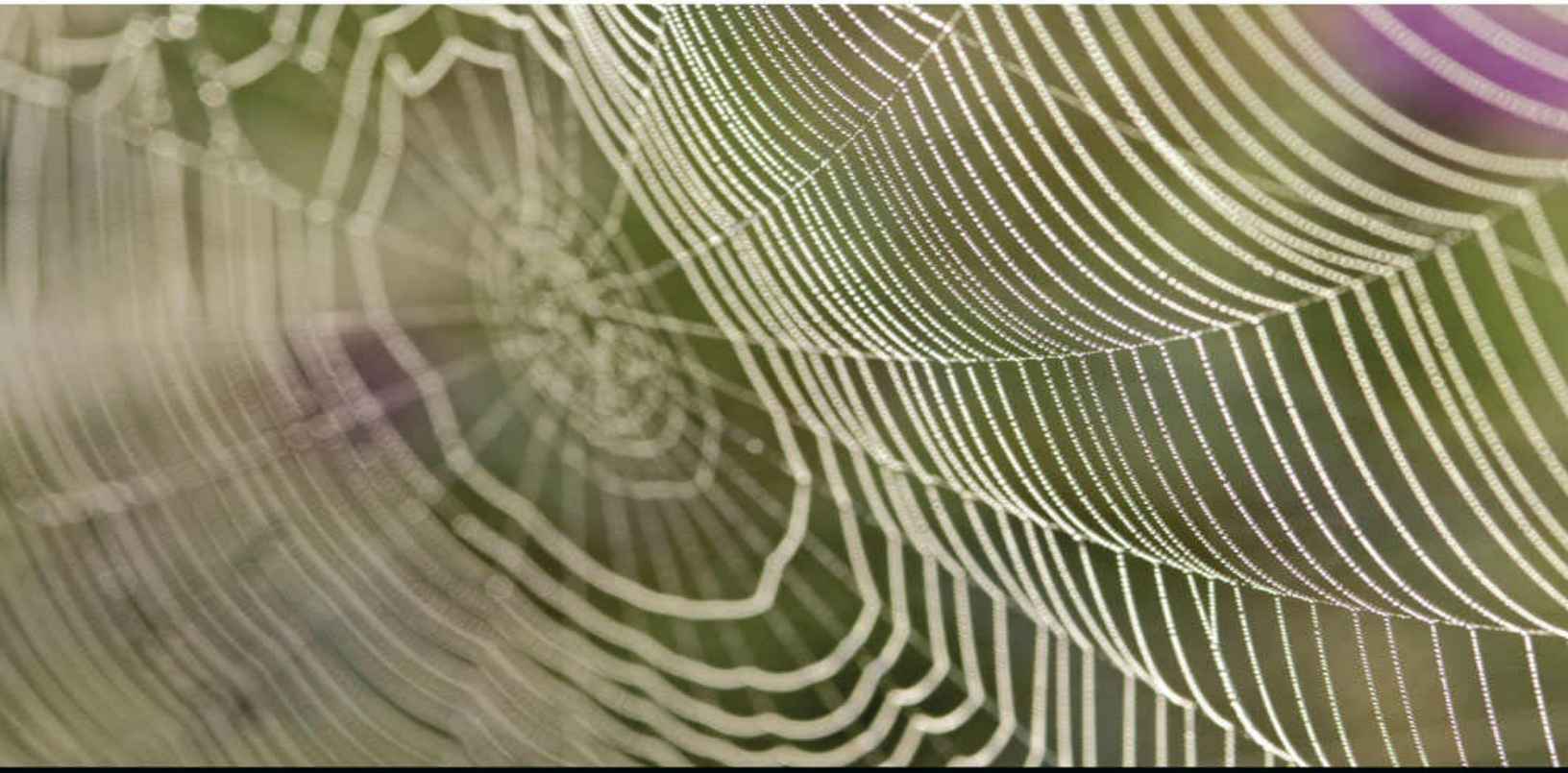
José María Álvarez

LA INVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES



GREDOS

© José María Álvarez, 2008.
© de esta edición digital: RBA Libros, S.A., 2018.
Diagonal, 18908018 Barcelona.
www.rbalibros.com

REF.: GEBO487
ISBN: 9788424938000

Composición digital: Newcomlab, S.L.L.

Queda rigurosamente prohibida sin autorización por escrito del editor cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra, que será sometida a las sanciones establecidas por la ley. Todos los derechos reservados.

Índice

PRÓLOGO: PSIQUIATRÍA Y CULTURA
NOTA DEL AUTOR
INTRODUCCIÓN
I. LOCURA, ALIENACIÓN MENTAL Y ENFERMEDADES MENTALES
II. LA PARANOIA: ENTRE LA LOCURA Y LA NOSOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES
III. DEMENCIA PRECOZ: EL ROSTRO MÁS DEFICITARIO DE LA LOCURA
IV. LA ESQUIZOFRENIA: CINCO VISIONES SOBRE EL DESGARRAMIENTO DE LA IDENTIDAD
V. LA LOCURA DESDE DENTRO: LAS ENSEÑANZAS DE PAUL SCHREBER, PROFESOR DE PSICOSIS
VI. REFLEXIONES SOBRE LA PSICOSIS A LA LUZ DE LA CLÍNICA Y LA HISTORIA
BIBLIOGRAFÍA CITADA
NOTAS

¿Qué juicio es más difícil de rebatir que un pre - juicio?

