban al pasar, oía expresiones referentes a él".

La última de las semblanzas de los defensores del *continuum* se inscribe de lleno en el terreno de la esquizofrenia, tal como fue concebida hace ochenta años por el profesor Henri Claude. Su primera consideración sobre tal particular tendió a trazar una raya divisoria entre la demencia precoz de Kraepelin y la esquizofrenia de Bleuler. Según esta concepción, el término kraepeliniano debería nombrar únicamente los casos de auténticas demencias precoces que manifestaban una total fidelidad al paradigma hebefrénico, fundamento nosológico último de la *Dementia praecox* descrita por Kraepelin; todos los casos en ella incluidos eran tributarios de una causalidad orgánica con probable sustrato anatomopatológico. El resto de formas, para las que propuso el término "esquizosis" (*esquizoses*), agrupaba el conjunto de afecciones surgidas de una psicogénesis reactiva que no presentaba una completa afectación de las facultades mentales.

Los trabajos de Claude y sus colaboradores partieron de la notoria y a todas luces evidente diferencia clínica entre la hebefrenia y los delirios paranoides. Al igual que el modelo constitucionalista aplicado por Genil-Perrin a la paranoia, estas investigaciones proponían una visión cuantitativa de la patología mental que abarcaba gradualmente las simples manifestaciones de la constitución esquizoide, la esquizomanía y, finalmente, la esquizofrenia. A diferencia de Kraepelin, más que tratar de calibrar los grados de debilitamiento cognitivo y afectivo se procura apreciar la deformación o la exageración de una constitución morbosa que puede por sí misma llegar a convertirse en una auténtica esquizofrenia.

Como podrá suponerse, la noción de "constitución esquizoide" es elevada a un lugar central en esta teoría psicopatológica, hasta el punto de hacer depender de ella las distintas variantes nosográficas. A tenor de la definición que nos procuraron en 1923 H. Claude, G. Robin y A. Borel, este tipo de constitución se caracteriza por la tendencia genérica a reaccionar ante las dificultades afectivas mediante la huida de la realidad y el refugio en la ensoñación. Sobre la base de esta constitución patológica pueden aún suscitarse determinadas reacciones más intensas, esto es, una mayor huida y un más acusado refugio en la vida interior,

que por sí mismas conducirían a un estado morboso llamado *schizomanie*. En este estado, los pacientes se sumen en la ensoñación con el fin de permanecer al margen de todo cuanto ocurre en la realidad exterior; así y todo, siguen conservando intactas sus funciones psíquicas y se aprecia en ellos, no obstante, una disociación entre el repliegue en el mundo interior (pensamiento autista) y sus actividades prácticas y compromisos con la realidad. Finalmente, en el extremo más grave de esta progresión se encuentra la esquizofrenia *stricto sensu*. En ella se ha perdido por completo no sólo el contacto con la realidad, sino también el interés por la propia existencia; el aire ausente, el descuido en los hábitos higiénicos y alimenticios, las risas y llantos sin motivo, la incongruencia o la ausencia de manifestaciones afectivas indican la disociación completa entre el núcleo de la personalidad, sumida en un autismo compensador, y las relaciones con la realidad.

Frente a esta exageración de las tendencias de la constitución situó Claude a la hebefrenia-demencia precoz, pues en ésta la indiferencia afectiva y el debilitamiento intelectual constituyen sus manifestaciones primarias; en cambio, en la esquizofrenia propiamente dicha la indiferencia y el debilitamiento no son otra cosa que el resultado secundario de una predisposición que ha alcanzado su grado más álgido y por ende más patológico. Tal fue, en resumen, la propuesta nosográfica de Claude tendente a promover una división interna en el heterogéneo y desmesurado grupo de la demencia precoz y de la esquizofrenia.

A modo de síntesis final, los defensores del *continuum* han propendido a favorecer la aproximación biográfica en el estudio de la patología mental, si bien dicha aproximación no ha logrado ir más allá de los aspectos superficiales del comportamiento, esto es, los rasgos más acentuados del carácter morboso. En contra de los valedores más radicales del *continuum* pesa, en cambio, la desatención a los momentos fecundos del suceder psíquico, el desinterés por explicar las coyunturas de las crisis y sus posibles estabilizaciones. La posición de Freud y de Lacan sobre la cuestión aquí tratada se expondrá más adelante, pero ella conjuga elementos de ambas orientaciones: por una parte se muestra decididamente favorable a la discontinuidad entre las "estructuras clínicas" y, por otra, atiende especialmente a la dimensión subjetiva y a las distintas coyunturas biográficas en las que se producen los desencadenamientos o, en su caso, las estabilizaciones sobrevenidas por el trabajo delirante, el paso al acto, etc.

42

EPISTEMOLOGÍA DE LA NOSOGRAFÍA FREUDIANA

Aunque es de todos sabido, no está de más recordar que Freud era neurólogo y que se formó en Viena y París. Resaltamos con ello que sus conocimientos médicos se habían sedimentado en las mejores escuelas neurológicas de la época, la de Meynert y la de Charcot. De esta manera, aunó la vocación especulativa y sistemática de la clínica alemana a la finura semiológica y el más acendrado método nosológico instilado en la Salpêtrière parisina. Acorde a estos principios, modificados inevitablemente con la construcción progresiva del psicoanálisis, arrostró Freud la clínica de la histeria, ese trastorno que tanto desesperaba a los médicos de su tiempo. Surgió a partir de ese encuentro con la histeria, paulatinamente y no sin desengaños, una nueva clínica decantada hacia esa "otra escena" que entretejía y determinaba la vida del común de los mortales. La orquestación de la teoría psicoanalítica, y en especial las dificultades que se suscitaban en el tratamiento de sus pacientes, llevó inevitablemente a Freud a confeccionar sus primeros esquemas nosográficos, es decir, a nombrar, describir y clasificar las distintas alteraciones psíquicas. Pero la indagación freudiana se diferencia de otras similares, incluso de aquellas que se decantan por una orientación decididamente psicológica, en un hecho determinante: antes que reducir su quehacer clínico a la obtención de efectos psicoterapéuticos, el deseo de Freud se caracterizó por una irreductible curiosidad sobre el funcionamiento del psiquismo humano; tal fue lo que animó y orientó las pesquisas de su exhaustiva investigación: "Observaréis que el investigador psicoanalítico se caracteriza por una estricta fe en el determinismo de la vida psíquica. Para él no existe nada pequeño ni casual en las manifestaciones psíquicas; espera hallar siempre una motivación suficiente hasta en aquellos casos en que no

se suele sospechar ni inquirir la existencia de la misma", destacó en la segunda de las *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910).

Para conseguir sus propósitos se valió de la terminología al uso en su tiempo: neurosis, psicosis, neuropsicosis, paranoia, histeria, fobia, etc. Pero estas categorías –y otras de su invención, como la *Zwangsneurose* o neurosis obsesiva– quedaron absolutamente trastocadas por su genio. Es preciso resaltar una y otra vez que el conjunto de la nosografía mental debe a Freud su conjunción y coherencia. Quien quiera percatarse de estos hechos no tiene más que desempolvar los tratados, las monografías y los artículos de nuestros clásicos para comprobar el desaguisado taxonómico que precede a las elaboraciones freudianas. Baste decir que, por ejemplo, la histeria era una enfermedad tan molesta como indefinible; tal fue el parecer de Lasègue ("La definición de la histeria jamás ha sido dada y nunca lo será"), secundado por un buen número de colegas. De igual modo, el ámbito de las fobias y las obsesiones se caracterizaba por un atomismo recalcitrante, ya que prácticamente cada síntoma nombraba una enfermedad independiente y aislada (locura de duda, delirio de tocar, agorafobia, etc.).

De manera muy sintética, la nosografía construida por Freud atesora las siguientes particularidades. En primer lugar, su psicología patológica se asienta y germina sobre una doctrina psicológica general. A este respecto, Freud escribió en *La interpretación de los sueños*: "Por tanto, cuando desde los fenómenos inferimos sus fuerzas pulsionantes, reconocemos que el mecanismo psíquico de que se sirve la neurosis no es creado primero por una perturbación patológica que arrastra a la vida anímica, sino que ya se encuentra dispuesto dentro del edificio normal del aparato". De esta manera hacía hincapié en que los procesos psíquicos de una "persona normal" son básicamente los mismos que los del trastornado, razón por la cual la investigación psicoanalítica sirve tanto para elucidar los fenómenos psíquicos normales como los patológicos: "A la vez –escribió nuestro autor en su conferencia "Sobre Psicoanálisis" (1913)–, el psicoanálisis ha probado que no hay diferencia fundamental, sino sólo de grado, entre la vida anímica de las personas normales, los neuróticos y los psicóticos". Según nuestra consideración, esta afirmación destaca la necesidad esencial de fundamentar la psicología patológica en una psicología general, pues el psiquismo normal y el morboso comparten ciertos mecanismos comunes, incluidos los patogénicos (condensación, desplazamiento, identificación, proyección, etc.). Mas tal perspectiva no contradice las diferencias estructurales que separan la neurosis, la psicosis y la perversión, las cuales vendrán dadas por mecanismos etiológicos defensivos específicos de cada una de ellas, y modos también específicos en los que se pone de manifiesto el fracaso de cada una de esas defensas (*vid.* capítulo 43).

Esta argumentación que articula la psicología normal y la patológica resulta determinante para calibrar la envergadura argumental de cualquier proyecto psicopatológico. Bien podría decirse que, en general, ahí radica el punto ciego de casi todos ellos. Pues por más hermosos, sutiles y alambicados que se pretendan, ¿de qué ha de servirnos en la clínica una descripción de los trastornos que carezca de un soporte general del funcionamiento del psiquismo? Asentada sobre los dos grandes pilares de la teoría psicoanalítica, esto es, en las formaciones del inconsciente y en la sexualidad infantil, la psicopatología inicialmente elaborada por Freud divergía de las esbozadas por sus coetáneos en la misma proporción que enfatizaba tres aspectos: la articulación entre sexualidad infantil y causalidad psíquica, la inscripción del síntoma en una dimensión biográfica y la consideración de las categorías clínicas como resultado del fracaso de lo reprimido.

En segundo lugar, el alcance de tal psicopatología –y, por tanto, de sus concreciones nosográficas– se extiende también a los fenómenos más comunes de la vida cotidiana de cualquier sujeto, tales como los sueños, los actos fallidos, los trastornos mnésicos, los recuerdos encubridores, los falsos reconocimientos, etc. Evidente a todas luces, la investigación de este tipo de manifestaciones subjetivas ha sido subestimada o simplemente soslayada por la mayoría de los discursos y de las teorías psicológicas y psicopatológicas.

En tercer lugar, la psicopatología freudiana es consustancial a la noción ética de responsabilidad subjetiva; esta articulación está presente en lo que constituye la esencia de su clínica, como puede apreciarse de modo diáfano cuando confronta a su joven paciente Dora con su responsabilidad y participación en ese desorden del que tanto se queja. Las organizaciones nosográficas que contiene su psicología patológica, así como sus tipos clínicos, están determinadas por respuestas subjetivas mediatizadas a través de mecanismos inconscientes. Y es precisamente en este ámbito, ciertamente complejo cuando se pretende captarlo desde la posición que no conviene, donde ha de considerarse eso que Freud llamó una y otra vez "la elección de la neurosis". Incluso en el terreno de la psicosis, Jacques Lacan señaló, también ahí, una "insondable decisión del ser".

En cuarto lugar, su nosografía está íntimamente ligada a las dificultades y a los éxitos de la práctica diaria, que exigieron además paulatinas modificaciones de la teoría y de la técnica. Poco amante de las complejidades, Freud optó en el meridiano de su obra por clasificar los trastornos en función de la transferencia: "neurosis de transferencia" *versus* "neurosis narcisistas". Este reparto de categorías indica nítidamente la raigambre clínica de sus categorías nosográficas.

En quinto lugar, es ésta una nosografía a la que cabe calificar de discreta y estable, pues tiende desde sus inicios a decantarse por tres organizaciones bastante estáticas, independientes, incluso contrarias ("la neurosis es, por así decirlo, el

negativo de la perversión"); sin embargo, los tipos clínicos autónomos que se incluyen en esas tres categorías generales (neurosis, psicosis, perversión) comparten entre sí elementos comunes ("la neurosis obsesiva es un dialecto de la histeria").

En sexto lugar, los trastornos mentales descritos por Freud se asientan en un modelo nosológico en el que la temporalidad juega un papel determinante. Además de la dialéctica que se establece entre la represión y el retorno de lo reprimido, Freud concibió una temporalidad lógica asentada en la noción de retroactividad (*Nachträglichkeit*, "posterioridad", y *nachträglich*, "posteriormente"), aspecto éste que desarrollaremos más adelante.

Finalmente, sus contribuciones nosográficas no constituyen un sistema taxonómico completamente cerrado. A diferencia de un buen número de contemporáneos, procedió Freud a diseñar cada una de las organizaciones psicopatológicas en función de mecanismos psíquicos específicos. Es preciso añadir, empero, que tales miras no alcanzaron en su obra una resolución definitiva. Ése fue precisamente el punto de arranque de la psicopatología estructural elaborada por Jacques Lacan, la cual se inscribe también en un clasicismo psicopatológico.

43

DESARROLLOS DE LA NOSOGRAFÍA FREUDIANA: NEUROSIS *VERSUS* PSICOSIS

Si bien podría también dividirse de otro modo el proceso de edificación de la nosografía freudiana, hemos optado por parcelarla en los tres períodos siguientes: el modelo de las neuropsicosis de defensa, la posterior oposición entre las neurosis de transferencia y las narcisistas o psicosis y, finalmente, la taxonomía orquestada a partir de la segunda tópica en relación a los diversos trastornos respecto a la realidad. En las páginas que siguen se expondrán los pormenores de estas aportaciones a la nosografía psíquica, abundando en los fundamentos teóricos y clínicos que están en la base de su conformación. Asimismo, hemos resaltado especialmente el eje doctrinal que recorre toda la elaboración nosográfica freudiana, esto es, el esfuerzo por conformar las organizaciones psíquicas o estructuras clínicas en función de sus mecanismos etiológicos y patogénicos específicos; se ha tenido en cuenta además, naturalmente, el otro eje nosológico que se apoya en los desarrollos de la libido y se cristaliza a partir de fijaciones y regresiones.

43.1. Las neuropsicosis de defensa

Con la introducción del modelo psicopatológico de las "neuropsicosis de defensa" (*Abwehr-Neuropsychose*) Freud estableció un notable reajuste de la nosografía psíquica, al estilo de una sacudida que cristaliza una nueva imagen en el caleidoscopio de la clínica mental. En efecto, en los bocetos teóricos que componen la correspondencia con W. Fliess y, sobre todo, a lo largo de media docena de artículos sobre las neuropsicosis, las obsesiones, las fobias y la etiología de

las neurosis –publicados todos ellos entre los años 1894 y 1896–, elaboró nuestro autor una psicopatología aparentemente muy sencilla y a la vez muy sutil en la que comienza a organizarse el marco clínico de la neurosis y de la psicosis, así como sus respectivos tipos clínicos. De igual modo, paulatinamente fue esclareciendo los factores etiológicos, cada vez más centrados en la sexualidad infantil, a la par que fue conformando una temporalidad lógica en el proceso de gestación e instauración de la patología mental. Asimismo, Freud comenzó a perfilar la oposición entre neurosis y psicosis, esencia de los desarrollos nosológicos posteriores y binomio por excelencia de su psicología patológica. Esta primera síntesis nosográfica puede resumirse así: las neuropsicosis de defensa integran la histeria, la neurosis obsesiva, la fobia, una forma de psicosis alucinatoria y la paranoia; frente a esta agrupación se sitúan las "neurosis actuales" (la neurastenia, la neurosis de angustia y la hipocondría), cuya etiología y mecanismos son por completo diferentes.

Alejándose de todos sus coetáneos y predecesores, Freud asentó su modelo sobre tres pilares teóricos generales: por una parte, estableció una primera articulación entre la causalidad psíquica y la sexualidad infantil; por otra parte, incluyó el síntoma en la dimensión biográfica del sujeto; y, finalmente, estableció que las categorías nosográficas eran el resultado específico de la modalidad de defensa empleada por el sujeto y de su fracaso inherente. En su conjunto, esta orientación concede una importancia sobresaliente a la patogenia de cada síntoma concreto, es decir, aporta las claves necesarias para seguir la estela de cada cristalización sintomática desde el momento de su formación hasta su conformación clínica definitiva.

El modelo en cuestión reposa sobre la noción de "defensa" (*Abwehr*) y, secundariamente, sobre los conceptos auxiliares de "retroactividad" (*Nachträglichkeit*) e "investimiento" (*Besetzung*). De una manera general, la defensa constituye un modo genérico de actuación según la cual el "Yo" (*Ich*) se protege contra toda forma de empuje pulsional que exceda su equilibrio u homeostasis interna, es decir, reacciona por diversos procedimientos contra lo que juzga inconciliable. En un sentido más específico, la operación defensiva se ejerce por parte del Yo contra una representación o serie de representaciones incompatibles e inasimilables. Se trata, por tanto, de una estrategia defensiva cuyo resultado final supone la instauración de un tipo concreto de patología mental. Bien es cierto que inicialmente Freud no precisa contra qué tipo de experiencias se aplica la defensa, ni tampoco aclara la articulación consustancial entre lo reprimido y el "retorno de lo reprimido". Más adelante retomaremos ambas cuestiones a la luz del segundo artículo de 1896 sobre las neuropsicosis, si bien ahora procederemos a una exposición diacrónica a fin de seguir paso a paso los hitos de la construcción de este primer modelo psicopatológico.

Es necesario advertir que en estos desarrollos iniciales la noción de "Yo" es muy rudimentaria y que su esencia y funciones se corresponden *grosso modo* a las tres características bosquejadas en su *Proyecto de psicología* de 1895: organizador de la actividad neuronal y regulador de los excesos de estimulación; ejecutor de defensas primarias ante el displacer que arrastran ciertas imágenes de la memoria; encargado de diferenciar las percepciones mediante el criterio de los signos de realidad.

Contradiciendo a Pierre Janet (1859-1947), también alumno de Charcot en la Salpêtrière, quien sostenía que la escisión de la conciencia constituía el rasgo patognomónico de la histeria, Freud sitúa la defensa como proceso psicológico inicial y determinante. Esta inversión supone atribuir al sujeto responsabilidad en el trastorno que ha de sobrevenirle como consecuencia de su maniobra defensiva inconsciente.

Pero la mayor originalidad de Freud consistió en diferenciar los distintos tipos clínicos en función de la modalidad de defensa ejercida por el Yo, matizando además la forma específica que adquiere en cada uno de ellos el "retorno de lo reprimido". Así, tanto la histeria como la fobia y las representaciones obsesivas muestran una característica común: en todas ellas la estrategia defensiva consiste en separar el afecto (*Affekt*) y la representación (*Vorstellung*). En el caso de la histeria, el modo particular de volver inocua una representación intolerable consiste en trasponer la suma de excitación a las funciones corporales; este salto o desplazamiento de un conflicto psíquico al funcionamiento corporal es denominado por Freud "conversión" (*Konversion*), creando así el tipo clínico "histeria de conversión". De esta manera, ya en 1894 Freud estimó que "no discerniremos el factor característico de la histeria en la escisión de la conciencia, sino en la *aptitud para la conversión*; y tenemos derecho a citar como pieza importante de la predisposición histérica, que por otra parte nos es desconocida, la capacidad psicofísica para trasladar a la inervación corporal unas sumas tan grandes de excitación".

Como puede apreciarse, la histeria está aquí fuertemente asociada al mecanismo de la conversión y los historiales clínicos que sirven para ilustrarla son todos femeninos (Emmy von N., Lucy R., Catalina, Elisabeth von R., etc.). Empero, Freud defendió desde sus primeros trabajos que la histeria no era privativa de las mujeres, asunto éste que le valió no pocas críticas; de igual modo, también apuntó, aunque no desarrolló, que existían sujetos histéricos menos proclives a la conversión. *Grosso modo,* las pesquisas para investigar la histeria masculina y esas otras formas menos conversivas pueden hallarse en sus ensayos sobre el escritor Dostoyevsky (1927) y el pintor Haitzmann (1922).

Coincidiendo con la histeria en el primer paso de la defensa –divorcio entre afecto y representación–, las "representaciones obsesivas" muestran, sin embar-

go, una particularidad en el segundo tiempo de la estrategia defensiva. En este caso, la representación inconciliable con el Yo permanece enquistada en el dominio del pensamiento, mas el afecto separado de su representación tendrá un destino distinto: "La representación ahora debilitada queda segregada de toda asociación dentro de la conciencia, *pero su afecto, liberado, se adhiere a otras representaciones, en sí no inconciliables, que en virtud de este 'enlace falso' devienen representaciones obsesivas*". Se trata, por tanto, de una defensa en la que el afecto asociado a la representación perturbadora se suelda a otras representaciones inocuas conformando un tipo de pensamiento obsesivo que, aunque el paciente lo reconoce como estúpido, no puede dejar de rumiarlo una y otra vez puesto que es en esas representaciones obsesivas donde se ha insertado por desplazamiento el afecto angustiante.

Como ya se ha destacado anteriormente, fue Freud quien organizó todo el campo nosográfico de las neurosis. Partiendo del análisis psicológico de las representaciones obsesivas (*Zwangsvorstellungen*) –término éste anteriormente empleado por Richard von Krafft-Ebing y por su maestro Theodor Meynert–, Freud perfiló en pocos años los dominios de este tipo de neurosis, a la que denominó *Zwangsneurose*. Sin embargo, la "neurosis obsesiva" así descrita no se limita únicamente al empuje impetuoso, a la fuerza o a la coerción (*Zwang*) en el terreno del pensamiento y de las representaciones obsesivas (*Zwangsvortellungen*), sino que Freud la amplía también a los actos (*Zwangshandlungen*) y a los afectos compulsivos (*Zwangsaffekte*). Finalmente, como el propio autor escribió en "La herencia y la etiología de las neurosis" (1896): "He hallado razones para situar, junto a la histeria, la neurosis de obsesiones (*Zwangsneurose*) como afección autónoma e independiente [...]. Por mi parte, mediante el examen de su mecanismo psíquico había averiguado que las obsesiones están ligadas a la histeria más íntimamente de lo que se creía". De esta manera, la histeria y la neurosis obsesiva compondrán en adelante las dos grandes subestructuras o tipos clínicos neuróticos. Aunque perfectamente diferenciables una de la otra, ambas contienen elementos comunes que les confieren su unidad estructural; a pesar de sus diferencias, Freud tenderá a considerar la neurosis obsesiva como un "dialecto" de la histeria.

En efecto, la histeria y la neurosis obsesiva coinciden en el primer paso o movimiento defensivo (separación entre el afecto y la representación inconciliable) y en la permanencia en la consciencia de la representación aislada, aunque se diferencian en el destino que tomará el afecto desgajado de la representación: transposición al funcionamiento corporal, en el caso de la histeria de conversión; articulación con otras representaciones y pensamientos inocuos, en el caso de las obsesiones.

Sin embargo, existe aún una modalidad defensiva mucho más enérgica y radical que consiste en que el Yo desestima o rechaza (*verwirft*) tanto la representa-

ción intolerable como su afecto, y se comporta como si esa representación jamás hubiera comparecido. Cuando se produce esta modalidad tan tajante de defensa, el sujeto se halla inmerso y refugiado en la psicosis: "El yo se arranca de la representación insoportable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva". Se logra así la defensa al precio de la psicosis; de esta suerte, el fenómeno psicótico se le presenta al sujeto con un carácter de vivacidad alucinatoria o de certeza inquebrantable. De este modo, la representación y el afecto que han sido repudiados no consiguen entrar en el proceso de desplazamientos y sustituciones que constituye la dimensión característica del síntoma neurótico. Eso que el Yo ha desestimado de manera tan radical terminará por retornar al sujeto entramado con la realidad exterior, confiriendo al síntoma psicótico su carácter de certeza o intromisión xenopática. Para establecer estas consideraciones Freud retoma la antigua noción de *Amentia* –un tipo particular de confusión alucinatoria descrita por Meynert–, si bien a partir de 1896 la paranoia terminará por imponerse como modelo de psicosis.

Como advertíamos anteriormente, además de la noción central de defensa, esta construcción psicopatológica se apoya en una concepción general de las funciones psíquicas en la que cabe distinguir una "cantidad de afecto" o "suma de excitación". Es ésta susceptible de aumento o de disminución, de desplazamiento o de descarga, y se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones "como lo haría una carga eléctrica por la superficie de los cuerpos". Dicha hipótesis sobre la "cantidad desplazable" estaba ya en la base de su teoría de la abreacción, forjada en sus investigaciones sobre la histeria, pero no alcanzaría mayores concreciones hasta que años después introdujo la noción de "investimiento" (*Bezetzung*).

Amén de algunas precisiones clínicas sobre la histeria relativas a su etiología, al trasfondo de autorreproche que se advierte en las representaciones obsesivas o a la relación entre la paranoia y la proyección, las últimas contribuciones al modelo de las neuropsicosis pueden situarse en dos nociones decisivas para el devenir de la clínica psicoanalítica. En ambas se trata de despejar la temporalidad por la que transita el proceso del enfermar psíquico: la primera noción corresponde a la articulación de la represión con el retorno de lo reprimido, la segunda precisa la noción patogénica de retroacción o posterioridad (*Nachträglichkeit*).

Si bien sujeta a algunos matices a lo largo de su obra, como pronto mostraremos, la lógica temporal en la que se genera y posteriormente se manifiesta un trastorno psíquico sigue para Freud dos pasos lógicos. El primero está constituido por la ejecución de la defensa o de la represión, tal como se ha mostrado en páginas precedentes. Mas aquellos elementos que han sucumbido a la represión

no dejan por ello de mostrarse completamente activos; al contrario, el éxito inicial de la represión se revelará con el tiempo insuficiente. De esta manera se perfila un segundo tiempo que se caracteriza por la irrupción de las manifestaciones clínicas, esto es, la reaparición disfrazada de aquello que inicialmente se reprimió ("retorno de lo reprimido" o *Wiederkehr des Verdrängten*).

Así, el fracaso de la represión concretado en el retorno de lo reprimido constituye un proceso único que acarrea el desencadenamiento de los síntomas del trastorno, aunque en sí mismo no sea más que el segundo tiempo en el transcurso general del enfermar psíquico. A tenor de cuanto se acaba de exponer y a propósito de las representaciones obsesivas, Freud nos brindó en 1896 la siguiente definición de síntomas: "unas *formaciones de compromiso* entre las representaciones reprimidas y las represoras".

Para contemplar, empero, todos los engranajes que componen la mecánica del proceso del enfermar psíquico tal como fue concebido por Freud, es necesario además considerar la dimensión temporal y patogénica que introducen los términos *Nachträglichkeit* (posterioridad) y *nachträglich* (posteriormente); de igual modo, el modelo general en dos tiempos de la articulación de la represión con el retorno de lo reprimido se desglosará a continuación en cuatro momentos, tal como Freud propuso a Fliess en su "Manuscrito K" (1896).

Ampliamente desarrollada por J. Lacan bajo la rúbrica *après-coup*, tanto para formalizar su teoría del significante como para situar la temporalidad de la cura, la noción de *Nachträglichkeit* señala el efecto retroactivo patógeno que adquieren ciertos acontecimientos infantiles traumáticos a partir de las experiencias actuales. Rompe esta noción la linealidad determinista causa-efecto, pues con ella los recuerdos de ciertas experiencias, fantasías o deseos precoces adquieren una nueva significación, "un *reordenamiento* según nuevos nexos, una *retranscripción*". Introduce Freud de este modo una nueva dialéctica entre el pasado y el presente: el pasado puede ser reinscrito o resignificado desde el presente y adquirir "con posterioridad" una potencialidad patógena que en su momento no tuvo.

Gracias a esta hipótesis de la retroactividad, Freud propuso unas condiciones para la producción de las neuropsicosis y estipuló una forma canónica del proceso de enfermar. Una y otra cuestiones fueron desarrolladas en el mencionado "Manuscrito K", enviado a Fliess el 1 de enero de 1896; a tales apreciaciones nos remitimos en los comentarios que siguen.

En relación a las condiciones básicas de producción del trastorno, apreció Freud un encuentro traumático y siempre prematuro con el goce sexual, cuyo retorno "posterior" lo tornará patógeno. Al hilo de tales consideraciones, advirtió que las neurosis y psicosis de defensa siguen un desarrollo canónico en su gestación y cristalización clínica definitiva. Se trata ahora de cuatro tiempos que de-

sarrollan el esquema general antes reseñado: una vivencia sexual traumática y prematura que es necesario reprimir; una nueva represión posterior que se suscita toda vez que se ha presentado el recuerdo, formándose así el "síntoma primario"; un estadio de "defensa lograda", similar a la salud salvo en la persistencia del "síntoma primario"; finalmente, un estadio caracterizado por el retorno masivo de las representaciones reprimidas contra las que el Yo nuevamente procurará defenderse, formándose como resultado de esta lucha el cortejo de síntomas que caracterizan el trastorno propiamente dicho.

Como tal, el modelo que acaba de glosarse resultó sumamente fructífero a la hora de explicar la diacronía de los trastornos, y especialmente la patogenia de cada uno de los síntomas. A este respecto, sirvan como ilustración las secuencias genéticas de la paranoia y de la neurosis obsesiva que ahora se apuntan. Tanto en una como en la otra se produce una vivencia primaria traumática. Pero las diferencias esenciales se aprecian en la confrontación que cada uno de esos sujetos tienen con su experiencia: mientras el obsesivo reconoce su participación en ella –tal como se pone de manifiesto en la permanente insistencia del autorreproche–, el paranoico no se reconoce partícipe y, por tanto, nada se reprocha. De este modo, mientras el neurótico reprime la representación endopsíquica del reproche contra sí mismo que tanto le hace sufrir, el paranoico encuentra una salida más tajante mediante la proyección: no me ha ocurrido a mí, le ha ocurrido a otro; aunque Freud no lo señala, en este movimiento puede reconocerse la dimensión que adquiere la calumnia en la clínica de la paranoia.

Hasta la cristalización definitiva del trastorno, tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria, el sujeto responde al retorno de lo reprimido con nuevos intentos de represión; en la paranoia, en cambio, se pone en marcha una "metamorfosis del yo" –Freud se inspira aquí en la concepción de Griesinger–, el cual sufrirá una remodelación completa mediante la incorporación paulatina de esos elementos que retornan desde la realidad exterior, confiriendo por ello a la experiencia subjetiva esa certidumbre tan característica.

Mas conviene indicar, finalmente, que en los inicios de la teoría freudiana la importancia de la etiología sexual estaba únicamente referida a los cuadros neurasténicos ("neurastenia propiamente dicha" y "neurosis de angustia"), mientras que en las neuropsicosis dichos factores sexuales eran considerados secundarios. Empero, mediante la indagación analítica se fueron desvelando las vivencias sexuales infantiles que ocultaban los traumas psíquicos. Por estas razones, entre 1894 y 1896 Freud opuso las neuropsicosis (causalidad infantil) a las neurosis actuales (causalidad actual). Durante estos años, y aún sin adjudicar a la sexualidad infantil el papel causal determinante, estimó nuestro autor que la capacidad patógena de una vivencia dependía de cuánto tuviese de intolerable para el Yo. A tenor de

nuevas observaciones, Freud se inclinó progresivamente a atribuir a la represión (*Verdrängung*) –que comenzó a sustituir al término genérico "defensa" (*Abwehr*)– el papel esencial en su doctrina, relegando así la potencialidad morbosa de cualquier tipo de suceso o accidente vital. Pues no importaban las excitaciones sexuales infantiles, sino la reacción represiva con la que el Yo acometía esas vivencias. De esta manera, la teoría psicológica de la defensa fue paulatinamente sustituida por la "represión sexual".

43.2. Neurosis de transferencia *versus* neurosis narcisistas o psicosis

Tras abandonar las concepciones inspiradas en referencias neurológicas localizacionistas, tal como se recogen en el *Proyecto* (1895), Freud comenzó a elaborar un modelo topológico del psiquismo inspirado en aparatos ópticos en el que se pueden describir distintos lugares virtuales ("lugares psíquicos"). Tal empeño fue desarrollado exhaustivamente en su obra magna de 1900 *La interpretación de los sueños*, especialmente en el capítulo VII dedicado a la psicología de los procesos oníricos. Describe ahí las conocidas tres instancias o sistemas anímicos (Inconsciente, Preconsciente, Consciente), a las que atribuye un tipo de funcionamiento concreto, una organización, unas funciones ineludibles y unas interrelaciones y articulaciones intersistémicas.

Freud afianzó más aún en esta primera tópica la importancia de la represión, principalmente en su relación con el deseo y su realización (*Wunscherfüllung*). En su opinión, los procesos psíquicos que se desarrollan en el hombre llamado normal son de la misma naturaleza que los que se aprecian en la base de los procesos patológicos. Se aprecia aquí el esfuerzo de Freud por fundar la psicopatología en la psicología general; tal empeño será asimismo argumentado en otros ensayos sobre los trastornos mnésicos, los recuerdos encubridores, las confusiones de lo dicho, tal como habían sido expuestos en *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901).

Asimismo, las investigaciones sobre la sexualidad infantil desarrollada en los *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905) conferirán igualmente un papel relevante a la represión o retirada de la conciencia, cuyos efectos más notorios se aprecian en las amnesias. Antes que considerar que los recuerdos infantiles han desaparecido, Freud capta ahí una amnesia que puede ser desvelada por la labor analítica; tiene ésta la misma esencia que la que se observa en las amnesias de los neuróticos.

Aunque sobradamente conocidas, recordemos algunas tesis esenciales de estos ensayos sobre teoría sexual. La variabilidad de la disposición sexual infantil es cali-

ficada de "perversa polimorfa" por estar sujeta a las pulsiones parciales. La sexualidad adulta se origina en esta disposición tras la represión de ciertos componentes y la subordinación del resto a la primacía genital. Obedecen las perversiones a una mala síntesis y a fijaciones en algunas pulsiones parciales, mientras que la neurosis es el resultado de una represión excesiva de las aspiraciones libidinales. En ese sentido, Freud considera que "la neurosis es, por así decirlo, el negativo de la perversión".

La relaciones entre psiconeurosis y sexualidad son aquí ampliamente desarrolladas. En su consideración, la contribución que las pulsiones sexuales prestan a los síntomas neuróticos y otros fenómenos patológicos son absolutamente determinantes: "esa participación es la única fuente energética constante en las neurosis, y la más importante, de suerte que la vida sexual de las personas afectadas se exterioriza de manera exclusiva, o predominante, o sólo parcial, en estos síntomas". De este modo, como haciéndose eco de sus últimas palabras sobre el "caso Dora", Freud asevera que los síntomas son la práctica sexual de los neuróticos, ya sea de una manera total o parcial. Por tanto, en la neurosis, importa especialmente la sexualidad reprimida.

Asentada sobre estos dos grandes pilares, esto es, la arquitectura del aparato psíquico y la sexualidad infantil (psicosexualidad), la doctrina psicoanalítica se aprestaba a incorporar importantes modificaciones en la segunda década del pasado siglo. En buena medida, los nuevos desarrollos sobre el dualismo pulsional o la introducción del principio de placer y del principio de realidad ampliaban planteamientos anteriormente apuntados, haciéndolos más acordes con los interrogantes y las dificultades que se suscitaban en el curso de los tratamientos psicoanalíticos; el concepto de transferencia y, en menor medida, el de resistencia terminaron por ocupar un lugar central en la concepción de la cura. Por otra parte, las nuevas investigaciones sobre la psicosis emprendidas por Freud en el marco de su relación con los psiquiatras suizos del hospital del Burghölzli propiciaron la elaboración de la teoría del "narcisismo", en adelante imprescindible en todos los abordajes de la psicosis paranoica.

A tenor de cuanto se acaba de exponer, las dificultades intrínsecas a la cura psicoanalítica y las nuevas investigaciones sobre la psicosis –es decir, la transferencia en su dimensión de resistencia y el narcisismo– habrían de convertirse en los dos grandes pilares sobre los que Freud elaboró un nuevo marco nosográfico en el que opuso las "neurosis de transferencia" a las "neurosis narcisistas". Uno y otro pilar aparecen claramente articulados por Freud en su trabajo "Sobre la dinámica de la transferencia", redactado en 1912: "Una condición previa regular e indispensable de *toda* contracción de una psiconeurosis es el proceso que Jung acertadamente ha designado como 'introversión' de la libido. Vale decir: dismi-

nuye el sector de la libido susceptible de la conciencia, vuelta hacia la realidad, y en esa misma medida aumenta el sector de ella extrañada de la realidad objetiva, inconsciente, que si bien puede todavía alimentar las fantasías de la persona, pertenece a lo inconsciente. La libido (en todo o en parte) se ha internado por el camino de la regresión y reanima las imagos infantiles. Y bien, hasta allí la sigue la cura analítica, que quiere aprehenderla, volverla de nuevo accesible a la conciencia y, por último, ponerla al servicio de la realidad objetiva. Toda vez que la investigación analítica tropieza con la libido retirada en sus escondrijos, no puede por menos que estallar un combate; todas las fuerzas que causaron la regresión de la libido se elevarán como unas 'resistencias' al trabajo, para conservar ese nuevo estado". Examinemos ahora con más detalle el marco y los desarrollos sobre los que se asienta esta nueva propuesta nosográfica, resumida en el párrafo que acaba de transcribirse.

A partir de 1907 el psicoanálisis comenzó a despertar cierto interés en los ambientes psiquiátricos, especialmente en la prestigiosa Cátedra de Psiquiatría del Burghölzli zuriqués. Su director Eugen Bleuler y, en especial, su colaborador Carl Gustav Jung, especialistas ambos en la investigación y el tratamiento de la psicosis, trabaron con Freud una fructífera relación que contribuiría a la postre a la creación de la noción de "esquizofrenia" y a los desarrollos freudianos sobre la paranoia. Interesados por los trastornos de las asociaciones de ideas, cuya medida hallaban aplicando el Test de Asociación de Palabras inventado por Galton y perfeccionado por Wundt y Aschaffenburg, Bleuler y Jung encontraron en los mecanismos freudianos que rigen las formaciones del inconsciente (condensación y desplazamiento) la guía para explorar los trastornos asociativos característicos de la esquizofrenia. Tal fue el germen inicial sobre el que descollarían los provechosos debates e intercambios entre Viena y Zúrich –esto es, entre el psicoanálisis y la psiquiatría– a propósito de la psicosis, culminados en tres publicaciones sobre esta materia, todas ellas esenciales en la historia de la psicopatología: *Über die Psychologie der Dementia praecox* (*Sobre la psicología de la demencia precoz*, 1907) de Jung, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (*Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*, 1911) de Bleuler y la interpretación desarrollada por Freud de las *Denkwürdigkeiten* del Magistrado Dr. Paul Schreber (1911).

Bleuler, inspirándose directamente en la noción freudiana de "autoerotismo", había tratado de explicar a partir de ella una característica esencial de los esquizofrénicos consistente en "la predilección por la fantasía en oposición a la realidad y la inclinación a divorciarse de la realidad"; denominó tal tendencia *Autismus*. Desde 1907 Jung, por su parte, prefería el término "introversión de la libido" para nombrar la pérdida del sentido de la realidad que caracteriza a la demencia precoz; cuatro años después, en sus artículos "Transformaciones y símbolos de la

libido", de 1911-1912, propuso la oposición entre "neurosis de transferencia" (histeria y neurosis obsesiva) y "neurosis de introversión" (psicosis), término este último que desagradaba a Freud, si bien se sirvió de tal oposición para orquestar su nueva ordenación nosográfica. Por último, Karl Abraham, retomando la noción freudiana de autoerotismo escribió en "Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz" (1908): "La característica psicosexual de la demencia precoz es el regreso del paciente al autoerotismo, y los síntomas de su enfermedad son una forma de actividad sexual autoerótica. [...] El paciente cuya libido se ha apartado de los objetos, se ha colocado a sí mismo contra el mundo. Se encuentra solo y se enfrenta a un mundo que le es hostil. [...] En mucho casos, por lo tanto, el perseguidor será su objeto sexual original. [...] El enfermo mental transfiere sobre él solo, en cuanto es su único objeto sexual, toda la libido que la persona sana vuelca sobre los objetos vivientes e inanimados de su contorno, y en consecuencia su sobreestimación sexual está dirigida hacia él solamente y asume enormes dimensiones". Más que ningunas otras, estas últimas palabras de Abraham –a su vez de incuestionable inspiración freudiana– guiarían definitivamente a Freud para la construcción de la teoría del narcisismo y la paranoia.

Descrito inicialmente por el psicólogo Binet en 1887 para nombrar un tipo de fetichismo y desarrollado una década después por H. Ellis en sus célebres *Studies in the psychologie of sex* (1897), el término *Narzissmus* se ha consolidado como un concepto esencial del psicoanálisis, especialmente en lo relativo a la explicación de la psicosis. Freud comenzó a emplearlo en su estudio sobre Leonardo da Vinci para explicar el amor homosexual como una prolongación del amor materno: "Los niños objeto de su amor no son sino personas sustitutivas y reproducciones de su persona infantil, a las que ama como su madre lo amó a él en sus primeros años. Decimos entonces que encuentra sus objetos eróticos por el camino del *narcisismo*". Sin embargo, los primeros desarrollos sobre este estadio de la evolución normal de la libido están contenidos en su magnífico ensayo sobre Schreber, publicado en 1911.