STEFAN ZWEIG, *La curación por el espíritu*

Musa, háblame de aquellas cosas que ni ocurrieron antes ni existirán en el futuro.

PLUTARCO, *Moralia* 153 f

El lenguaje que me me gusta es un lenguaje simple y natural, igual sobre el papel que en la boca, un lenguaje suculento y vigoroso.

MICHEL DE MONTAIGNE, *Los ensayos*, I, cap. XXV

Prólogo

PSIQUIATRÍA Y CULTURA

Las relaciones de la psiquiatría con la cultura son elocuentes y a la vez antagónicas. Por una parte, decimos que las prácticas psiquiátricas y los discursos teóricos que las legitiman son siervos del momento. Bajo una aceptación general reconocemos que la psiquiatría es hija de la cultura a la que pertenece, si entendemos por cultura los modos de vida de una época en relación a las creencias, las técnicas, las costumbres, el arte, el derecho o los códigos morales vigentes. Probablemente, nadie movería un dedo para contrariar o refutar esta idea.

Por otra parte, podemos sostener con la misma firmeza que la psiquiatría presente es radicalmente inculta, si nos referimos ahora a su relación con el conjunto de los conocimientos de su tiempo. Inculta en cuanto que se desentiende del pensamiento de la locura y de las influencias del pasado que corrigen su tradicional déficit de sabiduría. Salvo en algunos foros, reducidos y marginales, ya no existe la intención de enlazar las ideas de la psiquiatría con las nociones que provienen del resto de las ciencias humanas: psicoanálisis, antropología, lingüística, historia, literatura o filosofía. La psiquiatría, tras sus esponsales con el positivismo científico, ha dado la espalda al deseo de saber sobre la locura, enterrando la curiosidad y despreciando la inteligencia. Y si me atrevo aquí a sostener una afirmación tan redonda, tan tentada de exageración y tan sospechosamente dogmática, es porque me siento protegido por la corrección y pertinencia del libro al que estoy invitado como prologuista. Porque, para poner límites a la ceguera doctrinaria de la ciencia, nacen libros como el de José María Álvarez, quien, en vez de limitarse al estudio abstracto del presente, se propone insertar la psicopatología en el monumento de saber que nos precede. Su texto no se aviene a inclinar la reflexión ante el modelo de la *evidencia*, o a dar por bueno el último *invento* experimental, ni siquiera se contenta con alinear opiniones más o menos eruditas según un orden cronológico, sino que nos enseña

el modo como unas ideas vienen determinadas por las anteriores, descubriéndonos la manera como la ciencia psiquiátrica ha tomado posesión de su dominio en un ambiente de confrontaciones y fidelidades entre las distintas escuelas.

Si, bajo la celosa protección que me concede *La invención de las enfermedades mentales*, iniciamos nuestro análisis por la parte *culta* de la relación, cumpliendo de este modo indirecto con el homenaje al autor que es todo prólogo, descubrimos enseguida cuatro dominios de influencia de la cultura que localizamos de momento en relación con los siguientes supuestos: con los cambios de la demanda, con el perfil de las enfermedades, con la rehabilitación de las psicosis y, por último, con los estilos de interpretación del malestar.

Respecto a la primera, es evidente que el signo que identifica la demanda actual es la profusión disparatada de consultas. De constituir un hecho vergonzoso, que era ocultado como un signo de pudorosa lasitud, hemos pasado a un consumo abusivo y casi ostentoso. Ya no se enjuicia como una debilidad ir a pedir ayuda a un centro de salud mental, sino más bien como el obligado ejercicio de un derecho a la salud. Lógicamente, a la par que este gesto social se hipertrofiaba, el sentimiento de autonomía y resistencia moral ha caído a niveles muy bajos. Se busca la tutela hasta en los asuntos que creíamos más naturales y gobernables para cualquiera, mientras la dependencia psicológica ha crecido en pocos años hasta extremos difíciles de prever.

La tolerancia con las debilidades y la generosidad impotente con las propias flaquezas son un signo de los tiempos. Para algunos, semejante fragilidad se encuentra en relación con esa *atonía del padre* que han señalado repetidamente los psicoanalistas, o con la *liquidez* de los discursos destacada por los sociólogos. Sin olvidar, como otra contribución explicativa, la *debilidad* del pensamiento propia de nuestra filosofía. Sin embargo, no conocemos los efectos que en la conducta hayan de aportar a largo plazo estos cambios en los fondos íntimos de la persona. Amos Oz comentaba no hace mucho que quizá el peor efecto de la globalización era la infantilización del género humano, pero desconocemos las consecuencias de esta reniñez obligatoria. Aunque, a decir verdad, no es imposible que terminemos sorprendidos porque una sociedad más infantil y dependiente acabe comportándose de un modo mucho menos bárbaro y violento que el maduro, autoritario y sangrante siglo XX.

En segundo lugar, la expresión social de la enfermedad es también esclava de los cambios culturales. Hemos aprendido que la sociedad de consumo indujo unas estrategias

del deseo exigentes e insaciables, cuya primera consecuencia es la inestabilidad psicológica, la ansiedad y esa intolerancia al duelo, la depresión y la frustración que tan acertadamente nos caracteriza. Una vez instaurado el derecho a la felicidad como una exigencia irreemplazable, cualquier fallo, lentitud o tropiezo del deseo nos vuelve pacientes de la psiquiatría con excesiva facilidad. Al fracaso de las relaciones afectivas contribuye el carácter automático de los deseos propio de la sociedad de consumo, donde todo se desea de repente y bajo una exigencia inmediata que no conoce la demora subjetiva que imponen los demás cuando, en vez de consumirnos unos a los otros como objetos del mercado, se trata de querernos con tiempo por delante y recuerdos a la espalda. Llegar a considerar la simple tristeza como una enfermedad, o incluso someter la depresión al modelo nosológico tradicional es un reflejo exacto de nuestra indolencia ante las responsabilidades subjetivas y una consecuencia de ese paralelismo que llegamos a establecer entre el deseo y los hábitos de consumo, pues el capitalismo, como una cultura de afirmación diferencial, se lee bajo el lenguaje del deseo con la misma conformidad con que la realidad se somete al lenguaje de las matemáticas.

Hija de nuestro tiempo es también la esquizofrenia. Pese al auge positivista, siguen siendo poderosos los argumentos que alejan la esquizofrenia del modelo de las enfermedades físicas y la incluyen entre las perturbaciones de raíz histórica. En realidad, la antigua melancolía se tornó esquizofrenia cuando los cambios de la división del hombre alumbraron una nueva mentalidad, amenazada por un fracaso específico que ha poblado la conciencia del psicótico de voces, aislamiento, persecución y omnipotencia. Buena prueba de esta metamorfosis la encontramos en la fundada sospecha sobre si la esquizofrenia, en vez de contentarse con ser la enfermedad natural que con tanto celo nos anuncian, no es sino el reflejo de los excesos de la escisión del hombre, que cambia con los tiempos y acusa en su fractura el efecto de la época. No es descabellado pensar que, en el nuevo aposento de la conciencia que descorre la modernidad, el individualismo creciente o las nuevas formas de privacidad hayan inducido una división de la conciencia más acusada e incongruente, tanto que obligue al yo a fragmentarse más a menudo y más expeditivamente.

Se ha llegado incluso a definir la esquizofrenia como un síntoma de la modernidad. Pero no sólo por considerarla como una perturbación bastante reciente en nuestra historia, sino por entenderla como un síntoma nuclear —epistemológico y social— de la ciencia moderna, que sería capaz de dar cuenta racional de cualquier cosa menos de esa

consecuencia ciega y muda de sí misma. Los síntomas —que no deben confundirse aquí con los defectos del saber incompleto— señalan el límite del conocimiento de cada uno, y para la ciencia ese límite interno se llama esquizofrenia. La esquizofrenia, desde ese punto de vista, es el nombre que damos a la experiencia humana que sobrepasa por dentro a la ciencia. Por ese motivo, porque no hay ninguna posibilidad de que la ciencia nos provea de información sobre la causa última del proceso, se vuelven vanos y ridículos los constantes anuncios de una hipótesis causal definitiva. No hay año, en efecto, que no se anuncie el significativo descubrimiento final de su explicación, ignorando que la esquizofrenia se sitúa siempre, por principio, en el otro borde del conocimiento, más acá de la causa y más allá de la ciencia.

La cultura, en tercer lugar, nos ha dejado como obsequio de la actualidad un indudable avance en el dominio de la asistencia. Pese a todos sus defectos, incluido el escaso desarrollo de sus prometedores planes, nunca se mostraron más eficaces los dispositivos asistenciales ni fue más coherente su organización. Sucede como si se hubiera establecido un curioso paralelismo, inversamente proporcional, entre la eficacia asistencial y la incultura psicopatológica a la que aludíamos. Nada hay más representativo de la psiquiatría reciente que ese sorprendente matrimonio de riqueza y pobreza, de acierto asistencial y reducción teórica. Si nos fijamos por ejemplo en los dispositivos de rehabilitación de cualquier Comunidad, observamos que en ellos cohabitan, las más de las veces, un conjunto de programas rehabilitadores sumamente eficientes con una psicopatología famélica que apenas acierta a interpretar ningún síntoma fuera de su descripción conductual.