Al igual que Bleuler, Jung y Abraham, Freud se percata de ese repliegue libidinal sobre la propia persona tan característico de la psicosis, el cual se manifiesta de forma diáfana en el tono exultante de los megalómanos. Situado en un tiempo intermedio entre el autoerotismo y el amor objetal, el narcisismo consiste "en que el individuo empeñado en el desarrollo, y que sintetiza en una unidad sus pulsiones sexuales de la actividad autoerótica, para ganar un objeto de amor se toma primero a sí mismo, a su cuerpo propio, antes de pasar a la elección de objeto en una persona ajena". Se trata, por lo tanto, de un camino que conduce a la heterosexualidad a través de una primera elección homosexual. De esta manera quedan imbricados la homosexualidad y el narcisismo, esenciales ambos para

explicar la psicosis paranoica; por el contrario, en el caso de la esquizofrenia, considera Freud que la regresión es más profunda, pues supone un abandono absoluto de la relación de objeto y un repliegue autoerótico completo. Conviene advertir, no obstante, que la noción de narcisismo no es ni mucho menos un sinónimo o un indicador de psicosis; antes al contrario, juega un papel importante en el desarrollo individual y, en su dimensión más patológica, se puede manifestar también en otros ámbitos, como el propio Freud señaló en *Totem y Tabú* (1913) respecto a la omnipotencia del pensamiento que se puede apreciar en los neuróticos y en los hombres primitivos.

Finalmente, movido por el ánimo de aclarar más estas consideraciones y asestar de rondón un fuerte varapalo al sesgo teórico promovido por Jung, Freud publicó en 1914 el texto definitivo *Zur Einführung des Narzißmus* [*Introducción del narcisismo*]. Tal introducción supuso en la teoría analítica algunos reajustes y un buen número de precisiones, fundamentalmente las relativas a la oposición entre una "libido del yo" y una "libido de objeto"; la primera alcanza sus cotas más elevadas en la fantasía paranoica de la vivencia del fin del mundo, mientras que la segunda consigue sus máximos desarrollos en el amor. En esta concepción energética, cuanto más aumenta una libido más disminuye la otra, constituyendo el Yo un "gran reservorio" de libido desde donde se catectiza a los objetos, si bien éste se muestra siempre presto a recuperarla y reintegrarla a su seno.

En el marco de la controversia con Jung, Freud trató en *Introducción del narcisismo* –el término alemán más correcto es *Narzißismus*, aunque a él le desagradaba su fonética y prefirió *Narzißmus*– de explicar cuál era el destino de la libido que ha sido sustraída a los objetos merced al trabajo de la represión; los resultados de este ensayo abren unas diferencias insalvables entre uno y otro, tanto en materia nosológica como etiológica. Mientras en las "neurosis de transferencia" el vínculo erótico con el objeto se mantiene a través de la fantasía, en las "afecciones narcisistas" o psicosis la libido sustraída del mundo exterior es reconducida al Yo, surgiendo un estado que cabría calificar de narcisismo secundario. Se aclara de este modo que la paranoia y la esquizofrenia o demencia precoz coinciden en el mismo mecanismo patológico represivo, esto es, en la retirada de la libido de las personas y cosas del mundo. Pero mientras que la paranoia evidencia una regresión específica a un tipo de elección de objeto narcisista, la esquizofrenia muestra una regresión característica que consiste en una identificación más arcaica con el objeto autoerótico o, lo que es lo mismo en este caso, con el propio cuerpo.

Separados así el narcisismo (imagen unificada del cuerpo) y el autoerotismo (el cuerpo como tal fragmentado y habitado por las pulsiones parciales), Freud proseguirá en otros textos sus pesquisas a fin de caracterizar la esquizofrenia en

relación con el cuerpo y el lenguaje. Las mayores concreciones a este respecto fueron desarrolladas en el artículo metapsicológico "Das Unwebußte" ("Lo inconsciente", 1915), y entre ellas especialmente las nociones de "dicho esquizofrénico" (*schizophrene Rede* [*reden*: "hablar"]) y "lenguaje de órgano" (*Organsprache*): "El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido *lenguaje de órgano*".

Estas consideraciones nosográficas que oponen las "neurosis de transferencia" a las "neurosis narcisistas", y dentro de ellas perfilan sus correspondientes tipos clínicos, están íntimamente integradas en la clínica psicoanalítica, pues su valor radica esencialmente en su capacidad para explicar los procesos neuróticos y psicóticos. Mas tales explicaciones de la génesis de uno y otro trastorno hallan, no obstante, un escollo en la propia cura psicoanalítica. Ése es el parecer manifestado repetidamente por Freud, tal como se consigna en el siguiente pasaje de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-1917): "Las neurosis narcisistas son apenas abordables con la técnica que nos ha servido en el caso de las neurosis de transferencia. [...] como ya saben, también en las neurosis de transferencia tropezamos con barreras parecidas que oponía la resistencia, pero pudimos desmontarlas pieza a pieza. En las neurosis narcisistas la resistencia es insuperable, [...]. Por tanto, nuestros presentes métodos técnicos tienen que ser sustituidos por otros".

Así pues, la exploración del narcisismo y las complicaciones técnicas surgidas en el tratamiento de sujetos psicóticos convergieron hacia una nueva construcción nosográfica según la cual el grupo de las ahora llamadas "psiconeurosis" contiene las "neurosis de transferencia" y las "neurosis narcisistas". Las primeras –que incluyen la histeria de conversión, la fobia o histeria de angustia y la neurosis obsesiva– se caracterizan por el desplazamiento de la libido sobre los objetos reales o fantásticos; el origen de sus síntomas obedece a la represión de las pulsiones sexuales y el núcleo del conflicto se sitúa en la lucha entre las pulsiones sexuales y las de autoconservación o, mejor aún, entre la libido de objeto y la libido del Yo. La circulación de la libido y de los afectos facilita la cura psicoanalítica, permitiendo además la instauración en ella de una "neurosis de transferencia" en el sentido técnico; se trata en este último caso de una neurosis artificial que se pone en marcha en la relación transferencial, reeditando en el curso del propio tratamiento la neurosis infantil y permitiendo así al analista operar sobre ella. Estas observaciones sobre la "neurosis de transferencia" en el sentido estrictamente técnico fueron desarrolladas por Freud en su texto "Recordar, repetir y reelaborar" (1914); su caracterización técnica queda perfectamente expresada en la siguiente cita: "Con tal que el paciente nos muestre al menos la solicitud de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos

los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico. La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquélla a ésta".

A diferencia de las anteriores, las "neurosis narcisistas" (llamadas también "afecciones narcisistas" o psicosis), que incluyen la paranoia, la esquizofrenia, la melancolía y la manía, se caracterizan por la introversión o repliegue de la libido en el Yo, razón por la cual Freud considera que el desarrollo de la transferencia está notablemente impedido o bien es completamente imposible. Como se sabe, esta última apreciación ha sido sobradamente resuelta por sus discípulos, hasta el punto de que en la práctica psicoanalítica es absolutamente habitual la atención de sujetos psicóticos. Freud argumentaba inicialmente estas dificultades arguyendo que la regresión en las "neurosis narcisistas" es mucho más profunda que la que se produce en las "neurosis de transferencia", dado que sus puntos de fijación se sitúan en fases evolutivas mucho más precoces.

Ciertamente que la experiencia de Freud con sujetos psicóticos fue más bien escasa, pero fue en gran medida compensada merced a su incuestionable talento. Como ya se ha mostrado, las nociones de represión y de regresión le permitieron profundizar en un modelo psicogenético basado en la teoría libidinal. Si bien las miras nosográficas de Freud tienden a conjuntar más que a fragmentar –es decir, a organizar estructuras psicopatológicas estables antes que a concebir cuadros clínicos independientes unos de otros–, esta orientación general no le impidió matizar diferencias esenciales entre los distintos tipos clínicos. Fue así como, basándose en tres argumentos fundamentales, concibió las diferencias entre la esquizofrenia y la paranoia. En primer lugar consideró la efectividad total o parcial de la represión; en segundo lugar, la profundidad de la regresión; por último, el mecanismo específico de la formación del síntoma. Al hilo de estos planteamientos estableció las siguientes demarcaciones para la esquizofrenia: éxito completo de la represión, profunda regresión autoerótica y patogenia del síntoma sustancialmente alucinatoria; y para la psicosis paranoica: triunfo sólo parcial de la represión y posibilidad de desarrollar una reconstrucción delirante, regresión menos profunda al narcisismo y mecanismo de formación del síntoma esencialmente proyectivo.

Mas antes de concluir este apartado conviene, cuando menos, aquilatar un poco la noción de "regresión" y su par "fijación", pues ambas se han prodigado hasta la extenuación en determinadas orientaciones psicoanalíticas. Son una y otra, para Freud, nociones puramente descriptivas que en ningún caso alcanzan a explicar por sí mismas el conjunto de la patología mental desde una perspecti-

va genética. Por ejemplo, la reducción etiológica y patogénica de la neurosis obsesiva a una fijación (*Fixierung*) anal en la que se produciría una regresión (*Regression*) induce a una funesta confusión, pues parecería que se trata de un viaje de retorno a tiempos pretéritos, esto es, una regresión temporal; lo mismo podría esgrimirse frente a quienes sostienen tal retorno temporal a la infancia en el curso de la cura psicoanalítica. Por el contrario, el sentido tópico que Freud atribuyó a la regresión en *La interpretación de los sueños* invita más bien a considerarla en el ámbito de la significación y no en el de la realidad y la temporalidad, es decir, como una forma de reducción de lo Simbólico a lo Imaginario; tal es el parecer de Lacan ("La dirección de la cura y los principios de su poder, 1958") manifestado en su intento de reducir tan vaga noción a una vinculación exclusiva con la demanda, en concreto con la actualización de demandas pretéritas: "La regresión no demuestra otra cosa que un retorno al presente de los significantes usados en demandas para las cuales hay una prescripción".

A pesar de todos los pormenores nosográficos hasta aquí consignados –tanto los relativos a la demarcación entre la neurosis y la psicosis como a sus respectivos tipos clínicos–, permanece aún en ese momento de la elaboración freudiana una vacilación manifiesta a la hora de precisar un mecanismo genérico inherente a la estructura psicótica, cuya especificidad y alcance sea comparable a la represión (*Verdrängung*) de la neurosis. Este empeño, presente ya desde sus primeros textos sobre las neuropsicosis, será nuevamente escrutado al hilo de la construcción de la segunda tópica y de la nosografía que de ella dimana.

43.3. Neurosis y psicosis a la luz de la segunda tópica

Investigadas con gran detalle las formaciones del inconsciente así como la génesis y los desarrollos de la sexualidad infantil, asentados también en la doctrina los dos grandes principios del suceder psíquico y la teoría del narcisismo, ampliamente desarrollados asimismo los fundamentos de la metapsicología, la clínica psicoanalítica se encontró, no obstante, con nuevas e intrincadas dificultades. A los ojos de Freud resultaba cuando menos problemático explicar con los conceptos hasta entonces elaborados algunas cuestiones de la práctica diaria, en especial: el manifiesto apego del sujeto a su síntoma, la compulsión a repetir situaciones displacenteras, los lacerantes autorreproches de los obsesivos y los melancólicos, las reacciones terapéuticas negativas, la presencia generalizada de los sentimientos de culpabilidad, el papel protagonista del odio y el masoquismo primario en la economía mental. A tenor de estas evidencias clínicas, Freud elaboró en 1920 una nueva teoría pulsional que destaca la importancia de las "pulsiones de

muerte" (*Todestriebe*) frente a las "pulsiones de vida" (*Lebenstriebe*); sus argumentos fueron expuestos en su obra *Más allá del principio del placer*.

La introducción de la pulsión de muerte supuso, cómo no, una conmoción entre sus lectores e incluso entre sus seguidores; las resistencias frente a esta nueva y pesimista concepción se alzaron con más vigor si cabe que la antaño despertada por sus ensayos sobre la sexualidad infantil. Pero al margen de todos estos efectos colaterales, ninguna otra teoría había conseguido explicar con más acierto la inercia muda que nos arrastra permanentemente más allá del hedonismo y del principio del placer.

Este nuevo dualismo pulsional supuso, inevitablemente, una redefinición de la noción de "Yo", que hasta entonces permanecía estrechamente ligada a las pulsiones de autoconservación y al sistema preconsciente-conciencia. Esta y otras muchas consideraciones fueron desgranadas por Freud en su obra *El yo y el ello* (1923), en la que se propuso aportar una nueva versión de la estructura y del funcionamiento de la psique a partir de las tres instancias "Yo", "Ello" y "Superyó", a su vez examinadas a la luz de los tres registros de la metapsicología (tópico, dinámico y económico). Conviene recordar que Freud no planteó este modelo como una teoría de la personalidad, como frecuentemente se ha pretendido hacer de él; el término "personalidad", apenas usado en su vastísima obra, le desagradaba profundamente por considerarlo superficial frente a su propuesta metapsicológica. Pese a las novedades introducidas en esta segunda tópica, Freud mantuvo la constante de un aparato psíquico heterogéneo e inarmónico cuyas tres instancias tópicas alimentan una lucha permanente en los terrenos económico (*Eros* frente a *Thanatos*) y dinámico (conflicto psíquico).

El Yo (*Ich*), convertido ahora en instancia psíquica represora, extiende sus dominios y funciones a los tres sistemas de la primera tópica: se asienta, por una parte, en la conciencia, que constituye el "núcleo del yo"; incluye, además, la mayor parte del sistema preconsciente; pero se arraiga también en el inconsciente, como desvelan las resistencias inconscientes al progreso de la cura. El Yo adquiere así funciones de control, adaptación y moderación, pero también y al mismo tiempo se convierte en una instancia de desconocimiento y en la "sede de las ilusiones", como enfatizará Lacan treinta años después. Freud destaca especialmente la heteronomía del Yo, pues está sometido a servidumbres con el mundo exterior, con la libido del Ello y con el Superyó. Desde el punto de vista dinámico, el Yo representa el polo defensivo por excelencia: es el agente de la represión y de otros mecanismos defensivos, razón por la cual es parcialmente inconsciente.

El Ello (*Es*), por su parte, corresponde *grosso modo* al sistema inconsciente de la primera tópica; desde el punto de vista energético, constituye la sede de las pulsiones ("gran reservorio de la libido") y es el campo de batalla en el que

las pulsiones de muerte tratan de acallar al Eros; desde la perspectiva dinámica, es un polo permanente de conflicto con el Yo y con el Superyó. El Ello se caracteriza por su "caos" y desorganización, por estar sometido a pulsiones contradictorias y regido por los procesos primarios; quizá en estos matices radique el hecho por el que Freud prefiriera el pronombre neutro (*das Es*) para denominarlo.

Finalmente, el Superyó (*Über-Ich*) es la instancia observadora, crítica y prohibitiva, que representa y continúa los desempeños que los padres y educadores tuvieron en la primera infancia: "el superyó se ha engendrado, sin duda, por una identificación con el arquetipo paterno". Las funciones de este "imperativo categórico" son las de conciencia moral, autoobservación crítica y formación de los ideales del sujeto; todas ellas dimanan precisamente de la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales, razón por la cual Freud lo consideró el "heredero del complejo de Edipo".

Apoyándose en esta nueva concepción aquí apenas comentada, Freud matiza algunos aspectos de su nosología –en especial sobre la melancolía y la neurosis obsesiva– y propone una nueva reorganización nosográfica. Dicha propuesta fue desarrollada en dos artículos publicados en 1924: "Neurosis y psicosis" y "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis". Uno y otro tratan de explicar la diferencia genética entre neurosis y psicosis a partir de los argumentos expuestos en *El yo y el ello*, continuando así la tarea antaño emprendida en el primero de los artículos sobre las neuropsicosis; las conclusiones aquí alcanzadas serán, no obstante, revisadas y aquilatadas tres años después en su artículo sobre el fetichismo.

La primera de las fórmulas expuestas por Freud señala que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el Yo y el Ello, mientras que en la psicosis la perturbación se halla entre los vínculos del Yo con el mundo exterior. De esta manera, la neurosis ("neurosis de transferencia") evidencia la defensa ejercida por el Yo mediante el mecanismo de la represión contra una moción pulsional; mas aquello que ha sido reprimido retorna en la forma del síntoma, contra el que nuevamente el Yo emprende su lucha, produciéndose como resultado el cuadro clínico de la neurosis. En el caso de la psicosis, la perturbación de los nexos entre el Yo y el mundo exterior se pone de manifiesto de una manera característica en sus distintas variantes clínicas: en la *Amentia* de Meynert o psicosis alucinatoria aguda, el Yo termina por crear un nuevo mundo exterior e interior; en la esquizofrenia desaparece por completo la relación afectiva con el mundo exterior; en la paranoia, finalmente, el sujeto construye un "parche" delirante precisamente en el lugar donde originariamente se produjo la desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior.

Consciente de la importancia que el Superyó desempeñaba también en las afecciones mentales, Freud postuló la existencia de un tipo de trastornos en los

que el conflicto se cimienta en las complejas relaciones trabadas entre el Yo y el Superyó; se trata de las entonces llamadas "psiconeurosis narcisistas", de las cuales la melancolía constituye su paradigma. Con esta última apreciación se completa el primer bosquejo nosográfico surgido de la segunda tópica: "La neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el yo y el ello, la neurosis narcisista al conflicto entre el yo y el superyó, la psicosis al conflicto entre el yo y el mundo exterior". Aunque los ejes de esta taxonomía parecen muy matizados –al menos desde el punto de vista explicativo–, Freud cierra el primero de sus artículos preguntándose, con cierto desencanto, por el mecanismo específico de la psicosis: "¿Cuál será el mecanismo, análogo a una represión, por cuyo intermedio el yo se desase del mundo exterior?". Esta pregunta que, según nuestro parecer, ya había sido formulada y su respuesta esbozada en los textos sobre las neuropsicosis con el término *Verwerfung*, da cuenta del empeño de Freud por establecer una psicopatología estructural según la cual ciertos mecanismos genéricos conformarían cada una de las estructuras clínicas. Cabe advertir a este respecto, empero, que las primeras formulaciones freudianas respecto a los mecanismos que configuran las estructuras y los tipos clínicos están destinadas básicamente a explicar la patogenia del síntoma a partir de las distintas modalidades del retorno de lo reprimido o lo rechazado; años después, especialmente a partir del análisis del Hombre de los Lobos, Freud habría de afianzar una relación definitiva entre esos mecanismos y la castración.

Insatisfecho con las consideraciones antes expuestas, nuestro autor encaró nuevamente el problema de las diferencias entre neurosis y psicosis a partir de la noción de "realidad". Recordemos brevemente que tras el abandono de la teoría de la seducción, Freud había venido considerando, cada vez con más rotundidad, el valor etiológico de la "realidad psíquica" frente a los traumas infantiles que realmente habían ocurrido ("realidad material"); más aún, basándose en la oposición entre la realidad psíquica o fantasía y la realidad material y objetiva, aseveró en sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* que "*en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva*". Ésta es, *grosso modo,* su particular visión de la importancia determinante de la realidad psíquica, de la fantasía y del deseo en la patología mental.

Por otra parte, como es sabido, la psicopatología psiquiátrica había creído resolver suficientemente estos extremos: la mayoría de sus teóricos no cesaron de repetir hasta la saciedad que en la psicosis o locura se producía indefectiblemente una alteración del sentido de la realidad y que sus fenómenos más conspicuos (delirio, alucinación, autismo) no eran otra cosa que la evidencia de tal trastorno respecto a la misma; no obstante, ninguno de ellos se adentró en pormenores relativos a eso que con tanta insistencia se evocaba bajo la rúbrica "rea-

lidad". Así, se consideraba tradicionalmente que la alucinación era, como había enseñado Esquirol y desarrollado J. P. Falret, "una percepción sin objeto" o que "la idea falsa se transforma en idea delirante cuando choca con la evidencia", como aún escribió Roges de Foursac (*Manuel de psychiatrie*, 1923); de esta guisa, los clínicos se esforzaban por arrancar a sus pacientes de la psicosis mediante un baño de realidad. La opinión de Freud, empero, no comulga con este tipo de concepciones.

Para nuestro autor, los lazos con la realidad están alterados tanto en la neurosis como en la psicosis, aunque eso sucede de manera harto diferente; en una y otra se aprecia una pérdida de realidad así como diversos intentos de sustituirla por otra más acorde y tolerable. Tales son las conclusiones que se desprenden del artículo "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis". Freud recuerda los dos tiempos o pasos necesarios para la cristalización de un trastorno neurótico o psicótico, esto es, la represión y el retorno de lo reprimido. En relación con la realidad, el primer paso supone una separación de ésta y el segundo un intento de restablecer nuevamente lazos con ella. En el caso de la neurosis, el primer paso consiste en que el Yo, actuando al servicio de la realidad, reprime una moción pulsional; en el segundo paso, es decir, una vez que ha fracasado la represión y se ha cristalizado clínicamente la neurosis, se producen asimismo ciertos aflojamientos de los nexos con la realidad. Los mismos pasos sirven para explicar la génesis y constitución de una psicosis, salvo que en este caso una vez que el Yo se ha separado de la realidad sobreviene, en un segundo movimiento, una tentativa de restablecer los nexos entre el Yo y la realidad mediante la "creación de una realidad nueva". Ambos trastornos muestran, sin duda, ciertas maniobras comunes: los intentos de evitar un fragmento de la realidad se enmarcan en el movimiento de rebelión del Ello contra el mundo exterior y manifiestan su incapacidad para adaptarse a los "apremios de la realidad".

Sin embargo, las diferencias entre neurosis y psicosis se nos revelan más marcadas cuando se examinan con más detalle los dos tiempos canónicos del proceso de enfermar. En el primer paso las diferencias son muy llamativas: la neurosis se caracteriza por una huida permanente y por un "no querer saber nada" de la realidad, aunque sin llegar a desmentirla; en la psicosis, en cambio, no sólo se desmiente la realidad de una manera tajante, sino que el sujeto se libra a un trabajo de reconstrucción de esa realidad inasumible. Siguiendo estas pesquisas, considera Freud que en la psicosis el primer paso es en sí mismo patológico, mientras que en la neurosis lo patológico radica en el segundo, es decir, en el fracaso de la represión. De la misma manera que el psicótico trata de reconstruir la realidad mediante el delirio, el neurótico se empeña en sustituirla por una realidad más acorde con su deseo; tal sustitución le es posible al neurótico por la existen-

cia de "un mundo de fantasía": "De este mundo de fantasía toma la neurosis el material para sus neoformaciones de deseo, y comúnmente lo halla, por el camino de la regresión, en una prehistoria real más satisfactoria".

Pese a sus muchas complejidades, la noción de realidad no parece suficiente para aclarar las diferencias genéticas entre neurosis y psicosis. Tal es la consideración que se desprende a las claras de su artículo de 1927 "Fetichismo". En este breve pero contundente texto, Freud argumenta por qué el fetiche es el sustituto del falo materno. Aunque la falta de pene en la mujer constituye una evidencia perceptiva, la clínica muestra cómo cierto tipo de sujetos perversos fetichistas han rehusado darse por enterados de esa comprobación perceptiva; y ello sucede precisamente porque la asunción de la castración del otro implica la propia castración. Llegados a este punto, Freud propone el término *Verleugnung* (renegación o desmentido) para nombrar ese mecanismo específico que está en juego en tan particular forma de defensa contra la castración: "parece que la percepción permanece y se emprendió una acción muy enérgica para sustentar su desmentido".

La nominación y descripción del mecanismo de la renegación contribuyen, empero, a sacudir los puntos de apoyo en que se sostienen las diferencias antes apuntadas entre neurosis y psicosis. En efecto, Freud tratará de explicar a partir de ese mecanismo otros casos de sujetos que no son estrictamente perversos, aproximando así la *Verleugnung* a la psicosis. Esta compleja ligazón había sido sucintamente explorada en el texto de 1925 "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos". Se afirma en dicho texto que la renegación es el punto de partida de la psicosis, advirtiendo que tal renegación afecta concretamente a la realidad exterior: el neurótico "reprime" las exigencias del Ello, mientras que el psicótico comienza "renegando" o "desmintiendo" la realidad.

Sobre esta base ciertamente vacilante en el terreno conceptual, Freud advertirá en el texto sobre el fetichismo de la coexistencia en ese tipo de sujetos de dos posiciones contradictorias frente al "horror a la castración". En efecto, por una parte reniegan de ella y, por otra y al mismo tiempo, reconocen la castración en la mujer: "coexistían una junto a la otra, la actitud acorde al deseo y la acorde a la realidad". La presencia de tal compatibilidad le sirve paulatinamente de guía hasta llegar a considerar la existencia de una "escisión" en el Yo del sujeto, cuyos argumentos serán desgranados en dos de sus últimos trabajos, ambos escritos en 1938: *Esquema del psicoanálisis* y "La escisión del yo en el proceso defensivo".

Aunque es manifiesta la coherencia argumental de los desarrollos freudianos, permanece por elucidar un punto ciego que sus conceptos no terminan por aprehen-

der, quizá por carecer de una suficiente articulación interna entre los mecanismos que ha venido nombrando (represión, repudio, renegación y escisión del Yo). Ése es precisamente el punto en el que arranca la reorganización nosológica emprendida por Jacques Lacan a partir de su investigación sobre las "estructuras freudianas"; esa cierta dispersión y superposición de los mecanismos descritos por Freud para explicar las particularidades de cada uno de los trastornos será ordenada por Lacan mediante la descripción de tres "estructuras clínicas" y sus correspondientes mecanismos.

44

EL MARCO NOSOGRÁFICO DE LAS PERVERSIONES

Expuestos ya los ámbitos clínicos de la neurosis y la psicosis desde la perspectiva estructural, trataremos en el presente capítulo de sintetizar las contribuciones freudianas relativas a la perversión en su vertiente propiamente nosográfica, es decir, descriptiva y taxonómica. Para ello partiremos de su definición y de los límites a los que conviene reservarla, mostrando posteriormente la evolución de este concepto en el transcurso de la obra de Freud y concluyendo con algunas concreciones sobre el objeto y el goce perverso.

44.1. La noción de perversión

Ya desde las primeras menciones del término *Perversion*, aparecidas en la correspondencia con W. Fliess, Freud lo vincula con la obtención de satisfacción sexual por una vía distinta a la del "acto sexual normal", esto es, el coito genital destinado a la obtención de placer sexual con una persona del sexo opuesto. Dicho planteamiento no se diferencia demasiado, en una primera aproximación, de los propuestos por aquellos médicos coetáneos que habían iniciado la investigación de la sexualidad humana, ya sea en su dimensión psicológica (H. Ellis, *Studies in the psychologie of sex*, 1897) o bien en su vertiente psicopatológica (R. von Krafft-Ebing, *Psychophatia Sexualis*, 1886). Mas el énfasis de éstos parecía decantarse sobremanera hacia la orientación genésica del acto sexual: "Se considera perversa –escribió Krafft-Ebing en la obra mencionada– toda exteriorización del instinto sexual que no corresponda a los fines de la naturaleza, es decir, de la repro-

ducción". Tal como se desprende de sus escritos, Krafft-Ebing había observado algunos casos de niños y jóvenes con comportamientos sexuales altamente desviados, aunque no profundizó en ello. Freud, por el contrario, fundó sus contribuciones a la sexualidad precisamente en la investigación de la sexualidad infantil. Dicha sexualidad, por estar sometida a las pulsiones parciales y ligada a las zonas erógenas antes de organizarse alrededor de la primacía genital, fue calificada como antes indicamos de "disposición perversa polimorfa". Esta concepción contempla, en efecto, la posibilidad de una detención en las etapas previas a la organización genital; más aún, se efectúan elecciones de objeto previas a la elección de un objeto heterosexual en las que también puede producirse una fijación.

Conviene ahora detenerse a examinar las consecuencias de la definición de perversión aportada inicialmente por Freud, pues ella cernirá un ámbito preciso y restringido de la patología sexual. De especial importancia resulta recordar que nuestro autor, a diferencia de sus contemporáneos, se esforzó una y otra vez en borrar el sentido peyorativo que se atribuía al término perversión: "pues en ningún hombre falta –escribió en sus *Tres ensayos de teoría sexual* de 1905– un añadido de carácter perverso al fin sexual normal". Pese a la dificultad que entraña proponer una definición específica, el empleo adecuado del término perversión debe restringirse a desórdenes sexuales que suponen una desviación respecto a la norma de la vida sexual ("acto sexual normal"); esta circunspección implica dejar fuera de su marco todos aquellos comportamientos basados en transgresiones morales o sociales, para los cuales más valdría reservar otras nociones como "perversidad" o "psicopatía". Pero, ciertamente, ni siquiera todos los comportamientos desviados respecto del objeto y del fin procreador merecen ser calificados de perversión patológica. Que una determinada modalidad de goce perverso pueda ser o no tildada de patológica depende más bien de que presente un carácter de absoluta y monótona exclusividad, esto es, de que la escena fantasmática perversa constituya la condición *sine qua non* para acceder al goce sexual: "En la mayoría de los casos –advierte Freud en sus *Tres ensayos de teoría sexual*–, el carácter patológico de la perversión no se manifiesta en el contenido del nuevo fin sexual, sino en su relación con el normal. Cuando la perversión no aparece al lado de lo normal (fin sexual y objeto), sino que, alentada por circunstancias que la favorecen y que se oponen en cambio a las tendencias normales, logra reprimir o sustituir por completo a estas últimas; esto es, cuando presenta los caracteres de exclusividad y fijación, es cuando podremos considerarla justamente como síntoma patológico".

Al hilo de las características expuestas respecto a las perversiones patológicas, en el seno de la orientación lacaniana se ha suscitado en los últimos decenios una inexcusable distinción entre la "estructura perversa" *stricto sensu* y cuantos "ras-

gos de perversión" puedan desarrollarse en sujetos enmarcados en la neurosis o en la psicosis. Abunda ésta tanto en el intento de desligar la perversión de cualquier connotación moral y consuetudinaria, como en el hecho de matizar sus contornos psicopatológicos estructurales. De esta suerte, un acto puede ser calificado con exactitud de perverso aunque sea perfectamente armónico con las más acendradas costumbres de la época; de igual forma, no todos los actos y manifestaciones perversas están inscritos en una estructura perversa. Así, Lacan, en el seminario *Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954), precisó: "¿Qué es la perversión? No es únicamente una aberración respecto a los criterios sociales, una anomalía contraria a las buenas costumbres –aunque este registro no esté ausente–, ni es algo atípico según los criterios naturales, a saber, que menosprecie en mayor o menor medida la finalidad reproductora de la conjunción sexual. Es otra cosa en su estructura misma. [...] La perversión es una experiencia que permite profundizar en lo que puede llamarse, en sentido pleno, la pasión humana, para emplear una expresión de Spinoza, es decir, aquello por lo cual el hombre está abierto a esta división consigo mismo que estructura lo imaginario". Surge así la distinción entre la estructura perversa –opuesta a la neurosis y la psicosis–, que define una particular posición subjetiva caracterizada por el mecanismo del desmentido (*Verleugnung*) frente a la castración, y el rasgo perverso que puede adquirir determinado síntoma merced al goce que lo acompaña y a la insistencia con la que el sujeto repite dicho comportamiento sintomático.

Sólo si se tienen en consideración cuantas precisiones acaban de apuntarse podrá enjuiciarse la nosografía de las perversiones desplegada por Freud en 1905. Se trata, evidentemente, de clasificar y ordenar las posibles desviaciones sexuales respecto a uno de los elementos que se ponen en juego en la obtención de placer sexual, esto es, el objeto (un *partenaire* del otro sexo) o el fin (la conjunción de los genitales en el coito). Al hilo de este esquema mínimo, Freud propuso la siguiente clasificación: en primer lugar, aquellas perversiones relativas al objeto (fijaciones a un objeto exclusivo), ya sea éste un *partenaire* humano –como es el caso del incesto, la homosexualidad, la paidofilia o el autoerotismo–, ya sea un objeto no humano –como sucede en el fetichismo, la zoofilia y el travestismo–; en segundo lugar, aquellas perversiones surgidas respecto al fin sexual, bien se trate de transgresiones anatómicas de las zonas corporales destinadas a la unión sexual (felación o *cunnilingus*), bien de interrupciones en las relaciones preliminares con el objeto sexual, que normalmente deberían ser atravesadas rápidamente, para obtener el fin sexual (frotteurismo, voyeurismo, exhibicionismo, sadismo y masoquismo).

A pesar todos los matices desplegados respecto a la noción freudiana de perversión, es una lástima que ella haya continuado asociándose con aspectos mora-

les. A propósito de este espurio debate, en el ámbito de las taxonomías psiquiátricas los promotores del *DSM-III* pretendieron desligar tales aspectos asociados a la noción de perversión proponiendo el nuevo término "parafilia". Nombra esta noción un conjunto de trastornos que se caracterizan por actos o fantasías sexuales intensas o recurrentes que suponen la presencia de objetos no humanos o de parejas que no consienten determinada práctica sexual, haciendo así buena la máxima propuesta por Aristóteles en su *Ética a Nicómaco:* "Con consentimiento no hay injusticia". La implantación de esta noción, moralmente más aséptica, ha reducido asimismo el amplio espectro nosográfico de las perversiones a un pequeño grupo de anomalías y desviaciones sexuales relativas a la elección de objetos inanimados (fetichismo, fetichismo travestista), animales (zoofilia), parejas sexuales a las que se fuerza contra su voluntad (sadismo, masoquismo, exhibicionismo, voyeurismo, frotteurismo) o a la obtención de satisfacción sexual mediante el contacto con cadáveres (necrofilia), orina (urofilia), heces (coprofilia) o enemas (clismafilia).

Ciertamente, en el trasfondo de este proceso de reclasificación se aprecia el encendido debate que enfrentó en los años setenta a los movimientos sociales de liberación contra el *establishment*, concretado en el campo de la psiquiatría en la pertinencia de excluir la homosexualidad de entre los trastornos mentales, tal como venía siendo habitual por el contrario desde Morel, Magnan y Krafft-Ebing. No se trató, por tanto, de un debate estrictamente clínico, sino de algo más previo: cuestionar ciertos prejuicios ideológicos de la psiquiatría. Así, en 1974, la Asociación Psiquiátrica Americana decidió por referéndum excluir la homosexualidad de la lista de los trastornos mentales, y trece años después propuso la noción de "parafilia" para sustituir a la tradicional "perversión".

44.2. Evolución de la noción de perversión en la obra de Freud

Sin ánimo de plasmar de modo exhaustivo la evolución de la noción de perversión en la obra freudiana, conviene al menos señalar las dos grandes líneas en las que ésta se desarrolla. En primer lugar, puede apreciarse un desplazamiento de *las* perversiones a *la* perversión, esto es, un movimiento tendente a precisar una estructura clínica conformada por un mecanismo específico. En segundo lugar, evidentemente, la noción de perversión está íntimamente ligada a la teoría pulsional y a sus paulatinos desarrollos.

Tres son los momentos álgidos en los que se pueden dividir las contribuciones freudianas a la materia aquí en cuestión. Corresponde el primero al período en el que ve la luz su libro *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), en el cual Freud

compila y amplía sus disquisiciones teóricas anteriores y las confronta con los más notorios referentes sexológicos (Krafft-Ebing, Havelock Ellis, Moebius). Como ya se ha indicado anteriormente, las perversiones se vinculan fundamentalmente en este período a las desviaciones relativas al fin sexual y a la persistencia de elecciones de objeto ligadas a las pulsiones parciales. A título ilustrativo evocaremos el siguiente comentario de Freud respecto al pequeño Hans: "Una constitución sexual como la de nuestro Juanito no parece integrar disposición alguna al desarrollo de perversiones o de su negativo, las neurosis. Por lo que hasta ahora he llegado a saber, la constitución congénita de los histéricos –y la de los perversos, naturalmente– se caracteriza por la primacía que adquieren sobre la zona genital las demás zonas erógenas".

El segundo período se circunscribe a los artículos metapsicológicos de 1915. Sabido es que Freud introduce con ellos numerosas modificaciones en su teoría de las pulsiones, en especial a partir de la formulación del narcisismo y de la revalorización del Yo como instancia psíquica, asunto éste que implica atribuir un nuevo valor a la historia del sujeto en la comprensión de su discurso. Atendiendo precisamente a este contexto se comprenderá el hecho por el cual nuestro autor enfatiza en "Pulsiones y destinos de la pulsión" (1915) la plasticidad de los modos de satisfacción pulsional. A tenor de estos planteamientos, el objeto de satisfacción pulsional se revela completamente variable en función de la historia del sujeto; se destaca, de igual modo, que la persistente exigencia de satisfacción que opera sobre las pulsiones hace que éstas puedan adquirir cuatro destinos posibles: ser reprimidas, ser sublimadas, transformarse en su contrario o ser desplazadas hacia otra persona. Son estos dos últimos destinos los que están especialmente relacionados con la aparición de rasgos perversos en el sujeto. Por lo demás, también en esta etapa de la elaboración freudiana, las perversiones actualizan en la realidad ciertos modos de satisfacción rechazados en la neurosis y que están presentes activamente en la apariencia de los síntomas.

Por último, el tercer período se inicia a partir de la formulación de las pulsiones de muerte (*Todestriebe*) en el ensayo *Más allá del principio del placer* (1920) y de la elaboración de la segunda tópica (*El yo y el ello*, 1923). Asentada en estos dos pilares, la investigación freudiana tratará de desentrañar un mecanismo específico para todas las perversiones, esto es, un mecanismo causal que diferencia esta estructura clínica de la neurosis y la psicosis. Así, en el artículo "La organización genital infantil" (1923) Freud aprehende y formula un nuevo mecanismo de defensa frente a la castración al que denomina *Verleunung* (desmentido o renegación). Nombra inicialmente este mecanismo una respuesta defensiva específica de los niños ante la percepción traumática de los genitales femeninos; ante esa percepción de la ausencia de pene en la niña, los niños "reniegan [*leugnen*] de dicha carencia, y creen a pesar de la evidencia ver un miembro". Se trata de un mecanismo

tendente a atemperar la angustia y la amenaza de castración –atribuida al padre– mediante un desmentido o renegación de la representación de la castración.

Pero esta descripción inicial del mecanismo de la *Verleunung* contiene dos aspectos un tanto oscuros que Freud tratará de iluminar paulatinamente en textos posteriores: ¿es la *Verleunung* un mecanismo específico de la perversión o podría también aplicarse a la psicosis?; ¿sirve indistintamente para describir una defensa decidida tanto por los niños como por las niñas? Respecto a la primera de las cuestiones, en el artículo "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis" (1924) Freud vinculará provisionalmente este mecanismo de defensa con la psicosis, pues mientras que los neuróticos no quieren saber nada de la castración y se empeñan en ignorarla, los psicóticos desmienten esa realidad evidente y tratan de sustituirla mediante la construcción delirante. En el caso de la segunda pregunta, nuestro autor se decantará decididamente por atribuir dicho mecanismo tanto a los niños como a las niñas, tal como enfatiza en su artículo de 1925 "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos".

Finalmente, en el texto sobre el fetichismo de 1927 ("Fetichismo") la *Verleunung* de la castración es vinculada exclusivamente con la elección de objeto específica de los perversos: "Sin duda despertaré decepción si anuncio ahora que considero el fetiche como un sustituto del pene, de modo que me apresuro a agregar que no es el sustituto de un pene cualquiera, sino de uno determinado y muy particular, que tuvo suma importancia en los primeros años de la niñez, pero que luego fue perdido. [...]: el fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre), en cuya existencia el niño pequeño creyó otrora y al cual no quiere renunciar".

Se aprecia aquí una actitud aparentemente contradictoria de los niños y las niñas frente a la castración, ya que por un lado ambos admiten y reconocen la castración femenina (ausencia de pene en la mujer, en la madre), mientras que por otro la desmienten (atribución de un pene imaginario a la mujer mediante la construcción del objeto fetiche). Esta coexistencia ambigua, que supone la escisión del Yo (*Ichspaltung*) del sujeto perverso, será finalmente examinada en contribuciones posteriores, especialmente en el artículo "La escisión del yo en el proceso defensivo" (1938) y en la monografía *Esquema del psicoanálisis* (1938), concluyendo que las dos actitudes del fetichista persisten a lo largo de toda la vida sin que una logre imponerse a la otra; esa coexistencia permanente constituye la escisión del Yo.

44.3. Objeto y goce en la perversión

Cuanto se ha apuntado hasta aquí nos invita a considerar que en la perversión se pone en juego la primacía del falo fijada en el goce de un objeto imagi-

nario. La puesta en marcha del deseo no se efectúa, por tanto, bajo la forma simbólica del falo, pues ello exigiría el reconocimiento de la castración en tanto que falta del objeto originario de goce. De esta manera, en los desarrollos freudianos la perversión comparte mecanismos de defensa similares a los de la psicosis (renegación de la realidad, escisión del Yo), además de ciertas características análogas a la neurosis en cuanto a la elección de objeto (disposición perversa polimorfa).