La sorprendente circunstancia proviene de una diabólica coincidencia. Por un lado, del abandono del interés por el sentido de los padecimientos, y, por otro, del éxito debido a cuatro acontecimientos terapéuticos fácilmente observables en la mayor parte de los establecimientos rehabilitadores. A saber: la suficiente atención humana y hostelera de los enfermos, el respeto a su libertad, el efecto apaciguador de los psicofármacos y, por último, el énfasis prestado a la actividad como eje nuclear de todos los programas. Estos cuatro pilares se han mostrado tan apropiados que, con razón, el paradigma dominante de la psiquiatría actual se ha denominado recientemente, en la «Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud», *paradigma de la recuperación*, pues nada representa mejor a nuestra disciplina que las cotas rehabilitadoras conseguidas, aunque este éxito se haya logrado sacrificando como nunca la comprensión de los enfermos.

Jamás el interés por la psicopatología pasó por horas más bajas e incultas ni la rehabilitación logró un éxito más convincente.

La teoría psicopatológica se ha convertido en un campo árido y simplificado hasta límites impensables. No comprendemos a los enfermos, ni nos interesa mucho hacerlo, ni desarrollamos los modelos necesarios para conseguirlo. Sabemos asistir a los psicóticos pero no descifrarlos ni tratarlos en el sentido lato de trato más que de tratamiento. En cierto modo, la psiquiatría actual ha renunciado a entender a la gente. Para algunos de nosotros cada vez es más costoso soportar el discurso de la disciplina —nuestro propio discurso—, como si hubiera que dar la razón a Bellow cuando, en *Herzog*, llama reductores de cabezas a los psiquiatras por su consabida estrechez de miras.

Así las cosas, hay que recordar que conocer un síntoma no es reducirlo a lo simple, sino desenvolver su complejidad: volverlo *patente* en vez de simplemente *evidente*, como pretenden algunas corrientes evidencialistas. No obstante, hay que reconocer que el énfasis en la acción como escenario terapéutico principal aporta elementos significativamente beneficiosos, que justifican el ahorro de conocimiento y la menguante curiosidad. Para probarlo basta con que consideremos la acción como precursora del deseo, como una anticipación que permite al psicótico condescender parcialmente con ese elemento que tanto le compromete. Al proponer la actividad como conveniente sustituto del deseo, evita un territorio más personal y reduce la posibilidad de arriesgarse en las fuentes deseantes de lo invasor y persecutorio.

Ahora bien, si el *paradigma de la recuperación* representa el lado más noble de las prácticas psiquiátricas actuales, lo que podríamos llamar *paradigma de la indicación* da cuenta con directa exactitud de la pobreza psicopatológica contemporánea. Lo que rige el conocimiento, según este nuevo paradigma, es el ámbito de indicación de los medicamentos y el discurso al que obliga. Bajo esa propuesta, precisamente, se ha ido diluyendo la psicopatología. No sólo seguimos inmersos en el modelo nosológico, mejor o peor disfrazado, sino que, por añadidura, han dejado de interesar las enfermedades precisas. La vaguedad de términos como *trastorno* o similares es más útil que nunca, pues facilita que el diagnóstico sea lo más impreciso posible, que se extienda a los mayores campos imaginables y que se prolongue en el tiempo todo lo que pueda. De este modo, se amplía la indicación del psicofármaco mientras se tiende conceptualmente a cronificar las enfermedades todo lo que den de sí, logrando que la sintomatología no prescriba y que, al tiempo, no se deje de prescribir. Las estructuras clínicas se estiran

como goma de mascar, buscando que el tratamiento dure indefinidamente y alcance al número más amplio de personas. Se entiende, por consiguiente, que los estados límites y el trastorno bipolar sean hoy los principales protagonistas del nuevo paradigma, pues son las afecciones de fundamentos y límites más imprecisos y, por lo tanto, las que mejor colaboran con esta estrategia indicativa. Pero no sólo se estiran las indicaciones hacia adelante sino que también se propone hacerlo hacia atrás. La eclosión de los tratamientos precoces ha permitido adelantar la edad de las prescripciones, tratando de imponer con mil argumentos una suerte de vacunación neuroléptica, que no se sabe si beneficia más al supuesto paciente o a la economía de la empresa que promueve y financia la iniciativa.

Luchar contra la incultura exige aportar a la psicopatología todos los elementos del saber a su alcance y no reducirla al fatuo positivismo presente, donde la industria farmacéutica dicta a su antojo comercial las vicisitudes y el modelo de los síntomas, ya sea de la mano de sus ideólogos o del delegado comercial de cada laboratorio que, durante sus visitas, da a sus clientes una clase orientativa. Es evidente que el idilio actual de la psiquiatría con la biología ha conducido al suicidio teórico de la psicopatología.

Hay que reconocer, sin embargo, un beneficio indirecto en el dominio indicativo del paradigma, pues la psicofarmacología, junto a transformarnos en simples prescriptores y deformar y simplificar a la carta nuestra disciplina, ha tenido el éxito que es justo reconocerle y, de paso, ha convertido al loco en un gran consumidor y, por lo tanto, en alguien interesante para el modelo económico capitalista. Si los enfermos psíquicos no consumieran tanta botica, y lo hacen a la cabeza del resto de las especialidades, dudo que la psiquiatría hubiera alcanzado el desarrollo que conocemos.

Mientras pase una gran cantidad de dinero por nuestra prescripción, no es de temer ni la pérdida de la legitimidad médica de la profesión, que tantas confrontaciones ha propiciado, ni el retorno de los locos al depósito manicomial, que siempre amenaza como un fantasma recurrente en perspectiva. No obstante, a cambio de estas seguridades, la industria farmacéutica nos ha convertido en sus súbditos, y nos impone un modelo de conocimiento mediocre y fastidioso a través de esos personajes ciertamente siniestros que llama líderes de opinión y que mantiene a doble sueldo bajo su hegemonía. Si por el sistema fuera, es evidente que nos limitaríamos a diagnosticar, prescribir y, si acaso, gestionar la invalidez temporal, que busca en la causa psíquica uno de los motivos más inciertos y cuestionables de baja laboral que nos corresponde tramitar. Para nuestro desdoro, cada vez es más frecuente que los psiquiatras deriven los pacientes al psicólogo

clínico en cuanto insisten en explicarse y hablar, y, lo que resulta más contradictorio, que cedan al neurólogo todas las patologías mentales de causa biológica conocida, quedándose con las de causa desconocida, para las que, no obstante, defienden a ultranza una causa orgánica para precaverse de otras preguntas. De este modo tragicómico, el desconocimiento de la causa acaba trasladándose a la regresiva ignorancia del profesional.

Hoy en día, la gran institución opresora —como subrayó Foucault— ya no es el hospital psiquiátrico sino el discurso de los aparatos ideológicos de la psiquiatría. El gran edificio aprisionador y enajenante es el poder del discurso y la violencia simbólica generada a través de la formación de los profesionales, las prácticas clínicas propuestas y la confección de protocolos, escalas y guías. Ejercemos la fuerza de la opinión y la violencia del nombre: la violencia del diagnóstico, en definitiva. En ese dominio hay que localizar el aireado problema del estigma que tanto pretendemos combatir pero que, en el fondo, no cesamos de generar. Al estigma contribuimos con el furibundo valor que concedemos a los diagnósticos. Nuestra contribución proviene de la facilidad con que colaboramos en imponer a los simples malestares el sello de la enfermedad, y la ligereza con que elevamos cualquier molestia a categoría diagnóstica.

Hemos olvidado demasiado pronto que la alineación mental es inseparable de la social. El estigma, en este sentido, no es nada más que lo que antes —con un vocabulario marxista— se llamaba *alineación*, si se le resta y desprovee, tibiamente, de la denuncia social contra la propia psiquiatría. Hoy el estigma sólo se plantea como quien corrige un inevitable efecto secundario que, buscando el mayor beneficio del paciente, no se pudo evitar.

En realidad, la lucha contra el estigma por parte de la psiquiatría no puede plantearse proponiendo un cambio de la apreciación social, tarea inalcanzable para nosotros, sino a través de dos medios que tiene mucho más a su alcance. El primero, potenciando los servicios asistenciales y, principalmente, extendiendo los recursos laborales de los enfermos. El segundo, cuidando el primor de la psicopatología, proponiendo de nuevo la comprensión y el sentido subjetivo del síntoma. La síntesis de ambas operaciones se resume en un límite que circunscribe como ningún otro elemento la ética de la clínica: me refiero a la aceptación de que ni todo es diagnosticable ni todo está sujeto a curación. No es conveniente bautizar técnicamente cuanto hace sufrir, ni proponerse la rectificación de todo aquello que se considera anormal y patológico.

Nos domina una monotonía curativa, reparadora y normalizadora sobre la que nunca está de más forzar algo la duda. Ni todo dolor es enfermo ni toda enfermedad es tratable. Laclos sostuvo que «cuando las heridas son mortales, todo remedio es inhumano». Advertencia que, aunque resulte desmedida en nuestro campo, no debe olvidarse nunca ante la locura y los remedios que se proponen. Se habla mucho de la adherencia al tratamiento y poco de los locos que mejoran solos. *Algunos* lo hacen hasta sin tratamiento farmacéutico.

El derecho a estar loco, aunque necesitado de limitaciones como todo derecho, nos recuerda que hay que respetar los planes que los psicóticos trazan consigo mismos, sin necesidad de llevarlos a nuestro terreno como único objetivo. Porque hay algo que debemos tener siempre presente, y es que a los locos les gusta estarlo. Es una suposición que nos cuesta asimilar. Y más cuesta respetar. Los locos no rechazan el tratamiento por obstinación o porque entiendan mal el fin que se les propone. También sucede que lo rechazan porque simplemente desprecian su beneficio. No les compensa. Hay un amor a los síntomas y a la repetición que está por encima del beneficio que a menudo les proponemos.