Conviene ahora detenerse para examinar las características específicas de la elección del objeto perverso. Se trata fundamentalmente de una elección de objeto destinada a preservar la completitud narcisista del Yo. Pero este objeto en cuestión preserva, de algún modo, la función simbólica del falo, si bien –a diferencia de la función del objeto en el fantasma neurótico– el objeto perverso mantiene una relación metonímica con la castración simbólica con el único propósito de velarla. A este respecto, también en el breve artículo "Fetichismo" anteriormente mencionado, Freud se sirve del caso clínico de un varón que había elevado a objeto fetiche "un brillo especial en la nariz de las mujeres", describiendo las siguientes fases en la elección del objeto fetiche y, por extensión, del objeto del fantasma perverso. En primer lugar, el descubrimiento y el reconocimiento de dos clases de seres, esto es, los que están dotados de pene y los que no lo tienen. Esa confrontación suscita en el niño el temor a ser desprovisto del pene y en el caso de la niña el de no recibirlo. En segundo lugar, a fin de combatir la angustia, se suscita el rechazo de esa representación de la castración bajo la forma de un "No es verdad...". En este punto, nuestro autor señala que normalmente se eleva a la condición de fetiche precisamente el último objeto que el sujeto vio antes de contemplar la castración de la mujer, lo cual le cierra muchas veces –añade Freud– la vía de convertirse en homosexual al asignar a la mujer "aquel atributo que la torna aceptable como objeto sexual". Finalmente se alcanza una especie de solución de compromiso que mantiene en el Yo las dos posiciones contrarias antes descritas –el reconocimiento de la castración y su desmentido–, razón por la cual la perversión es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer.

Tal solución de compromiso forma parte de los mecanismos de defensa del Yo frente a las exigencias del inconsciente, como puede apreciarse en las palabras que a continuación se transcriben del artículo freudiano "Fetichismo": "Si en dicho concepto (represión) queremos diferenciar más agudamente el destino que sufre la *idea* de la vicisitud que sigue el *afecto*, bien podemos reservar para este último el término represión, y en tal caso la palabra que más cuadra al destino de la idea o representación sería el de 'denegación' o 'repudiación' [...]. No es cierto que el niño, después de la observación que hace en la mujer, mantenga incólume la creencia en el falo femenino. La conserva, pero también la abandona; en el conflicto entre el peso de la percepción ingrata y el poderío del deseo opuesto llega

a una transacción tal como sólo es posible bajo el dominio de las leyes del pensamiento inconsciente, o sea, de los procesos primarios".

Cabe destacar, finalmente, que el fin último del goce perverso puede ser entendido como el intento de recuperar, mediante la elección de un objeto de goce, aquel otro goce del objeto perdido irremisiblemente por la prohibición del incesto; se aprecia aquí una elección perversa harto diferente a la que efectúa el sujeto neurótico, sin duda más interesado en los efectos de la falta sobre el deseo. Es por ello que el objeto perverso establece una relación metonímica con el significante falo. Sin embargo –como señala Lacan en "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958)–, el perverso, al igual que el neurótico, sólo puede establecer esta relación con el objeto a través del Otro, lo que justifica la relación que estos sujetos establecen con la madre, elevada a la condición de Otro primordial: "Todo el problema de las perversiones consiste en concebir cómo el niño, en su relación con la madre, relación constituida en el análisis no por su dependencia vital, sino por su dependencia de su amor, es decir, por el deseo de su deseo, se identifica con el objeto imaginario de ese deseo en cuanto que la madre misma lo simboliza en el falo".

A modo de síntesis final, conviene precisar que la investigación freudiana del mecanismo específico de la perversión se desarrolló siguiendo el paradigma del fetichismo; es en esta perversión donde se evidencia con mayor nitidez la *Verleunung*. Por otra parte, persiste un terreno sombrío en el que parecen aún imbricarse la psicosis y la perversión cuando se las examina desde la perspectiva de la realidad. Uno y otro aspectos fueron ampliamente analizados por Lacan. Valiéndose de la coherente argumentación freudiana, el psicoanalista francés extendió el desmentido o renegación –atribuido por Freud exclusivamente al fetichismo– a todo el conjunto de las perversiones, desarrollando hasta sus últimas consecuencias la oposición radical entre la *Verleunung* y las otras dos operaciones específicas que fundamentan la estructura neurótica (*Verdrängung*) y la psicótica (*Verwerfung*). Naturalmente, estas tres operaciones o mecanismos etiológicos determinan modalidades específicas de goce, no siempre muy compatibles con la vida.

45

EL ÁMBITO DE LAS NEUROSIS ACTUALES

Tal y como ya se ha apuntado en los capítulos precedentes, con anterioridad a la enunciación y desarrollo de la noción de "inconsciente" (*das Unbewusste*), la obra psicopatológica de Freud estuvo presidida tanto por el intento de elucidación de la patogenia de las neurosis como por la búsqueda de sus causas específicas. De hecho, nuestro autor confiaba en que una y otra cuestiones habrían de permitirle "crear una futura psicología de las neurosis", como explícitamente manifiesta en su artículo de 1896 "La etiología de la histeria". El resultado de esta investigación le procuraría una diferenciación entre dos grupos de trastornos: las neuropsicosis de defensa, más tarde transformadas en psiconeurosis de defensa, y las neurosis actuales.

Es ahora momento de examinar los síndromes englobados en las neurosis actuales, recuperando así la minuciosa y no menos novedosa descripción de las variedades clínicas en ellas integradas, además de las hipótesis causales que las configuran. Una vez hayamos reseñado sus vertientes descriptiva y etiológica, expondremos las posibles relaciones entre las neurosis actuales y las psiconeurosis, asunto éste suscitado a propósito de las llamadas "neurosis mixtas", para concluir con la demarcación entre la hipocondría y el fenómeno psicosomático. Se trata, como podrá adivinarse, de cuestiones todas ellas espinosas, por lo demás bastante soslayadas en las investigaciones psicopatológicas, incluyendo también la que se orienta desde el punto de vista psicoanalítico.

45.1. Descripción de las neurosis actuales e hipótesis etiológicas

Bajo la designación de "neurosis actuales" Freud describió tres tipos de neurosis (inicialmente la neurosis de angustia y la neurastenia; más tardíamente, también la hipocondría) que presentan cuatro características comunes: son desórdenes de la vida sexual actual, obedecen a una etiología somática, evidencian una patogenia sin mediación psíquica o inconsciente y están fuera del marco de aplicación de la terapia psicoanalítica. Como podrá apreciarse en una primera aproximación, estas cuatro particularidades se oponen punto por punto a los rasgos distintivos de las psiconeurosis de defensa, pues ni siguen la mecánica patogénica de las neurosis propiamente dichas, esto es, la represión de una representación y el desplazamiento del afecto, ni obedecen a una causalidad sexual infantil y traumática. Considerando la formación neurológica de Freud, los primeros movimientos en pos de la creación de una psicopatología basada en una psicología estuvieron marcados por el intento de discriminación de los cuadros neuróticos propiamente psicógenos de aquellos otros estados neuropáticos que se edificaban sobre una causalidad orgánica; tal es el esfuerzo de precisión etiológica que organiza sus primeros escritos prepsicoanalíticos, y que puede igualmente hallarse en los comentarios del historial clínico de Emmy von N. (*Estudios sobre la histeria*, 1895) a propósito de la abstinencia sexual como causa de la angustia.

Ya desde 1893 estimó Freud abiertamente la vinculación de la angustia con la descarga de la excitación sexual. Prosiguiendo sus pesquisas en la dirección apuntada, examinó los cuadros de fatiga nerviosa descritos entre 1881 y 1884 por el médico americano George Beard (1839-1883) bajo la rúbrica *neurasthenia*. Tras un primer análisis, en 1895 propuso separar la neurastenia auténtica de un "complejo sintomático" al que denominó *Angstneurose* (neurosis de angustia): mientras la primera nombra un síndrome caracterizado por la fatiga física, las cefaleas, la dispepsia, el estreñimiento, las parestesias espinales y el empobrecimiento de la vida sexual, la segunda refiere específicamente un síndrome propiamente angustioso, bien sea en la forma de crisis de angustia, de estados crónicos de expectación ansiosa o de equivalentes somáticos de la angustia tales como taquicardia, palpitaciones, vértigos, disnea, sudoración profusa, irritabilidad general, hambre insaciable, diarreas, parestesias, dolores diversos, etc. Uno y otro síndromes componen inicialmente el grupo de las neurosis actuales, a pesar de que evidencian, como enseguida mostraremos, etiologías específicas bien diferenciadas.

A la hora de desentrañar la etiología sexual específica de la neurosis de angustia, propone Freud agentes causales concretos para cada sexo. Así, la acumulación de tensión sexual transformada en angustia puede sobrevenir en mujeres sometidas a las siguientes circunstancias y condiciones: mujeres vírgenes o adolescentes,

recién casadas, casadas con un hombre aquejado de *ejaculatio praecox*, mujeres cuyos maridos practican el *coitus interruptus* o *reservatus*, viudas y abstinentes en general; análogas son también las condiciones descritas para los hombres, cuyos grupos más representativos pueden circunscribirse al de los abstinentes voluntarios, a aquellos sometidos a excitaciones frustradas, a quienes practican el *coitus interruptus* o a quienes ven mermada su potencia viril pero aumentada su libido; finalmente, se describe también un tercer grupo de casos válidos para ambos sexos, como sucede en los neurasténicos que han contraído su enfermedad a causa de una masturbación excesiva.

Por si hubiera aún alguna duda respecto a la etiología y la patogenia somática atribuida por Freud a estos cuadros clínicos, citaremos un pasaje entresacado del artículo de 1895 "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de 'neurosis de angustia'" y referido a la neurosis de angustia: "la angustia, correspondiente probablemente a esa excitación acumulada, es de origen somático, con lo cual lo acumulado sería una excitación somática; [...] esa excitación somática es de naturaleza sexual y va apareada con una mengua de la participación psíquica en los procesos sexuales; todos estos indicios favorecen la expectativa de que *el mecanismo de la neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de lo psíquico la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal*".

A tenor de cuanto acaba de apuntarse podrá colegirse que sean cuales fueren las circunstancias y condiciones personales, todas ellas presentan el denominador común de la inadecuada descarga de la tensión sexual. Conviene en este punto enfatizar cuán alejadas se hallan estas consideraciones de los argumentos que Freud comenzará a hilvanar a partir de la formulación del concepto de inconsciente y de las investigaciones sobre la sexualidad infantil. Así y todo, un resto de aquella primigenia teoría de las neurosis actuales perdurará aún treinta años en su pensamiento. En tal sentido se manifestó en su autobiografía de 1925, aduciendo al respecto que aquellas antiguas hipótesis se sostenían, de acuerdo con la opinión médica, en el hecho de que la sexualidad no es únicamente algo psíquico, sino que contiene una vertiente somática a la que cabe atribuir una química especial. Si bien nunca más se interesó por este tipo de investigaciones, pues estaban muy alejadas de sus inclinaciones teóricas y clínicas, salió al paso de posibles interpretaciones tendenciosas aseverando que no negaba en absoluto la existencia de conflictos psíquicos en este tipo de pacientes. Empero, continuó reafirmándose en sus primeras constataciones etiológicas: "Me limito a afirmar –escribió en *Autobiografía* (1925)– que los síntomas de estos enfermos no se hallan determinados psíquicamente ni son susceptibles de supresión por medio del análisis, sino que se los debe concebir como consecuencias tóxicas directas de la alteración del quimismo sexual". Más adelante volveremos sobre ello.

A diferencia de la neurosis de angustia y su ausencia de satisfacción sexual, la neurastenia pone de relieve un modo inadecuado de satisfacción sexual, especialmente a través del "onanismo inmoderado o las poluciones espontáneas". Por lo demás, la neurastenia es descrita siguiendo los rasgos fenomenológicos esenciales propuestos por Beard entre 1881 y 1884 (fatiga, parestesia en casco, dispepsia flatulenta, estreñimiento intestinal, parestesias espinales, debilidad sexual, etc.), aunque vinculada a una satisfacción sexual inadecuada. A este respecto, Freud escribió en "La herencia y la etiología de las neurosis" (1896): "La acción prolongada e intensiva de esta satisfacción sexual perniciosa basta por sí misma para provocar la neurosis neurasténica o para imponer al sujeto el sello neurasténico manifestado más tarde bajo la influencia de una causa ocasional accesoria".

Una vez afianzada la construcción nosológica de la neurastenia, a veces confundida en aquella época con la manifestación de un tumor cerebral, Freud procederá a diferenciarla de la neurosis de angustia y también del grupo de las neuropsicosis (la histeria, la fobia y la neurosis obsesiva). Sin embargo, la hipocondría, que más tarde se erigirá en la tercera neurosis actual, desempeña en este primer período psicopatológico un papel un tanto esquivo. En efecto, se halla ésta unas veces vinculada a la neurosis de angustia y otras al reproche reprimido de la neurosis obsesiva. En ambos casos, empero, Freud la considerará como una forma de expectación ansiosa relacionada directamente con la salud del sujeto.

45.2. Sobre las relaciones entre las neurosis actuales y las psiconeurosis

Al igual que sucediera con la histeria, la investigación de las neurosis actuales abre al debate un flanco singularmente complejo, el que imbrica y articula los dominios de lo psíquico y lo orgánico. Pero mientras esta cuestión fue felizmente resuelta en la histeria merced a la separación del organismo y del cuerpo construido y determinado por el lenguaje, la causalidad sexual somática atribuida a las neurosis actuales invitará a Freud a múltiples reflexiones sobre las relaciones entre la "esfera somática" y la "esfera psíquica" y, más en concreto, entre la excitación sexual somática y la psíquica. A este respecto, conviene recordar que los planteamientos de Freud sobre este particular no son ajenos a las especulaciones de muchos psiquiatras de su tiempo que creyeron ver en la sexualidad –entendida ésta en su dimensión más somática– un factor etiológico esencial de algunos trastornos psíquicos. Bástenos el ejemplo de Emil Kraepelin, quien, en el meridiano de su obra (*Psiquiatría*, 1899), pretendió explicar la "oscura" causa de la demencia precoz arguyendo que, amén de "una desaparición parcial de células cerebrales", parece lícito colegir que se trata de una "autointoxicación" que pudie-

ra estar en relación más o menos directa con lo que ocurre en los órganos sexuales. Tal creencia llevó a algunos médicos más exaltados, como el profesor Paul Flechsig, a recomendar en contados casos la castración real.

La descripción de las neurosis actuales y su diferenciación de las neuropsicosis de defensa coinciden temporalmente en la obra de Freud con los primeros intentos de perfilar las relaciones entre neurología y psicología, cuyas resoluciones mayores vieron la luz en el *Proyecto de psicología* (1895). Así, en el "Manuscrito G", remitido a Fliess en 1895 y dedicado a la melancolía, expone nuestro autor su esquema sobre la sexualidad, proponiendo a la sazón una separación estricta entre los niveles somático y psíquico de la excitación sexual. También allí se puede leer su explicación fisiológica de la patogenia de la neurastenia y de la neurosis de angustia: "Ahora bien, de acuerdo con nuestra teoría de la masturbación excesiva, cabe admitir que ésta lleva a una excesiva descarga del órgano terminal (T) y con ello a un bajo nivel de estimulación en dicho órgano de modo que afectaría también a la producción de tensión sexual somática (S. S.), con el consiguiente déficit permanente de ésta, originando así el debilitamiento del grupo sexual psíquico: he aquí la melancolía neurasténica. El segundo caso, en el que la tensión sexual es apartada del grupo sexual psíquico (S. Ps.), aunque la producción de tensión sexual somática (S. S.) no está disminuida, presupone que dicha tensión sea empleada en otras partes: en la frontera entre lo somático y lo psíquico. Esto, empero, es el elemento determinante de la angustia, de modo que este segundo caso concuerda con el de la melancolía de angustia [ansiosa], una forma mixta de neurosis de angustia y melancolía".

Bien a las claras puede apreciarse en el párrafo anterior el racionalismo nosológico que preside la psicopatología freudiana, pues tratando de despejar la etiología específica de esos cuadros clínicos contempla la posibilidad de una "neurosis mixta" (*gemischte Neurose*), esto es, el síndrome clínico neurótico resultante de una mezcla de varias causas concretas, especialmente la asociación de síntomas psiconeuróticos con síntomas actuales y también la coalescencia de un núcleo histérico en toda neurosis obsesiva. A este respecto, en la Conferencia XXIV de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-1917) aseveró que "el síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma neuropsicótico. Esa relación se observa de manera más nítida entre la neurastenia y la neurosis de transferencia llamada 'histeria de conversión', entre la neurosis de angustia y la histeria de angustia, pero también entre la hipocondría y las formas que después citaremos como parafrenias (*dementia praecox* y paranoia)".

Sin embargo, la patogenia de estos síntomas pone de manifiesto una significación clínica harto diferente cuando se trata de las neurosis actuales o cuando corresponde a las neuropsicosis de defensa: mientras que en estas últimas el esta-

blecimiento de la relación causal entre el trauma sexual y los síntomas precisa de un complejo proceso de elaboración clínica para tornarlo comprensible, en las neurosis actuales los síntomas carecen de valor simbólico para el clínico, pues mantienen una relación directa con el agente etiológico sexual; tal mediación directa constituye asimismo otra acepción posible del término "actual".

Sin ser éste un asunto recurrente en la obra freudiana, la relación entre las neurosis actuales y las neurosis *stricto sensu* tiende por lo general a ser concebida según la orientación expresada en el siguiente párrafo contenido en "La sexualidad en la etiología de las neurosis" (1898): "A veces el examen comprueba una vida sexual normal en personas cuya neurosis, para la observación superficial, se asemeja realmente mucho a una neurastenia o una neurosis de angustia. Pero una investigación más profunda suele poner al descubierto el verdadero estado de cosas. Tras estos casos que uno creyó de neurastenia, se esconde una neuropsicosis (una histeria o una neurosis obsesiva). En particular la histeria, que imita tantas afecciones orgánicas, puede fácilmente espejar una de las neurosis actuales". Pero si tras esta referencia el resbaladizo asunto aquí sondeado pudiera parecer más nítido, unas páginas más adelante añade nuestro autor a propósito de las neuropsicosis: "aparecen bajo dos clases de condiciones: o de manera autónoma o a la zaga de las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia)". A pesar de las reservas expresadas por Freud, la mayoría de los psicoanalistas se han inclinado sistemáticamente a investigar la dimensión subjetiva presente en las llamadas neurosis actuales, como muy bien atestigua la siguiente cita de Otto Fenichel, extraída de su *Teoría psicoanalítica de las neurosis*: "De hecho, incluso en las neurosis actuales, estos síntomas generales aparecen a menudo en una forma más 'específica', la que está determinada por la historia de la persona".

Sea como sea, la presencia clínica de las neurosis mixtas, antes que animar a una actitud antinosográfica, debe invitarnos a investigar con más detalle cuánto corresponde a la estructura clínica invariable y cuánto es atribuible a los mecanismos patogénicos de los síntomas ocasionales en ella presentes. Aquellas primigenias descripciones clínicas de las neurosis actuales y de las mixtas, procuradas por Freud al principio de su obra, adquieren a fecha de hoy un valor insoslayable; más aún, un número importante de los complejos sintomáticos que refieren actualmente los pacientes que consultan en servicios de salud mental públicos muestran una notable correspondencia con ellas, si bien en estos momentos la nomenclatura taxonómica internacional prefiere calificarlas de "Trastorno de ansiedad generalizada", "Trastorno mixto ansioso-depresivo", "Trastorno depresivo breve recurrente", etc.

En efecto, en sus primeros contactos con el clínico muchos de esos pacientes refieren síntomas de esa serie, ignorando sistemáticamente la vinculación que

éstos mantienen con acontecimientos conflictivos y persistentes de su vida cotidiana. Apegados a sus síntomas, muchos de esos pacientes se limitan a exponerlos con fastidio. Mas no consienten inicialmente en una rectificación subjetiva que les mueva a salir de su posición de inocencia para hacerse así cargo de su propia implicación en los síntomas de los que tanto se quejan. Ese tipo de demandas absolutamente subordinadas a la queja parece contar con el beneplácito de la actual ideología en la que se asienta en muchos lugares la clínica de la salud mental, con sus promesas de procurar un alivio específico para cada malestar, bien sea a través de un fármaco determinado o de una terapia concreta. No obstante, apenas el paciente y su clínico consienten en ir un paso más allá de la queja, el panorama nosológico adquiere un nuevo orden, pues es ahí donde comienza a captarse la estructura clínica que conforma las manifestaciones morbosas.

45.3. Hipocondría y fenómeno psicosomático

La investigación de las neurosis actuales, como habrá podido apreciarse, promovió en la obra de Freud un buen número de reflexiones sobre la articulación de los dominios somático y psíquico, así como un detallado examen de las neurosis mixtas. Resta aún analizar una tercera vía, pues dada la vertiente somática característica de los síntomas de las neurosis actuales no han faltado los autores que han tratado de hermanarlas con las afecciones psicosomáticas. A fin de exponer algunos rudimentos de esta vinculación, procederemos a escrutar el estatuto de la hipocondría –la tercera de las neurosis actuales– en el pensamiento freudiano.

Aunque hay otras referencias anteriores, la hipocondría es estudiada exhaustivamente por Freud en su texto metapsicológico de 1914 "Introducción del narcisismo", bien como cuadro clínico o como síntoma acompañante de una psiconeurosis de defensa, especialmente de la histeria: "No nos parecería en absoluto exagerado afirmar que algo de hipocondría se mezcla también en las demás neurosis".

La concepción freudiana de hipocondría reposa esencialmente en la noción de "erogeneidad de los órganos", esa cualidad que tienen los órganos del cuerpo de enviar a la vida anímica excitaciones sexuales, es decir, que ciertas partes del cuerpo –las zonas erógenas– pueden representar a los genitales y comportarse de modo análogo. La idea en cuestión había sido anteriormente desarrollada en los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) y retomada también en el texto que introduce la noción de narcisismo, en el cual se afirma: "Podemos decidirnos a considerar la erogeneidad como una propiedad general de todos los órganos, y ello nos autorizaría a hablar de su aumento o su disminución en una determinada parte del cuerpo. A cada una de estas alteraciones de la erogeneidad en el interior de los órganos podría serle parale-

la una alteración del investimiento libidinal dentro del Yo. En tales factores habríamos de buscar aquello que está en la base de la hipocondría y puede ejercer, sobre la distribución de la libido, idéntico efecto que la contracción de una enfermedad material de los órganos". A tenor de estas consideraciones estimó Freud que la hipocondría guardaba estrecha relación con un retraimiento narcisista de la libido de los objetos al Yo, tal como sucede en los casos de parafrenia.

De este modo, los temores insistentes y sin fundamento médico a contraer una enfermedad mortal o invalidante, tan característicos de la hipocondría, podrían ser explicados por ese estancamiento de libido en el Yo y por la erogenización de los órganos supuestamente afectados. La cualidad fenomenológica del síntoma hipocondríaco y el empeño del sujeto que lo soporta en presentarlo como una enfermedad *stricto sensu* exigen, en este punto, establecer una clínica diferencial con las enfermedades del organismo, cuya guía metapsicológica podría establecerse en los siguientes términos: mientras que el hipocondríaco sufre a consecuencia de una retracción primaria de la libido al órgano que es objeto de su aprehensión, en el enfermo orgánico esa retracción libidinal se produce como resultado del sufrimiento causado por su enfermedad orgánica.

La misma exigencia de promover una clínica diferencial es aplicable a los fenómenos psicosomáticos en relación con la hipocondría. De todos es sabido que los síntomas histéricos de conversión o los temores hipocondríacos no reposan sobre lesión física alguna; lo contrario sucede en los fenómenos psicosomáticos, ya que en ellos la lesión orgánica es evidente. Muchas veces el proceso por el que se tiende a establecer el diagnóstico diferencial pasa por un sinfín de pruebas y exploraciones, las cuales terminan a menudo por robustecer en el paciente la creencia en su supuesta enfermedad. Tal deriva por distintas especialidades médicas podría evitarse, empero, si el clínico tiene a bien considerar la raigambre inconsciente del síntoma que se le presenta. Pues por estar estructurados de acuerdo con las leyes del lenguaje, este tipo de síntomas pueden ser descifrados y transformados mediante los efectos de la palabra.

Mas por constituir la hipocondría un síntoma y no una estructura clínica, resulta necesario considerar que ella puede presentarse especialmente en dos niveles fenomenológicos harto diferentes: bien como el temor y la creencia en poder contraer una supuesta enfermedad o en estar ya enfermo, caso en el cual este síntoma estará inscrito en la estructura neurótica; bien como la certeza o convicción delirante de estar afectado por tal o cual enfermedad, hecho éste que dotará al síntoma hipocondríaco de un valor diagnóstico muy diferente y lo incluirá dentro de la serie de los fenómenos provocados por la estructura psicótica.

Por el contrario, y aunque lesione el cuerpo, el fenómeno psicosomático está profundamente arraigado en lo Imaginario y no se articula con otros signifi-

cantes. Representante de un "goce oscuro" –según la expresión de Lacan–, el fenómeno psicosomático no está por completo excluido del lenguaje y como significante que es aparece infiltrado en el cuerpo sin que el sujeto se encuentre dividido; así pues, este significante no representa al sujeto para ningún otro significante.

46

LAS ESTRUCTURAS CLÍNICAS

Se exponen a continuación algunas razones clínicas y teóricas que procuran enmarcar la noción lacaniana de "estructura clínica" y animan a continuar desarrollándola. Se trata de una concepción psicopatológica muy original, tanto en sus vertientes nosológica como nosográfica, que define los trastornos psíquicos como organizaciones estables, precozmente cristalizadas merced al empleo por parte del sujeto de diversos mecanismos psíquicos inconscientes destinados a enfrentar la castración. Por estar ahí decisivamente implicado el sujeto, dicha concepción se separa abiertamente de la gran mayoría de teorías psicopatológicas, en las cuales la enfermedad sobreviene sin más al enfermo y lo determina en su devenir. Por tanto, en el interior de esta concepción que encumbra la responsabilidad subjetiva, la clínica y la ética son aspectos absolutamente hermanados e indisociables.

Dado que la noción de "estructura" se ha prestado a un buen número de definiciones y, por tanto, de interpretaciones, comenzaremos acotando su heterogéneo campo semántico y situaremos algunos de los muchos usos que de ella se han hecho en psicopatología; enseguida advertirá el lector que algunas de sus acepciones resultan divergentes, si no contradictorias. A continuación, una vez se glosen las referencias de Freud a esta noción y se perfile su visión de la patología mental, procederemos a desarrollar el sentido y las consecuencias clínicas que ha adquirido en los desarrollos elaborados por Lacan. Finalmente se mostrarán y discutirán brevemente aquellas de sus implicaciones clínicas más destacadas, en especial las relativas a las psicosis no desencadenadas y a las suplencias. Es precisamente ahí donde se muestra de forma palmaria el valor de esta concepción

estructural, pues es la única que permite entender con el rigor necesario los posibles equilibrios dentro de los desequilibrios.

46.1. La noción de estructura y sus variadas aplicaciones en la psicopatología

Muchos y muy variados han sido los ámbitos de conocimiento que han incorporado a lo largo del pasado siglo el enfoque estructuralista. Se centra éste en la noción de "estructura", un término proveniente del latín (*structura*) que en su origen se empleaba especialmente en un sentido arquitectónico ("construcción", "edificio", "disposición", "fábrica" y "organización") para designar la manera en la que está construido un edificio, aunque también podemos leer en Cicerón la acepción *structura verborum* para señalar la "disposición de las palabras". Su sentido se extendió en el siglo XVII, con Fontenelle, a la disposición de los órganos del cuerpo, y más aún se ramificó a lo largo del XIX cuando comenzó a ser empleado por anatomistas, gramáticos e investigadores diversos. A partir del romanticismo, la idea general de estructura se utilizó especialmente para tratar de definir el carácter estructural de lo real.

En el momento actual, su uso habitual refiere la disposición y orden de las partes que componen bien un edificio o bien el cuerpo u otra cosa, como una obra, un poema, etc. En el ámbito más restringido de la teoría del conocimiento, la estructura especifica un modelo abstracto aplicado a un conjunto de elementos y a sus leyes de composición internas, o también a la disposición de las diferentes partes de un todo en función de su dependencia y solidaridad.

Ya prevalezca una orientación u otra, por lo general todos los autores suelen coincidir en que una estructura está compuesta de diversos miembros más que de partes y que es un todo antes que una suma. A este respecto cabe citar la sintética definición aportada por Louis Hjelmslev, lingüista eminente de la Escuela de Copenhague, en su obra *Ensayos lingüísticos* (1987): "Una entidad autónoma de dependencias internas". Una definición bien diferente, tomada en este caso de la monografía *Le structuralisme* (1970) de J. Piaget, la concreta como "un sistema de transformación, que posee leyes en tanto que sistema (por oposición a las propiedades de los elementos) y que se conserva o se enriquece por el juego mismo de sus transformaciones, sin que éstas desemboquen fuera de sus fronteras o acudan a elementos exteriores. En una palabra, una estructura comprende así las tres características de *totalidad*, de *transformación* y de *autorregulación*".

Pero la noción aquí en cuestión alcanzó un auge inusitado hacia finales de los años sesenta y principios de los setenta en el marco del llamado "movimiento estructuralista". Surgido como crítica al humanismo y su confianza en los idea-

les humanos, dicho movimiento situó al lenguaje en el centro de sus intereses y trató de hallar su estructura universal subyacente para extrapolarla posteriormente a otras disciplinas. En buena medida, todos los sistemas que constituyen una estructura son sistemas lingüísticos, de manera que estructura es *mutatis mutandis* estructura del lenguaje. Aunque muchos de los autores tildados de estructuralistas han renegado de tal afiliación, resulta cuando menos llamativo el rápido oscurecimiento del movimiento estructuralista, como sucede con tantas otras modas, al tiempo que las obras de sus reputados adalides persisten incólumes al paso del tiempo; tal es el caso de las contribuciones de Lévi-Strauss, Barthes, Althusser o Foucault y las de Deleuze o Derrida, a los que algunos gustan de calificar de post-estructuralistas. A pesar de su heterogeneidad, ciertamente, el movimiento estructuralista coincide en afirmar que el hombre está sometido a las estructuras y no a la inversa; se trata, por tanto, de hallar las invariantes o los mecanismos estructurantes, trascendiendo así la fenomenología o mera descripción de los fenómenos.

Por lo general, los autores más proclives a esta referencia convienen en señalar que este modelo heurístico se presta cumplidamente al descubrimiento de las relaciones aparentemente disimuladas entre los elementos u objetos que componen un determinado dominio y tiende a desvelar sus formas constantes e invariables. Para descubrir una estructura dada se precisa emprender un análisis interno de la totalidad, distinguiendo así sus elementos y el sistema de relaciones allí presente. La estructura se revela por este procedimiento como el esqueleto del objeto sometido a consideración, permitiendo de este modo diferenciar cuanto es esencial de cuanto es accesorio, desbrozando igualmente sus líneas de fuerza, sus funciones y, en ocasiones, los mecanismos implícitos en su funcionamiento.

Resulta notoriamente complejo datar el ámbito de surgimiento y la pertinente genealogía de esa actitud epistemológica que encumbra la combinatoria de un pequeño número de elementos discretos y de sus relaciones recíprocas. Antes que de un texto concreto o de la obra de un autor, parece más bien tratarse de una constelación de referencias surgidas en ámbitos diversos al socaire de la filosofía romántica de la naturaleza y su visión de conjunto (*im Ganzheit*). Por esta razón, coincidimos con la apreciación plasmada por G. Lantéri-Laura en *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna* (1998) cuando sitúa su resurgimiento moderno "en un momento dado de la cultura científica, [gracias a] la convergencia, en regiones ajenas y extrañas entre sí, de posiciones que van a radicalizarse en la *Gestalttheorie* y, más allá de esta Teoría de la forma, en el estructuralismo".

Así y todo, esa confluencia de miras, sobrevenida a partir de las primeras décadas del siglo XX, puede circunscribirse, cuando menos, a las siguientes disciplinas: la matemática, la lingüística, la neurología globalista y la psicología –en espe-

cial la psicología de la *Gestalt* ("forma", "organización", "configuración")–, ampliándose posteriormente a través de la lingüística y la antropología al conjunto de las ciencias humanas, y con ellas a la psicopatología y al psicoanálisis. Pero ha sido gracias al perfeccionado modelo propuesto por F. de Saussure en el ámbito de la lingüística ("es preciso partir de un todo solidario para obtener, por medio del análisis, los elementos que contiene") como se ha podido aprehender la raigambre estructuralista de multitud de proyectos destinados al conocimiento, entre ellos los aplicados a la física cuántica (Bohr), la psicofisiología (Goldstein), la historia (Dumézil), la morfología del cuento (Propp), la fenomenología (Merleau-Ponty), la cibernética (Wiener), la teoría de la comunicación (Shannon y Weaver), la semiología (Barthes) o el psicoanálisis (Lacan).

En efecto, en el ámbito de la matemática teórica, Evariste Galois (1881-1832) estableció los fundamentos de la teoría de los grupos en la resolución de las ecuaciones algebraicas, ideando con ello una de las estructuras más elementales. Amén de las estructuras de grupo, los matemáticos del siglo XIX desarrollaron también las de anillo y las de cuerpo. Sin embargo, las contribuciones más señeras a esta materia verían la luz a lo largo del pasado siglo de la mano del grupo Nicolas Bourbaki (integrado por diez o veinte matemáticos franceses, a excepción del polaco-estadounidense Samuel Eilenberg), autores de las sucesivas ediciones de los *Éléments de Mathématiques*. A partir de ciertas "estructuras-madre", Bourbaki describió básicamente "estructuras algebraicas" –entre las que figuran los grupos– en las que las reglas de composición son las relaciones importantes. Hay también las estructuras de orden –en particular, los llamados "enrejados"–, en las cuales el papel esencial está desempeñado por estructuras de ese tipo, como ocurre en los números reales, y las estructuras topológicas, en las que las nociones de límite, continuidad y entorno representan un papel destacado. Cada estructura está compuesta de elementos, relaciones entre los elementos y axiomas. Estos últimos son condiciones que, por definición, deben cumplir las relaciones. Cada una de las estructuras descritas, que frecuentemente se combinan, tiene su propia colección de axiomas.

Pese a constituir ámbitos de conocimiento muy alejados, una actitud similar se aprecia en las ideas contenidas en el *Curso de lingüística general* dictado por el ginebrino Ferdinand de Saussure (1857-1913) y publicado en 1916 por dos de sus alumnos, Charles Bally y Albert Sechehaye. Reconocido como el fundador de la lingüística moderna, Saussure definió la lengua como un "sistema" o conjunto de términos que sólo tienen valor por la relación que cada uno establece con todos los demás, tal como ilustra su feliz analogía del juego de ajedrez. Las ideas de Saussure ya se avanzaron en los tres primeros capítulos de la Parte IV, y más adelante expondremos estos extremos con más detalle.

De igual modo, la neurología globalista preconizada en Alemania por A. Gelb y K. Goldstein, en Inglaterra por H. Head, en Francia por J. Lhermitte y en Estados Unidos por K. S. Lashley coincide con esta visión general mediante su crítica al localizacionismo y su concepción del cerebro como una estructura; su repercusión en la psiquiatría de su época fue, por cierto, notable.

En paralelo a la orientación más acendradamente estructuralista, y ya en el ámbito de la psicología, la *Gestalttheorie* –en especial las contribuciones de Kurt Koffka, pero también las de Max Wertheimer y Wolfgang Köhler– destaca que el mínimo perceptible para un ser vivo nunca es un estímulo aislable y absoluto, sino más bien una organización del tipo "figura-sobre-fondo", sea cual sea el campo sensorial examinado. Considerada por algunos autores como la primera corriente que introduce el enfoque estructuralista en psicología –si bien hay que recordar que fue Wilhelm Wundt quien se esforzó por descubrir las estructuras más sencillas de la mente–, la *Gestaltpsychologie* (psicología de la forma o estructural) trató de establecer abiertamente una teoría de la percepción según la cual la "forma" corresponde a la manera en que las partes están dispuestas en el todo; contraria a la fragmentación del psiquismo defendida por los asociacionistas, propuso que el valor de cada uno de los elementos viene determinado por su participación en el conjunto. Amén de otros muchos herederos de esta psicología estructural, caben ser mencionados cuando menos F. Krueger ("psicología de la estructura") y su divulgador A. Wellek, Kurt Lewin ("psicología topológica") y Raymond Ruyer ("estructuralismo topológico").

Inspirándose en la fonología de Roman Jakobson, sin duda, Claude Lévi-Strauss, autor entre otras grandes contribuciones de *Las estructuras elementales del parentesco* (1949) y *Antropología estructural* (1958-1973), extrapoló esos principios a la etnología y desarrolló su antropología cultural mediante un análisis estructural muy minucioso, concluyendo que los numerosos mitos americanos pueden ser reducidos a una única variante que se puede formular. Así, en *Structures élémentaires de la parenté* procede este autor a reducir un conjunto de creencias y de usos arbitrarios e incomprensibles, aparentemente, a algunos principios simples que organizan las reglas del matrimonio y los sistemas de intercambio, en los cuales la prohibición del incesto desempeña un papel esencial y universal. Lo mismo sucede con sus investigaciones sobre el pensamiento salvaje y la mitología, las cuales muestran asimismo hasta qué punto las manifestaciones más variadas y presuntamente más libres del espíritu humano están sometidas a constricciones rigurosamente determinantes. En buena medida, el análisis de las diversas manifestaciones humanas desplegado por Lévi-Strauss está destinado a despejar el mecanismo común y el conjunto de formas invariantes, cuya diferente combinatoria produce las diversas configuraciones observables. Una reducción de este estilo

destinada a hallar un esqueleto inmutable o estructura se aprecia de igual modo en el análisis de los cuentos antaño desarrollado por Vladimir Propp en su ensayo *Morfología del cuento* (1928): a pesar de la inusitada pluralidad de cuentos, su detenido análisis revela un modesto conjunto de elementos irreductibles entre sí.

Contraria al atomismo y al asociacionismo, la visión estructuralista en psicopatología trata de superar la visión a menudo puntillista de los clásicos y critica abiertamente las teorías de las constituciones patológicas. Como ya se ha indicado anteriormente, los defensores de éstas proponían una diferenciación entre constitución y enfermedad basada simplemente en grados y no en su naturaleza. A título de ejemplo de una concepción general de la patología mental puede mencionarse la obra neuropsiquiátrica de J. H. Jackson, fuente de inspiración del órgano-dinamismo de H. Ey. La misma orientación puede captarse en la convergencia en un único concepto ("la pérdida de contacto con la realidad") propuesta por E. Minkowski respecto a la esquizofrenia bleuleriana; se trata para este autor de una reducción semiológica a un único síntoma, que es a la vez global y totalizador. Otro tanto puede decirse del análisis aplicado por L. Binswanger a la fuga de ideas (*Ideenflucht*), síntoma único en el que parece comprimirse el conjunto variopinto de las manifestaciones del acceso maníaco, o del enfoque "psicoestructural" desarrollado por S. Arieti respecto a los mecanismos del pensamiento esquizofrénico. Más que en ningún otro ámbito, este tipo de análisis se ha prodigado especialmente en relación al delirio, brillando con luz propia los emprendidos por V. Siomopoulos y por Zéna Helman y su grupo.

Si en el ámbito de la psicopatología psiquiátrica la visión estructuralista ha permitido un notable progreso en el ámbito de la semiología, cada vez menos atomista y más jerarquizada, el psicoanálisis ha logrado por este procedimiento no sólo fundamentar la esencia de su concepción psicopatológica, sino también ahormar y desarrollar el conjunto de sus contribuciones teóricas y clínicas. En este sentido, bien puede decirse que la metapsicología freudiana constituye por sí misma un modelo de conocimiento coherentemente asentado en el enfoque estructuralista.

46.2. Los mecanismos freudianos y la patología psíquica

A tenor de cuanto se acaba de exponer en el apartado anterior, el uso bastante generalizado de la noción de estructura ha contribuido a mermar su precisión, esa que alcanzó en las propuestas matemáticas del grupo Bourbaki, en la lingüística de Saussure o en la antropología de Lévi-Strauss. A fin de poder seguir valiéndonos de esa referencia conceptual y metodológica, conviene, por tanto, retener

de ella algunas constantes y mantener algunos mínimos. Tales constantes y mínimos pueden compendiarse, a grandes rasgos, en los cuatro que siguen: la tendencia a descubrir las formas, funciones o leyes de configuración invariantes o constantes dentro de cada sistema, organización o estructura; la búsqueda, más allá de la fenomenología, de esos mecanismos estructurantes que puedan servir de modelo a fin de ser extrapolados a otras manifestaciones aparentemente similares o distintas; la importancia concedida a los modos de relación de los elementos que componen una estructura, antes que considerar que dichos elementos poseen un valor intrínseco; la trascendencia del lenguaje y de su poder estructurante de la subjetividad, lo cual permite una articulación de la estructura en función de las relaciones y los lugares (topología).

En el sentido que se acaba de apuntar, bien puede considerarse la raigambre estructuralista de la psicopatología desarrollada por Freud. Tal es, igualmente, la opinión manifestada por Lacan al comentar el artículo freudiano "Die Verneinung" (1925) en su "Respuesta al comentario de Jean Hyppolite..." (1954): "Es aquí donde el artículo de Freud actualizado adquiere su interés para llamar nuestra atención sobre hasta qué punto el pensamiento de Freud es mucho más estructuralista de lo que suele admitirse en las ideas aceptadas", pues su concepción nosológica tiende a concebir los trastornos anímicos como organizaciones bastante estables que se cristalizan precozmente en relación al empleo por parte del sujeto de mecanismos defensivos genéricos. A esta característica hay que añadir además que dichas organizaciones se definen como definitivas e irreductibles, ya que la configuración metapsicológica y clínica que adquiere cada una de ellas resulta incompatible con el resto. Por tratarse de modalidades defensivas definitivamente cuajadas, este modelo psicopatológico se opone no sólo a cuantos abogan a favor de un *continuum* de la patología mental, sino también a aquellos otros que anteponen la enfermedad al sujeto, esto es, que consideran las enfermedades mentales como si se trataran de hechos de la naturaleza. Como mostraremos a lo largo del presente apartado, estas simples apreciaciones acarrean consecuencias clínicas relevantes.