El supuesto sufrimiento de los enfermos no es absoluto. Sufren, pero quizá no tanto ni del modo como compasivamente nos imaginamos. En la actualidad sorprende lo que se tardó en concebir que sufrieran pues, de hecho, hasta Guislain, en su *Traité sur les phrénopathies* de 1835, no se defendió o descubrió el dolor moral de los alienados. Esquirol lo había insinuado, pero no había pasado de sugerirlo. Con anterioridad se pensaba que el loco vivía en un mundo de fantasías de acuerdo con sus preferencias o sencillamente animalizado. Eso explica, sin recurrir a ninguna perversión moral, las visitas que los curiosos burgueses realizaban a los asilos. No visitaban tanto el sufrimiento como la extravagante felicidad. Hoy, por contra, hemos pasado al extremo opuesto, y vemos tanto dolor en las psicosis que enseguida tendemos a un intervencionismo reparador y terapéutico.

Recordemos, sin embargo, que el síntoma es una mezcla de placer y poder que puede conducir al psicótico a perseguir la crisis desesperadamente, porque la crisis es su verdad y su gozo. Su única verdad. Como sabemos desde Freud, el delirio es una tentativa de curación, y la persecución, la única compañía del paranoico. Los síntomas son un refugio imprescindible. En palabras de Cicerón «la tristeza se sufre por propia voluntad y criterio», y hoy hay que tener mucho cuidado cuando se pronuncia esta sabia opinión,

que engrandece el ánimo estoico del autor, y casi pedir disculpas por ello, pues mucha gente puede molestarse y darse por aludida. Pero, en el fondo, toda locura es poseedora de un *ven* que resume la llamada amorosa a los síntomas para que retornen a protegernos. Al célebre psicótico y premio Nobel de Economía John Forbes Nash le debemos la siguiente reflexión: «La idea de que los enfermos mentales sufren mucho no es tan sencilla. La locura también es un modo de huir».

Sea como fuere, no hay que intentar salvar a la gente a cualquier precio. Todo hombre es un fin en sí mismo que debe ser respetado tal y como está. La libertad no puede imponerse. La libertad impuesta no es una liberación sino el signo más genuino del totalitarismo. Nunca debemos olvidar el reproche lanzado por Artaud a su psiquiatra, el Dr. Ferdière, para que entienda lo que llama su *poesía*: «Tratarme como delirante es negar el valor poético del sufrimiento que desde la edad de quince años surge en mí ante las maravillas del mundo, y de este sufrimiento admirable del ser es de donde he sacado mis poemas y mis cantos. ¿Cómo no consigue amar en la persona que soy lo que ama usted en mi obra? Es de mi yo profundo de donde saco mis poemas y mis escritos y a usted le gustan. Le suplico que recuerde su verdadera alma y comprenda que una serie más de electrochoques me aniquilaría».

Este punto de vista hay que tenerlo en cuenta y sumarlo siempre al más convencional e ingenuo que nos suele servir de guía. Tampoco hay que tomarlo de forma exclusiva, pero la clínica consiste en aportar también esa tonalidad al tratamiento. No es otra la lección que yo he creído extraer del libro que el lector tiene delante. Ésa es la sabiduría a la que los textos y el trato diario con José María Álvarez me animan, a conocer que cada caso es un riesgo que rompe con la posibilidad de generalización científica, ni deductiva ni inductiva. Cada enfermo es un experimento que desmiente lo que sabíamos y que nos invita a seguir aprendiendo del resto de los saberes que moldean la cultura. Tal es el momento por excelencia de la clínica. El substrato último de la presente *Invención*, ya en su comienzo, que tras este sumario prólogo llama a las puertas de la lectura.

FERNANDO COLINA

NOTA DEL AUTOR

La historia de este libro comenzó en enero de 1995 cuando, al terminar una conferencia en el hospital José Germain, en Leganés, Manuel Desviat me propuso que la escribiera en forma de breve monografía. Cuatro años después le entregué cerca de quinientas páginas que la editorial Dor publicó inmediatamente. Pese a ciertos contratiempos que afectaron a la distribución del libro, ocho años después la edición se había agotado.

A decir de mis compañeros del hospital psiquiátrico Dr. Villacián y de los colegas del Campo Freudiano, el ensayo merecía una nueva edición. Pepe Eiras primero y Vicente Palomera, poco después, me propusieron reeditarlo. Acepté sin dudar la invitación de Palomera por dos razones: la primera, por la amplia difusión que cabe esperar de una editorial tan importante como Gredos; la segunda, porque desde hace años soy fiel seguidor de su colección Biblioteca Clásica.

Cuando me puse manos a la obra y releí el original, caí en la cuenta de que había muchas cosas que mejorar, algunas que corregir y otras que ampliar y actualizar. Incluso el estilo narrativo me pareció, a veces, un poco recargado. Entonces decidí reescribirlo dándole una forma más sencilla y precisa, más acorde con mi disposición actual. Sin variar su estructura y sus objetivos, consideré oportuno reforzar sus principales argumentos incorporando, eso sí, algunas reflexiones que le aportaran mayor unidad y coherencia. Durante estos meses de escritura, en mi fuero interno he tenido como interlocutores a nuestros residentes de Psicología clínica y de Psiquiatría; con ellos he dialogado, argumentado y madurado los puntos de vista que se exponen en este ensayo.

Los primeros lectores de estas páginas han sido Alfredo Cimiano, Pepe Eiras y Rosa Núñez. Con sus numerosas apreciaciones y comentarios sobre el contenido y la forma, cada uno de ellos ha contribuido a mejorar la obra. En compensación a su amabilidad, les expreso aquí mi gratitud. Fernando Colina, mi maestro, me ha honrado de nuevo con un prólogo. Al leerlo me di cuenta de hasta qué punto coinciden nuestros análisis en materia de psicopatología e historia de la clínica.

Entre la primera edición y ésta han ocurrido algunos acontecimientos para mí importantes. Murió mi madre, Esperanza. Poco después nació nuestra hija Lucía. Con Fernando Colina, Ramón Esteban, Pepe Eiras y Chus Gómez pusimos en marcha la Otra psiquiatría; con Fernando Martín Aduriz, el Espacio del Instituto del Campo Freudiano en Castilla y León. En continuo movimiento, tuve también la fortuna de encontrarme por el camino a Juan de la Peña.

A todos los que se acaban de nombrar, directa o indirectamente, dedico este libro.

Valladolid, diciembre de 2007

INTRODUCCIÓN

El texto que el lector tiene en sus manos no versa sobre sociología de la locura ni pretende tampoco enarbolar el estandarte de la anti-psiquiatría; ninguna de las dos materias interesa a quien esto escribe, salvo en aquellas aportaciones de las que conviene estar cumplidamente informado. Se trata, por el contrario, de una interrogación con miras prácticas sobre el proceso de edificación de ese saber que la psicopatología ha ido sedimentando a lo largo de los dos últimos siglos en el terreno de la psicosis. Su título, *La invención de las enfermedades mentales*, expresa con claridad el contraproducente resultado de ese proceso, razón por la cual este ensayo exhorta a reanudar el diálogo con el alienado y a pensar de otro modo la locura.

Comoquiera que el texto ha sido escrito por un clínico y no por un historiador, todo el interés por las observaciones, descripciones y doctrinas de los clásicos de la psicopatología se encamina hacia el conocimiento de la locura más que al de su historia. Partiendo de esta articulación entre clínica e historia pretendemos revitalizar y pulsar algunas de las cuestiones que nuestro trato con la locura nos despierta de continuo y que han sido sobradamente desarrolladas por nuestros clásicos: las experiencias genuinas de la locura, el estatuto de la certeza y el axioma delirante, las distintas modalidades de nacimiento a la psicosis y sus fenómenos elementales prodrómicos, la discontinuidad del acontecer vital, el desgarramiento de la identidad y sus posibles estabilizaciones, la arquitectura del delirio y su función, la responsabilidad del loco en su locura y los polos de la psicosis que predominan o se alternan a lo largo de esa nueva dimensión de la experiencia a la que convenimos en llamar psicosis o locura.

Todos estos interrogantes, tan clásicos como actuales, han sido aprehendidos y recreados por el discurso psicopatológico mediante diversos esquemas conceptuales en los que laten desde antaño posiciones encontradas: respecto a la causa, unos defienden la organogénesis y otros la psicogenia; con relación a la configuración del cuadro clínico, hay quienes privilegian el substrato afectivo sobre el ideativo y, también, quienes lo

contemplan a la inversa; en el terreno nosográfico, muchos se inclinan por la multiplicidad o la independencia de las formas clínicas, mientras unos pocos siguen argumentando una concepción unitaria; en lo que concierne a las formaciones sintomatológicas, algunos clínicos resaltan su valor deficitario y estrictamente mórbido y algunos otros, por el contrario, enfatizan su dimensión productiva y reconstructiva. La locura consigue así dividir a cuantos observadores la arrostran, empujándolos inevitablemente a tomar partido por o frente a ella; de ahí resultan también los distintos enfoques terapéuticos, unos decantados hacia la enfermedad y otros centrados en el sujeto trastornado. Todas cuantas disimetrías se acaban de apuntar constituyen los hilos que configuran la trama argumental de los seis capítulos que siguen.

Ahora bien, más allá de todas estas visiones y teorías creadas por los tratadistas bulle soberana, a veces casi ajena, la experiencia concreta de la locura. De esa imagen poliédrica que utilizamos para representárnosla, el observador únicamente parece captar algunas de sus múltiples caras. Esta parcialidad de miras parece estar prefigurada por los riesgos personales que el clínico está dispuesto a correr en el proceso de su aprehensión, también por la experiencia y la capacitación facilitada por su formación y, finalmente, por lo que la propia locura consiente en dejar ver. Sólo esta doble dificultad inicial, tanto subjetiva como epistemológica, explicaría las ostensibles contradicciones que se han ido fraguando sobre unos hechos idénticos y una esencia común. En efecto, como podrá apreciarse a lo largo de los primeros cuatro capítulos, las discrepancias de nuestros clásicos no se limitan meramente a las construcciones teóricas y explicativas, sino que se extienden a los más esmerados retratos fenomenológicos con los que se han pretendido apresar las manifestaciones más características de ese *otro lado* de la razón.