Dos características generales más pueden añadirse a las ya consignadas. Concierne la primera al valor central que Freud confirió al lenguaje, centro de los desarrollos estructuralistas, pues cualquiera que se aproxime a sus obras y a sus historiales clínicos aprehenderá de inmediato que todos sus análisis del inconsciente son de tipo lingüístico; a este respecto, Lacan no vaciló en afirmar: "Freud había inventado la nueva lingüística antes de que ésta naciera". Se refiere la segunda a la reducción estructural que practica en sus análisis, delimitando sus constantes e invariantes hasta hallar un modelo generalizable al resto de casos de esa misma estructura. A diferencia de la psicopatología psiquiátrica, la metodología de Freud

procede a encumbrar un caso, minuciosamente analizado, al rango de paradigma de una estructura clínica; en ese sentido, todos los sujetos histéricos comparten con Dora el sustrato de la estructura histérica, y lo mismo sucede con los psicóticos respecto a Schreber, etc. Este isomorfismo da cuenta con precisión del análisis estructural que preside sus investigaciones. Sobre este particular cabe evocar aquí las palabras del filósofo estructuralista Michel Serres en su obra *La communication* (1968): "En un contenido cultural dado, sea Dios, mesa o palangana, un análisis es estructural (y sólo es estructural si) cuando destaca ese contenido como un modelo".

Aunque ya expuestos anteriormente, recordemos que los fundamentos de la clínica freudiana pueden apreciarse desde sus primeros artículos psicopatológicos. A diferencia de sus coetáneos, el trabajo de nuestro autor no se limitó simplemente a describir las manifestaciones clínicas de las distintas formas morbosas. Por el contrario, su investigación trató de despejar un proceso, ciertamente complejo, según el cual el sujeto elige e induce la formación de determinado tipo de psiconeurosis y no de otras; se trata aquí, cuando menos, de hacer hincapié en la decisión inconsciente de un sujeto frente al determinismo atribuido por las orientaciones psiquiátricas al organismo potencialmente patológico.

Junto a esta investigación de la "elección de la neurosis" (*Neurosenwahl*), Freud trató desde el principio de aprehender el mecanismo psíquico concreto que configura e instituye cada una de las organizaciones psíquicas patológicas. Pero no es este mecanismo un mero resorte que el sistema nervioso pone en marcha para reorganizar un funcionamiento deficitario o enfermizo –al estilo de las concepciones organodinámicas–, ni tampoco la vía sensorial o intelectual por la cual se construye un determinado tipo de sintomatología más imaginativa, ideativa, interpretativa o alucinatoria –tal como preconizaban algunos clínicos del segundo clasicismo francés respecto a los mecanismos del delirio–. Se trata, antes bien, de un mecanismo defensivo genérico, esto es, generalizable al conjunto de casos comprometidos en una misma estructura, que el sujeto pone en marcha frente a aquello que le resulta más "irreconciliable" con su Yo y que determinará definitivamente su organización psíquica y su psicopatología. También aquí, nuevamente, todo el énfasis recae en una decisión subjetiva inconsciente.

A este respecto podemos leer en su artículo "La etiología de la histeria" (1896): "Pero una vez descubiertos los factores que rigen la elección entre las diversas formas posibles de las neuropsicosis de defensa, se nos planteará un nuevo problema, puramente psicológico: el relativo al mecanismo que estructura la forma elegida". Muchos años después, en la conferencia XXXI de las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933), propone en esa misma dirección una metáfora harto ilustrativa sobre las categorías psicopatológicas: "Cuando arro-

jamos al suelo un cristal se rompe, pero no de una forma caprichosa; se rompe, con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya delimitación, aunque invisible, estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos psíquicos son como estructuras, agrietadas y rotas". Estas y otras muchas consideraciones plasmadas por Freud afianzan nuestra consideración a la hora de entender sus construcciones nosológicas desde una perspectiva que ahora llamaríamos estructural.

Y ciertamente, ésa y no otra es la posición general de los psicoanalistas, aunque bien es cierto que un buen número de corrientes analíticas ha tratado de fundamentar la psicopatología en eso que ha denominado, desde múltiples referencias, la "estructura de la personalidad". Un buen ejemplo de este proceder lo constituye la obra de Jean Bergeret *La personalidad normal y patológica* (1974), en la que su autor propone la siguiente definición: "La estructura de la personalidad [...] se concibe entonces, por una parte, como la *base* ideal de organización estable de los elementos metapsicológicos constantes y esenciales en un sujeto, en tanto que el carácter aparece, por otra parte, como el nivel de *funcionamiento* manifiesto y no mórbido de la estructura tal como acaba de ser definida". A tenor de esta propuesta, continúa Bergeret: "la *sintomatología* se convierte simplemente en el modo de funcionamiento mórbido de una estructura cuando ésta se descompensa, es decir, desde el momento en que los factores internos de conflictualización dejan de estar equilibrados por un juego eficaz (y no perturbador en sí mismo) de los variados mecanismos de defensa y adaptación". Aunque loable por su esfuerzo, la propuesta de Bergeret y otras de este estilo incurren, no obstante, en asentar todo su peso argumental en la noción de "personalidad". Empero, conviene recordar que dicho término no fue ni mucho menos del agrado del propio Freud, quien vio en él una banalización de su metapsicología y se manifestó sumamente crítico a este respecto, como atestiguan de manera palmaria sus palabras dirigidas el 21 de octubre de 1907 a Karl Abraham: "'Personalidad', de manera análoga al concepto de 'yo' de su jefe [Eugen Bleuler], es una expresión poco definida, procedente de la psicología superficial, que para la comprensión de los verdareros procesos, es decir, *metapsicológicamente* no aporta nada especial. Pero es fácil creer que al emplearla se dice algo sustancial".

Esta concepción de la patología psíquica se engarza y articula con su doctrina general del psiquismo, pues a diferencia de la gran mayoría de los modelos psicopatológicos el psicoanálisis propone una psicología patológica basada por entero en una psicología general. En efecto, toda vez que Freud reparó a propósito de la histeria en las diferencias entre la realidad objetiva y la realidad psíquica, formuló una concepción del aparato psíquico separado en dos instancias interconectadas, el sistema inconsciente y el sistema preconsciente-consciencia, a cuya

exposición y desarrollos dedicó los dos últimos capítulos de *La interpretación de los sueños* (1900). Ciertamente, aunque emplea allí la palabra "estructura" para referirse a los elementos del aparato psíquico, su sentido parece limitarse a la disposición topológica y arquitectónica. Desde el principio, dicha estructura tiene para Freud un carácter eminentemente funcional que se apoya en el concepto de "representación" (*Vorstellung*), el cual, también desde sus primeros bocetos, constituirá el eje de la formulación de los aspectos económico y dinámico de la primera tópica.

Un profundo cambio en esta concepción del aparato psíquico habría de producirse cuando Freud, siguiendo en estos desarrollos las sugerencias de su discípulo S. Ferenczi, atribuyó un nuevo valor teórico al Yo. Pasó éste de ser una de las formas de unidad del sujeto a convertirse en una de las instancias del aparato psíquico, precisamente aquella que procura y regula la relación del aparato psíquico con el mundo; además, el Yo es la instancia que provee al sujeto de una "imagen de sí".

De este modo, si se comparan las formulaciones teóricas del aparato psíquico anteriores a 1914 y las posteriores a 1923, se puede apreciar hasta qué punto esa concepción arquitectónica –en el sentido que Kant otorgó a este término cuando sostuvo que el conocimiento humano es arquitectónico– se transforma paulatinamente en una concepción más afín a la idea de sistema, especialmente con la enunciación de tres instancias psíquicas (Yo, Ello y Superyó), en las cuales quedarán redistribuidas las funciones anteriormente descritas en relación al inconsciente o al preconsciente-consciencia; no obstante, el concepto de "representación" permanecerá inmutable respecto a su formulación de 1900. De especial interés para el asunto que nos ocupa resultan las consecuencias de la elaboración teórica de esta segunda tópica, ya que la descripción de la distribución "regional" de cada una de esas tres instancias subraya la confrontación con las dos restantes; bien a las claras se aprecia aquí hasta qué punto la concepción freudiana se opone radicalmente a todas aquellas teorías psicológicas que abogan por una armonía del psiquismo, muchas veces argumentada mediante la noción de personalidad.

Al hilo de cuanto acaba de apuntarse, se descarta por completo la posible existencia de una manifestación ideal del funcionamiento del aparato psíquico y de cualquier tipo de funcionamiento impecable que pudiera asimilarse a la "normalidad" propuesta por la clínica médica. Así, al añadir el adjetivo "clínica" al término "estructura" recortaremos un campo semántico que nos permitirá describir las diversas formas de manifestaciones que adquiere el aparato psíquico en su funcionamiento y, por tanto, las posibles y diversas relaciones que adquieren entre sí los elementos que lo componen.

Prácticamente desde sus primeras contribuciones psicopatológicas, Freud asentó las diferentes manifestaciones del aparato psíquico en la idea de descompletitud; se evidencia ésta, por ejemplo, en la falta de adecuación entre el principio de placer y el principio de realidad. La noción central de la que se sirvió para definir dicha falta de correspondencia es la de "castración" (*Kastration*). Núcleo del complejo de Edipo, el complejo de castración fue descrito por Freud a partir de 1908 ("Sobre las teorías sexuales infantiles") en el curso de sus investigaciones sobre las teorías sexuales infantiles, en concreto sobre aquella que atribuye un pene a todos los seres (premisa universal del pene). Dado el inusitado valor que el niño atribuye al pene ("el órgano sexual autoerótico primordial") y dada también esa teoría infantil que hace de su existencia un universal, el complejo se instaura en el niño una vez que se ponen en juego dos factores determinantes: la amenaza de castración y la percepción de los órganos genitales femeninos. A decir de Freud, el complejo de castración constituye el último tiempo del complejo de Edipo en el niño, pues implica una renuncia a la sexualidad edípica e incestuosa para, a cambio, conservar tan preciado órgano. En esta lógica que se instaura según la máxima de "perder algo para así poder ganar otra cosa" radica precisamente la función de normalización procurada por el complejo de castración.

Común a ambos sexos, esto es, universal, el complejo de castración sigue en la niña un desarrollo distinto, ya que en lugar de ser su conclusión sirve éste de puerta de entrada al complejo de Edipo. La percepción por parte de la niña del órgano sexual masculino pone en marcha este complejo bajo la égida de la envidia del pene (*Penisneid*) y del resentimiento contra la madre. La función de normalización de este complejo en la niña se sitúa justamente en la posibilidad de minimización de esa envidia del pene, a fin de hallar así un equivalente simbólico concretado en el deseo de tener un hijo del padre; esta sustitución se acompaña también incluctablemente de un cambio en la elección de objeto: "La vida sexual de la mujer –escribió Freud en 'Sobre la sexualidad femenina' (1931)– se divide siempre en dos fases, la primera de las cuales es de carácter masculino, mientras que sólo la segunda es de carácter específicamente femenino. [...] El primer objeto amoroso del varón es la madre, debido a que es ella quien lo alimenta y lo cuida durante su crianza; sigue siendo su principal objeto hasta que es remplazado por otro, esencialmente similar o derivado de ella. También en la mujer la madre debe ser el primer objeto, pues las condiciones primarias de la elección de objeto son iguales en todos los niños. Al final del desarrollo de la niña, empero, es preciso que el hombre-padre se haya convertido en el nuevo objeto amoroso, es decir, que, a medida que cambia de sexo, la mujer debe cambiar también el sexo del objeto".

Imposible de ser por completo aceptada, la castración –a decir de Freud, "el mayor trauma en la vida del niño"– está íntimamente implicada en la constitu-

ción de las estructuras psicopatológicas. Siguiendo este desarrollo, y cada vez con más énfasis, Freud formuló tres modos específicos de los que se sirve el Yo para enfrentar la castración, tres modalidades lógicas que definirán las tres estructuras clínicas con las que el psicoanálisis ordena su nosografía y orienta su práctica: la castración existe o no existe, es decir, está representada o no está representada. Dicho de otro modo: el aparato psíquico reconoció la existencia de la castración (*Bejahung* o afirmación primordial denomina Freud a este acto de simbolización esencial en "La negación", 1925) o bien dicha representación quedó rechazada (*Verwerfung*) en el aparato psíquico, lo que determinará la estructura clínica de la psicosis; en el caso de que se llevara a cabo tal representación de la castración pueden suceder dos eventualidades: o bien ella es apartada de las representaciones conscientes mediante el mecanismo de la represión (*Verdrängung*), como sucede en la estructura neurótica, o bien el sujeto desmiente su realidad valiéndose del mecanismo de la renegación (*Verleugnung*), como es el caso en la estructura perversa.

La instauración de estos tres grandes mecanismos defensivos es en sí misma transfenomenológica. Sin embargo, su presencia puede aprehenderse a través de sus manifestaciones sintomatológicas o, en términos generales, de los fenómenos que ellas determinan. De una manera muy especial, los efectos causados por esos mecanismos genéricos se presentan al observador en aquellos momentos posteriores críticos en los que la organización psíquica se desequilibra, es decir, cuando fracasa el mecanismo defensivo genérico y sobreviene la reaparición o el retorno de los elementos (representaciones) antes reprimidos, rechazados o renegados. Dependiendo de la estructura que se trate, el proceso de retorno se llevará a cabo mediante mecanismos más específicos, como el desplazamiento, la condensación, la identificación, la conversión, la proyección, la alucinación, etc.

Desde su primer modelo psicopatológico Freud mostró la solidaridad entre los mecanismos que hemos llamado genéricos y la patogenia de los síntomas producidos. Así, por ejemplo, el fracaso de la represión neurótica y su consecuente retorno de lo reprimido (*Wiederkehr des Verdrängten*) formalizarán un tipo de síntomas (conversiones histéricas, compulsiones o representaciones obsesivas, fobias, etc.), especialmente a través de desplazamientos y condensaciones, que son experimentados por el sujeto como algo propio, perteneciente a su endofasia (fobia y neurosis obsesiva) o expresados simbólicamente a través del cuerpo (histeria de conversión). Bien distinta es la modalidad en la que se presentan al sujeto psicótico sus propias representaciones rechazadas, pues por constituir la *Verwerfung* (del verbo *verwerfen*: "rechazar, repudiar, desechar") un mecanismo de efectos tan radicales, éstas le retornan desde lo Real (alucinación, certeza delirante, fenómenos de automatismo mental, etc.); en este caso, el sujeto se siente

ineluctablemente concernido por esas representaciones que se le presentan, ya que ellas son precisamente sus propias representaciones no simbolizadas.

A este respecto, cabe evocar a título ilustrativo tres breves pasajes de Freud: "Existe un tipo de defensa –escribió en 'Las neuropsicosis de defensa' (1894)– mucho más enérgica y mucho más eficaz que consiste en que el Yo rechaza (*verwirft*) la representación intolerable, a la vez que su afecto, y se comporta como si la representación jamás hubiera llegado al Yo". "No era correcto decir –leemos en el ensayo sobre Paul Schreber (1911)– que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia fuera; más bien colegimos que lo cancelado adentro retorna desde fuera." "La tercera corriente –este pasaje comenta la alucinación del dedo meñique cortado en el caso del Hombre de los Lobos (1918)–, la más antigua y la más profunda, que había pura y simplemente rechazado (*verworfen*) la castración [...]. En otro lugar he comunicado una alucinación que dicho paciente tuvo a la edad de cinco años [...]"; y en otro pasaje del mismo texto: "Una represión es otra cosa bien distinta a un rechazo" ("*eine Verdrängung ist etwas anderes als eine Verwerfung*"). Éstas y también otras referencias, ciertamente dispersas en la obra de Freud, fueron articuladas por Lacan hasta confluir en su noción de *forclusion*.

Pero basten por el momento estas consideraciones para mostrar la cristalización de las estructuras clínicas freudianas y sus modalidades de funcionamiento característico. Ahora bien, si en estos últimos párrafos hemos subrayado especialmente la configuración de las estructuras clínicas a partir de los mecanismos defensivos genéricos –los cuales expresan de forma evidente la patogenia de los síntomas–, no conviene soslayar la otra vía de la indagación freudiana, paralela a ésta, según la cual las diferencias entre neurosis, psicosis y perversión pueden asimismo despejarse a partir de la teoría de la libido. Advirtamos igualmente que estas tres grandes estructuras presentan a su vez distintas variedades o tipos clínicos: la histeria, la neurosis obsesiva y la fobia componen las variantes nosográficas o formas clínicas de la neurosis; la paranoia, la esquizofrenia y la psicosis melancólica y maníaca conforman las de la psicosis; finalmente, la perversión suele subdividirse atendiendo al fin y al objeto. Cada una de estas formas clínicas comparte con las de su misma estructura el mecanismo defensivo genérico (etiología), aunque difiere parcialmente en el resto de mecanismos particulares y, por tanto, en la patogenia característica de cada grupo de síntomas; coinciden igualmente en la modalidad de retorno de eso de lo que el sujeto se defiende, así como en la forma subjetiva de experimentarlo (xenopática en el caso de la psicosis y endofásica en la neurosis y perversión).

Sumidos como estamos en una época de atomización imparable de la nosografía, puede sorprender al lector novel la discreta y reducida nosografía propuesta

por Freud. Ciertamente, su clasicismo taxonómico conserva la terminología descriptiva de la psicopatología de su tiempo, pero introduce en ella una reordenación decisiva. Pues más allá de la mera descripción de los fenómenos –tarea ésta en la que se prodigó la psicopatología clásica–, Freud logró filtrarlos todos ellos a través de la transferencia, confiriéndoles así un valor nuevo que le conduciría a despejar ese esqueleto mínimo o matriz invariable que demarca las distintas posiciones subjetivas. De ese modo, los tipos descriptivos pergeñados por sus coetáneos y predecesores fueron por él transformados en estructuras psicopatológicas. Tal fue también la posición de Lacan respecto al asunto aquí tratado. Pero el clasicismo por el que uno y otro apostaron no orilló en modo alguno las nuevas formas sintomáticas que se suscitan en el devenir histórico; por el contrario, esos nuevos malestares fueron incorporados y explicados en referencia a los elementos invariables que componen las estructuras clínicas en el contexto de la cura analítica.

46.3. La noción de estructura y sus consecuencias en la doctrina elaborada por Lacan

A diferencia de Freud, ciertamente, el término "estructura" está presente en la obra de Lacan de principio a fin y alcanza en ella un tratamiento sistemático. No hace muchos años aún, su nombre acompañaba al de otros compatriotas suyos (Lévi-Strauss, Foucault, Barthes y Althusser) en las monografías al uso dedicadas al movimiento estructuralista. Sin embargo, la vinculación a ese movimiento merece un buen número de consideraciones, ya que su concepción de la estructura no deja de evidenciar aspectos muy particulares, principalmente el que atañe a la articulación del sujeto y la estructura; en efecto, la estructura del lenguaje preexiste al sujeto y lo determina. Por esta razón examinaremos en este epígrafe el marco, las referencias y las concepciones de esa noción a lo largo de su obra, en especial las que atañen al lenguaje.

Las primeras menciones de la noción que motiva ahora nuestro interés datan de los años treinta, período en el que Lacan la empleaba ocasionalmente para referir, a grandes rasgos, la trama de relaciones afectivas que se despliegan entre los miembros de la familia. Asimismo, podemos hallar la idea de estructura, tal como aparece en la segunda tópica, en la investigación sobre el "estadio del espejo": partiendo de datos biológicos y de la teoría freudiana, Lacan describe el desarrollo del Yo destacando la importancia del deseo del Otro en la construcción del Yo como "imagen de sí"; de este modo, el "Yo ideal" y el "ideal del Yo" quedarán incluidos entre los elementos de la "estructura psíquica".

Más tarde, en los años cincuenta, esto es, en la etapa que profundiza y encumbra el registro Simbólico, Lacan comienza a desplegar su particular lectura de Freud y elabora una doctrina psicoanalítica siguiendo muy de cerca el modelo de la lingüística saussureana. Surge en este contexto la asociación consustancial entre la estructura y el lenguaje, la cual le servirá para enunciar una de sus máximas más célebres: el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Es así como la estructura es definida esencialmente por la articulación de los significantes, articulación condicionada, a su vez, por la castración en los significantes. Se recupera aquí básicamente un modelo epistemológico arraigado en el concepto de "sistema" –equivalente a "estructura"– ideado por Ferdinand de Saussure en su *Curso de lingüística general* a fin de enfatizar que "*en la lengua no hay más que diferencias*. [...] En la lengua, como en todo sistema semiológico, lo que distingue a un signo es todo lo que lo constituye. La diferencia es lo que hace la característica, como hace el valor y la unidad".

De esta consideración se desprende que los elementos que componen la estructura o sistema no poseen propiedades intrínsecas, es decir, que esos elementos no están dotados de una esencia o sustancia característica e inmanente, sino que sus propiedades son extrínsecas y dependen del lugar que ocupen en la trama de relaciones respecto a otros elementos. La idea que Saussure transmitió se aprecia de una manera diáfana en la comparación que el propio autor estableció entre el juego de la lengua y una partida de ajedrez. Bien claro queda ahí que no importa el material con que hayan sido fabricadas las piezas, sino su número ("pero si disminuyo o aumento el número de las piezas, tal cambio afecta profundamente a la 'gramática' del juego") y su valor, ya que "en los sistemas semiológicos, como la lengua, donde los elementos se mantienen recíprocamente en equilibrio según reglas determinadas, la noción de identidad se confunde con la de valor y recíprocamente".

Evidentemente, el "valor respectivo de las piezas depende de su posición en el tablero, del mismo modo que en la lengua cada término tiene valor por su oposición con todos los otros términos"; asimismo, esos valores están sometidos a una convención inmutable, la regla de juego, pero el sistema nunca es más que momentáneo, ya que varía de posición a posición; finalmente, para pasar de un equilibrio a otro –de una sincronía a otra– basta el movimiento en un solo trebejo, el cual tiene una repercusión instantánea en todo el sistema. Únicamente hay un aspecto en el que la feliz comparación cojea, pues parece evidente que el jugador tiene la intención de ejecutar un movimiento y modificar el sistema, mientras que la lengua no premedita nada: "Para que la partida de ajedrez se pareciera en todo a la lengua –concluye Saussure–, sería necesario suponer un jugador inconsciente o ininteligente".

Sabido es que la lingüística estructural de Saussure alcanzó desarrollos notables en el binarismo fonológico propuesto por Roman Jakobson. Pero la extensión a otras ciencias humanas de esta nueva actitud epistemológica –esa que rehusaba describir las propiedades de los objetos favoreciendo, por el contrario, la investigación de las leyes que rigen las relaciones de los elementos que pertenecen a un mismo grupo– habría de llegar con las investigaciones del antropólogo Claude Lévi-Strauss. A pesar de que Lacan se mostró bastante renuente a ser incluido entre los estructuralistas, el pensamiento de Saussure, Jakobson y Lévi-Strauss influyó poderosamente en sus desarrollos teóricos elaborados en los años cincuenta.

Valiéndose fundamentalmente de estas referencias pero incorporando ya ciertos rudimentos de los modelos matemáticos, Lacan propuso en el curso de su seminario *Las psicosis* (1955-1956) la siguiente definición: "La estructura es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante. Dije un *conjunto*, no dije una *totalidad*. En efecto, la noción de estructura es analítica. La estructura siempre se establece mediante la referencia de algo que es coherente a alguna cosa, que le es complementaria. [...] Interesarse por la estructura es no poder descuidar el significante. [...] Lo que más nos satisface en un análisis estructural es lograr despejar el significante de la manera más radical posible". Es así como la estructura del lenguaje y el sujeto hablante se conjugan y ayuntan de una manera consustancial, ya que ese sujeto del que nos ocupamos está indefectiblemente capturado por el lenguaje que lo antecede y permanece sometido al gobierno de la lógica del significante y del orden simbólico. Dicha estructura es la que permite explicar también la captura del cuerpo viviente por lo Simbólico, esa matriz última en la que se articulan el sujeto, el Otro y el objeto, ese medio en el que se engranan lenguaje y goce y donde se asienta el anudamiento de los tres registros de la experiencia: Real, Imaginario y Simbólico.

Fue en esta década de 1950 cuando Lacan comenzó a desarrollar su álgebra por medio de "esquemas" y diagramas, formalizando así algunos de los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica: el esquema *L* –introducido en su primera versión en 1955– y sus variantes *R* e *I*, el esquema óptico, el grafo del deseo, los dos esquemas de Sade; estos esquemas y grafos constituyen la base de los desarrollos topológicos que, a partir de los años setenta, centraron la investigación lacaniana.

La concepción de la estructura del sujeto a partir de la tesis "el inconsciente está estructurado como un lenguaje" permite, sin duda, muchos desarrollos. Uno de ellos consiste en considerar que lo más íntimo del sujeto es exterior a él mismo, es decir, "ex-céntrico", razón por la cual Lacan usa a menudo el neologismo *ex-sistence* ("ex-sistencia") en su seminario *RSI* (1974-1975) e incluso *extimité*

("extimidad"): "A fin de cuentas, si partimos de lo que describimos como ese lugar central, esta exterioridad íntima, esta extimidad [...]", tal como desarrolló en *La ética del psicoanálisis* (1959-1960). A partir de estas esquematizaciones de la estructura del sujeto pueden definirse dos "extimidades": la del Otro, que determinará al sujeto mediante los "significantes amo", y el propio efecto significante en tanto que exterior al discurso con el que el sujeto se dice a sí mismo como "ex-sistiendo". Basándose en esta noción de "extimidad", sostiene Lacan que el vector que orienta toda la estructura es el deseo, el cual remite al sujeto a lo Real de la experiencia primera de satisfacción. Permanentemente tratará el sujeto neurótico de reproducirla en los encuentros con aquellos objetos a los que atribuya la capacidad de representar ese objeto primordial. En el caso del sujeto psicótico, éstos se convierten en perseguidores toda vez que lo Real se le hace presente de forma masiva, pues por faltarle la representación de la castración no puede por menos que encontrárselos en la realidad.

Con el paso de los años, como ya se ha apuntado, la inspiración que Lacan había hallado en la lingüística y en la antropología estructuralistas se desplazaría paulatinamente hacia referencias matemáticas, especialmente la teoría de conjuntos y más aún la topología. Esta última rama de la matemática, de la que también Freud se valió para proponer algunas metáforas del aparato psíquico, atrajo poderosamente la atención de Lacan por cuanto los modelos que ella proporciona permiten soslayar la siempre equívoca "captura imaginaria" y desvelar sin ocultación lo Simbólico; más aún, en su consideración, como afirmó en *L'Étourdit* (*El Atolondradicho*, 1973), la topología no es meramente una metáfora con la que puede expresarse la estructura, sino la estructura misma. Por tanto, contrariamente a lo que a veces se lee, la aplicación de la topología a la clínica dista mucho de constituir un estéril *aggiornamento*. La topología "es la estructura de la clínica –escribió en 1989 P. Skriabine–, es la estructura de la experiencia analítica, porque es válida para todo ser hablante".

Tales fueron, *grosso modo*, los modelos referenciales que inspiraron el abundante y recurrente empleo de la noción "estructura" a lo largo de su obra. De forma sintética, esa noción se refiere habitualmente al Otro –estructura del Otro y, en consecuencia, apunta a las defensas suscitadas respecto al Otro– y se opone, por tanto, a cuantos desarrollos se han elaborado de la estructura del Yo, de la personalidad, etc.; en este sentido, la perspectiva lacaniana se muestra en este punto muy próxima a la concepción elaborada por John Bowlby en su trilogía *Attachment and loss*. Así y todo, Lacan se valió de la *structure* para definir un buen número de los conceptos que componen su doctrina.

Sin ánimo de presentar un listado exhaustivo, reseñaremos algunos de sus usos más habituales. En relación con la sociedad: "Las estructuras de la sociedad son

simbólicas" (1950); respecto al Yo y al sujeto: "El Yo (*moi*) tiene una estructura imaginaria" (1946), "La estructura del sujeto está dividida" (1966); a propósito del fantasma y del síntoma: "El fantasma es una frase, dotada de una estructura gramatical que implica que ahí se articula una lógica" (1966-1967), "El síntoma tiene estructura significante" (1955); la articulación del lenguaje, el inconsciente y la estructura es sintetizada en los siguientes enunciados: "El inconsciente tiene la estructura radical del lenguaje" (1958), "El inconsciente tiene la estructura del discurso" (1960) o, también, "El hombre no piensa con su alma, como imagina el filósofo. Piensa porque una estructura, la del lenguaje, la palabra, lo implica; una estructura recorta su cuerpo y nada tiene que ver con la anatomía" (1970) y "La estructura es lo real que sale a relucir en el lenguaje" (1972); en referencia a la verdad y al saber: "Toda verdad tiene una estructura de ficción" (1960), "Existe un saber estructurado como un lenguaje" (1970); en alusión al cuerpo: "El cuerpo no está afectado sino por la estructura" (1973); finalmente, al considerar la clínica psicoanalítica: "Una estructura constituye la praxis que se llama el psicoanálisis" (1960).

La importancia de la noción *structure* en la obra lacaniana y sus notables consecuencias fueron glosadas con excelencia por J. A. Miller en su artículo "S'truc dure" (1985), cuyas coordenadas más sobresalientes apuntamos a continuación. Se centra sobre todo Miller en la estructura del lenguaje y advierte de entrada que el estructuralismo es ante todo un anti-sustancialismo, apoyándose así en la máxima de Saussure según la cual en la lengua no hay más que diferencias. A partir de este enunciado puede deducirse con coherencia un buen número de los desarrollos elaborados por Lacan: la estructura en cadena de los significantes, según la cual un significante remite siempre a otro significante; la definición de los elementos de la estructura en función de sus relaciones con los otros, lo que supone la existencia de un conjunto o "tesoro de los significantes"; la función del gran Otro, pues la definición del Uno está fuera de sí mismo y depende de Otro; la problemática de las identificaciones, dado que cada elemento tiene su identidad fuera de sí mismo; el privilegio de las relaciones que introduce el análisis estructuralista implica asimismo una tópica, en la medida en que sus propiedades dependen de los lugares que ocupen en la red de relaciones; la concepción del inconsciente queda también afectada, pues antes que un inconsciente sustancial o un reservorio de imágenes se trata de enfatizar su vacuidad y con ello que su realidad depende de leyes estructurales o del lenguaje (el lenguaje es la condición del inconsciente); los tres registros Imaginario, Simbólico y Real son igualmente deducibles de la hipótesis inicial.

Por último, advierte Miller que, a diferencia de los estructuralistas, Lacan incluye el sujeto en la hipótesis estructuralista, un sujeto que puede reconocerse

en la cadena significante precisamente en los intervalos y discontinuidades de esa cadena, en esos momentos en los que el Yo es traicionado por la irrupción de una verdad inesperada, como muestra paradigmáticamente el lapsus: "Entonces, lo que diferencia decididamente la estructura de Lacan de la de los estructuralistas es que para él la estructura no es una construcción. En tanto la estructura es la del lenguaje, preexiste a cada uno, a cada nacimiento de aquellos que van a tener que hablar; preexiste y, en tanto tal, es causa, es decir, que tiene efectos". Al margen de la estructura del lenguaje, no obstante, se sitúa el objeto *a*, ese objeto inalcanzable por definición que constituye la causa del deseo.

46.4. Las estructuras clínicas según Lacan

Tras esta sumaria exposición de la concepción lacaniana de la estructura –especialmente la relativa al lenguaje– y de sus consecuencias doctrinales, procederemos ahora a acotar y perfilar las estructuras clínicas. Así como la estructura del lenguaje no se construye sino que preexiste al sujeto, las estructuras clínicas, por el contrario, son construcciones o modalidades de acomodación del sujeto a esa estructura del lenguaje previa al nacimiento, ese lugar que el sujeto ya tiene antes de nacer en tanto se habla de él, se le nombra y moviliza ciertos deseos en los padres.

Como se mostrará con mayor detalle a lo largo de este apartado y del siguiente, en la concepción elaborada por Lacan se puede apreciar inicialmente un intento de aprehender la estructura clínica en términos de lenguaje, especialmente en sus seminarios *La relación de objeto* (1956-1957) y *Las formaciones del inconsciente* (1957-1958). Pero este proyecto se modificará en los años setenta con la investigación topológica, principalmente la del nudo borromeo, produciéndose de este modo el paso de una primera clínica más genérica –esa clínica del Nombre-del-Padre que acentuaba, por ejemplo, una diferencia taxativa entre neurosis y psicosis– a otra más particular y matizada –la nueva clínica borromea que resalta los modos particulares de gozar y de relacionarse con el lenguaje–. Este paso de una clínica a otra implica, en efecto, una transformación ampliada de la noción de estructura, pues si inicialmente ésta era concebida como la relación de un significante con otro (S_1–S_2), posteriormente Lacan habría de incorporar además en ella los significantes sujeto ($) y goce (*a*); estos cuatro signos algebraicos (S_1, el significante amo; S_2, el saber; $, el sujeto; *a*, el plus de goce) constituyen el fundamento de su noción de "discurso" (*discours*).

Al hilo de cuanto ya se ha apuntado anteriormente, todo análisis de la estructura tiende a despejar las funciones ineludibles y los elementos que la constituyen, estableciendo así sus relaciones fijas e invariables. Tal es el proceder que habrá

de guiarnos a la hora de aplicar este tipo de análisis a la clínica mental. Al igual que Freud y otros psicoanalistas, Lacan considera que existen tres estructuras clínicas perfectamente diferenciadas; esas tres estructuras (neurosis, psicosis y perversión) corresponden, *grosso modo*, a eso que en otras orientaciones psicopatológicas se denominan categorías nosográficas. Pero el simple hecho de ser consideradas estructuras introduce, de entrada, dos diferencias sustanciales respecto a ese tipo de enfoques: se trata, en primer lugar, de algo más que agrupaciones de síntomas (síndromes) que se renuevan según convenga a las ideologías que sustentan el pensamiento psicopatológico y, en segundo lugar, esas estructuras son estables y excluyentes entre sí, es decir, que un sujeto histérico, por más que se disocie, siempre será considerado neurótico y un sujeto psicótico por más estabilizado que esté –a veces a través de síntomas aparentemente obsesivos o fóbicos– nunca dejará de ser estructuralmente psicótico.

Cada una de esas tres estructuras clínicas –Lacan las denomina a veces "estructuras psicopatológicas"– articula y conjuga una perspectiva general y otra particular. La perspectiva general, ciertamente, permite aprehender los elementos comunes y sus modalidades estables de configuración, emparentando de esta forma a cuantos sujetos compartan esa misma matriz invariable; la perspectiva particular, por su parte, enfatiza las variaciones subjetivas, la singularidad de cada caso, sin que ello contradiga la referencia general de la estructura en la que cada caso está inscrito. De este modo, la clínica psicoanalítica, frecuentemente descrita como una clínica del "caso por caso", supone un continuo movimiento dialéctico que va de lo particular a lo universal y viceversa.

Uno de los debates más habituales entre clínicos es ese que trata de despejar las relaciones entre la estructura y los fenómenos clínicos. Tienden algunos a establecer una discontinuidad entre una y otros, amparándose en la idea según la cual la estructura es profunda y los fenómenos, superficiales; otros, por el contrario, consideran su solidaridad, esto es, la continuidad de la estructura y los fenómenos. Formulado con otros términos, el debate en cuestión ha azuzado no pocas controversias en la historia de la filosofía, cuyos extremos pueden hallarse en las posiciones del fenomenismo (todas las realidades son fenómenos; no hay realidades "en sí" más allá de los fenómenos y, de haberlas, son incognoscibles) frente a la antigua doctrina de Parménides (sólo hay "en sí"). Sobre este particular, Lacan se muestra receloso de la fenomenología y estima que no se puede hablar con propiedad de fenómenos directamente observables, pues ellos están siempre e ineluctablemente filtrados por una teoría previa. Empero, eso no quiere decir que se incline a separar la estructura de los fenómenos, ya que ambos se arraigan en el campo de la experiencia. A propósito de esta problemática, afirmó en su seminario *Las psicosis* (1955-1956): "La estructura aparece en lo que se puede lla-

mar, en sentido propio, el fenómeno. Sería sorprendente que algo de la estructura no apareciese en el modo en que, por ejemplo, el delirio se presenta. Pero la confianza que tenemos en el análisis del fenómeno es totalmente diferente a la que concede el punto de vista fenomenológico, que se dedica a ver en él lo que subsiste de la realidad en sí".

Un buen ejemplo de la continuidad entre la estructura y los fenómenos podrá hallarse en los llamados "fenómenos elementales" de la psicosis, como ya hemos mostrado con cierto detalle en el capítulo 9: un déficit simbólico (falla del Nombre-del-Padre), esto es, un desequilibro de la estructura, produce la desconexión en lo Simbólico de ciertos significantes que retornan al sujeto en lo Real; así pues, son fenómenos de intersección entre lo Simbólico y lo Real sin mediación alguna de lo Imaginario. Bien a las claras se puede aquí apreciar la conexión del fenómeno y la estructura, ya que el déficit simbólico provoca necesariamente un desorden imaginario y un estrago del goce; sólo a través de los fenómenos que se suscitan podemos percatarnos del desequilibrio que afecta a la estructura misma.

Lejos de ser, por tanto, entes abstractos y alejados de la experiencia, las estructuras clínicas constituyen los tipos o configuraciones psicopatológicas estables que conjugan tanto los síntomas como la personalidad del sujeto, esto es, determinado movimiento invariable que se aprecia en los comportamientos, en los actos y en las relaciones del sujeto con el Otro y los otros. A propósito de la neurosis, en el seminario *Las formaciones del inconsciente* (1957-1958) propuso Lacan el siguiente argumento: "La neurosis no es idéntica a un objeto, no es una especie de parásito extraño a la personalidad del sujeto, es una estructura analítica que está en sus actos y en su conducta. El progreso de nuestra concepción de la neurosis nos ha mostrado que no está hecha únicamente de síntomas susceptibles de ser descompuestos en sus elementos significantes y en los efectos de significado de dichos significantes, sino que toda la personalidad del sujeto lleva la marca de esas relaciones estructurales".

Junto con los debates relativos a la posible articulación entre la estructura y los fenómenos, cabe también apuntar aquellos otros que se han promovido respecto a la trabazón existente entre la estructura (sincronía) y el desarrollo (diacronía). Antes que evidenciar relaciones excluyentes, el punto de vista estructural –dominante en la orientación lacaniana– no orilla en absoluto la perspectiva del desarrollo; en buena medida, uno y otro pueden complementarse. En este sentido se pronunció recientemente J. A. Miller (*Estructura, desarrollo e historia*, 1999): el enfoque que privilegia la estructura "destaca la articulación, un orden, un sistema, mientras que la perspectiva del desarrollo considera siempre la mezcla de elementos provenientes de experiencias y lugares distintos". Evidentemente, el psicoanálisis no se inclina a favor de las estructuras inmutables, eternizadas

y estáticas; por el contrario, advierte en ellas ciertas transformaciones y movimientos, aunque limita y reduce sus posibilidades.

Al hilo de estos argumentos, elaborados y desarrollados especialmente en el período de mayor esplendor de lo Simbólico, bien puede afirmarse que la neurosis, la psicosis y la perversión definen tres posiciones subjetivas en relación al Otro, especialmente en relación al deseo del Otro. Esencia del hombre –en esto Lacan se inspiró en Spinoza–, el deseo inconsciente antes que relacionado con un objeto lo está con una falta: es deseo de deseo. Por tratarse del ser hablante inscrito y sometido al lenguaje, el sujeto está inexcusablemente abocado a pedir y demandar para satisfacer así provisionalmente sus necesidades. Pero sean las que sean, esas demandas pasan necesariamente por el Otro (la madre, en este caso, el primer Otro a quien se dirige la demanda): "El deseo –escribió Lacan en "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien" (1960)– se esboza en ese margen en que la demanda se separa de la necesidad: margen que es el que la demanda, cuyo llamado no puede ser incondicional sino dirigido al Otro, abre bajo la forma de la falla posible que puede aportarle la necesidad, por no tener satisfacción universal (lo que suele llamarse: angustia)".

El deseo del sujeto se localiza y se halla primero en la existencia del deseo del Otro, pues más allá de lo que el sujeto demanda y más allá también de lo que el Otro demanda al sujeto, siempre se encuentra necesariamente la presencia y la dimensión de lo que el Otro desea. Así, en el seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964) Lacan desarrolló la fórmula "El deseo humano es el deseo del Otro", la cual se presta a un buen número de lecturas, entre otras: el deseo de ser objeto de un deseo de otro y el deseo de ser reconocido por el Otro; el objeto del deseo es esencialmente un objeto que otro desea; el deseo incestuoso que apunta al Otro materno; el deseo metonímico siempre de otra cosa; la constitución del deseo en el Otro, en este caso en el inconsciente. Esta relación del sujeto (niño) con el deseo del Otro (madre) se despliega y articula en el complejo de Edipo y en el complejo de castración, cuyos efectos de normalización mayores o menores determinarán la inscripción del sujeto en su correspondiente estructura clínica y le permitirán adoptar una posición sexual de hombre o mujer.

A diferencia de Freud, Lacan propone un exhaustivo análisis del complejo de Edipo a lo largo de tres tiempos lógicos: un primer tiempo caracterizado por el triángulo imaginario de la madre, el niño y el falo; un segundo tiempo en el que interviene el padre imaginario para imponer la ley al deseo de la madre, negándole así su acceso al objeto fálico y prohibiéndole también al sujeto su acceso a la madre; un tercer tiempo, finalmente, marcado por la intervención del padre real, poseedor del falo, que libera al niño mediante la castración de esa tarea imposible de ser el falo y le permite el despliegue de las identificaciones y la formación

del Superyó. Así entendido, el complejo de Edipo constituye un proceso de simbolización estructurado como una metáfora ("metáfora paterna") o sustitución del "Deseo de la Madre" por el "Nombre-del-Padre" que posibilita el acceso a la significación fálica para ambos sexos: "La función del padre –leemos en *Las formaciones del inconsciente* (1957-1958)– en el complejo de Edipo es la de ser un significante que sustituye al primer significante introducido en la simbolización, el significante materno. De acuerdo con la fórmula que, como les expliqué un día, es la de la metáfora, el padre ocupa el lugar de la madre, S en lugar de S', siendo S' la madre en cuanto vinculada ya con algo que era *x*, es decir, el significado en relación con la madre".

También resalta Lacan –al igual que lo había hecho Freud– los efectos de normalización del complejo de Edipo y, especialmente, de la asunción de la castración simbólica por parte del sujeto, ya que es esa asunción de la falta, esa renuncia al falo, la que crea el deseo. Sin embargo, la relación del sujeto con su propia castración y con la castración del Otro no deja, ni en el mejor de los casos, de ser problemática y dista mucho de alcanzar un ideal de normalidad. Es en este punto crítico donde se cristalizan las tres posiciones fundamentales que conforman las estructuras clínicas. Todas ellas son defensas diferenciadas frente a la castración: represión (*refoulement*) de la representación de la castración en la neurosis, desmentido (*déni, démenti*) o renegación en la perversión y forclusión (*forclusion*) en la psicosis.

Sobre este particular, como puede apreciarse, Lacan se vale de los mismos mecanismos genéricos descritos por Freud (*Verdrängung, Verleugnung, Verwerfung*), si bien los dota de un rigor teórico del que adolecían y los generaliza al conjunto de las formas o tipos clínicos que componen cada una de las estructuras. En efecto, si en la obra freudiana la represión (*Verdrängung*) había sido verificada en todas las formas clínicas de la estructura neurótica (histeria, neurosis obsesiva y fobia), la renegación (*Verleugnung*) perversa había sido examinada especialmente a partir del fetichismo y, de igual modo, el rechazo (*Verwerfung*) de la psicosis se circunscribía casi exclusivamente a la paranoia. Por estas razones se puede afirmar que la investigación de Lacan promueve una extensión de los mecanismos genéricos a todas la variedades nosográficas incluidas en cada estructura clínica, señalando además las distintas modalidades de transferencia que ellas imprimen.

De una manera general se puede sostener que las categorías nosográficas que incluyen las estructuras desarrolladas por Lacan son las mismas que las inicialmente descritas por Freud. Pero es preciso introducir aquí algunas puntualizaciones, de las que ya nos hemos hecho cumplido eco en la Parte II cuando se han descrito los modelos psicopatológicos lacanianos y se han puesto en relación con los grandes elementos de la estructura subjetiva: deseo, castración, síntoma, fan-

tasma, objeto *a*, acto, verdad, saber y goce. Dichas puntualizaciones afectan especialmente a la psicosis y la neurosis: en el caso de la primera, por sentar las bases para una investigación de las psicosis infantiles; en el caso de la segunda, por modificar el estatuto nosográfico de la fobia y promover una generalización de la histeria.

Ciertamente, en relación a la estructura psicótica, Lacan había desatendido la investigación de las psicosis infantiles en sus dos grandes textos *ad hoc*, el seminario *Las psicosis* (1955-1956) y el escrito correlativo "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958). No obstante, pocos años después, en el seminario sobre los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964), examinó las psicosis infantiles desde la perspectiva de la articulación del sujeto y el fantasma; asimismo, en las dos cartas dirigidas a J. Aubry propuso situar al niño en relación al síntoma de la familia o al fantasma de la madre. Estas indicaciones servirían a sus alumnos para salir de la relativa confusión que reinaba en el ámbito de la clínica infantil y orientar las investigaciones que, a la postre, habrían de guiar su práctica con niños psicóticos.

En el ámbito de la neurosis las novedades conciernen fundamentalmente a la histeria y la fobia. Respecto a esta última, tanto puede leerse en los textos de Lacan que ella no es más que un síntoma, es decir, que las variedades de neurosis son exclusivamente dos (histeria y obsesión), como que la fobia es la neurosis más "simple" y la más "radical". Esta vacilación fue finalmente aclarada en el transcurso de su seminario *De un Otro al otro* (1968-1969): "No se puede ver allí [en la fobia] una entidad clínica, sino más bien una plataforma giratoria, algo que es preciso dilucidar en sus relaciones con aquello hacia lo que generalmente tiende a virar, a saber, los dos grandes órdenes de la neurosis: la histeria y la neurosis obsesiva; pero también con el empalme que establece con la estructura de la perversión".

La histeria, por su parte, será finalmente elevada al rango de uno de los cuatro discursos ("el discurso histérico") que identifican los lazos sociales. La histérica se presenta ahí como sujeto dividido por el síntoma, produce un saber y suscita el significante amo en el otro: "Ella quiere un amo –argumenta Lacan en *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970)–. [...] Quiere que el otro sea un amo que sepa muchas cosas. Pero que no sepa las suficientes como para que no se crea que ella es el premio supremo de todo su saber, es decir, que quiere un amo sobre el que pueda reinar: ella reina y él no gobierna". Esta generalización de la histeria a través de la formulación del discurso histérico se muestra de forma ejemplar en la "histerización" a la que sucumbe la mayoría de los sujetos al inicio de un psicoanálisis.

A pesar de los muchos y permanentes desarrollos psicopatológicos elaborados por Lacan, su discreta nosografía (neurosis, psicosis y perversión) permane-

cerá hasta el final de su obra, incluso después de la invención del objeto *a*, de la formulación de los cuatro discursos, de la topología de nudo borromeo y de la última teoría del *sinthome*. A este respecto basten las dos siguientes referencias: en el seminario *RSI* (1974-1975) mantiene la oposición entre neurosis (el sujeto neurótico cree en su síntoma) y psicosis (el sujeto psicótico se cree su síntoma): "La diferencia es, empero, manifiesta entre creer en el síntoma y creérselo. Es lo que constituye la diferencia entre neurosis y psicosis. En la psicosis, las 'voces', todo está ahí: ellos creen en eso; no solamente ellos creen en eso, sino que se *las* creen". Y lo mismo en la conferencia pronunciada el 24 de noviembre de 1975 en la Yale University: "No pienso que se pueda decir realmente que los neuróticos son enfermos mentales. [...] Afortunadamente, no son psicóticos".

Resulta evidente, no obstante, que con las aportaciones entresacadas de la topología borromea se introduce una mayor precisión en materia de clínica diferencial y se tornan mucho más accesibles al entendimiento las distintas posibilidades de suplencias, esto es, los diversos modos de mantener anudados los tres registros R, S, I. Esta última perspectiva –como señalábamos en las primeras páginas de esta Parte V– tiende a enfatizar la dimensión más particular de cada sujeto, aquí tomado uno por uno, y aproximarse a una concepción más nominalista centrada en la modalidad singular que tiene cada sujeto de gozar de su *sinthome*. Tal es el punto de vista recientemente planteado por J. A. Miller (*Los inclasificables de la clínica psicoanalítica,* 1999) cuando afirma: "En la clínica hay un momento nominalista, es ese en el que recibimos al paciente en su singularidad, sin compararlo con nadie, como lo inclasificable por excelencia. Pero hay un segundo momento, el momento estructuralista, en el que lo referimos a tipos de síntomas y a la existencia de la estructura".

A modo de conclusión resumiremos, finalmente, los dos aspectos más sobresalientes que dimanan de esta concepción estructural de la psicopatología. Se trata para el clínico, en primer lugar, de atender a los procesos psíquicos inconscientes y procurar perfilar los mecanismos que se ponen en juego en las manifestaciones clínicas. La escucha está así dirigida a la enunciación antes que al enunciado, pues más que en los dichos o contenidos, la estructura del sujeto se localiza en su decir; es ahí donde se hallará la guía para establecer un diagnóstico estructural. Tal es la relación consustancial que une el lenguaje y el inconsciente, y que hace del ser hablante (*parlêtre*) un sujeto dividido en el que sus síntomas, por estar estructurados como un lenguaje, pueden ser resueltos "en un análisis del lenguaje". Pero, a diferencia de otras muchas orientaciones, el psicoanálisis implica al sujeto en el desorden del que se queja y revela los modos de goce articulados en el síntoma.

En segundo lugar, sólo una concepción de este tipo permite aprehender ciertas reestructuraciones aparentemente asintomáticas, ciertos equilibrios sobreve-

nidos en el desequilibrio, como sucede en las formas de psicosis no desencadenadas o en aquellas que traslucen alguna forma de suplencia más efectiva, incluso, que la procurada por muchos tratamientos. Mas tan notables aportaciones no se restringen únicamente al diagnóstico, sino que constituyen por sí mismas una orientación efectiva para la dirección de la cura.

46.5. Las estructuras psicopatológicas frente a la taxonomía del *DSM-IV:* a propósito de las psicosis no desencadenadas y de las suplencias

Parece coherente colegir que la atención a las estructuras psicopatológicas organiza un espectro nosográfico bien distinto al procurado por las taxonomías basadas en la mera descripción y ordenación de los síntomas, máxime cuando éstos son considerados tales únicamente por el observador, es decir, sin contar con el sujeto ahí implicado y fuera de toda clínica bajo transferencia. Estas diferencias son tanto más patentes en aquellas formas de psicosis que no presentan, quizá por el momento, las manifestaciones clínicas que de ellas cabría esperar si nos dejamos guiar por la psicopatología descriptiva, aunque sí evidencian fenómenos elementales, o también en aquellos otros casos de psicosis que han logrado suplir mediante alguna forma de estabilización el déficit que habitualmente se les atribuye.

Pues bien, las permanentes investigaciones desarrolladas por Lacan sobre esta materia se conducen precisamente en esta dirección, ya que, *grosso modo,* ellas partieron y se consolidaron en relación a las formas de psicosis más francas hasta adentrarse en aquellas otras menos evidentes desde el punto de vista de sus manifestaciones. Tal es el recorrido que puede advertirse en los análisis desplegados a propósito de Marguerite J. Anzieu (Aimée), Paul Schreber y, finalmente, James Joyce. Pero este tránsito de lo aparente a lo inaparente no puede separase de los cambios sobrevenidos en su teoría, los cuales afectan especialmente a la concepción del Otro, a la invención del objeto *a*, al goce y "lalengua" en tanto previos a la estructura del lenguaje, a la generalización de la forclusión y a las posibles formas de anudamiento borromeo R, S, I.

A fin de mostrar especialmente algunos de los diversos modos de estabilización posibles en la psicosis, evocaremos ahora estos tres casos paradigmáticos; ellos nos servirán también para situar un hecho clínico, el de las formas de psicosis no desencadenadas, que sólo es posible reconocer si se abordan desde una perspectiva estructural. En su tesis de Medicina, defendida en 1932, Lacan presentó el análisis psicopatológico de una mujer paranoica a la que había conocido en el asilo de Sainte-Anne en junio de 1931. Conocida con el sobrenombre de

Aimée (Amada), esa mujer de treinta y ocho años acababa de salir de la cárcel de mujeres de Saint-Lazare, donde había estado recluida los dos últimos meses por el intento de asesinato de una célebre actriz de la escena francesa. Ya llevaba diez años loca cuando había realizado su premeditado paso al acto. La primera sorpresa de Lacan al encontrarse con la perseguida Aimée fue que su delirio se había derrumbado. Embargada por la tristeza, únicamente se limitaba a repetir que había hecho eso porque querían matar a su hijo: "Apresurémonos a decir –advierte Lacan en su tesis– que los temas del delirio en su conjunto, y no únicamente los agravios de la enferma contra su víctima, quedan completamente reducidos en el momento del internamiento ('¿Cómo he podido hacer eso?'). Más exactamente: hay una reducción completa de las convicciones formuladas en otro tiempo acerca de esos temas. Aimée expresa esta consideración mediante palabras nada ambiguas, al mismo tiempo que refiere con precisión no sólo los episodios principales de su vida, con su fecha, sino también sus trastornos mentales, e incluso se muestra capaz de analizar estos trastornos con bastante penetración introspectiva. En cuanto a todos estos puntos, su buena voluntad es evidente. Se puede decir que Aimée está plenamente orientada, que da muestras de una integridad intelectual completa en las pruebas de capacidad. Nunca aparecen en el interrogatorio trastornos del flujo del pensamiento; muy al contrario, la atención está siempre vigilante".

Atendiendo a los propósitos de esta exposición, los datos más relevantes del caso se pueden resumir en los que siguen: por una parte, la precisión de los antecedentes biográficos de la paciente y su articulación con el contenido de su locura; por otra, la localización exacta de las coyunturas del desencadenamiento de la paranoia y del paso al acto, así como una explicación convincente de las razones por las que el delirio dejó de prestar su función en la dinámica de la psicosis; finalmente, su concepción de la paranoia como ruptura o discontinuidad en un momento preciso de la existencia del sujeto nos sitúa, más que cualquiera de las teorías constitucionalistas, en el terreno que conviene para poder fundamentar consistentemente la psicogénesis de la paranoia.

Con una claridad palmaria, el "caso Aimée" pone de manifiesto la estabilización bastante definitiva de una psicosis paranoica a consecuencia del paso al acto criminal, pues al agredir a la célebre actriz, que encarnaba su ideal, Aimée se agredió a sí misma. La sanción legal de su intento de asesinato, corroborado con el ingreso en prisión, bastó para que esa mujer se hiciera cargo de su propia responsabilidad en el acto perpetrado con dolo. "Me permití a mí mismo –recordó Lacan cuatro décadas después en una conferencia en la Yale University– ser coherente y pensé que una persona que sabía siempre tan bien lo que hacía, también sabía además adónde la llevaría eso; y es un hecho que su estancia en la cárcel la

calmó. De un día para otro desaparecieron las que habían sido hasta entonces sus rigurosas elucubraciones. Me permití –tan psicótico como mi paciente– tomarme eso en serio y pensar que si la cárcel la había calmado, ahí estaba lo que ella había buscado realmente. Y por tanto le di a eso un nombre más bien raro y curioso: lo llamé 'paranoia de autocastigo'".

Afortunadamente, no todas las estabilizaciones psicóticas sobrevienen a consecuencia de un paso al acto, vaya éste dirigido contra terceras personas o contra el propio trastornado. Tal es el caso del Dr. Paul Schreber, quien se valió de un riguroso trabajo delirante, el cual además habría de servir a Freud para edificar su teoría de la paranoia y por ende de la psicosis. Retomado por Lacan en los años cincuenta, en ese período estructuralista en el que la psicosis y el lenguaje permanecen unidos, las enseñanzas mayores que se desprenden de su análisis enfatizan los fenómenos elementales, la discontinuidad, el desencadenamiento y la función estabilizadora del delirio. A diferencia de la concepción del Otro, social y consistente, que Lacan había dibujado en el "caso Aimée", en el "caso Schreber" se trata del Otro del significante y del predominio de lo Simbólico. Pero hay algo que falta en ese Otro, ahora más bien incompleto, un significante esencial denominado por Lacan Nombre-del-Padre. Es por tanto una falta la que confiere a la psicosis "su condición esencial" –separada así estructuralmente de la neurosis–, un accidente en el registro simbólico; se trata de la forclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro: "En una cadena de los significantes, algo puede faltar –argumentó Lacan en *Las formaciones del inconsciente* (1957-1958)–. Han de comprender ustedes la importancia de la falta de ese significante particular del que acabo de hablarles, el Nombre del Padre, dado que funda el hecho mismo de que haya ley, es decir, articulación en un orden del significante –complejo de Edipo, la ley del Edipo o la ley de prohibición de la madre–. [...] Como ustedes ven, es, en el interior del Otro, un significante esencial, alrededor del cual traté de centrarles lo que ocurre en la psicosis. A saber, que el sujeto ha de suplir la falta de ese significante que es el Nombre del Padre".

Tal como advertíamos antes, el "caso Schreber" resulta paradigmático en muchos aspectos; sus *Hechos memorables...* constituyen por sí mismos una fuente inagotable de conocimientos sobre la psicosis. Pero nos interesa esencialmente aquí apuntar dos de ellas: los fenómenos elementales y la función estabilizadora del delirio, esa forma de suplencia del significante Nombre-del-Padre a la que Schreber se entregó mediante la construcción de una metáfora delirante.

A fin de ilustrar los fenómenos elementales, extraeremos un breve fragmento del libro de Paul Schreber. Se trata de un "fenómeno notable" de tipo intrusivo, previo al desencadenamiento de la gran crisis psicótica; como todo fenómeno elemental, también éste se le presenta al sujeto en lo Real como un puro

significante descarnado de toda significación: por el momento es sólo un ruido, un vacío enigmático que el trabajo delirante terminará por rellenar de significación. Consistió dicho fenómeno en que a lo largo de varias noches de insomnio, "un crujido que se repetía a intervalos más o menos largos, se hizo escuchar en la pared de nuestro dormitorio y me despertaba cada vez que estaba a punto de dormirme. En ese momento pensamos naturalmente en un ratoncito, a pesar de que debía sorprendernos mucho que un ratoncito se hubiera podido deslizar hasta el primer piso de una casa sólidamente construida. Pero después de haber oído esos ruidos infinitas veces, y por seguir escuchándolos actualmente noche y día, me di cuenta de manera indiscutible que eran efecto de milagros divinos".

Pues bien, como sucede en tantos y tantos otros casos, los fenómenos elementales indican que tras ellos crepita una estructura psicótica, pues contienen en sí mismos la matriz minimalista de esa estructura. A condición de que se sepa escucharlos, esos fenómenos advierten al clínico de lo que allí está en juego y lo orientan para verificar el diagnóstico. No es infrecuente encontrarlos en sujetos que aún no han desencadenado una psicosis clínica, esto es, la gran locura con todo el correlato de las manifestaciones más conspicuas (delirio, alucinación, estupor, fuga de ideas, etc.); en algunas ocasiones pueden presentarse de forma episódica a lo largo de toda una vida sin que se produzca una crisis o discontinuidad, pero en otras nos advierten del cataclismo inminente, como en el ejemplo que acaba de citarse. Estas consideraciones nos conducen a interrogarnos sobre esas formas de psicosis no desencadenadas, esas formas de locura en potencia, respecto de las cuales la psicopatología descriptiva permanece totalmente ciega. La guía aquí es, sin duda, el conocimiento de la estructura y la atención a ese tipo de fenómenos elementales, pues la psicosis no consiste sólo en sus manifestaciones más notorias.

En su monografía sobre la esquizofrenia publicada en 1911, Eugen Bleuler se percató de estas cuestiones al plantear una forma de esquizofrenia, invisible para los fenomenólogos más rudos, a la que denominó "esquizofrenia latente"; ciertamente, no supo decirnos casi nada de ella, salvo que pueden apreciarse "tempranas anomalías del carácter [...] en más de la mitad de los individuos que luego se hacen esquizofrénicos". Parece evidente, por tanto, que la existencia de una estructura psicótica sin síntomas llamativos crea dificultades diagnósticas a la concepción tradicional de las enfermedades en el sentido médico. Éste es uno de los aspectos que separan decididamente la clínica psicoanalítica de la clínica psiquiátrica, la primera centrada en el sujeto y su estructura, y la segunda, en la enfermedad y sus manifestaciones.

La otra gran aportación que conviene aquí entresacar del "caso Schreber" es la función estabilizadora del delirio, tan enfatizada por Freud y Lacan. Tres fue-

ron la crisis psicóticas que presentó a lo largo de su vida el insigne magistrado sajón Dr. Paul Schreber: la primera, más melancólica e hipocondríaca, sucedió sin "que [me] sobreviniera ningún episodio con implicaciones sobrenaturales" y se precipitó a sus cuarenta y dos años, tras su derrota en las elecciones al *Reichstag*; la segunda, la gran crisis psicótica mezcla de esquizofrenia y paranoia, estalló cuando contaba cincuenta y un años y acababa de asumir las funciones de *Senatspräsident*; la tercera, abiertamente esquizofrénica y disgregada, irrumpió bruscamente a los sesenta y cinco años, en el preciso momento en que fue conminado a pronunciarse sobre la legitimidad del uso del nombre de su padre por parte de las Asociaciones Schreber.

Tal como uno de nosotros ha argumentado con detalle en la monografía *La invención de las enfermedades mentales* (1999), una vez que emergieron los dos elementos básicos e imprescindibles para edificar el delirio –la certeza de ser objeto de manipulación en su cuerpo y en su pensamiento, y la localización del Otro malvado–, se entregó Paul Schreber al trabajo de edificar un delirio explicativo y a la postre temporalmente estabilizador; a la par que éste se construía con ayuda de la redacción de sus memorias, la perplejidad enigmática inicial se atenuaba. Ingresado en el asilo de Sonnenstein, un cambio de posición subjetiva sobrevino a finales de 1894 y principios de 1895. Schreber, que hasta la fecha se había batido titánicamente para rechazar el ignominioso imperativo de ser mudado en mujer, la mujer de Dios, accedió a la reconciliación (*Versöhnung*) con ese destino sacrificador que su Otro divino le imponía para saciar su goce.

Este cambio de posición, esa aceptación de cuanto "el destino me otorgase", le conduciría ulteriormente a la estabilización y a la salida del manicomio, a pesar de la oposición de su director G. Weber, a la sazón psiquiatra experto ante los tribunales. Tan pronto varió su política frente a Dios, Schreber recobró sus antiguos hábitos: volvió a fumar, a jugar al ajedrez y a tocar el piano. Esta salida paulatina del período más estuporoso y más propiamente esquizofrénico, inmediato al desencadenamiento de su segunda gran crisis psicótica, es temporalmente coincidente y lógicamente consustancial al "trabajo de formación del delirio", materializado y vertebrado esencialmente en la planificación y posterior redacción de sus *Denkwürdigkeiten*.

Merced a los datos históricos que hoy poseemos –desconocidos por Freud y también por Lacan–, especialmente los relativos a la última crisis, la solución delirante de Paul Schreber no fue definitiva, sino parcial. Pero ni el paso al acto (Aimée) ni la metáfora delirante (Schreber) constituyen las únicas modalidades de suplir ese significante esencial que falta en lo Simbólico, como mostraremos a propósito de James Joyce. Si hasta los años sesenta la clínica de la psicosis era planteada como un déficit respecto a la estructura neurótica, la topología del nudo borro-

meo permite pensar estas cuestiones justamente al revés, esto es, invita a considerar la neurosis como una estructura en la cual se han logrado anudar los tres registros (R, S, I) mediante un artificio de discurso. Esta consideración parece patente en los comentarios que Lacan dedicó en el *Le sinthome* (1976) a un paciente al que había entrevistado días antes en una de las presentaciones de enfermos: "¿Cómo es posible que todos nosotros no sintamos que las palabras de las que dependemos nos son de alguna manera impuestas? Ahí es precisamente donde lo que se suele llamar un enfermo va, a veces, más lejos que el llamado normal. La cuestión es por qué un hombre llamado normal no se da cuenta de que la palabra es un parásito, una imposición, que la palabra es la forma de cáncer de la que el ser humano está afligido".

El último período de la enseñanza de Lacan se caracteriza por plantear abiertamente la falla estructural del Otro, pasando así de una clínica de la forclusión del Nombre-del-Padre a una clínica de la forclusión generalizada y a una pluralización de los Nombres-del-Padre; de igual modo, se aprecia un cambio de la axiomática del deseo (que parte del Otro) a la axiomática del goce (autístico). El Nombre-del-Padre, entendido ahora como síntoma, ya no es la única posibilidad de mantener anudados los tres registros que encierran el goce. Es a partir de la clínica de los nudos como se formula con todo su rigor que la forclusión es estructural, en la medida en que el anudamiento borromeo de tres (RSI) tiende a fallar. Pero en la misma medida en que ese anudamiento falla de varias maneras, advirtamos igualmente que para cada uno existen posibilidades de suplir ese fallo, es decir, de mantener anudados los tres registros; este anudamiento borromeo supletorio se consigue, a veces, mediante la creación de un cuarto nudo que, como ahora se mostrará a propósito de Joyce, puede ser el propio síntoma.

Como podrá apreciarse, la clínica borromea se asienta por completo en una concepción estructural; en ella se impone la idea de funcionamiento por encima de cualquier tendencia sustancialista que privilegie algún elemento sobre el resto y más que nunca es ahora cuando se equiparan en valor los tres registros, perdiendo lo Simbólico todo privilegio sobre los otros. Uno de los resultados más remarcables de estas formulaciones se traduce en el mayor optimismo terapéutico en los tratamientos analíticos de sujetos psicóticos. Pues aunque permanezcan éstos fuera del discurso, como es el caso del esquizofrénico, resulta perfectamente posible que cada uno de ellos pueda buscar su propia fórmula efectiva del Nombre-del-Padre.

Tras una investigación muy detallada de la obra del escritor irlandés James Joyce, el autor de *Ulises* y *Finnegan's wake*, Lacan le dedicó uno de sus últimos seminarios, el cual intituló *Le sinthome* (1975-1976). A diferencia del énfasis puesto respecto a Schreber en el fantasma, el interés de Lacan se desplazó a propósi-

to de Joyce hacia el síntoma, ahora escrito según su antigua ortografía (*sinthome*) para recalcar así una nueva concepción que lo separe definitivamente del discurso médico e indicar precisamente lo real del síntoma. No se trata en el caso del gran escritor irlandés James Joyce de una psicosis clínica, como en Aimée o Paul Schreber, sino una psicosis que nunca presentó un desencadenamiento; otra cosa bien distinta sucedió a su hija Lucia Joyce, que pasó la mayor parte de sus días ingresada por esquizofrenia. Eso no impide, empero, que la función paterna esté para él forcluida: "El padre es una ficción legal", puso en boca de Stephen Dedalus en su innovadora novela *Ulises*.

A la hora de formular su hipótesis diagnóstica orilló Lacan cualquier tipo de referencia a los rasgos del carácter, por otra parte tan presentes como llamativos, especialmente aquellos que nos indican su ilimitada vanidad y prepotencia. Por el contrario, buscó directamente orientarse respecto a la estructura psíquica para tratar de dar cuenta de por qué Joyce jamás desencadenó una psicosis clínica. A este respecto entresacó Lacan dos aspectos esenciales de Joyce: la relación con el cuerpo y la tendencia a la descomposición del lenguaje. Siguiendo estas pesquisas, la experiencia de desligarse del propio cuerpo, con el que mantiene una llamativa relación de indiferencia, se aprecia a las claras en un pasaje de su novela *El retrato del artista adolescente*, en el que Joyce describe una experiencia juvenil: algunos compañeros le propinan una paliza, pero tan humillante suceso es vivido sin apenas una brizna de afecto y el propio cuerpo es experimentado como extraño. Lacan apreció ahí un defecto de anudamiento, en el cual lo Imaginario se desliza hasta caer (Joyce escribe respecto a la experiencia de su cuerpo golpeado: "con la misma facilidad que se desprende la suave piel de un fruto maduro"). "Esa forma de 'dejar caer' –comentó Lacan–, del 'dejar caer con el cuerpo propio', es completamente sopechoso para un analista. Esta idea de sí, de sí como cuerpo, tiene algo de peso. Es lo que se llama el ego". Ciertamente, ese defecto de anudamiento parece haber sido suplido por el "ego" de Joyce, alguien tan pagado de sí mismo y que se consideraba tan genial desde su juventud; el "ego" funciona ahí como *sinthome*, esto es, como cuarto nudo de empalme corrector de la estructura borromea desanudada.

Por otra parte, la relación con la palabra resulta, a juicio de Lacan, harto llamativa en la medida en que a Joyce las palabras le parecen más bien impuestas, defendiendo contra la opinión médica que su hija Lucia era una telépata y no una esquizofrénica (el psiquiatra G. Maillard, quien la trató, la diagnosticó de psicosis hebefrénica con pronóstico muy grave, tal como recoge Richard Ellmann en su incomparable biografía *James Joyce*). En este sentido, los personajes de *Ulysses* están permanentemente sometidos a sus monólogos interiores, si bien la relación con las palabras impuestas parece acusarse progresivamente a lo largo de sus

escritos, culminados con *Finnegan's Wake*: "es difícil no apreciar –advierte Lacan en *Le sinthome* (1975-1976)– que una cierta relación con la palabra le es cada vez más impuesta, hasta el punto que él termina por descomponer el lenguaje mismo [...], imponer al lenguaje mismo como una especie de quebradura, de descomposición, que hace que ya no haya identidad fonatoria". Esencial para su estabilidad psíquica, su entrega a esa escritura tan enigmática está asimismo destinada a darse un nombre para compensar y suplir al significante Nombre-del-Padre; así lo hizo saber el propio Joyce cuando aseguró que tendría ocupados con sus novelas a los críticos durante trescientos años.

Si hemos enfatizado hasta aquí estas consideraciones sobre las formas de psicosis no desencadenadas –abundando con ello nuevamente en el valor diagnóstico y pronóstico de los fenómenos elementales– y sobre aquellas otras que han hallado alguna modalidad singular de estabilización, es justamente para contrastar la psicopatología de las estructuras clínicas con las taxonomías descriptivas. Pues todas esa formas clínicas, tan familiares a los psicoanalistas y presentes en la práctica clínica, son por completo ignoradas si se toma como punto de referencia el *DSM-IV* de la APA u otras taxonomías similares como la *CIE-10* de la OMS.

Ciertamente, las últimas versiones de los *DSM* (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) de la Asociación Psiquiátrica Americana tratan de presentarnos, sobre un fondo supuestamente "ateórico", el conjunto de la patología mental ordenado en categorías nosográficas a partir de las manifestaciones que ellas presuntamente revelan. Se aprecia aquí una ingenuidad epistemológica tanto más llamativa cuanto que se confía ciegamente en que los hechos concretos sean captados por cualquier observador de una manera directa e imparcial; se cree, además, que las únicas discrepancias posibles respecto a la objetividad de los fenómenos provienen del desvío que introducen las interpretaciones. Esta forma de empirismo banal, asentada en el principio baconiano según el cual la naturaleza se muestra a sí misma mediante hechos y fenómenos objetivos y directamente observables, culmina a la postre por ofrecernos una especie de mercado persa de la patología mental donde la nosología es degradada a mera semiología.

Las muchas categorías por ellos propuestas adolecen de principios organizadores, pues esos síndromes clínicos son aprehendidos en sus aspectos más superficiales a despecho de cualquier consideración estructural, es decir, orillando esos elementos invariantes y esas configuraciones que se cristalizan merced a las posiciones y relaciones que ocupan en determinada estructura. Además, la semiología que les sirve de guía es por cierto bastante ruda, ya que apenas logra trascender los fenómenos más conspicuos; bien distinto es el caso de las semiologías clásicas desarrolladas por Séglas, Chaslin o Clérambault, aquí totalmente ausentes.

Fue en 1952 cuando apareció el pequeño folleto *DSM-I*, preparado por George Raines, en el que se proponía una taxonomía basada esencialmente en el funcionalismo de Adolf Meyer. Nada ateórico, el *DSM-I* articuló la tradición psiquiátrica y el psicoanálisis mediante el concepto de "reacción", promoviendo una concepción de las patologías mentales como formas de reacción de la personalidad ante factores distintos (psicológicos, sociales, orgánicos, genéticos, etc.). Por otra parte, muy influido también por W. Menninger, el *DSM-I* prestó especial atención a las neurosis y a los mecanismos de defensa.

El término "reacción" fue eliminado en el *DSM-II*, editado en 1968, el cual sigue los principios de su antecesor pero es menos explícito respecto a su orientación teórica. Y menos lo es aún el *DSM-III*, aparecido en 1980, pues define su orientación como "ateórica", si bien se aprecia en su trasfondo la influencia del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, cuyos adalides eran conocidos por sus críticos como los "neokraepelinianos", haciendo así un flaco favor al eminente psiquiatra Emil Kraepelin. La desaparición del concepto de neurosis y la limitación del valor heurístico del concepto de psicosis, así como la tendencia a considerar las ciento cincuenta categorías propuestas como "válidas" y "fiables", culminan en una taxonomía "descriptiva" que pone en entredicho cualquier tipo de psicogénesis, es decir, de implicación subjetiva en el trastorno. El *DSM-III* impuso de este modo el modelo médico en psicopatología, eso sí, articulado con el behaviorismo por medio del empirismo, tan querido éste por uno y otro. A pesar del ideal de crear un lenguaje común que contentara a especialistas de diversas orientaciones, las notables inconsistencias, confusiones y discordancias de algunos de los criterios diagnósticos propuestos y de las categorías resultantes promovieron su pronta revisión. Surgieron así el *DSM-III-R*, publicado en 1987, y el *DSM-IV*, editado en 1994.

Tanto uno como otro, los dos últimos manuales estadísticos de esta saga pretenden cada vez más construir una clasificación basada en evidencias empíricas. Ésa es quizá la razón por la cual no se habla de sujetos, ni siquiera de individuos o personas, sino exclusivamente de enfermedades: "Una concepción errónea muy frecuente –escriben los autores del *DSM-IV*– es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del *DSM-IV* (al igual que el texto del *DSM-III-R*) evita el uso de expresiones como 'un esquizofrénico' o 'un alcohólico' y emplea las frases 'un individuo con esquizofrenia' o 'un individuo con dependencia al alcohol'".

Por otra parte, a pesar de ser un catálogo tan exuberante de trastornos mentales, de incluir un sistema diagnóstico multiaxial y pretenderse basado en evidencias experimentales, "el *DSM-IV* no asume que cada categoría de trastorno

mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales". Esta taxativa afirmación de sus autores contrasta sobremanera con la apariencia que se transmite en la descripción de cada una de las categorías, pues pareciera que se trata de entidades discretas y perfectamente delimitadas según el modelo de la patología médica, esto es, asentada en el inequívoco isomorfismo entre los síntomas y las categorías descritas. Tal ha sido la interpretación que habitualmente se ha hecho de ello, ya que han sido muchos los autores que han intentado establecer una correspondencia directa entre diagnóstico *DSM* y tratamiento específico.

Otro de los aspectos centrales de los últimos *DSM* es el empleo del término "trastorno mental". A este respecto, la APA escribió en 1994 (*DSM-IV*): "Cada trastorno mental es conceptuado como un síndrome o un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su etiología, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción psicológica, conductual o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de disfunción". Quizá los autores han tratado de evitar previsibles polémicas de haber empleado "enfermedad mental" en lugar de "trastorno mental", mas no por ello disfrazan su visión médica de la psicología patológica. Esa definición sindrómica del trastorno se empeña en orillar completamente toda referencia a la subjetividad, aunque bien es cierto que no lo consigue del todo en algunas de las categorías descritas, como es el caso del "Trastorno facticio", cuyos criterios inciden en el fingimiento o la producción intencionada de signos o síntomas, en la búsqueda por parte del "sujeto" de asumir el papel de enfermo y en la ausencia de incentivos externos para ese comportamiento.

Alaban los partidarios del *DSM-IV* su fácil manejo y el hecho de disponer de respuestas diagnósticas para casi todo cuanto se encuentran en su quehacer profesional. Sin embargo, esta taxonomía descriptiva –sería erróneo considerarla una nosografía basada en una psicopatología– evidencia un buen número de fisuras que es preciso mostrar. Además de pretender anegar la psicopatología clásica y el psicoanálisis, resultan impactantes los criterios extraclínicos que se conjugan en ese manual, algunos de los cuales han sido aireados cáusticamente por el psiquiatra de Harvard Stephen J. Bergman en su novela *Monte Miseria*. Pues se revela deci-

didamente al servicio los intereses económicos de la industria farmacéutica y de las compañías de seguros médicos, tal como puede apreciarse en la progresiva inflación de trastornos de ansiedad, afectivos y psicóticos, es decir, los que corresponden a los tres grandes grupos de psicofármacos; ni siquiera sus propios autores pueden negar que el *DSM-IV* sirve más y mejor a los profesionales de orientaciones biológicas y conductistas. Por otra parte, resulta conmovedor que una nosotaxia tan prolija no termine por demarcar trastornos discretos y precisos en sus límites diferenciales, llegando a abogar por un *continuum* entre la patología y la normalidad, así como entre los distintos trastornos entre sí.

No menos preocupante resulta el hecho de que esta clasificación se haya pretendido convertir en un manual de psicopatología, a la que termina por degradar de todos sus valores. Asimismo, este catálogo de trastornos, puesto que flaquea a la hora de establecer cualquier principio organizador, presenta un ámbito de aplicación tan lato como confuso: no sólo presta sus servicios a los profesionales de la salud mental, sino a jueces, educadores, agentes de seguros y personal de la administración. Finalmente, antes que limitar sus pretensiones a un cierto consenso terminológico entre profesionales de muchas orientaciones y culturas, el empleo que se ha hecho del *DSM-III*, del *DSM-III-R* y actualmente del *DSM-IV* –y su reciente revisión, el *DSM-IV-TR*– desde los estamentos médicos y psicológicos, sanitarios y académicos, ha tendido a asentar la vieja noción de entidad nosológica natural, aquella que pretendía describir un proceso morboso o enfermedad según el modelo de la medicina interna: etiología, patogenia, anatomía patológica, sintomatología, curso y evolución. La enseñanza de la psiquiatría clásica se ha transformado así, lamentablemente, en una mera técnica y una huidiza práctica clínica de la atención de las enfermedades mentales, a las que se ha terminado por sustraer toda brizna de subjetividad.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Y RECOMENDADA

Como se advirtió al inicio de esta Parte V, las consideraciones nosográficas aquí contenidas se han elaborado tratando de establecer un diálogo fructífero entre la clínica psiquiátrica y la psicoanalítica, de manera que la bibliografía ahora detallada se compone de fuentes de uno y otro campos del saber.

Respecto a los tratadistas que procuran discriminar entre lo normal y lo patológico, la salud y la enfermedad, resulta irrenunciable la ya clásica Tesis Doctoral de Georges Canguilhem *Le normal et le pathologique* (París, PUF, 1966 [ed. española: *Lo normal y lo patológico*, México DF, Siglo XXI, 1986]). Fuera de la perspectiva médica resulta de interés especial el reciente ensayo del profesor de literatura Juan Rigoli *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au* XIX*e siècle* (París, Fayard, 2001). Más centrada en la psicopatología clásica, la monografía de uno de nosotros, José María Álvarez (*La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, 1999), explora especialmente el proceso de transformación de la locura clásica en las enfermedades mentales, así como en los distintos avatares teóricos e ideológicos que configuraron el panorama de la nosografía psiquiátrica.

Una visión histórica muy documentada de la noción "neurosis" puede leerse en la obra de José María López Piñero *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Madrid, Alianza Editorial, 1985. Por lo que atañe a las nociones de "neuropsicosis" y "psiconeurosis", los estudios críticos resultan más bien insuficientes, razón por la cual conviene dirigirse directamente a las obras de Paul Dubois, fundamentalmente *Les psychonévroses et leur traitement moral* (París, Masson, 1904), y a las sucesivas ediciones que Richard von Krafft-Ebing redactó del *Lehrbuch der*

Psychiatrie (Stuttgart, Enke), de manera especial la tercera edición de 1879 y también la quinta, la más citada, que fue traducida al francés con el título *Traité clinique de psichiatrie* (París, Maloine, 1897). La ya mencionada monografía *La invención de las enfermedades mentales* procurará al lector interesado el zigzagueante itinerario de la noción de "psicosis" y las categorías clínicas que en ella se fueron incluyendo.

Nada mejor que visitar los trabajos originales de los pioneros de la psicopatología psiquiátrica cuando se pretende adentrarse en los modelos nosográficos, y de entre todos ellos especialmente los de Philippe Pinel, Wilhelm Griesinger, Jean-Pierre Falret, Bénédict Augustin Morel, J. Valentin Magnan, Gilbert Ballet, Emil Kraepelin, Alfred Erich Hoche, Karl Jaspers, Kurt Schneider y Ernst Kretschmer, que serán citados en la Bibliografía General.

La construcción de la nosografía freudiana ha sido trazada con suertes diversas. A este respecto, la aportada por Paul Bercherie en *Genèse des concepts freudiens* (París, Navarin, 1983 [ed. española: *Génesis de los conceptos freudianos*, Buenos Aires, Paidós, 1988]) sigue reclamando nuestro interés, pese a no compartirla enteramente. Los escritos de Freud son a este respecto sumamente asequibles al lector interesado y perseverante, y por ello recomendamos aquí remitirse a los más esenciales. A propósito del modelo de las neuropsicosis de defensa: "Die Abwehr-Neuropsychosen" (1894), "Obsessions et phobies" (1895), "L'hérédité et l'étiologie des néuvroses" (1896), "Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen" (1896)" y "Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen" (1898) [ed. española: "Las neuropsicosis de defensa", "Obsesiones y fobias", "La herencia y la etiología de las neurosis", "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa" y "La sexualidad en la etiología de las neurosis", en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, vol. III, 1976].

Respecto al segundo modelo que opone las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas, especialmente: *Drei Abhanulungen zur Sexualtheorie* (1905), "Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)", (1911), "Zur Einführung des Narzißmus" (1914) y *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1916-1917) [ed. española: *Tres ensayos de teoría sexual*, "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente", "Introducción del narcisismo", *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, vol. VII, XII, XIV, XV, 1976]. Junto a estos textos de Freud, de especial importancia resulta el artículo de Karl Abraham "Die psychosexuallen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox" ("Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz", en K. Abraham, *Psicopatología y sexualidad*, Buenos Aires, Hormé, 1973, pp. 32-52).

Finalmente, entre los artículos y ensayos que glosan y desarrollan la nosografía que dimana de la segunda tópica son necesarios: *Das Ich und das Es* (1923), "Neurose und Psychose" (1924), "Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose" (1924), "Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiels" (1925), "Fetischismus" (1927), *Abriss der Psychoanalyse* (1940) y "Die Ichspaltung im Abwehrvorgang" (1940) [ed. española: "El yo y el ello", "Neurosis y psicosis", "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis", "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos", "Fetichismo", *Esquema del psicoanálisis*, "La escisión del yo en el proceso defensivo", en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, vol. XIX, XXI, XXIII, 1976].

En lo que atañe a la noción de "estructura" ya se ha advertido en el texto la multiplicidad de versiones que de ella se han dado. Una mirada sucinta del problema se puede leer en el libro de Georges Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, París, Editions du Temps, 1998 [ed. española: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000]. Una perspectiva más ampliada se hallará en el monográfico que *L'Évolution Psychiatrique* (2000, vol. 65, n.º 3) dedicó a las *Structures*. Naturalmente, resulta irrenunciable la lectura del *Curso de lingüística general* (Madrid, Alianza, 1983) de Ferdinand de Saussure. Asimismo, una idea aproximativa del movimiento estructuralista francés se encuentra en las entrevistas realizadas por Paolo Caruso (*Conversaciones con Lévi-Strauss, Foucault y Lacan*, Barcelona, Anagrama, 1969). Para orientarse respecto a la versión lacaniana de dicha noción, dos trabajos de Jacques-Alain Miller son sumamente útiles: "S'truc dure" (1985), en *Matemas II*, Buenos Aires, Manantial, 1988, y *Estructura, desarrollo e historia*, Santafé de Bogotá, GELBO, 1999. Por supuesto, las fuentes originales de Lacan se han de buscar en sus propios textos y seminarios, y entre estos últimos, especialmente: *Le Séminaire. Livre IV. La relation d'objet, 1956-1957*, París, Seuil, 1994 [ed. española: *El Seminario. Libro 4. La relación de objeto*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1994]; *Le Séminaire. Livre XVII. L'envers de la psychoanalyse, 1969-1970*, París, Seuil, 1991 [ed. española: *El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1992]; *Le Séminaire. Livre XXII. RSI, 1974-1975*, en *Ornicar?*, n.º 2-5, 1975.

A fin de profundizar en la parte final del capítulo 46, en la cual se confrontan las clasificaciones psiquiátricas internacionales con las estructuras clínicas a propósito de las psicosis no desencadenas y de las suplencias, es conveniente el estudio de la Tesis Doctoral de Jacques Lacan (*De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Éditions du Seuil, París 1975 (1932) [ed. española: *De la paranoia en sus relaciones con la personalidad*, México, Siglo XXI, 1979]), así como dos de sus seminarios: *Le Séminaire. Livre III. Les psychoses, 1955-1956*,

París, Seuil, 1981 [ed. española: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1981] y *Le Séminaire. Livre XXIII. Le sinthome, 1975-1976*, en *Ornicar?*, n.º 6-11, 1976-1977; el lector español puede, también a propósito de Joyce, leer la conferencia pronunciada por el doctor Lacan en la Sorbona el 16 de junio de 1975 "Joyce el síntoma I" en *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1977, n.º 44, pp. 9-16, y "Joyce el síntoma II" en *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1997, n.º 45, pp. 9-14.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Abely, P.: "El signo del espejo en las psicosis y más especialmente en la demencia precoz" [1930], *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1997, vol. XVII, n.º 61, pp. 273-288.

Abraham, K.: *Oeuvres*, París, Payot, 1970.

— *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1980.

Ackernecht, E. H.: *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1957 [ed. española: *Breve historia de la psiquiatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1962].

Achard, C.; Ramon, L.: "Potomanie chez un enfant", *Bull. mens. Soc. méd. hôp.*, 1905, 22, 380-390.

Addad, M.; Benezech, M.; Bourgeois, M.; Yesavage, J. A.: "Criminal acts among schizophrenics in French mental hospitals", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1981, 169, pp. 289-293.

Ajuriaguerra, J.: "Tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation", *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1960, 2, 2, pp. 89-124.

— *Tratado de psiquiatría infantil*, Barcelona, Toray-Masson, 1980.

Alemán, J.: *Lacan en la razón posmoderna*, Málaga, Miguel Gómez Ediciones, 2000.

Alexander, F.: *Psychosomatic Medicine. Its principles and its applications*, Nueva York, W. W. Norton & Co., 1950.

Alexander, F.; Selesnick, S.: *The History of Psychiatry*, Londres, Allen & Unwin, 1966 [ed. española: *Historia de la psiquiatría*, Barcelona, Espaxs, 1970].

Alexander, F.; Staub, H.: *Le criminel et ses juges*, París, Gallimard, 1927.

Althusser, L.: *El porvenir es largo*, Barcelona, Destino, 1992.

Álvarez, A.: *El dios salvaje. El duro oficio de vivir* [1971], Barcelona, Planeta, 2003.

Álvarez, J. M.ª: "Significación personal y xenopatía", *Freudiana*, 1997, n.º 19, 83-91.

— "Sobre las relaciones entre las alucinaciones y el lenguaje en la obra de Séglas", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, XVIII, n.º 68, pp. 667-671.
— "Delirio y crimen: A propósito de la responsabilidad subjetiva", en Álvarez, J. M.ª y Esteban, R. (coords.): *Crimen y locura*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2004.
— "Las alucinaciones: fenómenos y estructura", *Uno por uno. Revista mundial de Psicoanálisis*, 1997, n.º 45, pp. 125-138.
— "Límites de la concepción fenomenológica del delirio", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1996, vol. XVI, n.º 58, pp. 257-276.
— "Los fenómenos elementales de la psicosis", *Cuadernos de Psicoanálisis de Castilla y León*, 2001, n.º 3, pp. 39-59.
— "Paul Schreber, sus psiquiatras y sus manicomios", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XVIII, n.º 72, pp. 627-630. Artículo revisado y ampliado, nuevamente publicado en *Cuadernos de Psicoanálisis*, 2000, n.º 24, pp. 23-26.
— "Sobre el 'caso Wagner'", prólogo a R. Gaupp, *El caso Wagner*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998, pp. 7-20.
— *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, 1999.
Álvarez, J. M.ª y Colina, F. (eds.): *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997.
— (eds.): *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa, 1994.
— "Daniel Paul Schreber, profesor de psicosis" (Prólogo), en D. P. Schreber, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003, pp. 7-15.
Álvarez, J. M.ª; Estévez, F.: "Las alucinaciones: historia y clínica", *Frenia. Revista de historia de la Psiquiatría*, 2001, vol. I, fasc. I, pp. 65-96.
Álvarez, J.M.ª; Esteban, R. (coords.): *Crimen y locura*, Madrid, AEN, 2004.
Anastasi, A.: *Tests psicológicos*, Madrid, Aguilar, 1967, 2.ª ed.
Andreasen, N. C.: "Should the term "thought disorder" be revised?", *Comprehensive Psychiatry*, 1982, 23, 4, pp. 291-299.
— "The diagnosis of schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 1987, 13, pp. 9-22.
— "Thought, Language and Communication Disorders (I). Clinical assesment, definition of terms and evaluation of their reliability", *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36, pp. 1315-1321.
— "Thought, Language and Communication Disorders (II). Diagnostic significance", *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36, pp. 1325-1330.
Andreasen, N. C.; Carpenter, W. T.: "Diagnosis and classification of schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 1993, 19, pp. 199-214.
Anónimo: *El libro de Las Mil y Una Noches*, trad. de J. C. Mardrus, versión española de Vicente Blasco Ibáñez, Buenos Aires, El Ateneo, 1961, 3.ª ed., 4 vols.

APA: *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, Washington D. C., American Psychiatric Association, 1994 [ed. española: *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995].

— *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision*, Washington D. C., American Psychiatric Press, 2000 [edición española: *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – IV – Texto revisado*, Barcelona, Masson, 2001, 1.ª ed.].

Arieti, S.: *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1959.

Aristóteles: *Obras*, Madrid, Aguilar, 1977.

Arquiola, E.: "El concepto de enfermedad mental en el mundo moderno", *Historia 16*, n.º especial: *La locura a través de la Historia*, pp. 44-54.

Aubert, J. (comp.): *Joyce avec Lacan*, París, Navarin, 1987.

Babinski, J.: *Œuvre*, París, Masson, 1924.

Baillarger, J.: "Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qui les caractérisent", en *Mémoires de l'Academie Royale de Medecine*, t. XII, París, Baillère, 1846, pp. 476-517.

— *Recherches sur les maladies mentales*, París, Masson, 1890.

Bak, R.: "Being in Love and Object Loss", *Internat. J. Psychoanal.*, 1973, n.º 54, pp. 1-7.

Balint, M.: *Primary Love and Psychoanalytic Technique*, Londres-Nueva York, Tavistock, 1952; revisado en 1965.

— *The basic fault. Therapeutic Aspects of Regresion* [1968], Londres-Nueva York, Tavistock, 1979.

Ballet, G. (dir.): *Traité de Pathologie mental*, Dion, París, 1903.

— *Leçons de clinique mentale. Psychoses et affections nerveuses*, París, Asselin et Houzeau, 1897.

Barcia, D.: *Historia de la psiquiatría española*, Madrid, Janssen-Cilag, 1996.

Barrera, A.; Villagrán, J. M.ª: "Trastornos formales del pensamiento y del lenguaje", en Luque, R. y Villagrán, J. M.ª (eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Madrid, Trotta, 2000, pp. 359-387.

Barte, N. H.; Optaptzeff, G.: *Criminologie clinique*, París, Masson, 1992.

Barthes, R.: "Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine", en *Vie matérielle et comportements biologiques*: Bulletin n.º 3, par J. Le Goff, F. Braudel, R. Mandrou, J. P. Aron y R. Barthes, *Annales*, 1961, 16, 5, pp. 977-986.

Bayle, A.-L.-J.: *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastroentérite, et la goutte, considerées comme causes de l'aliénation mentale*, Tesis de Medicina, París, Didot Le Jeune, 1822.

— *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, París, Gabon, 1826.

Beauchamps, T. L.; Childress, J. F.: *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, 1979.

Bellver, F.; Hernández, M.; Cuquerella, M. A.; Pérez, J. F.: "Concepto de fase, acceso, brote, equivalente, reacción, proceso y desarrollo", en VV. AA., *Manual del Residente de Psiquiatría*, 2 vols., Madrid, SmithKline Beecham, 1997, vol. 1, pp. 389-397.

Benezech, M.; Bourgeois, M.; Yesavage, J. A.: "Violence in the mentally ill: a study of 547 patients at a French hospital for the criminally insane", *J. Nerv. & Ment. Diseases*,1980, 168, pp. 698-700.

— "Violence in the mentally ill: a study of 547 patients at a French hospital for the criminally insane", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, 168, pp. 698-700.

Bercherie, P.: *Genèse des concepts freudiens*, París, Navarin, 1983 [ed. española: *Génesis de los conceptos freudianos*, Buenos Aires, Paidós, 1988].

— *Géographie du champ psychanalytique*, París, Navarin, 1988.

— *Les fondements de la clinique*, París, Navarin, 1980 [ed. española: *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires, Manantial, 1986].

Berenguer, E.: "Sexuación: la no identidad del sexo (Much ado about Nothing)", *Colofón*, 2002, 22, pp. 13-16.

Bergeret, J.: *La Personalidad Normal y Patológica* [1974], Barcelona, Gedisa, 1980.

Bergeret, J. *et al.*: *Manual de Psicología Patológica Teórica y Clínica*, Barcelona, Toray-Masson, 1975.

Bernard, P.; Trouvé, S.: *Semiología psiquiátrica*, Barcelona, Toray-Masson, 1978.

Bernays, J.: *Grundzüge der verlorenen Abhandlungen des Aristoteles über Wirkung der Tragödie*, Eingel. v. Karlfried Gründer. Reprograph. Nachdr. der Ausg. Breslau, Trewendt, 1858 (reeditado por Hildesheim, Nueva York, 1970).

Berner, P.: "Modelos de vulnerabilidad para las psicosis esquizofrénicas y afectivas en la psiquiatría de Viena", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, vol. XVIII, n.º 65, pp. 65-76.

Bernfeld, S.: *Sämtliche Werke*, Weinheim, Ed. Beltz, 1996.

Bernheim, H.: *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, París, Octave Doin, 1884.

— *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* [1891], París, Fayard, 1995.

Berrios, G. E.: *The history of mental symptoms: descriptive psychopatholgy since the 19th century*, Cambridge, CUP, 1995.

Berrios, G. E.; Fuentenebro, F.: *Delirio. Historia, clínica, metateoría*, Madrid, Trotta, 1996.

Bibring, E.: "Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung", *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1937, 23, pp. 18-42.

Binswanger, L.: *Artículos y conferencias escogidas* [1961], Madrid, Gredos, 1973.
— *Délire* [1965], Grenoble, Millon, 1993.
— *Tres formas de existencia frustrada* [1956], Buenos Aires, Amorrortu, 1972.
Bion, W. R.: *Elements of Psycho-analysis*, Londres, W. Heinemann, 1963 [reimpresión en Maresfield, 1984].
— *Experiences in Groups and Other Papers*, Londres, Tavistock, 1961.
— *Learning from Experience*, Londres, W. Heinemann, 1962; reimpresión en Maresfield, 1984 [ed. española: *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós, 1966].
— *Seminarios de psicoanálisis* [1974-75], Buenos Aires, Paidós, 1978.
Blashfield, R. K.: "Alternative taxonomic models of psychiatric classification", en Robins, L. N. y Barrett, J. E.: *The Validity of Psychiatric Diagnosis*, Nueva York, Raven Press, 1989.
Bleuler, E.: "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien", en *Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig y Viena, Franz Deuticke, 1911 [ed. española: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós, 1961].
— "La esquizofrenia" [1926], *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, n.º 60, pp. 73-86.
— *Afectividad, sugestibilidad, paranoia* [1906], Madrid, Morata, 1969.
— *Tratado de Psiquiatría* [1920], Madrid, Calpe, 1924.
Bleuler, M. (ed.); Bleuler, E.: *Tratado de Psiquiatría*, Madrid, Espasa-Calpe, 1971.
Blondel, Ch.: *La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale* [1914], París, Alcan, 1928.
Bobon, J.: *Introduction historique à l'étude des néologismes et des glossolalies en psychopathologie*, París, Masson, 1952.
Bodei, R.: *Geometría de las pasiones. Miedo, esperanza, felicidad: filosofía y uso político*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1995.
Bonduelle *et al.*: *Charcot, un grand médecin dans son siècle*, París, Ed. Michalon, 1996.
Bonhoeffer, K.: *Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infectionen und inneren Erkrankungen*, Leipzig, F. Deuticke, 1910.
— "Zur Frage der exogenen Psychosen", *Zentrabl. Nervenheilk.*, 1909, n.º 32, pp. 409-505.
Bowlby, J.: *El vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós, 1976.
— *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Buenos Aires, Paidós, 1983.
— *La separación afectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1976.
Brain, R.; Bannister, R. (eds.): *Neurología Clínica*, Barcelona, Marín, 1971.
Bruckner, P.: *La tentación de la inocencia* [1995], Barcelona, Anagrama, 1996.
Brusse, M.ª H. (coord.): *El cuerpo en Psicoanálisis*, Madrid, EIM, 2001.
Burton, R.: *Anatomía de la melancolía*, 3 vols., Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997 (vol. I), 1998 (vol. II) y 2002 (vol. III).

Cabaleiro Goás, M.: *Temas psiquiátricos. Tomo 2: Algunas cuestiones psicopatológicas generales*, Madrid, Paz Montalvo, 1966.
Calmeil, L. F.: *De la folie*, París, Baillière, 1845. [Hay edición facsímil: Marsella, Laffitte Reprints, 1982.]
Canguilhem, G.: *Le normal et le pathologique*, París, PUF, 1966 [ed. española: *Lo normal y lo patológico*, México DF, Siglo XXI, 1986].
Capponi, R.: *Psicopatología y semiología psiquiátrica*, Santiago de Chile, Universitaria, 1966.
Cardano, G.: *El libro de los sueños* [1562], Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999.
Caruso, P.: *Conversaciones con Lévi-Strauss, Foucault y Lacan*, Barcelona, Anagrama, 1969.
Castel, R.: *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, París, Les Éditions de Minuit, 1976 [ed. española: *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta, 1980].
Castilla del Pino, C.: "Sobre el trastorno formal del pensamiento en la "neurosis" y otros estados obsesivos", en *Cuarenta años de psiquiatría* [1952], Madrid, Alianza, 1987.
— "Tipología de los discursos y su utilización en psico(pato)logía", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1988, VIII, 25, pp. 181-193.
— *El delirio, un error necesario*, Oviedo, Nobel, 1998.
— *Introducción a la psiquiatría* (2 vols.), Madrid, Alianza, 1978.
Cicerón: *Del supremo bien y del supremo mal*, Madrid, Gredos, 1987.
— *Tusculanas*, Madrid, Coloquio, 1986.
Claude, H.: "Démence précoce et schizophrénie", *Rapport de psychiatrie au Congrès des médicins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue fraçaise*, París, Masson, 1926.
— "Mécanisme des hallucinations. Sindrome d'action extérieure", *L'Encéphale*, 1930, 25 (5), 45-359.
Claude, H.; Robin, G.; Borel, A.: "Démence précoce, schizomanie, schizophrénie", *L'Encéphale*, 1924, t. I, pp. 145-151.
— "La constitution schizoïde et la constitution paranoïaque", *L'Encéphale*, 1923, t. II, pp. 481-493.
Clérambault, G. G. de: *Œuvre Psychiatrique*, París, Presses Universitaires de France, 1942.
Clínica Mayo & Fundación Mayo: *Exploración clínica en Neurología*, 2 vols., Barcelona, Jims, 1992.
Coderch, J.: *Psiquiatría Dinámica*, Barcelona, Herder, 1979, 2.ª ed.
Colby, K. M. *et al.*: "Artificial paranoia", *Artificial Intelligence*, 1972, n.º 2, pp. 1-26.

— "Turing-like undistinguishability tests for the validation of a computer simulation of paranoid processes", *Artificial Intelligence*, 1973, n.º 3, pp. 47-51.
Colina, F.: *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001.
— *Escritos psicóticos*, Madrid, Dor, 1996.
Colodrón, A.: *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983.
Colombier, J.; Doublet, F.: "Instrucciones para gobernar a los insensatos y para trabajar en su curación en los asilos que les son destinados", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2000, vol. XX, n.º 73, pp. 71-88.
Conrad, K.: *La esquizofrenia incipiente* [1958], Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
Corominas, J.; Pascual, J. A., *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, 6 vols., Madrid, Gredos, 1991 (3.ª reimpr.).
Corpus Hippocraticum, 8 vols., Barcelona, MRA, 1995-1997 (prólogo de P. Laín Entralgo).
Cottet, S.: *Freud y el deseo del psicoanalista* [1984], Buenos Aires, Manantial, 1991.
Crombie, A. C.: *Styles of scientific thinking in the European tradition: the history of arguments and explanations especially in the mathematical and biomedical sciences and arts*, 3 vols., Londres, Duckworth, 1994.
Cronbach, L. J.; Rajaratnam, N.; Gleser, G. C.: "Theory of generalizability", *British Journal of Statistical Psychology*, 1963, n.º 16, pp. 137-163.
Cruz, M.: *Filosofía contemporánea*, Madrid, Taurus, 2002.
Cullen, W.: *First Lines of the Practice of Physics*, Edimburgo, Creech, 1777.
Cullère, A.: *Las fronteras de la locura* [1888], Madrid, D. Jorro, 1912.
Cuquerella Benavent, M. A. *et al.*: "Los trastornos de la percepción", en VV. AA., *Manual del Residente de Psiquiatría*, 2 vols., Madrid, SmithKline Beecham, 1997, pp. 409-420.
Charcot, J. M.: *Lecciones sobre la histeria traumática* [1887], Madrid, Nieva, 1989.
— *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*, 2 vols. [1887-88 y 1888-89], París, C. Tchou/La Bibliothèque des Introuvables, 2002.
Chaslin, Ph.: "Is *psychiatry* a well-made language?" [1914], *History of Psychiatry*, 1995, VI, pp. 398-405.
— *Élements de sémiologie et clinique mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912.
— *La confusion mentale primitive. Stupidité. Démence aigue, Stupeur primitive*, París, Asselin y Houzeau, 1895.
Chemama, R. (dir.): *Diccionario del Psicoanálisis* [1995], Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
Chiarugi, V.: *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazione* [1793-94], 3 vols., Roma, Vecchiarelli, 1991.

Daquin, J.: *La filosofía de la locura*, en J. E. D. Esquirol, *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental* [1791], Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.

Davis, L.; Davis, R. A.: *Neurocirugía*, México, Interamericana, 1965.

De Frutos, A.: *Los* Escritos *de Jacques Lacan. Variantes textuales*, Madrid, Siglo XXI, 1994.

Decker, H.: *Freud, Dora y la Viena de 1900* [1997], Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.

Dechambre, A.: *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, París, Asselin y Masson, 1880.

Depp, F. C.: "Assaults in public hospitals", en J. R. Lion y W. H. Reid, *Assaults within Psychiatric Facilities*. Nueva York, Grune & Stratton, 1983.

Derrida, J.: "'Ser justo con Freud'. La historia de la locura en la época del psicoanálisis", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, vol. XV, n.º 53, pp. 225-254.

Descartes, R.: *Discurso del método. Meditaciones metafísicas. Correspondencia* [1637, 1641, 1629-1641], Barcelona, Círculo de Lectores, 1995.

— *Las pasiones del alma* [1649], Madrid, Tectos, 1997.

Descombes, V.: *Lo mismo y lo otro* [1979], Madrid, Cátedra, 1982.

Dewhurst, K.: *Dr. Thomas Sydenham (1624-1689): His Life and Original Writings*, University of Los Angeles Press, 1966.

Di Ciaccia, A.; Recalcati, M.: *Jacques Lacan. Un insegnamento sul sapere dell'inconscio*, Milán, Mondadori, 2000.

Diatkine, R.: "Troubles du langage au cours de son développement", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37130-A10, París, Éditions Téchniques, 1981.

Diccionario de la Real Academia Española [DRAE], 20.ª ed., 2 vols., 1984.

Dide, M.; Guiraud, P.: *Psiquiatría del médico práctico*, Barcelona, Salvat, 1922.

Díez Patricio, A.; Vilagrán, J. M.ª; Sánchez, V.; Luque, R.: "El discurso psicótico", *Psiquiatría pública*, 1992, 4, 4, pp. 192-202.

Domenech, E.: *La frenología. Análisis histórico de una doctrina psicológica organicista*, Barcelona, Fac. Medicina. Universidad de Barcelona, 1977.

Dörner, K.: *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftsoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt, Europäische Verlagsanstalt, 1969 [ed. española: *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid, Taurus, 1974].

Dubois, P.: *Les psychonévroses et leur traitement moral*, París, Masson, 1904.

Dunbar, F.: *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*, Nueva York, Random House, 1948.

Dupré, E.: *Pathologie de l'imagination et de l'emotivité*, París, Payot, 1925.

Dworkin, R.: *Taking Rights Seriously*, Londres, Duckworth, 1977.

Edgerton, J.; Campbell, R. J.: *Glosario de Psiquiatría*, Madrid, Díaz de Santos, 1996.

Eguíluz Urruchurtu, J. I. (ed.): *Introducción a la Psicopatología*, Madrid, IM&C / Wyeth, 2001.

Ellenberger, H.: *The Discovery of Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Londres, 1970 [ed. española: *El descubrimiento del psicoanálisis. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*, Madrid, Gredos, 1976; hay una edición francesa reciente, prologada por É. Roudinesco: *Histoire de la découverte de l'inconscient*, París, Fayard, 1994].

Ellmann, R.: *James Joyce*, Barcelona, Anagrama, 2002.

Engel, G. L.: "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, 1977, n.º 196, pp. 129-136.

Engel, G. L.; Schmale. E.: "A psychoanalytic theory of somatic disorder: conversion, specificity and the disease onset situation", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1967, n.º 15, pp. 344-365.

Epicuro: *Sobre el placer y la felicidad*, Barcelona, Círculo de Lectores, 2001.

Erasmo de Rotterdam: *Elogio de la locura* [1511], Madrid, Alianza Editorial, 1984.

Erikson, E. H.: *Identity and the Life Cycle: Selected Papers. Psychological Issues. Monograph 1*, Nueva York, International Universities Press, 1959.

Eseverri Hualde, C.: *Diccionario etimológico de helenismos españoles*, Burgos, Aldecoa, 1994 (6.ª ed.).

Esquirol, J. E. D.: *Des maladies mentales considerée sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 2 vols., París, Bailliére, 1838.

— *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental* [1805], Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.

Esteban, R.: "*Kaiser* Kraepelin", prólogo a E. Kraepelin: *Cien años de psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999, pp. 7-22.

Estévez, F.: *El fenómeno elemental como paradigma del desencadenamiento en la psicosis. Del automatismo mental de Clérambault al fenómeno elemental de Lacan*, Universidad del País Vasco (San Sebastián), Tesis Doctoral, 1999.

Evans, D.: *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano* [1996], Buenos Aires, Paidós, 1997.

Ewald, F.: *Histoire de l'État providence*, París, Grasset, 1986.

Ey, H.: *Des idées de Jackson à un modele organo-dynamique en psychiatrie*, París, L'Harmattan, 1997.

— *Estudios sobre los delirios* [1949], Madrid, Triacastela, 1998.

— *Études psychiatriques*, 3 vols., París, Desclées de Brouwer, 1950-54.

— *La conciencia* [1963], Madrid, Gredos, 1967.

— *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1996.

— *Traité des hallucinations*, París, Masson, 1973.

Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch.: *Tratado de Psiquiatría* [1960], Barcelona, Toray-Masson, 1971.

Fairbairn, W. R. D.: *An Object Relations Theory of the Personality*, Nueva York, Basic Books, 1954.
— *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londres, Tavistock, 1952 [ed. española: *Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Buenos Aires, Paidós, 1978].
Falret, J.-P.: *Des maladies mentales et des asiles d'alienés*, París, Baillière, 1864.
Federn, P.: *Ego psychology and the psychoses*, Nueva York, Basic Books, 1952.
Fenichel, O.: *Problems of psychoanalytic technique*, Nueva York, Psychoanalytic Quarterly, 1941 [hay edición francesa reciente: *Problèmes de technique psychanalytique*, París, Claude Tchou / La Bibliothèque des Introuvables, 1999].
— *Teoría psicoanalítica de las neurosis* [1945], Buenos Aires, Paidós, 1973.
Ferenczi, S.: *Obras completas*, 4 vols., Madrid, Espasa Calpe, 1981-1984.
Ferrand, J.: *Melancolía erótica o enfermedad del amor* [1623], Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1996.
Ferrater Mora, J.: *Diccionario de Filosofía*, 4 vols., Madrid, Alianza, 1981 (3.ª ed.).
Fine, R.: *A History of Psychoanalysis*, Nueva York, Columbia University Press, 1979.
Fish, F.: *Clinical Psychopathology*, Bristol, John Wrigth, 1967.
Fodor, J.: *La modularidad de la mente*, Madrid, Morata, 1987.
Foucault, M.: *Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Gallimard, 1972 [ed. española: *Historia de la locura en la época clásica*, 2 vols., México DF, Fondo de Cultura Económica, 1976].
— *Naissance de la clinique*, París, PUF, 1963 [ed. española: *El nacimiento de la clínica*, México DF, Siglo XXI, 1995].
Foulquié, P.: *La volonté*, París, PUF, 1972.
Frank, N.; Thibaut, F.: "Hallucinations", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37120-A10, París, Elsevier, 2003.
Freud, A.: *El yo y los mecanismos de defensa* [1937], Buenos Aires, Paidós, 1965.
— *Normalidad y patología en la niñez* [1965], Buenos Aires, Paidós, 1975.
Freud, S.: *Correspondencia de Sigmund Freud*, 5 vols., Madrid, Nueva Visión, 1997-2002.
— *La afasia* [1891], Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.
— *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 24 vols., 1976 (traducción de José Luis Etcheverry); *Obras Completas*, 9 vols., Madrid Biblioteca Nueva, 1972-1975 (traducción de Luis López Ballesteros); *Gesammelte Werke*, 18 vols., Londres, Imago, 1940-1952, y Fráncfort del Meno, S. Fischer Verlag, 1972; *The Standard edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres, The Hogarth Press and Institute for Psychoanalysis, 24 vols., 1953-74 (editada por James Strachey).
— *Sinopsis de las neurosis de transferencia. Ensayo de metapsicología* [1915], Barcelona, Ariel, 1989.

Freud, S.; Bullitt, W.: *El Presidente Thomas Woodrow Wilson. Un estudio psicológico*, Buenos Aires, Letra Viva, 1973.

Fromm-Reichmann, F.: *Principles of intensive psychotherapy*, Chicago, Univ. of Chicago Press, 1950 [ed. española: Fromm-Reichmann, F., *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*, Buenos Aires, Hormé, 1978].

Fundación del Campo Freudiano: *El síntoma charlatán*, Barcelona, Paidós, 1998.

Gabbard, G. O.: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM Edition*, Washington D. C., American Psychiatric Press, 1994.

Galeno: *Sobre las facultades naturales. Las facultades del alma siguen los temperamentos del cuerpo*, Madrid, Gredos, 2003.

García Ballester, L.: "Alma y cuerpo, enfermedad del alma y enfermedad del cuerpo en el pensamiento médico de Galeno", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, n.º 60, pp. 705-735.

— *Alma y enfermedad en la obra de Galeno*, Valencia-Granada, Publicaciones de la Universidad de Granada, 1972.

Garrabé, J.: *Diccionario taxonómico de psiquiatría* [1989], México DF, Fondo de Cultura Económica, 1993.

— *Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo* [1997], México DF, Fondo de Cultura Económica, 2002.

— *Histoire de la schizophrénie*, París, Schers, 1992.

Gaupp, R.: *El caso Wagner*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998.

Gay, P.: *Freud. Una vida de nuestro tiempo* [1988], Barcelona, Paidós, 1989.

Genil-Perrin, G.: *Les paranoïaques*, París, Maloine, 1926.

Georget, E.: *De la folie*, París, 1820.

Gesell, A.: *Atlas of infant behavior*, Yale University Press, 1934.

Gide, A.: *Diario* [1939-1951], Barcelona, Trayectos, 1999.

— *Si le grain ne meurt* [*Si la semilla no muere*, 1926], París, Gallimard, 1955 (186.ª edición).

Gil, I.; Ramos, R.; León, M.: "Semiología psiquiátrica", en Rubio Flores, A.; Ortega Basanta, L. (coords.): *Manual de psiquiatría penitenciaria*, Madrid, Wyeth, 2002, pp. 25-35.

Gili, M.; Roca, M.: "Psicopatología de la acción y la voluntad", en Luque, R. y Villagrán, J. M.ª (eds.): *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Madrid, Trotta, 2000, pp. 433-444.

Giudicelli, S.: *Journal de bord d'un thérapeute*, París, Seuil, 1996.

Glover, E.: "The therapeutic effect of inexact interpretation: a contribution to the theory of suggestion", *International Journal of Psychanalysis*, 1931, XII, 4, pp. 399-411.

González Duro, E.: *Historia de la locura en España*, 3 vols., Madrid, Temas de Hoy, 1994-1996.

Goodwin, W.; Alderson, P.; Rosenthal R.: "Clinical Significance of Command Hallucinations in Psychiatric Disorders: a Study of 117 Hallucinatory Patients", *Arch. of. Gen. Psychiatry*, 1971, 24, pp. 76-80.

Grawe, K.; Donati, R. y Bernauer, F.: *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Göttingen, Hogrefe, 1994.

Greenacre, Ph.: *Trauma, Growth and Personality*, Nueva York, WW Norton & Co., 1952.

Greenson, R.: *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, New York, International University Press, 1967 [ed. española: *Técnica y práctica del Psicoanálisis*, México DF, Siglo XXI, 1976].

Griesinger, W.: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Berlín, 1871 (3.ª ed.).

Grob, G. N.: *Mental Illness and American Society, 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press, 1983.

Gros, M.; Lantéri-Laura, G.: *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*, París, EPEL, 1992.

Grosskurth, Ph.: *Melanie Klein. Su mundo y su obra* [1986], Barcelona, Paidós, 1990.

Grotstein, J.: *Splitting and Projective Identification*, Nueva York, Aronson, 1981.

Guiraud, P.: "Los crímenes inmotivados" [1931], *Cuadernos Europeos de Psicoanálisis*, 1999, 18, pp. 127-135.

— *Psychiatrie clinique*, París, Le François,1956.

— *Psychiatrie Générale*, París, Le François, 1950.

Guislain, J.: *Leçons orales sur les phrénopathies*, 3 vols., París, J. B. Baillière, 1952.

— *Traité sur les phrénopathies*, Bruselas, 1835.

Guntrip, H.: *El self en la teoría y la terapia psicoanalítica* [1971], Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

Gurméndez, C.: *La melancolía*, Madrid, Espasa Calpe, 1994.

Hare, E.: *El origen de las enfermedades mentales* [1998], Madrid, Triacastela, 2002.

Hartmann, H.: *Ensayos sobre la psicología del yo* [1964], México DF, Fondo de Cultura Económica, 1970.

Hartmann, H.; Kris, E.; Loewenstein, R. M.: "Comments on the Formation os Psychic Structure", *Psychoanalytic Study of the Child*, 1946, n.º 2, pp. 1-18.

Hécaen, H.; Lantéri-Laura, G.: *Évolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales*, París, Desclée de Brouwer, 1977.

Hegel, G. W. F.: *Enciclopedia de las ciencias filosóficas* [1817], México DF, Porrúa, 1990.

— *Fenomenología del espíritu* [1807], México DF, Fondo de Cultura Económica, 1981.

Heidegger, M.: *El ser y el tiempo* [1927], México DF, Fondo de Cultura Económica, 1971.

Heinrich, O.: *Kennt Aristoteles die sogenannte tragische Katharsis*, Berlín, 1912.

Hellerstein, D.; Frosch , W.; Koenigsberg, H.: "The Clinical Significance of Command Hallucinations", *Am. J. of Psychiatry*, 1987, 144, pp. 218-221.

Hermann, I.: *Parallélismes* [1945], París, Denoël, 1980.

Higueras, A.; Jiménez, R.; López, J. M.ª: *Compendio de psicopatología*, Jaén, Centro de Estudios Psicopatológicos, 1980 (2.ª ed.).

Hinshelwood, R.: *A Dictionary of Kleinian Thought*, Londres, Free Associations Books, 1989.

Hirschmüller, A.: *The life and work of Josef Breuer: Physiology and psychoanalysis*, Nueva York: New York University Press, 1989.

Hjelmslev, L.: *Ensayos lingüísticos*, Madrid, Gredos, 1987.

Hoche, A.: "Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1912, 12, pp. 540-551.

— "Die Melancholiefrage", *Zentralblätt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1910, 21, pp. 193-206.

Huarte de San Juan, J.: *Examen de ingenios para las ciencias* [1575], Barcelona, Círculo de Lectores, 1996.

Huertas, R. (coord.): "La locura y las enfermedades mentales en la Historia", *Historia 16*, 1993, n.º 211, pp. 23-88.

— "Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias", *Frenia*, 2001, I, 1, pp. 9-36.

— "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", *Frenia*, 2001, I, 2, pp. 7- 37.

— *Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública*, Madrid, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1992.

— *Lafora, Vallejo-Nágera, Garma. Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*, Madrid, Nivola, 2002.

— *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, CSIC, 1992.

— *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia S. C., 2002.

Ionescu, S.: *Catorce enfoques de la psicopatología* [1991], México DF, Fondo de Cultura Económica, 1994.

Isidoro de Sevilla: *Etimologías*, 2 vols., Madrid, La Editorial Católica / Biblioteca de Autores Cristianos, 1982 y 1983.

Jackson, J. H.: *Selected Writing*, 2 vols., Londres, Hodder & Staugton, 1932.

Jackson, S. W.: *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna* [1986], Madrid, Turner, 1989.

Jacobson, E.: *The Self and the Object World*, Nueva York, International Universities Press, 1964.

Jakobson, R.: *Essais de linguistique générale*, París, Minuit, 1973.
Janet, P.: *De la angustia al éxtasis* [1926], 2 vols., México DF, Fondo de Cultura Económica, 1991.
— *Les médications psychologiques*, Alcan, París 1919 [reedición: Société Pierre Janet, 1986].
Janzarik, W.: *Themen und Tendenzen der deutschsprachigen Psychiatrie*, Berlín, Springer-Verlag, 1974 [ed. española: *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana*, Madrid, Triacastela, 2001].
Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie* [1913], Springer-Verlag, 1946 [ed. española: *Psicopatología general*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1993].
— *Escritos psicopatológicos* [1963], Madrid, Gredos, 1976.
Jervis, G., *Manual crítico de psiquiatría*, Barcelona, Anagrama, 1979 (2.ª ed.).
Jonas, H.: *El principio de responsabilidad* [1979], Barcelona, Herder, 1995.
Jones, E.: *Vida y Obra de Sigmund Freud* [1953-57], 3 vols., Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1979-1981.
Joyce, J.: *Retrato del artista adolescente*, traducción de Dámaso Alonso, Barcelona, Lumen, 1976.
— *Stephen el héroe*, traducción de J. M.ª Valverde, Barcelona, Lumen, 1978.
— *Ulises* (2 vols.), traducción de J. M.ª Valverde, Barcelona, Lumen, 1976, 2ª ed.
Jung, C. G.: *Psicología de la demencia precoz* [1907], Barcelona, Paidós, 1987.
— *Recuerdos, sueños, pensamientos* [1961], Barcelona, Seix Barral, 1981.
Kächele, H.: "Psychoanalytische Therapieforschung 1930-1990", *Psyche - Z Psychoanal*, 1992, 46, pp. 259-285.
Kahlbaum, L.: *Clasificación de las enfermedades psíquicas* [1863], Madrid, Dor, 1995.
Kandel, E. R.: "A new intellectual framework for psychiatry", *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155, 4, pp. 457-469.
Kant, I.: *Antropología*, Madrid, Alianza Editorial, 1991.
— *Crítica de la razón práctica*, Barcelona, Círculo de Lectores, 1995.
Kaplan, H.; Sadock, B.: "Signos y síntomas típicos de la enfermedad mental", en Kaplan, H.; Sadock, B. (eds.), *Tratado de Psiquiatría / VI edición* [1995], 4 vols., Buenos Aires, Intermédica, 1997, t. 1, pp. 491-499.
— *Sinopsis de Psiquiatría* (8.ª ed.), Madrid, Panamericana/Williams & Wilkins, 1999.
Kapsambelis, V.: *Termes psychiatriques français d'origine grecque*, París, Masson, 1997.
Kendell, R. E.: *The role of diagnosis in psychiatry*, Oxford, Blackwell, 1975.
Kernberg, O.: "Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools", *Psychoanalytic Quarterly*, 2001, vol. LXX, n.° 3, pp. 519-547.
— *Borderline conditions and pathological narcissism*, Nueva York, Jason Aronson, 1975.
— *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Nueva York, Aronson, 1976 [ed. española: *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Paidós, 1979].

Kirchhoff, Th. (ed.): *Deutsche Irrenärzte*, 2 vols., Berlín, Springer, 1921-1924.
Kirk, S.; Kutchins, H.: *The selling of DSM. The rethoric of science in psychiatrie*, Nueva York, Walter de Gruyter, 1992.
Klein, M.: *Obras Completas*, 6 vols., Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1974-76.
Klerman, G. L.; Weisman, M. M.; Rounsaville, B. J. *et al.*: *Interpersonal Psychotherapy of Depresión*, Nueva York, Basic Books, 1984.
Klibansky, R.; Panofsky, E.; Saxl, F.: *Saturno y la melancolía*, Madrid, Alianza Editorial, 1991.
Kohut, H.: *¿Cómo cura el análisis?* [1984], Buenos Aires, Paidós, 1986.
— *Los dos análisis del Sr. Z*, Barcelona, Herder, 2002.
— *The Analysis of the Self*, Nueva York, International Universities Press, 1971 [ed. española: *Análisis del Self*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977].
— *The Restoration of the Self*, Nueva York, International Universities Press, 1977 [ed. española: *La restauración de sí-mismo*, Barcelona, Paidós, 1980].
Kolle, K. (ed.): *Gro?e Nervenärzte*, 3 vol., Stuttgart, Thieme, 1956-1963.
Kraepelin, E.: "Die Erscheinungsformen des Irreseins", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1920, 62, pp. 1-29 [ed. española: "Las manifestaciones del la locura", en Alfred Hoche, Emil Kraepelin y Oswald Bumke, *Los síntomas de la locura*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1999].
— "Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1918, n.º 38 [ed. española: *Cien años de psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999].
— *Memoirs*, Berlín, Springer, 1987 [redactadas en 1919 e inéditas hasta la edición alemana de 1983, *Lebenserinnerungen*, Springer; reseñamos la traducción al inglés].
— *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, J. A. Barth, 5.ª ed., 1896; 6.ª ed., 1899; 8.ª ed., 1909-1915.
Krafft-Ebing, R.: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Stuttgart, Enke, 3.ª edición, 1879.
— *Psicopatia Sexualis*, Stuttgart, 1886 [ed. española, según la ampliación de A. Moll: *Psicopatía sexual*, Buenos Aires, El Ateneo, 1955].
Krakowski, M.; Volavka, J.; Brizer, D.: "Psychopathology & Violence", *Comprehensive psychiatry*, 1988, 27, 2, pp. 131-148.
Kretschmer, E.: *Der sensitive Beziehungswahn*, Berlín, Springer, 1950 [ed. española: *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 2000].
Krutzen, H.: *Jacques Lacan, Séminaire 1952-1980, Index référentiel*, París, Anthropos, 2000.
Kubie, L.: *Neurotic Distortion of the Creative Process*. Nueva York, Noonday, 1961.
Kymlicka, W.: *Contemporary Political Philosophy: an introduction*, Oxford University Press, 1992.

Lacan, J.: *Le Séminaire. Livre XXII. RSI, 1974-75, Ornicar?*, n.º 2-5, 1975.
— *Le Séminaire. Livre XXIII. Le sinthome, 1975-76, Ornicar?*, n.º 6-11, 1976-77.
— "Introducción" a la edición alemana de los *Écrits* [1973], *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1995, n.º 42, pp. 9-15.
— "Joyce el síntoma I", *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1977, n.º 44, pp. 9-16.
— "Joyce el síntoma II", *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1997, n.º 45, pp. 9-14.
— "La famille", *Encyclopédie Française*, París, ed. A. de Monzie, 1938 [ed. española: *La familia*, Barcelona, Argonauta, 1978].
— *Autres écrits*, París, Seuil, 2001.
— *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Éditions du Seuil, París 1975 [1932] [ed. española: *De la paranoia en sus relaciones con la personalidad*, México, Siglo XXI, 1979].
— *Écrits*, Seuil, París, 1966; nueva reedición: *Écrits*, 2 vols., Seuil, París 1999 [ed. española: *Escritos 1*, México DF, Siglo XXI, 1983; *Escritos 2*, México DF, Siglo XXI, 1980].
— *Intervenciones y textos I*, Buenos Aires, Manantial, 1985.
— *Intervenciones y textos II*, Buenos Aires, Manantial, 1988.
— *Le Séminaire. Livre I. Les écrits techniques de Freud, 1953-54*, París, Seuil, 1975 [ed. española: *El Seminario. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1994].
— *Le Séminaire. Livre III. Les psychoses, 1955-56*, París, Seuil, 1981 [ed. española: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1981].
— *Le Séminaire. Livre IV. La relation d'objet, 1956-57*, París, Seuil, 1994 [ed. española: *El Seminario. Libro 4. La relación de objeto*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1994].
— *Le Séminaire. Livre VII. L'étique de la psychoanalyse, 1959-60*, París, Seuil, 1986 [ed. española: *El Seminario. Libro 7. La ética del psicoanálisis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1988].
— *Le Séminaire. Livre VIII. Le transfert, 1960-61*, París, Seuil, 1991. [ed. española: *El Seminario. Libro 8. La transferencia*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 2003].
— *Le Séminaire. Livre X. L'angoisse, 1962-563*, inédito.
— *Le Séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, 1964*, París, Seuil, 1973 [ed. española: *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1986].
— *Le Séminaire. Livre XVII. L'envers de la psychoanalyse, 1969-70*, París, Seuil, 1991 [ed. española: *El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1992].

— *Psicoanálisis. Radiofonía & Televisión* [1970, 1974], Barcelona, Anagrama, 1977.
— *Suplemento de escritos*, Barcelona, Argot, 1984.
Lacan, J. *et al.*: *Momentos cruciales de la experiencia psicoanalítica*, Buenos Aires, Manantial, 1991.
Laín Entralgo, P.: *Historia universal de la medicina*, 7 vols., Barcelona, Savat, 1972-1975.
— *La medicina hipocrática*, Madrid, Alianza, 1982.
Laing, R. D.: *El yo dividido* [1960], México DF, Fondo de Cultura Económica, 1974.
Laing, R. D.; Cooper, D.: *Razón y violencia* [1964], Buenos Aires, Paidós, 1973.
Lantéri-Laura, G.: "Clasificación y semiología" [1984], en *Clasificación y Psiquiatría (1). Confrontaciones Psiquiátricas*, edición española, n.º 20, 1987, pp. 59-81.
— "Introduction génerale à la sémiologie en psychiatrie", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37101-A10, París, Éditions Techniques, 1973.
— "Introduction historique a la pathologie de la communication", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37129-A10, París, Éditions Techniques, 1970.
— "Psychologie pathologique", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37032-C10, París, Éditions Techniques, 1968.
— *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, París, Editions du Temps, 1998 [ed. española: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000].
— *Les hallucinations*, París, Masson, 1991.
— *Psiquiatría fenomenológica* [1963], Buenos Aires, Troquel, 1965.
Lantéri-Laura, G.; Bouttier, J. G.: "Psychologie pathologique", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37032-C10, París, Éditions Techniques, 1983.
Lantéri-Laura, G.; Del Pistoia, L.: "Hallucinations", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37120-A10, París, Éditions Techniques, 1989.
— "Les néologismes sémantiques", *L'Évolution Psychiatrique*, 1968, 33, pp. 651-686.
— "Pathologie du langage chez l'adulte", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37130-C10, París, Éditions Techniques, 1988.
Laplanche, J.; Pontalis, J. B.: *Diccionario de Psicoanálisis* [1967], Barcelona, Labor, 1981.
Larkin, A. R.: "The form and content of schizophrenic hallucinations", *Am. J. of Psychiatry*, 1979, 136, 7, pp. 940-943.
Lasègue, Ch. E.: *Écrits psychiatriques*, Toulousse, Privat, 1971.
Laurent, E.: *Estabilizaciones en las psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1989.
— *Psicoanálisis y Salud Mental*, Buenos Aires, Tres Haches, 2000.
Lázaro Carreter, F.: *Diccionario de términos filológicos*, Madrid, Gredos, 1974 (3.ª ed.).
Le Goff, J.: "Algunas observaciones sobre cuerpo e ideología en el Occidente medieval", en *Lo maravilloso y lo cotidiano en el Occidente medieval* [1978], Barcelona, Gedisa, 1996, pp. 40-43.

Legendre, P.: *Le crime du caporal Lortie. Traité sur le Père Pierre Legendre*, París, Flammarion 1989.

Leonhard, K.: "Ein dominanter und ein rezessiver Erbgang bei zwei verschiedenen Formen der Schizophrenie". *Psychiat. Neurol. med. Psicol.*, 1975, 27, pp. 65-79.

Lersch, Ph.: *Aufbau der Person*, Múnich, Barth, 1956 [ed. española: *Estructura de la personalidad* (6.ª ed.), Barcelona, Scientia, 1968].

Leuret, F.: *El tratamiento moral de la locura* [1840], Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001.

Lévi-Strauss, Cl.: *Antropología estructural* [1958], Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1980.

— *La pensée sauvage*, París, Plon, 1962.

— *Las estructuras elementales del parentesco* [1949], Barcelona, Paidós, 1981.

Lévy-Valensi, J.; Migault, P.; Lacan, J.: "Troubles du langage écrit chez une paranoïaque présentant des éléments délirants du type paranoïde (schizographie)", *Annales Médico-Psychologiques,* 1931, II, pp. 407-408. Apareció también en *L'Encéphale,* 1931, 10, p. 821. con el título: "Délire et écrits à type paranoïde chez une malade à présentation paranoïde".

Liébeault, A. A.: *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*, París, Victor Masson et fils, 1866.

Lilly, J. C.: "Mental Effects of Reduction of Ordinary Levels of Physical Stimuli on Intact Healthy Persons", *Psychological Research Reports*, 1956, 5, pp. 1-9.

Linn, L.: "Diagnóstico y psiquiatría: Síntomas de los trastornos psiquiátricos", en Freedman, A. M.; Kaplan, H. I. y; Sadock, B. J.: *Tratado de Psiquiatría* [2.ª ed. USA], 2 vols., Barcelona, Salvat, 1982, t. 1, pp. 878-923.

Little, M.: *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward Basic Unity*, Free Association Books/Maresfield, 1986.

Littré, E.; Robin, Ch.: *Dictionnaire de médecine*, París, Baillère, 1878.

Londres, N. J.: "An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia", *International Journal of Psychoanalysis*, 1973, 54, pp. 169-193.

López García, A.: *La psicolingüística*, Madrid, Síntesis, 1988.

López Piñero, J. M.ª: *Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*, Madrid, Alianza, 2002.

— *La Medicina en la Historia*, Madrid, La Esfera de los Libros, 2002.

— *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Madrid, Alianza Editorial, 1985.

López Piñero, J. M.ª; Morales Meseguer, J. M.ª: *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*, Madrid, Espasa Calpe, 1970.

López-Ibor Aliño, J. J.: *Los equivalentes depresivos*, Madrid, Paz-Montalvo, 1976 (2.ª ed.).

Lorand, S. (ed): *Psychoanalysis Today*, Nueva York, IUP, 1950 (4.ª reimpr.).
Lowe, G.: "The phenomenology of hallucinations as an aid to differential diagnosis", *Br. J. of Psychiatry*, 1973, 123, pp. 621-633.
Löwenfeld, L.: *Lehrbuch der gesammten Psychotherapie*, Wiesbaden, Bergmann, 1897.
Luna Gallardo, M.; Rojas Vidal, M. M.; Camacho Laraña, M.: "Los trastornos de la psicomotilidad y psicomotricidad", en VV. AA., *Manual del Residente de Psiquiatría*, 2 vols., Madrid, SmithKline Beecham, 1997, pp. 453-458.
Luque, R.; Villagrán, J. M.ª (eds.): *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Madrid, Trotta, 2000.
— "Conceptos de salud y enfermedad en psicopatología", en R. Luque y J. M.ª Villagrán (eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas perspectivas*, Madrid, Trotta, 2000.
Luria, A. R.: *El cerebro en acción*, Barcelona, Fontanella, 1979.
Llopis, B.: "Sobre la delusión y la paranoia (Estudio a modo de prólogo)", en Bleuler, E., *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*, Madrid, Morata, 1969.
Magnan, J. V.: *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)* [2.ª ed.], París, Louis Bataille Éditeur, 1893.
Magnan, J. V.; Sérieux, P.: "Délire chronique à évolution systématique", en A. Maric (dir.), *Traité International de Psychologie pathologique*, vol. II, París, Alcan, 1910, pp. 605-639.
— *Le délire chronique à évolution systématique*, París, Gauthier-Villars y G. Masson, 1892.
Mahler, M.: *Infantile psychosis*, Nueva York, IUP, 1968.
Maleval, J. Cl.: "El síndrome transexual", *Cuadernos de psicoanálisis*, 2002, 26, pp. 83-101.
— *La forclusión del Nombre-del-Padre. El concepto y su clínica* [2000], Buenos Aires, Paidós, 2002.
— *Lógica del delirio* [1996], Barcelona, Ediciones del Serval, 1998.
Mannoni, M.: *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis* [1970], México DF, Siglo XXI, 1976.
Marc, C. CH.: *De la folie consideré dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, París, Baillière, 1840.
Marcos Marín, F.: *Introducción a la Lingüística: Historia y Modelos*, Madrid, Síntesis, 1994.
Marin, R. S.: "Apathy and related disorders of diminished motivation", en Dikstein, L. J.; Riba, M. B.; Oldham, J. M. (eds.), *American Psychiatric Press review of Psychiatry*, 1996, 15, pp. 205-242.
Martinet, A. (dir): *La Lingüística. Guía alfabética* [1969], Barcelona, Anagrama, 1975.

Martínez Saura, F.: *La medicina romana (desde la perspectiva de "De Medicina" de A. Cornelio Celso)*, Madrid, SmithKline Beecham, 1996.
Mauss, M.: "Essai sur le don" [1923-1924], en *Sociologie et anthropologie*, París, PUF, Quadrige, pp.145-279, 1997.
McHugh, P.; Slavney, P.: *Las perspectivas de la Psiquiatría* [1998], Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2001.
Meltzer. D.: *The Psycho-analytical Process*, Londres, Heinemann, 1967.
Menninger, K.: *Man Against Himself*, Nueva York, Harvest, 1938.
— *The crime of punishment*, Nueva York, Viking Press, 1968.
— *The Vital Balance*, Nueva York, Viking, 1963.
— *Theory of Psychoanalytic Technique*, Nueva York, Basic Books, 1958.
Meyer, A.: "Fundamental concepts in dementia praecox", *British Medical Journal*, 1906, II.
Meynert, Th.: *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie aud wissenschaftlichen Grundlagen*, Viena, Braumüller, 1890.
Mijolla, A. de (coord.): *Dictionnaire International de Psychanalyse*, París, Calmann-Lévy, 2002.
Mijolla, A.; Mijolla-Mellor, S.: *Fundamentos del psicoanálisis* [1996], Madrid, Síntesis, 2003.
Milner, J. Cl.: *De la syntaxe à l'interprétation*, París, Seuil, 1978.
Miller, J. A. (dir.): *La transferencia negativa*, Barcelona, ECFB, 1999.
— (dir.): *Seis fragmentos clínicos de psicosis*, Madrid, EEP y ECFB, 1999.
— "Clinique ironique", "L'Enigme et la psychose" (monográfico), *La Cause Freudienne*, 1993, n° 23, pp. 7-13.
— "Joyce con Lacan", *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1997, n.º 45, pp. 15-34.
— "La séance analytique", *La Cause freudienne*, 2000, n.° 46, pp. 7-15.
— "Le monologue de l'apparole", *La Cause freudienne*, 1996, n.° 34, pp. 7-18.
— "S'truc dure" [1985], en *Matemas II*, Buenos Aires, Manantial, 1988.
— *Acerca del Gide de Lacan*, Barcelona, Malentendido, 1990.
— *Donc* (seminario inédito).
— *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*, Buenos Aires, Manantial, 1984.
— *El banquete de los analistas. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*, Buenos Aires-Barcelona-México, Paidós, 2000.
— *Elucidación de Lacan. Charlas brasileñas*, Buenos Aires-Barcelona-México, Paidós, 1998.
— *Estructura, desarrollo e historia*, Santafé de Bogotá, GELBO, 1999.
— *Introducción al método psicoanalítico*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
— *Lógicas de la vida amorosa*, Buenos Aires, Manantial, 1991.

— "Los seis paradigmas del goce", *Freudiana*, 2000, n.º 29, 15-50.
— *Los signos del goce. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*, Buenos Aires-Barcelona-México, Paidós, 1998.
— *Séminaire du symptôme au fantasme et retour* (seminario inédito).
— *Un, deux, trois, quatre,* 1984-1985 (seminario inédito).
Miller, J. A. *et al.*: *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999.
Minkowski, E.: *El tiempo vivido* [1968], México DF, Fondo de Cultura Económica, 1973.
— *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y de los esquizofrénicos*, Buenos Aires, Paidós, 1980.
— *Traité de psychopathologie* [1966], Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999.
Money, J.: "Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings", *Bull. Johns Hopkins H.*, 1955, n.º 96, pp. 253-264.
Montassut, M.: *La constitution paranoïaque*, París, Commelin, 1924.
Mora, G.: "Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría", en Freedman, A. M.; Kaplan, H. I. y Sadock, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, vol. I, Barcelona, Salvat, 1982, pp. 1-84.
Moreau de Tours, J.: *Du hachisch et de l'aliénation mentale. Études psychologiques*, París, Librairie de Fortin, Masson et Cie., 1845.
Morel, B. A.: *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, París, J. B. Baillière, 1857.
— *Traité des maladies mentales*, París, Masson, 1860.
Morel, P.: *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1995.
Morel, P.; Bourgeron, J. P.; Roudinesco, É.: *Au-delà du conscient*, París, Hazan, 2000.
Morselli, E.: *Manuale di semeiotica della malattie mentali*, Milán, Vallardi, 1885.
Mumenthaler, M.: *Exploración física y análisis de los síndromes neurológicos*, Barcelona, Doyma, 1990.
Nemiah J. C.; Sifneos P. E.: "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders", en O. Hill (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (2 vols.), Londres, Butterworth, 1970, vol. 2, pp. 24-54.
Netter, F. H.: *Sistema Nervioso. Trastornos neurológicos y neuromusculares (tomo 1.2)*, Barcelona, Masson-Salvat, 1993.
Nietzsche, F.: *La gaya ciencia* [1882]p, Barcelona, Círculo de Lectores, 2002.
Noyes, A. P.; Kolb, L. C. (eds): *Modern clinical psychiatry*, ed. 6, Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1963 [ed. española: Noyes, A. P. y Kolb, L. C. (eds), *Psiquiatría Clínica Moderna*, México DF, La Prensa Médica Mexicana, 1966].

Nussbaum, M.: *La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y en la filosofía griega* [1986], Madrid, Visor, 1995.
OMS: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.
— *CIE-10. Glosario de Síntomas para los Trastornos Mentales*, Ginebra, 1994.
Pabón Sánchez de Urbina, J. M.ª: *Diccionario Manual Griego-Español*, Barcelona, Vox, 1989, 17.ª edición.
Palomera, V.: *L'expérience psychoanalytique des psychoses à l'époque freudienne*, Universidad de París VIII, Tesis Doctoral, 2002.
Paniagua, J. A.: *Estudios y notas sobre Arnau de Vilanova*, Madrid, CSIC, 1963.
Pelicier, Y.: *Historie de la Psychiatrie*, París, PUF, 1994.
Pérez Retuerto, M.; Vázquez-Bourgón, M.ª E.; Gaite, L.; Vázquez-Barquero, J. L., "La exploración del estado mental", en Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 1998, pp. 111-130.
Piaget, J.: *Introduction à l'épistémologie génétique*, 3 vols., París, Maradan, 1941.
— *Le structuralisme*, París, PUF, 1970.
Pichot, A.: *Histoire de la notion de gène*, París, Flammarion, 1999.
Pichot, P.: *Un siècle de psychiatrie*, París, Roger Dacosta-Roche, 1983 [ed. española: *Un siglo de psiquiatría*, París, Roger Dacosta-Roche, 1983].
Pigeaud, J. : *La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique* [1981], París, Les Belles Lettres, 1989.
Pinatel, J.: *Criminologie*, Dalloz, París, 1975.
Pinel, Ph.: *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliqué à la médecine*, 1.ª ed., París, Marandon, 1798.
— *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, París, Richard, Caille et Ravier, 1798 [ed. española: *Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma o manía*, Madrid, Imprenta Real, 1804].
Pitres, A.; Régis, E.: *Les obsessions et les impulsions*, París, Doin, 1902 [ed. española: *Las obsesiones y los impulsos*, Madrid, Daniel Jorro, 1910].
Platón: *Diálogos III: Fedón, Banquete, Fedro*, Madrid, Gredos, 1986.
Porge, E.: *Jacques Lacan, un psicoanalista. Recorrido de una enseñanza*, Madrid, Síntesis, 2001.
Porot, A.: *Diccionario de Psiquiatría* [1967], 2 vols., Barcelona, Labor, 1977.
Porter, R.: *Breve historia de la locura* [2002], Madrid, FCE, 2003.
Postel, J. (dir.): *La psychiatrie*, Poities, Larousse, 1994.
— *Dicctionnaire de psychiatrie et de psychopatologie clinique*, París, Larousse, 1998.
Postel, J.; Quétel, Cl.: *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983 [ed. española: *Historia de la psiquiatría*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1987].

Pribram, K. H.; Gill, M. M.: *Freud's 'Project' re-assessed: Preface to contemporary cognitive theory and neuropsychology*, Nueva York, Basic Books, 1976.

Pulver, M.: *El simbolismo de la escritura* [1931], Madrid, Victoriano Suárez, 1953.

Racamier, P.C. : "Troubles de la sémantique (Aliénation du langage)", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37130-C10, París, Éditions Téchniques, 1955.

Rapaport, D.: "Psychoanalysis as a Developmental Psychology" [1960], en *The Collected Papers of David Rapaport*, Nueva York, Basic Books, 1967, pp. 820-852.

Rawls, J.: *A Theory of Justice*, Londres, Oxford University Press, 1971.

Reich, W.: *Character Analysis: Principles and Technique for Psychoanalysts in Practice and in Training*, Nueva York, Orgone Institute Press, 1933.

— *The Function of the Orgasm*, Nueva York, Orgone Institute Press, 1927.

Reid, Th.: *An Inquiry into the Human Mind, on the Principles of Common Sense*, Edimburgo, Kincaid & J. Bell, 1764.

Rey, A.; Livianos, L.: *La psiquiatría y sus nombres. Diccionario de epónimos*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2000.

Ribot, Th.: *La psychologie des sentiments*, París, Alcan, 1896.

— *Les maladies de la volonté*, París, Alcan, 1883.

Rigoli, J.: *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*, París, Fayard, 2001.

Roazen, P.: *Cómo trabajaba Freud. Comentarios directos de sus pacientes* [1995], Barcelona, Paidós, 1998.

Robins, E.; Guze S. B.: "Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia", *Am. J. Psychiatry*, 1970, 126, pp. 983-987.

Robins, L. N.; Barrett, J. E.: *The Validity of Psychiatric Diagnosis*, Nueva York, Raven Press, 1989.

Roca, E.: *Peut-on établir une nosographie psychanalytique?*, Tesis Doctoral, Univer. Toulouse-Le Mirail, 1996.

Rodríguez Cano, T.; López Fraile, A. I.: "Metodología general del proceso diagnóstico en psiquiatría", en VV. AA., *Manual del Residente de Psiquiatría*, 2 vols., Madrid, SmithKline Beecham, 1997, vol. 1, pp. 121-140.

Rogers, C.: *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*, Boston, Houghton Mifflin, 1942.

Rogers, R.; Gillis, J. R.; Turner, R. E.; Frise-Smith, T.: "The clinical presentation of Command hallucinations in a Forensic Population", *Am. J. of Psychiatry*, 1990, 147, pp. 1304-1307.

Rogues de Fursac, J.: *Manuel de Psychiatrie*, París, Alcan, 1903.

Rojas, E.: *Psicopatología de la depresión*, Barcelona, Salvat/Sanofi, 1984.

Rojas Vidal, M. M.; Coicou, A.: "Los trastornos de la afectividad", en VV. AA., *Manual del Residente de Psiquiatría* (2 vols.), Madrid, SmithKline Beecham, 1997, vol. 1, pp. 435-442.

Rojas Vidal, M. M.; España Ríos, M. I.: "Los trastornos del pensamiento y del lenguaje", en VV. AA., *Manual del Residente de Psiquiatría* (2 vols.), Madrid, SmithKline Beecham, 1997, vol. 1, pp. 443-451.

Rosen, G.: *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental* [1968], Madrid, Alianza Editorial, 1974.

Rosenfeld, H. A.: *Psychotic States: A Psychoanalytical Approach*, Nueva York, Hogarth Press, 1965.

Roudinesco, É.: *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia* [1986], 3 vols., Madrid, Fundamentos, 1999.

Roudinesco, É.; Plon, M.: *Dictionnaire de la psychanalyse*, París, Fayard, 1997.

Sahakian, W.: *Historia y sistemas de la psicología* [1975], Madrid, Tecnos, 1982.

Sánchez, P. M.; Eguíluz, I.; Gutiérrez, M.: "Psicopatología de la apatía", en Luque, R. y Villagrán, J. M.ª (eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Madrid, Trotta, 2000, pp. 187-224.

Sánchez, P. M.; Segarra, R.: "Trastornos del control de impulsos", en Eguíluz Urruchurtu, J. I. (ed.), *Introducción a la Psicopatología*, Madrid, IM&C / Wyeth, 2001, pp. 445-456.

Sartorius, N.; Jablensky, A.: "Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. A propósito especialmente de algunos problemas que han surgido en un proyecto conjunto OMS-ADMHA", *Clasificación y Psiquiatría (1). Confrontaciones Psiquiátricas*, 1984, n.º 20 [edición española, 1987, pp. 141-150].

Saurí, J.: *Historia de las ideas psiquiátricas*, Buenos Aires, C. Lolhé, 1969.

Saussure, F.: [1922, 2ª ed., Ch. Bally y A. Sechehaye (eds.)], *Curso de Lingüística General*, Barcelona, Akal, 1980.

Sauvagnat, F. (ed.), *Le souci de l'être*, GRAPP-Le Seuil, 1992.

— "Le clinicien saisi par le passage à l'acte", *Actualités psychiatriques*, 1988, 1.

— "A propos des conceptions françaises de la schizophrénie: de la discordance à la problématique RSI", en *Synapse, Journal de Psychiatrie et Système Nerveux Central*, 2000, 169, pp.49-58.

— "Contributions psychoanalytiques à la prévention des passages à l'actes psychotiques", en T. Albernhe (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, París, Ellipse, 1997, pp. 611-619.

— "De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques sont-ils l'indice", en H. Grivois (ed.), *Psychose naissante, psychose unique*, París, Masson, 1991.

— "Diabolus in psychopathologia", en Álvarez, J. M.ª y Esteban, R. (coords.), *Crimen y locura*, Madrid, AEN, 2004.

— "Fenómenos elementales y estabilización en la psicosis maníaco-depresiva", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 1998, XVIII, pp. 459-472.
— "Historia de los fenómenos elementales. A propósito de la 'significación personal'", *Confluencias*, 1989, vol. III, n.º 2, pp. 28-31.
— "La clinique psychanalytique de l'acte" (en prensa).
— "La mise en place de la distinction entre acting out et passage à l'acte: quelques repères historiques", en Sauvagnat, F. (ed.), *Le souci de l'être*, GRAPP-Le Seuil, 1992.
— "La place de la procédure de la passe dans les recherches sur le processus psychanalytique", *Mental. Revue Européenne de Santé Mentale*, 1996, nº 3, pp. 7-25.
— "La question de la réaction thérapeutique négative", *Psychologie clinique*, 1999, n.º 6, pp. 125-150.
— "Psychanalyse et neurosciences", en VV. AA., *Psychanalyse et recherches universitaires*, Université de Rennes-II, 1993.
— "Une clinique "nouvelle": les "personnalités multiples"", *Psychologie Médicale*, 1994, 26, 10, pp. 1006-1013.
— *Divisions subjectives et personnalités multiples,* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2001.
Sauvagnat, F.; Vaissermann, A.: "Phénomènes élémentaires psychotiques et manoeuvre thérapeutique", *Revue Française de Psychiatrie*, 1990.
Scharfetter, Ch.: *Introducción a la Psicopatología General*, Madrid, Morata, 1988.
Scheler, M.: *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Halle, Max Niemeyer, 1913 (vol. 1) y 1916 (vol. 2).
— *Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético.* Buenos Aires, Revista de Occidente Argentina, 1948, 2 vols. (2.ª ed.).
Schilder, P.: *Imagen y apariencia del cuerpo*, Buenos Aires, Paidós, 1977.
Schipkowenski, N.: "Affective Disorders: Cyclophrenia & murder", *Int. Psych. Clin.* 1968, 5, pp. 59-75 .
— *Schizophrenie und Mord: ein Beitrag zur Biopsychopathologie des Mordes*, Berlin, Julius Springer, 1938.
Schneewind, J. B.: *The invention of autonomy. The invention of modern moral philosophy*, Nueva York, Cambridge University Press, 1998.
Schneider, K.: *Klinische Psychopathologie* [8.ª ed.], Stturtgart, Thieme, 1967 [ed. española: *Psicopatología clínica*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1997].
— *Las personalidades psicopáticas*, Madrid, Morata, 1980.
Schreber, D. P.: *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, Leipzig, Oswald Mutze, 1903 [eds. españolas: *Memorias de un enfermo nervioso*, Buenos Aires, Carlos Lolhé, 1979, traducción de R. Alcalde; *Memorias de un neurópata*, Buenos Aires, Petrel,

1978, traducción de I. Manzi; *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, AEN, 2003, traducción de M. Villanueva].

Searles, H.: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Nueva York, Hogarth Press, 1965.

Séchehaye, R.: *Journal d'une schizophrène*, París, PUF, 1950.

Segarra, R.; Aldama, E.: "Instinto de nutrición", en Eguíluz Urruchurtu, J. I. (ed.), *Introducción a la Psicopatología*, Madrid, IM&C / Wyeth, 2001, pp. 335-350.

Séglas, J.: "Las alucinaciones y el lenguaje", traducción de Ramón Esteban, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, XVIII, 68, pp. 673-677 [original: Jules Séglas, "Préface", en EY, H., *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934].

— "Séméiologie des affections mentales", en G. Ballet (dir.): *Pathologie Mentale*, París, Gustave Doin, 1903, pp. 130-270.

— *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892.

— *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Asselin et Houzeau, París, 1895.

Sélosse, J.: "L'acting-on", *Actes du colloque Les passages à l'acte*, Laboratoire de psychologie clinique et sociale de l'Université de París-Nord, octobre 1987.

Semelaigne, R.: *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, 2 vol., París, Baillière et fils, 1932.

Séneca: *De la cólera*, Madrid, Alianza, 1986.

— *Epístolas morales a Lucilio, I* y *II*, Madrid, Gredos, 1996-1999.

Sérieux, P.; Capgras, J.: *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, París, Alcan, 1909.

Serres, M.: *La communication*, París, Minuit, 1968.

Shem, S. [seudónimo de Stephen J. Bergman]: *Monte Miseria*, Barcelona, Anagrama, 2000.

Shorter, E.: *Historia de la Psiquiatría* [1997], Barcelona, J & C Ediciones Médicas, 1998.

Sifneos, P. E.: "The prevalence of alexithymic charactheristics in psychosomatic patients", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22, pp. 255-262.

— *La psychosomatique aux Etats-Unis*, conferencia editada por Laboratorios Delagrange, 1990.

— *Short term psychoterapy and emotional crisis*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 1972.

— "Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity", *Psychiatr Clin North Am*, 1988, 11, pp. 287-292.

Sifneos, P. E.; Apfel S. R.; Frankel F. H.: "The phenomenon of alexithymia. Observations in psychosomatic patients", *Psychother. Psychosom.*, 1977, 28, pp. 47-57.

Silvestre, M.: *Mañana el psicoanálisis* [1987], Buenos Aires, Manantial, 1988.
Simmel, E.: "The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1937, 1, pp. 133-143.
Simon, B.: *Razón y locura en la antigua Grecia* [1978], Madrid, Akal, 1984.
Simon, H.: *Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*, Berlin y Leipzig, DeGruyter, 1929.
Simon, P. M.: *Crimes et délits dans la folie*, París, J. B. Baillère et fils, 1886.
Soler, C.: *Estudios sobre la psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1989.
Spillius, E. B. (ed.): *Melanie Klein Today*, 2 vols., Routledge, 1988.
Spinoza, B.: *Etique*, París, Gallimard, 1965 [ed. española: *Ética*, Madrid, Ed. Nacional, 1975].
Spitzer, R. L.; Endicott, J.: *Global Assessment Scale*, Nueva York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1978.
Spoerri, Th.: *Compendio de psiquiatría*, Barcelona, Toray, 1975.
Spurzheim, J. C.: *Observations sur la folie, ou sur les dérangements des fonctions morales et intellectuelles de l'homme*, París/Estrasburgo/ Londres, Treuttel y Würtz, 1818.
Stierlin, H.: *Der gewalttätige Patient. Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an ärzte und Pflegepersonen verübten Angriffe*, Basel, S. Karger, 1956.
Stone, M. H.: *Healing the mind*, Nueva York, Pimlico, 1998.
Störring, G. E.: "Trastornos del pensamiento", en Reichardt, M., *Psiquiatría General y Especial, para Estudiantes y Médicos*, Madrid, Gredos, 1958, pp. 29-39.
Sullivan, H. S.: *Conceptions of Modern Psychiatry*, Nueva York, WW Norton, 1953.
Sulloway, F.: *Freud, Biologist of the Mind. Beyond the Psychoanalytic Legend*, New York, Basic Books, 1979.
Sutherland, J. D.: "The British Object Relations Theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn", *J. Amer. Psychoanal*, 1980, Assn. 28, pp. 829-860.
Swain, G.: *Dialogue avec l'insensé*, París, Gallimard, 1994.
— *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Toulousse, Privat, 1977.
Sydenham, Th.: *The Works of Thomas Sydenham, M.D.*, (vol. I), Londres, Sydenham Society, 1848.
Szasz, Th.: *El mito de la enfermedad mental* [1961], Buenos Aires, Amorrortu, 1973.
Tausk, V.: "Acerca de la génesis del 'aparato de influir' en el curso de la esquizofrenia" [1919], en *Trabajos psicoanalíticos*, Barcelona, Granica, 1977.
Tellenbach, H.: *La melancolía. Visión histórica del problema: endogeneidad, tipología, patogenia y clínica*, Madrid, Morata, 1976.
Teofrasto: *Caracteres*, Madrid, Gredos, 2000.
Thomä, H.; Kächele, H.: *Teoría y práctica del psicoanálisis* [1988], 2 vols, Barcelona, herder, 1990.
Thuillier, J.: *La folie. Histoire et Dictionnaire*, París, Robert Laffont, 1996.

Titchener, E. G., *Lectures on the experimental psychology of the thought-process*, Nueva York, Macmillan, 1909.
Trélat, U.: *La folie lucide*, París, A. Delahaye, 1861 [reedición: París, Frénésie, 1988].
Trevarthen, C.: "The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infancy", en D. Olson (coord.), *The social foundations of language and though: Essays in honor of J. S. Bruner*, Nueva York, Northon, 1980.
Tribolet, S.; Shahidi, M.: *Précis de sémiologie des troubles psychiques*, Thoiry, Heures de France, 2000.
Trillat, E.: *Histoire de l'hystérie*, París, Seghers, 1986.
Tustin, F.: *Autism and Childhood Psychosis*, Londres, Hogarth Press, 1972.
Valdés, M. (cord.): *Diccionario de Psiquiatría*, Barcelona, Masson, 1996.
Vallejo Ruiloba, J.; Gastó Ferrer, C.: *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, Barcelona, Masson, 2000 (2.ª ed.).
Vallejo-Nágera, J. A.: *Introducción a la psiquiatría*, Barcelona, Científico-Médica, 1981 [1.ª reimpr. de la 10.ª ed.].
Vázquez-Barquero, J. L. (ed.): *Psiquiatría en Atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 1998.
Velázquez, A.: *Libro de la melancolía* [1585], Madrid, Janssen, 1996 (edición facsímil).
Volpato, S.: *De la allotriophagie et des maladies qui en sont le résultat*, reseña publicada en la revista francesa *Annales médico-psychologiques*, 1850, del original italiano aprecido en la *Gazetta Medica Lombarda* en 1848.
Von Berger, A.: "Chirurgie der Seele" [reseña de los *Studien über Hysterie*], *Morgen-Presse*, 2 de febrero de 1896.
VV. AA.: "Lacan aurait cent ans" (monográfico), *L'Évolution psyquiatrique*, 2001, vol. 66, n.º 2.
— "Quelques grands noms de la Psychiatrie" (monográfico), *Confrontations psychiatriques*, 1973, 11, pp. 1-249.
— "Structures" (monográfico), *L'Évolution Psychiatrique*, 2000, vol. 65, n.º 3.
— *Diccionario de psiquiatría*, Barcelona, Jims, 1995.
— *Diccionario Ilustrado Latino-Español Español-Latino*, Barcelona, Vox, 1990, 19.ª edición.
— *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Barcelona, Masson, 2001 (13.ª ed.).
— *Historia del Psicoanálisis*, 7 vols., Buenos Aires, Paidós, 1968.
— *Locura: clínica y suplencia*, Madrid, Dor, 1994.
— *Manual CTO de Medicina y Cirugía*, Madrid, CTO Medicina S.L., 2000 (3.ª edición)
— *Manual del Residente de Psiquiatría*, 2 vols., Madrid, SmithKline Beecham, 1997.
— *Pensar la locura. Ensayos sobre Foucault*, Buenos Aires-Barcelona- México

Vygotsky, L. S.; Kozulin, A. (editor): *Thought and Language* , Massachussets, MIT Press, 1964.

Walter, M.; Schmouchkovitch, M.; Genest, Ph.: "Pathologie du langage chez l'adulte", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37130-C10, París, Elsevier, 1999.

Wallerstein, R.: *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*, Nueva York, Guilford, 1986.

Wallon, H.: *Los orígenes del pensamiento en el niño*, 2 vols., Buenos Aires, Lautaro, 1965.

Wernicke, K.: *Grundriss der Psychiatrie*, Leipzig, Braumüller, 1890.

— *Grundriss der Psychiatry in klinischen Vorlesungen*, Leipzig, Johannes Barth, 1900.

Widlöcher, D.: "El psicoanalista frente a los problemas de clasificación" [1984], *Clasificación y Psiquiatría (1). Confrontaciones Psiquiátricas*, edición española, n.º 20, 1987, pp. 151-167.

Winnicott, D. W.: *Realidad y juego* [1971], Barcelona, Gedisa, 1982.

— "Transitional Objects and TransitionalPhenomena" [1953], en *Through Pediatrics to Psycho-Analysis*, Nueva York, Hogarth, 1975, pp. 229-242.

Worringer, W.: *Abstraktion und Einfühlung*, Múnich, 1908 [reeditado desde 1948 en USA como *Abstraction and Empathy: A Contribution to the Psychology of Style*, Cleveland, Meridian, 1967].

Wyrsch, J.: *La persona del esquizofrénico* [1949], Madrid, Triacastela, 2001.

Wyss, D.: *Las escuelas de psicología profunda. Desde sus principios hasta la actualidad* [1961], Madrid, Gredos, 1975.

Yager, J.; Gitlin, M. J.: "Manifestaciones clínicas de las enfermedades psiquiátricas", en Kaplan, H. y Sadock, B. (eds.), *Tratado de Psiquiatría, VI edición* [1995], 4 vols., Buenos Aires, Intermédica, 1997, t. 1, pp. 595-627.

Zilboorg, G.: *A History of Medical Psychology*, Nueva York, Norton & Co., 1941 [ed. española: *Historia de la Psicología médica*, Buenos Aires, Psique, 1968].

Zubin, J.; Spring, B.: "Vulnerability. A New View os schizophrenia", *J. Abnorm. Psychol.*, 1977, 86, pp. 103-126.

Zubin, J.; Steinhauer, S.: "How to Break the Logjam in Schizophrenia", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1981, 169, 8, pp. 477-492.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

Abely, P., 472
Abraham, K., 102, 103, 136, 137, 144, 163, 258, 272, 289, 300, 302, 305, 326, 669, 707, 735
Achard, C., 525
Ackernecht, E. H., 115
Adán, 45
Adler, A., 102
Adler, Gisela (prima del "Hombre de las Ratas"; *véase* Caso), 182
Agatón, 258
Agrippa de Nettesheim, Heinrich Cornelius, 51
Agustí, A., 27
Agustín de Hipona (San Agustín), 279, 490, 584, 589
Ahmed-Ibn-Aljazzar, 47
Aichhorn, A., 238
Ajuriaguerra, J., 530, 602
Albernhe, T., 352
Alcibíades, 258, 259
Aldama, E., 522
Alderson, P., 341, 342
Alexander, F., 153, 218, 222, 223, 237-239, 340
Althusser, L., 610, 701, 712
Álvarez, J. M.ª, 29, 116, 243, 404, 419, 426, 431, 447, 448, 587, 642, 735
Alzheimer, A., 77, 98, 399, 400, 423, 481, 613
Amiel, H. F., 470
Anastasi, A., 509
André-Beauvais, A. J., 365
Anna O (*véase* Caso), 266
Antígona, 255, 256
Anton-Babinsky (síndrome de), 473
Anzieu, Marguerite J. (*véase* "Caso Aimée")
Aquiles, 650
Areteo de Capadocia, 39, 522
Arieti, S., 704
Aristófanes, 258
Aristóteles, 34, 36, 253, 255, 269, 278-281, 321, 366, 453, 490, 502, 550, 588, 604, 606, 608, 684
Arnau de Vilanova, 48, 49, 54
Arnaud, F. L., 631
Arquiola, E., 55
Artemidoro de Daucis, 385
Aschaffenburg, G., 136, 221, 668
Asclepio, 280

Asperger, H., 219
Aubry, J., 722
Averroes, 46
Avicena, 46, 47, 48
Axenfeld, A., 619
Babinski, J., 89, 90, 282, 473, 522
Bacon, F., 491
Baillarger, J., 72-74, 96, 432, 433, 442, 448, 449, 454, 455, 596
Bak, R., 150
Balint, M., 106, 223, 229, 234
Ball, B., 447
Ballet, G., 81, 85, 87, 161, 361, 426, 524, 596, 631, 647, 735
Bally, Ch., 368, 702
Balzac, H. de, 606
Bardenat, Ch., 523
Barrera, A., 380, 396, 401, 402
Barrett, J. E., 241
Barthes, R., 366, 367, 521, 701, 702, 712
Barton, Russell, 507, 510
Baruk, H., 404
Basaglia, F., 111, 112
Bateson, G., 112
Battie, W., 66, 67
Bauer, Ida ("Dora"; *véase* Caso), 92, 185
Bauer, Otto (hermano de Phillip; *véase* Caso Dora), 185
Bauer, Philipp ("el padre"; *véase* Caso Dora), 185
Bayle, A. L. G., 71, 126, 611, 640
Beard, G. M., 88, 622, 624, 690, 692
Beattie, J., 502
Beauchamps, T. L., 249, 351
Beaunis, H., 283
Bechterew, V., 283
Bell (signo de; neurología), 465
Bellak, L., 145
Bellver Pradas, F., 592, 593
Benedick, R., 106
Bentham, J., 252, 366, 608
Bercherie, P., 76, 116, 127, 242, 735
Berenguer, E., 571
Berger, A. von, 281
Bergeret, J., 707
Bergman, 543
Bergman, S. J. (alias "Samuel Shem"), 733
Bergson, H., 459, 552
Bermann, Anne, 254
Bernard, Cl., 611
Bernard, P., 399, 400, 402, 404, 441, 454, 455, 519, 530, 531, 538, 596
Bernays, J., 278, 280
Berner, P., 109
Bernfeld, S., 102, 107, 154
Bernhauer, F., 225
Bernheim, H., 88, 89, 227, 282-284, 362, 542
Berze, J., 99
Bibring, E., 223
Bick, E., 104
Bick, P. A., 201
Binet, A., 140, 509, 669
Binswanger, L., 101, 111, 137, 704
Bion, W., 102, 104, 139, 148
Bizet, G., 281
Blashfield, R. K., 124, 241
Bleuler, E., 25, 83, 93-95, 97, 100, 108, 111, 136, 137, 158, 160, 162, 213, 215, 240, 272, 295, 358, 361, 362, 372, 400, 402, 404, 405, 417, 418, 422, 440, 456, 486, 492, 513, 514, 542-544, 554, 555, 582, 596, 612, 632, 653, 668, 669, 707, 727
Bleuler, M., 418, 596
Blondel, Ch., 158, 452
Bodei, R., 480
Bödeker, J. J., 85, 123
Boecio, 608
Boerhaave, H., 61, 618
Boeters, 94
Bohr, N., 702
Boissier [de la Croix] de Sauvages, F., 69

Bombarda, M., 426
Bonaparte, Marie, 254
Bonduelle, M., 242
Bonhoeffer, K., 86, 87, 98, 99, 464, 594, 614
Bordet-Wassermann (reacción de), 71
Borel, A., 653
Borromeo (familia), 214
Bosco, el (Ieronimus Bosch), 473
Bouasse, H., 171, 172
Bouchet, 371
Bourbaki, N., 702, 704
Bourdin, 514
Bourgeron, J. P., 116
Bowlby, J., 106, 176, 221, 715
Braid, J., 89, 227
Braier, 393
Bramwell, M., 283
Brenner, Charles, 306
Brentano, F., 252
Breuer, J., 91, 154, 266, 278, 280, 281
Brierre de Boismont, A., 410, 474
Brill, A., 137, 138
Briquet, P., 88
Brisset, Ch., 400, 441, 454, 530, 531, 538
Brizer, D., 339
Broca, P., 86, 396
Broussais, F., 621
Brücke, E. W. von, 90, 91
Brueghel [el Viejo], Pieter, 54
Brühl-Cramer, K., 525
Brunius, T., 278
Bruns y Jestrowitz, 558
Buccola, 623
Buffon, Georges-Louis Leclerc, conde de, 78
Bulbena, A., 457
Büller, 369
Bumke, O., 361, 405
Burton, R., 56, 57, 561
Bychowski, G., 219, 476
Cabaleiro Goás, M., 427, 428, 457, 596
Caillcux, B., 240, 345, 587
Caín (signo de), 584
Calmeil, L. F., 542
Camus, P., 476, 477
Candomblé (dios brasileño), 226
Canguilhem, G., 602, 607, 735
Cantor, G., 322
Capgras, J., 81, 85, 158, 160, 218, 358, 361, 426, 453, 472, 475, 483, 586, 631, 647
Capponi, R., 449
Cardano (Gerolamo Cardano), 51, 54, 385
Caruso, P., 735
Caso "¡Marrana!" (J. Lacan), 199, 200
Caso Aimée (J. Lacan), 163-165, 218, 587, 724-726, 728, 729
Caso Anna O. (S. Freud), 266, 383
Caso Bachmayer (E. Kretchmer), 653
Caso Catalina (S. Freud), 661
Caso Cecilia M. (S. Freud), 384
Caso de la Joven Homosexual (S. Freud), 171, 179, 185, 384, 269
Caso del Hombre de las Ratas (S. Freud), 171, 182, 184, 209, 210, 270, 312, 374
Caso del Hombre de los Lobos (S. Freud), 92, 170, 177, 195, 285, 300, 676, 711
Caso del hombre de los sesos frescos (E. Kris), 315
Caso Dick (M. Klein), 103, 170, 176, 177
Caso Dora (S. Freud), 171, 182, 184-190, 210, 211, 269, 285, 292, 313, 314, 326, 327, 657, 667, 706
Caso Elisabeth R. (S. Freud), 266, 281, 661
Caso Ellen West (L. Binswanger), 101
Caso Emma A. (V. Tausk, S. Freud), 384
Caso Emmy von N. (S. Freud), 227, 661, 690
Caso Hans o pequeño Hans (S. Freud; *véase* Caso Juanito)
Caso Juanito (S. Freud), 171, 182, 190-194, 267, 274, 685
Caso Lucy R. (S. Freud), 661
Caso Rainer N. (Kl. Conrad), 109

Caso Renée (M. Séchehaye), 138
Caso Robert (R. Lefort), 170, 176
Caso Schreber (S. Freud), 92, 93, 140, 170, 177, 178, 201, 219, 344, 348, 386, 407, 426, 438, 559, 410, 641, 642, 668, 669, 706, 711, 724, 726-730
Caso Sr. Z. (H. Kohut), 232
Caso Sra. P. J. (S. Freud), 281
Caso Suzanne Urban (L. Binswanger), 101
Caso Wagner (R. Gaupp), 100, 587, 610
Castilla del Pino, C., 393, 428
Cattell, J. McK., 509
Celio Aureliano, 34, 40
Celso, 41
Cénac, M., 408
Charcot, J. M., 87-91, 128, 242, 282, 284, 362, 626, 656, 661
Chaslin, Ph., 25, 70, 83, 85, 93, 95, 96, 116, 123, 128, 162, 213, 215, 219, 220, 242, 340, 345, 358, 363, 382, 399, 404, 405, 422, 464, 470, 513, 536, 596, 606, 631, 642, 731
Chiarugi, V., 67, 76, 109, 636-639
Childress, J. F., 249, 351
Cicerón, 27, 35, 36, 351, 503, 604, 608, 700
Cimiano, A., 27
Claude, H., 94, 107, 127, 162, 174, 419, 648, 653, 654
Claudel, P., 255
Clérambault, G. G. de, 25, 74, 81, 93, 95, 96, 99, 107, 110, 116, 158, 161-163, 218, 356-358, 378, 416, 419, 426, 428, 431, 433-438, 486, 556, 561, 576, 596, 631, 642, 647, 731
Coderch, J., 496
Coicou, A., 558
Colbert, L., 51
Colby, K., 154, 155, 222
Colina, F., 27, 31, 113, 438, 447, 449
Colombier, J., 66
Condillac, E. B. de, 74, 485, 620
Conrad, K., 108, 109, 428, 429
Constantino el Africano, 43
Cooper, D., 111, 362
Corneille, P., 279
Corominas, J., 446, 503, 550, 564, 595, 605
Cotard (síndrome de), 453
Cotard, J., 69, 426, 468, 474, 477
Cotard, L., 400
Cottler, 280
Cramer, A., 85, 123
Creonte, 255
Crisipo, 36
Crombie, A. C., 241
Cronbach, L. J., 131
Cullen, W., 59, 61, 62, 617, 618, 619, 620
Cuquerella Benavent, M. A., 445, 447, 592, 593
D'Acquapendente, F., 526
D'Alambert, J. L. R., 605
D'Holbach, 257
Dagonet, H., 515
Dante Alighieri, 562
Daquin, J., 66
Darwin, Ch., 80, 252
Davanloo, H., 229
Dechambre, A., 371
Decker, H. S., 185
Decourt, 522
Dedalus, Stephen (personaje de J. Joyce), 730
Dejerine, J., 87, 628
Del Pistoia, L., 381, 407, 409
Delasiauve, L., 464
Delay, J., 180, 460, 483, 496, 497
Delbruck, A., 496
Deleuze, G., 701
Della Porta, 51
Demócrito, 608
Dep, F. C., 342
Derrida, G., 701
Descartes, R., 58, 172, 256, 317, 320, 366, 458, 491, 511, 551
Destutt de Tracy, A. L., 485

Devereux, G., 106
Di Ciaccia, A., 389
Dide, M., 94
Diderot, D., 256, 257, 605
Dilthey, W., 591
Diocleciano, 49
Dios, 607, 706, 728
Diosa Tierra, 51
Diotima, 258
Dollard, J., 582
Dolto, F., 166
Donati, R., 225
Donne, J., 589
Dor, J., 195
Dora (*véase* Caso), 269
Dostoyevsky, F., 661
Drabkin, 33
Dromard, G., 534, 536
Du Bois-Reymond, E., 91
Dubois, P., 627, 628, 735
Duflot, Huguette (actriz; *véase* Caso Aimée), 165
Dugas, L., 400, 470
Dumézil, G., 702
Dunbar, F., 222
Dupré, E., 81, 162, 357, 370, 426, 476, 477, 495, 497, 498, 529, 539, 631, 647
Durkheim, E., 589
Dworkin, R., 131
Ebbinghaus, H., 486
Eco, U., 366
Eddy, Mary Baker, 226
Edelmann, B., 222
Edipo (complejo de), 167, 168, 187, 192, 193, 225, 253, 255, 256, 301, 310, 388, 609, 610, 675, 709, 721
Edipo rey (drama de Sófocles), 253
Eeden, F. W. van, 283
Eguíluz, I., 512
Eguíluz Urruchurtu, J. I., 596
Eilenberg, S., 702
Eitingon, M., 102, 137
Ekbom (síndrome de), 452
Ellenberger, H., 116, 135, 137, 241
Ellis, H. H., 567, 669, 681, 685
Ellmann, R., 730
Elpenor (síndrome de), 520
Emminghaus, H., 24
Empédocles, 38
Endicott, J., 342, 343
Engel, G. L., 152, 153, 155, 223
Enke, F., 115
Epicteto, 588, 608
Epicuro, 608
Erasmo de Rotterdam, 54, 608
Erikson, E., 104, 144
Erixímaco, 258
Eseverri Hualde, C., 400, 401, 403, 595
España Ríos, M. I., 420
Esquerdo, J. M.ª, 80
Esquirol, J. E. D., 36, 66, 69-74, 123, 163, 227, 341, 359, 410, 446, 447, 509, 511, 515, 529, 556, 585, 589, 604, 623, 625, 637, 638, 677
Estagirita, el (Aristóteles), 281, 325
Esteban, R., 243
Esterson, A., 112
Estévez, F., 26, 447
Etcheverry, J. L., 117
Eurípides, 26
Evans, D., 554
Ewald, F., 351
Ey, H., 87, 108, 110, 112, 158, 161, 163, 164, 240, 400, 426, 441, 447, 454, 455, 458, 505, 530, 531, 538, 539, 596, 704
Fairbairn, R. D., 106, 147, 149, 150, 273
Falret, J. P., 60, 72, 73, 76-78, 80, 88, 111, 125, 126, 357, 410, 426, 611, 612, 640, 642, 643, 677, 735
Falret, Jules, 623, 624
Farrar, Cl., 85, 86
Federn, P., 102, 138, 147
Fedro, 258
Fenichel, O., 102, 144, 306, 694

Féré, Ch., 474, 624
Ferenczi, S., 102, 103, 147, 150, 163, 204, 234, 238, 289, 306, 307, 351, 708
Ferrand, J., 35, 56, 57
Ferrater Mora, J., 115, 366, 413, 440, 489, 491, 502, 503, 552, 595
Ferrus, G., 69
Feuchtersleben, E. von, 629, 630
Ficino (Marsilio Ficino), 51
Filomeno de Gadara, 366
Finnegan (personaje de J. Joyce), 729, 731
Fish, F., 458, 596
Fisk, N. M., 559
Flechsig, P., 86, 87, 693
Fleming, W., 61
Fleury, A. de, 403
Fliess, W., 383, 659, 664, 681, 693
Flourens, J. M., 358
Flournoy, Th., 408
Fodor, J., 358
Fontanier, P., 605
Fontenelle, B., 700
Forel, A., 283, 404, 496
Foucault, M., 35, 46, 63, 65, 111, 324, 355, 567, 701, 712, 735
Foulquié, P., 512
Fournié, 456
Fournier, A., 71
Foville, A. L., 426, 621
Fray Luis de León, 425
Fredreich, J., 75
Fregoli, L., 475
Freud, Anna, 103, 104, 144, 145, 169, 304
Freud, Marta, 280
Freud, S., 25, 26, 51, 60, 76, 77, 88-93, 95, 97, 100, 102, 103, 105-107, 113, 116, 117, 123, 127, 136, 137, 143, 144, 147, 150, 154, 157, 158, 163, 171, 174-179, 182, 184-186, 190-193, 196-199, 203, 209, 210, 213-215, 222, 223, 227, 228, 230-233, 237, 251-256, 258, 266-268, 271-273, 277-282, 284-318, 323-328, 337, 339, 351, 362, 369, 373, 374, 378, 382-388, 409, 410, 412, 416, 424, 426, 436, 438, 447, 459, 471, 472, 475, 480, 486, 493, 494, 513, 518, 530, 552, 553, 560, 564, 566, 568-571, 573, 576-578, 582-584, 608, 609, 613, 615, 617, 622, 623, 626-630, 632, 635, 639, 641, 643, 645, 654, 656-679, 681-696, 699, 705-713, 715, 718, 720, 721, 726-728, 735
Fromm, E., 106
Fromm-Reichmann, F., 139
Frosch, W., 342
Gabbard, G. O., 242, 607
Gaite, L., 397, 414, 421
Galeno, 37, 39, 41, 43, 44, 46-48, 55, 365, 521, 542
Gall, F. J., 85, 86, 358, 359
Galois, E., 702
Galton, F., 136, 252, 509, 668
Ganser, S., 422, 423, 487, 506, 510, 545
García Sevilla, J., 486
Garnier, P., 577
Garrabé, J., 606
Gaupp, R., 86, 98, 100, 218, 587, 610
Gebsattel, V. E. von, 101
Gelb, A., 703
Gélineau (narcolepsia o síndrome de), 520
Genet, J., 335
Genil-Perrin, G., 127, 158, 648, 651-653
Georget, E., 70, 72, 88, 621
Gerber-Bauer, Katharina ("la madre"; *véase* Caso Dora), 185
Gertsmann (síndrome de), 474
Gessell, A., 141
Gide, André, 170, 179-181, 206, 335
Gide, Sra. (madre de André Gide), 180
Gili, M., 512
Gill, M. M., 107, 155
Gilles de la Tourette, G., 89, 199, 400, 425
Giné y Partagás, J., 80
Gleser, G. C., 131
Glover, E., 319

Gödel, K., 196, 197
Goethe, J. W., 209, 279, 298
Goldstein, K., 101, 110, 702
Gomperz, Th., 281
Goodwin, W., 341, 342
Gotthelf, J., 417
Gracián, Baltasar, 164
Graf, H., 92, 190, 191, 194
Grandin, T., 219
Grasset, J., 88
Grawe, K., 225
Greenacre, Ph., 144
Greenson, R., 352
Griesinger, W., 25, 72, 74-77, 86, 109, 126, 129, 139, 356-358, 414, 416, 440, 442, 449, 452, 456, 512, 529, 552, 595, 628, 630, 636, 638-640, 642, 665, 735
Grob, G. N., 152
Gros, M., 242
Gross, O., 136, 178
Grotstein, J., 149
Gruhle, H. W., 77, 98-100
Gudden, J. B. von, 63, 87
Guilliéron, E. R., 229
Guilmain, 530
Guiraud, P., 94, 240, 345, 370, 399, 400, 406, 419, 420, 482, 587, 596, 612
Guislain, J., 76, 356, 512, 636-639
Gull, W., 522
Guntrip, H., 149
Gurméndez, C., 35
Gutiérrez, M., 512
Guze, S. B., 126, 590
Hade, H., 472
Hagen, F. W., 449, 638
Haitzmann, Cristóbal, 661
Halbwachs, M., 589, 607
Halle, M., 380
Haly Abbas, 46
Hanna ("la hermanita"; *véase* Caso Juanito), 191-193
Hans ("Juanito"; *véase* Caso Juanito), 190-193
Hans Zellenka ("Sr. K."; *véase* Caso Dora), 186
Hartmann, H., 102, 104, 105, 144, 145
Haskovec, 543
Head, H., 380, 703
Healey, W., 238, 239
Hecht, L., 371
Hecker, E., 70, 81, 82
Hegel, F. W., 74, 165, 320, 326, 327, 388, 389, 637
Heimann, P., 104
Heinroth, J. C., 74, 75
Hellerstein, D., 342
Helman, Z., 704
Heracles (o Hércules), 35
Herbart, J. F., 75, 77, 416, 552
Hermann, 139, 140, 150, 221
Hernández, M., 292, 293
Hesnard, A., 161, 239, 240, 323, 324, 539
Higueras, A., 404, 509, 531, 547, 556, 558, 596
Hildegarda de Bingen, 45
Hinshelwood, R. A., 242
Hipócrates, 34, 38, 40, 44, 46, 57, 249, 611
Hirschmüller, A., 280, 281
Hitzig, E., 87
Hjelmslev, L., 700
Hoche, A. E., 86, 127, 613, 614, 735
Hoff, H., 109
Hoffman, 76
Hoffmann, F., 61, 618
Holbach, barón de, 423
Homero, 425
Horacio, 576
Horney, K., 106
Huarte de San Juan, J., 54, 55
Huber, G., 98
Huchard, H., 522
Huertas, R., 26, 80, 116

Hufeland, C. W., 619
Hughlings, J., 87
Hume, D., 491
Husserl, E., 100, 101, 111, 320, 485
Hyppolite, J., 177, 705
Ibn-Omán-Ab-Sikilli, 47
Ideler, W., 75
Inocencio VIII, 50
Isaac-Ibn-Turan, 47
Isidoro de Sevilla (San Isidoro), 43, 44
Jablensky, A., 363
Jackson, J. H., 80, 86, 87, 110, 163, 704
Jacobi, M., 75
Jacobson, E., 144, 202
Jakobson, R., 201, 219, 316, 380, 387, 703, 714
Janet, P., 90, 92, 110, 274, 282, 470, 559, 627, 661
Janzarik, W., 98, 109, 651
Jaspers, K., 24, 25, 77, 86, 87, 93, 97-100, 123, 127, 137, 138, 158, 160-163, 229, 241, 356-358, 373, 424, 425, 427-429, 441, 446, 449, 458, 460, 486, 504, 591, 594, 612, 648-650, 735
Jeliffe, S., 628
Jellinek, E. M., 525
Jensen, W., 566
Jervis, G., 427
Jiménez, R., 404, 509, 531, 547, 556, 558, 596
Jonas, H., 131, 263, 351
Jones, E., 102, 137, 166
Jones, M., 139
Joseph, B., 151, 156
Joseph, S., 156
Joyce, James, 214, 216, 374, 724, 728, 729, 730, 731, 735
Joyce, Lucia (hija de J. Joyce), 730
Jung, C. G., 93, 102, 103, 136, 137, 178, 221, 288, 293, 641, 668, 669, 670
Justine (personaje de Sade), 206
Justiniano, 41
Kächele, M., 223, 243
Kahlbaum, L., 25, 72, 77, 81, 83, 123, 126, 358, 397, 399, 449, 529, 542, 606, 611, 640
Kandel, E. R., 155
Kandinsky, 433, 449
Kanner, L., 219, 527
Kant, I., 34, 74, 255, 256, 257, 491, 551, 589, 605, 608, 708
Kaplan, H., 397, 439, 531, 557
Kapsambelis, V., 397, 401, 425, 524, 534, 543, 558, 595
Kardiner, A., 106
Kassowitz, M., 91
Katan, M., 170, 178
Kernberg, O., 146, 149, 156, 270, 337, 351, 352, 608
Kerner, J., 75
Khan, Masud R., 106, 151
Kierkegaard, S., 325
Kinsbourne, M., 201
Kirchhoff, Th., 116
Kirk, S., 242, 363
Klaesi, J., 137
Klein, M., 102-104, 127, 147, 148, 150, 170, 176, 177, 195, 229, 258
Kleist, K., 87, 94, 380, 402, 403, 406, 513, 643
Klerman, G. L., 330, 352
Klibansky, R., 35
Klotz, H. P., 522
Klüver-Bucy (síndrome de), 524
Knight, R., 337
Koch, R., 611
Koenigsberg, H., 342
Koffka, K., 110, 703
Köhler, W., 703
Kohut, H., 102, 105, 151, 152, 221, 232, 262, 273, 309, 352
Kojève, A., 167, 326
Kolb, L. C., 341
König, O., 191

Korsakoff, S., 87, 469, 481, 483, 486, 497, 615
Koupernik, C., 475
Kovacs, V., 289
Kraepelin, E., 25, 71, 77, 81-87, 93-95, 97, 98, 100, 116, 123, 126, 127, 160, 358, 361, 378, 402-405, 425, 476, 483, 529, 544, 596, 611-614, 624, 630, 632, 641, 643, 649, 652, 653, 692, 732, 735
Krafft-Ebing, R. von, 24, 76, 79, 567, 573-575, 578, 579, 624, 628, 629, 632, 662, 681, 682, 684, 685, 735
Krakowski, M., 339
Kramer, H., 50
Kraus, 220
Kraus, K., 289
Kretschmer, E., 86, 97, 100, 127, 158, 160, 161, 163, 267, 648, 650-652, 735
Kris, E., 102, 104, 105, 144, 145
Krishaber, M., 470
Krueger, F., 703
Krutzen, H., 158
Kubie, L., 107, 154, 156, 607
Kussmaul, A., 397, 402, 534, 535
Kutchins, H., 242, 363
Kymlicka, W., 351
La Mettrie (o Lamettrie), J. O., 257, 608
Labhardt, 94
Lacan, J., 26, 91, 102, 103, 107, 108, 121, 128, 132, 137, 141, 151, 154, 156-182, 184-216, 218-220, 222, 224, 233-235, 239, 240, 242, 251, 254-261, 265, 266, 268-270, 273, 274, 305, 308-328, 339, 345, 346, 352, 587, 369, 374, 375, 378, 382, 383, 385, 387-391, 407, 408, 411, 437, 438, 441, 447, 459, 472, 494, 495, 522, 553, 554, 570, 571, 576, 584, 587-589, 600, 608, 610, 615, 642, 654, 657, 658, 664, 673, 674, 679, 683, 688, 697, 699, 702, 705, 711-722, 724-731, 735
Laennec, R. T. H., 69, 371
Laforgue, R., 161, 323, 324
Lagache, D., 172, 173, 239
Laín Entralgo, P., 36, 115, 618
Laing, R. D., 111, 112, 639, 641, 642
Lambert, J. H., 366
Lambert, Louis (personaje de Balzac), 606
Lange, J., 404
Lantéri-Laura, G., 111, 116, 241, 242, 361, 362, 369, 381, 407, 409, 595, 701, 735
Lanzer, E. ("Hombre de las Ratas"; *véase* Caso), 92, 182-184, 209
Laplanche, J., 197, 269, 388, 568, 595, 633
Larkin, A. R., 342
Lasègue, Ch. E., 80, 81, 88, 89, 426, 463, 522, 577, 646, 647, 656
Lashley, K. S., 703
Lasthénie de Ferjol (síndrome de), 498
Laurent, A., 534, 536
Laurent, E., 201
Le Goff, J., 529
Lebovici, Ruth, 170, 239
Lefèvre y Séglas, 406
Lefort, R., 170, 176
Legendre, P., 240
Legrain, P. M., 623
Legrand du Saulle, H., 88, 426, 625, 626
Leibniz, G. W. , 59, 257, 366, 400
Leonardo da Vinci, 194, 286, 669
Leonhard, K., 87, 94
Leriche, R., 608
Lersch, Ph., 492
Lessing, G. E., 279, 280
Leubuscher, 512
Leuret, F., 68, 72, 296, 410, 606
Lévi-Strauss, Cl., 124, 171, 174, 189, 190, 311, 366, 387, 701, 703, 704, 712, 714, 735
Lévy-Valensi, J., 411
Lewin, K., 703
Lewis, A., 86
Lhermitte, J., 472, 474, 703
Lichtenberg, G. C., 289

Liébeault, A. A., 89, 227, 282-284
Liégeois, J., 283
Lilly, J. C., 265
Lindner, S., 197
Linn, L., 439
Linneo, K., 125
Lipps, Th., 565
Liszt, F. V., 237
Little, M., 151, 203, 319
Littré, E., 367, 371
Llopis, B., 109
Locke, J., 74, 366, 609
Loewenstein, R., 102, 104, 105, 107, 144
Logre, B., 498, 530
Lombroso, C., 35, 79
London, N. J., 147
López, J. M.ª, 404, 509, 531, 547, 556, 558, 596
López Fraile, A. I., 591
López Piñero, J. M.ª, 62, 113, 613, 618, 735
López-Ballesteros, L., 117, 566
López-Ibor Aliño, J. J., 593
López-Ibor, J. J., 556
Lorand, S., 107, 150, 154
Löwenfeld, L., 284
Lucas, P., 78
Ludwig, K., 91
Lugaro, E., 361, 449
Luis XIV, 65
Luna Gallardo, M., 531
Luque, R., 446, 449, 596
Lutero (Martín Lutero), 51
Mabille P., 400
Mac Brunswick, R., 177
Mach, E., 123
Madeleine (prima de André Gide), 181
Magnan, V., 25, 78-81, 85, 86, 356, 470, 525, 574, 623, 624, 631, 643, 645, 646, 647, 684, 735
Mahler, M., 141, 144, 150, 198
Maillard, G., 730
Malan, D., 229
Maleval, J. C., 333, 408, 577, 465
Marc, C. Ch., 359, 511
Marco Aurelio, 588, 608
Marette, F. (*véase* Dolto, F.)
Margulies, A., 218
Marie, A., 626
Marin, R. S., 563
Martinet, A., 367, 380
Matussek, 98
Maudsley, H., 76, 80, 87
Mauss, M., 171, 187
Mayer-Gross, 98
Meader, A., 137
Mehir, 67
Meltzer, D., 104, 148
Menninger, K., 138, 145, 152, 153, 239, 362, 607, 608, 732
Merleau-Ponty, M., 702
Mesmer, F. A., 89, 227
Meyer, A., 86, 127, 138, 152, 153, 613, 643, 732
Meyer, L., 356
Meyer, W., 84
Meynert, Th., 77, 86, 87, 90, 91, 129, 612, 623, 624, 629, 656, 662, 663, 675
Migault, P., 411
Mijolla, A. de, 242
Mill, J. S., 252
Miller, J. A., 108, 138, 219, 242, 259, 268, 352, 373, 375, 389, 437, 716, 719, 723, 735
Milner, J. C., 343
Minkowski, E., 24, 100, 111, 428, 445, 642, 704
Mirabeau, O., 183
Mises, 239
Modell, A., 156
Moebius (Möbius), P., 82, 284, 574, 685
Moll, A., 283
Money, J., 570
Montassut, M., 272, 507, 651, 652

Montesquieu, Charles de Secondat, barón de, 589
Morales Meseguer, J. M.ª, 62
Moreau de Tours, J. J. (o Moreau, J. J.), 72, 567
Morel, B. A., 70, 78, 79, 82, 116, 410, 612, 622, 625, 628, 643, 645, 684, 736
Morgagni, G. B., 611
Moro, Tomás (Thomas More o Santo Tomás Moro), 57
Morris, Ch., 366
Morselli, E., 475, 529, 534, 535, 536, 542, 585
Morton, 522
Mounier, 393
Muguerza, J., 35
Müller, M., 137
Müller-Freinfels, R., 491
Mumenthaler, M., 462, 465
Münchausen (síndrome de), 498, 499
Najad, 46
Nasse, F., 75, 87
N'doep (dios de Mali), 226
Neisser, Cl., 161, 218, 356, 562
Nemiah J. C., 563
Nerval, G. de., 606
Nestroy, J., 253, 307
Neumann, H., 109, 639
Nicómaco, 684
Nider (a veces Nieder), J., 51
Nietzsche, F.,, 263, 589, 608
Nissl, F., 77, 85, 86, 98
Nodet, Ch. H., 426
Noguchi, 71
Nothnagel, H., 90
Novak, Capitán ("el capitán cruel"; *véase* Caso del Hombre de los Lobos), 183, 184
Noyes, A. P., 341
Nunberg, H., 102, 137
Odier, Ch., 161
Ogle, J. W., 411
Onán, 574
Ortega y Gasset, J., 413, 490
Otte, H., 278
Palomera, V., 295
Panizza, O., 63
Pankejeff, Sergueï C. ("el Hombre de los Lobos"; *véase* Caso), 92
Panofsky, E., 35
Pantaine Anzieu, Marguerite ("Aimée"; *véase* Caso)
Pappenheim, Berta von (*véase* Caso Anna O.), 266
Paracelso, 51, 54-56, 58, 59
Paré, A., 296
Parkinson (enfermedad de), 420, 535, 540
Parménides, 718
Pascual, J. A., 446, 503, 550, 564, 595
Pasteur, L., 611
Paulov, I., 87
Pausanias, 258
Peirce, Charles S., 321, 366, 369
Pélicier, Y., 116
Pérez, J. F., 592, 593
Pérez Retuerto, M., 397, 414, 421
Peset, J. L., 35
Pestalozzi, J. H., 298
Petit, G., 455
Petrusevski, M. D., 278
Piaget, J., 141, 144, 530, 700
Pichon, E., 213
Pichot, P., 460, 496, 497
Pick, A., 397, 399, 472, 497, 402
Pico della Mirandola, 51
Pigeaud, J., 33, 35
Pinel, Ph., 34, 36, 62, 67-70, 116, 123, 126, 227, 410, 524, 526, 529, 556, 619, 620, 623, 625, 636-638, 735
Pinel, Scipion, 72
Pistoia, L. del, 201
Pitres, A., 476, 515, 546, 547, 579, 585, 587, 624, 626
Platón, 34-36, 255, 258, 366, 490, 550, 588
Plon, M., 116, 242

Poe, E. A., 174
Polinices, 255
Politzer, G., 160
Pontalis, J. B., 195, 269, 568, 595, 633
Porot, A., 370, 402, 404, 477, 495, 505, 508, 523, 536, 539, 546, 595
Postel, J., 115, 562, 564
Pribram, K. H., 107, 155
Prichard, J. C. (a veces "Pritchard"), 404, 514
Prince, M., 283
Prinzhorn, 98
Propp, V., 702, 704
Ptolomeo, 366
Pulver, M., 411
Puységur, marqués de, 89
Quétel, Cl., 115
Quetelet, A., 606, 607
Racamier, P. C., 381
Raines, G., 732
Rajaratnam, N., 131
Ramón y Cajal, S., 611
Ramon, L., 525
Rank, O., 102, 306
Rapaport, D., 104, 150
Rawlins, 131
Raymond, F., 626
Reboul-Lachaux, J., 453, 586
Recalcati, M., 389
Redfield, J. W., 85
Régis, E., 476, 515, 546, 547, 579, 585, 587, 624, 626
Reich, W., 102, 144, 147, 305, 319
Reichardt, 361, 405
Reid, Th., 358, 485, 502
Reik, Th., 102, 209, 238, 304, 306
Reil, J. C., 67, 68, 619
Reiser, M., 152, 153, 155, 223
Renée (*véase* Caso)
Renterghem, A. W. van, 283
Répond, A., 139
Restif de la Bretonne, N. E., 576
Rhazes, al- (Rhazés, Rhazis o Rasi), 46
Ribot (ley de), 481
Ribot, Th. A., 24, 80, 482, 485, 511, 512, 563
Riedlinger, A., 368
Rigoli, J., 410, 605, 606, 735
Rikling, F., 137
Rivière, J., 212
Robin, Ch., 371
Robin, G., 653
Robins, E., 126, 241, 590
Roca, F., 26
Roca, M., 512
Roche, L. Ch., 621
Rodríguez, A., 27
Rodríguez Cano, T., 591
Rogers, C., 329, 342, 343, 352
Roges de Fursac, J., 677
Roheim, G., 106
Rojas, F., 496, 554, 555
Rojas Vidal, M. M., 420, 558
Roldán, A., 552
Rolland, R., 471
Rondeaux, Madelaine (prima y esposa de A. Gide), 180
Rorschach, H., 140, 446
Rosenfeld, H., 104, 148
Rosenthal R., 341, 342
Roudinesco, É., 116, 241, 242
Rounsaville, B. J., 352
Rousseau, J. J., 256, 257, 609
Rümke, 94
Russell, B., 608
Ruyer, R., 703
Saborsky, Rosa (madre de "el Hombre de las Ratas"; *véase* Caso), 182
Sacher-Masoch, L. von, 578
Sachs, H., 102
Sade, marqués de, 66, 206-208, 256, 257, 578, 608, 714
Sadock, B., 397, 439, 531, 557
San Guy, baile de, 49

San Juan Bautista, 194
San Juan, baile de, mal de, 49
San Vito, baile de, 49, 56
Sánchez, P. M., 512, 515
Sander, W., 76
Santa Ana, 194
Sartorius, N., 363
Sartre, J. P., 111, 335, 491
Saussure, F., 316, 320, 367, 369, 382, 387, 702, 704, 713, 714, 716, 735
Sauvagnat, F., 213, 219, 220, 242, 243, 343, 344, 352, 547
Saxl, E., 35
Scharfetter, Ch., 94, 596
Scheler, M., 108, 551, 552
Schelling, F. W. J., 74, 619
Schilder, P., 457, 470, 472
Schmale, 155
Schmideberg, M., 170, 229
Schmitt, C., 263
Schneewind, J. B., 351
Schneider, Kurt, 25, 87, 97-99, 428, 429, 431, 496, 559, 592, 648, 649, 650, 651, 735
Schnitzler, A., 86
Schönlein, J. L., 619
Schopenhauer, A., 589, 608
Schreber, D. P. (*véase* Caso Schereber)
Schrenck-Notzing, 228, 283
Schubert, F. P., 75
Schüle, H., 76, 512, 624, 631
Searles, H., 139, 151
Sechehaye, A., 368, 702
Séchehaye, M., 138
Sechenov, 87
Segarra, R., 512, 515, 522
Séglas, J., 25, 74, 85, 96, 158, 161, 358, 361, 379-381, 394, 396, 398, 402, 410, 419, 426, 431-434, 442, 448, 449, 453, 455, 456, 529, 531, 534-537, 542, 596, 623, 624, 642, 731
Sélosse, J., 340
Semelaigne, R., 116
Séneca, 36, 586, 589, 608
Señor K. (*véase* Caso Dora), 327
Serbski, V., 85
Sérieux, P., 81, 85, 158, 160, 218, 358, 361, 426, 631, 646, 647
Serres, M., 706
Shaftesbury, 257
Shannon y Weber, 702
Sharfetter, Ch., 444
Sharpe, E., 106
Shem, Samuel (pseudónimo; *véase* Bergman, S. J.), 733
Sherrington, C. S., 87
Sidis, B., 283
Sifneos, P. E., 563
Simmel, E., 139
Simon, H., 139, 140
Simon, Max, 341, 456
Simon, T., 509
Siomopoulos, V., 704
Skriabine, P., 715
Sloterdijk, P., 263
Snell, L., 76, 406
Sócrates, 258
Sófocles, 202, 255, 256
Sollier, P., 474
Solms, W., 107, 155
Sorano de Éfeso, 40
Souques, A., 400
Spearman, C., 509
Spielrein, S., 136
Spinoza, B., 491, 551, 683, 720
Spitzer, R. L., 126, 342, 343
Sprenger, J., 50
Spring, B., 109
Springer, Dr. (*véase* Caso del Hombre de las Ratas), 184
Spurzheim, G., 85, 356, 358
Sr. K. (*véase* Caso Dora), 186, 188-190, 210, 211, 269, 314
Sra. K. (*véase* Caso Dora), 185-189, 210, 211, 314

Staehelin, 94, 137
Stahl, G. E., 59, 61, 618
Stanghellini, G., 108
Starobinski, J., 57
Staub, H., 237, 238, 340
Steck, 137
Stekel, W., 102, 296
Stern, D., 141, 156
Stewart, D., 358, 502
Stoller, R., 570
Stone, M. H., 352
Störring, G. E., 399, 405
Strachey, J., 117, 268
Stransky, E., 417
Strauss, E., 101, 111
Strindberg, A., 101
Sullivan, H. S., 106, 138, 152, 153
Sutter, J. M., 439
Swain, G., 69
Sydenham, Th., 59-61, 73, 125, 126, 611, 618
Szasz, Th., 111, 362
Tambourini, A., 623
Tanzi, E., 361, 406
Tarnowski, 567
Tatossian, A., 101
Tausk, V., 384, 470
Tellenbach, H., 98, 108, 109
Teniente A (*véase* Caso del Hombre de las Ratas), 183, 184
Teniente B (*véase* Caso del Hombre de las Ratas), 183
Teofrastro, 34
Terman, L. M., 509
Terrence, 393
Teulié, 404, 408
Thomas More (Santo Tomás Moro), 608
Titchener, E., 565, 566
Tomás de Aquino (Santo Tomás), 269, 374, 490, 608
Tower, L., 151, 319
Trélat, U., 72, 410, 525, 625
Trevarthen, C., 141
Tribolet y Shahidi, 363, 399, 402, 421, 423, 439, 477, 497, 506, 524, 537, 547, 571, 573, 590
Tribolet, S., 596
Trouvé, S., 399, 402, 404, 455, 519, 596
Tuke, H., 67
Tuke, S., 67
Tuke, W., 67
Tustin, F., 148
Ulises (novela de J. Joyce), 729, 730
Urban, Suzane (*véase* Caso)
Vaissermann, A., 343
Valescus de Taranta, 48
Vallejo y Gastó, 557
Vallejo-Nágera, J. A., 465, 466, 541, 556, 558, 560, 564, 596
Vázquez-Barquero, J. L., 397, 414, 421
Vázquez-Bourgón, M.ª E., 397, 414, 421
Velpeau, 282
Venus celeste, 258
Venus terrestre, 258
Vesalio, 43
Villagrán, J. M.ª, 380, 396, 401, 402, 446, 449, 596
Virgen María, 51, 194, 290
Vischer, F. T., 287
Vitgotsky, L. S., 141
Vives, L., 51, 54
Vogel, 618
Voisin, F., 72
Volavka, J., 339
Volpato, S., 526
Von Economo (encefalitis de, enfermedad de), 512, 530, 540
Wagner, E. (*véase* Caso Wagner), 100
Wagner-Jauregg, J., 472
Wallon, H., 141, 530
Ward, J., 485
Weber, G., 702, 728
Weir-Mitchell, S., 87, 622

Weisman, M. M., 352
Weitbrecht, 546
Wernicke, K., 77, 86, 87, 129, 158, 162, 403, 512, 529, 542, 612, 643
Wertheimer, M., 703
Westerterp, M., 160, 218
Westphal, K. O., 76, 77, 87, 88, 464, 622, 625
Wetterstrand, 283
Weyer, H., 51, 54
Whytt, R., 61, 618
Widlöcher, D., 197
Wiener, 702
Williams, D., 219
Willis, Th., 58-60, 88, 618
Wilmanns, K., 98, 240
Winnicott, D. W., 102, 106, 151, 197
Wittgenstein, L., 214, 346
Wolpe, J., 228
Worringer, W., 566
Wundt, W., 82, 552, 668, 703
Wyrsch, J., 108, 419, 428
Zacchia, P., 62, 63
Zellenka, Peppinz ("la amante"; *véase* Caso Dora), 185
Zeller, E. A., 76, 109, 638
Zetzel, E., 146
Zilboorg, G., 50
Zizek, 240
Zola, E., 576
Zubin, J., 109, 132, 242
Zutt, J., 101

Fundamentos de psicopatología psicoanalítica

José María Álvarez
Ramón Esteban
François Sauvagnat

A lo largo de cinco amplias partes se exponen en estos Fundamentos de psicopatología psicoanalítica *las materias en las que se apoya el saber de la psicología patológica explicadas desde el punto de vista del psicoanálisis de orientación lacaniana.*

La reflexión nosológica, el examen de los modelos psicopatológicos y los aspectos técnicos de la práctica –especialmente los desarrollados por Freud y Lacan–, así como la recuperación de la semiología clásica y el análisis de las construcciones nosográficas, son aquí estudiados a la luz de la historia y de la clínica mediante un permanente debate que no excluye intercambios provechosos entre la psicopatología tradicional y el psicoanálisis actual.

El conocimiento de dichas materias, analizadas con un método que supera antiguas y artificiales fronteras, resulta irrenunciable tanto para los especialistas (psicoanalistas, psicólogos clínicos y psiquiatras) como para los profesionales y estudiosos del malestar subjetivo (filósofos, médicos, psicólogos y sociólogos).

Los autores ejercen su práctica clínica tanto en instituciones psiquiátricas públicas como en el ámbito privado.

Comparten estos quehaceres con la docencia, bien en el marco universitario (F. Sauvagnat), bien en la formación de futuros especialistas en Psicología Clínica y Psiquiatría y en grupos de estudios psicoanalíticos (J. M. Álvarez y R. Esteban).

Entre sus publicaciones destacan las dedicadas al Psicoanálisis, la Psicopatología y la Historiografía de ambas disciplinas.

ISBN 84-9756-172-4
9 788497 561723 15613

EDITORIAL SINTESIS