Después de que hayamos pormenorizado los edificios nosológicos y nosográficos creados por los psicopatólogos más eminentes —rescatando por el camino sus contribuciones más sagaces y sus casos más paradigmáticos—, después también de horadarlos mediante el análisis de sus puntos de fractura más llamativos, afrontaremos la locura desde un ángulo bien distinto. El propio loco tomará entonces la palabra para guiarnos a través de su experiencia. Paul Schreber, no podía ser otro, se convertirá en nuestro particular Caronte. Sus *Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios* nos ayudarán a ponderar cuánto de artificio, cuánto de sustancia y cuánto de parcialidad contienen las visiones anteriormente desgranadas por los especialistas sobre la locura maníaco-depresiva, la paranoia, la demencia precoz y la esquizofrenia. Aspirando

a estar a la altura de este profesor de psicosis, el último capítulo recoge nuestras opiniones sobre la locura a la luz de los dos grandes ejes de este ensayo: la clínica y la historia.

I

LOCURA, ALIENACIÓN MENTAL Y ENFERMEDADES MENTALES

> Cuando, pues, alguien ha causado de propósito una desgracia y la cuestión es si recae sobre él por ella alguna culpa, o sea, que tiene que decidirse antes si estaba loco o no, el tribunal no puede enviarle a la Facultad de Medicina, sino que tendría que enviarle (dada la incompetencia del tribunal) a la de Filosofía.
>
> IMMANUEL KANT, *Antropología* (§ 51)

SUMARIO Modelos del *pathos*. La locura como lo *otro* de la razón y las enfermedades mentales. La locura clásica según Foucault. Pinel y el alienismo; la alienación mental y los restos de razón. La transición introducida por Esquirol; pasiones y locuras parciales. El paradigma de la enfermedad mental: la enfermedad de Bayle; de la *arachnitis chronique* a la causalidad orgánica generalizada. El ideal organogenético consecutivo a las supuestas comprobaciones de Bayle; primeras decepciones. J.-P. Falret, el gran ideólogo de las *maladies mentales*; evoluciones naturales distintas, enfermedades mentales distintas; la no existencia de las monomanías; la responsabilidad en la locura, un apunte; la *folie circulaire*. Tres visiones de la locura maníaco-depresiva: J.-P. Falret, J. Baillarger y E. Kraepelin.

Entramada en la quintaesencia de nuestro pensar y sentir, la locura ha modulado los movimientos y destinos humanos desde la noche de los tiempos, acompañándonos desde entonces como lo hace nuestra propia sombra. Cuando han transcurrido ya más de dos siglos desde el nacimiento oficial de la psiquiatría en su más rudimentaria versión, el alienismo, nuestras prácticas parecen asentarse hoy en día sobre un confortable conocimiento de las manifestaciones y los mecanismos de esa otra cara de la razón que el discurso positivista ha delimitado bajo la rúbrica de las llamadas «enfermedades mentales». Bienestar, satisfacción, seguridad, optimismo, incluso petulancia son en la actualidad los sentimientos que predominan en nuestra comunidad de especialistas en salud mental. Amparado en las conquistas semiológicas y nosográficas de la clínica clásica, en los efectos derivados de los tratamientos farmacológicos y las técnicas psicoterapéuticas, sabedor de la estela de sentido que arrastra cada síntoma y al corriente también de las leyes que gobiernan el aparato psíquico tal y como fueron desveladas por la penetración psicoanalítica, el conjunto de nuestros conocimientos parece gozar, ciertamente, de buena salud. Apenas se contempla su historia, sin embargo, la visión contemporánea de la locura se revela parcial, quizás sesgada, pero indudablemente sujeta a forzamientos y espejismos cuyos logros y deficiencias resulta necesario rastrear, localizar y enjuiciar.

Al igual que en nuestra práctica cotidiana del caso por caso, también en la investigación psicopatológica precisamos recurrir a la articulación de la clínica y la historia;[1] del mismo modo que es posible desvelar el secreto de un síntoma o de un trastorno siguiendo con método y pericia los pliegues que lo conforman hasta su punto más encarrujado, igualmente factible nos parece el hecho de desentrañar los fundamentos y los avatares que han determinado las presentes construcciones teóricas sobre la patología mental. Tal es el presupuesto inicial del que arranca nuestro proyecto. Su desarrollo cabal aconseja pulsar la solidez de este saber siguiendo el itinerario histórico de la edificación de las enfermedades mentales, entendidas como un efecto inducido por el discurso científico sobre la locura en su sentido más tradicional y antropológico. Esta tarea sería parcial si no tuviera en cuenta el lugar desangelado en el que se arrincona al loco al convertirlo en enfermo; restituirle su palabra y comprometerlo con la búsqueda de su remedio es el otro polo que guía nuestras reflexiones.

Locura, alienación y enfermedad mental son términos que suelen usarse en ocasiones como sinónimos; aunque con acepciones distintas, todos ellos demarcan un campo más o menos coincidente. Puestos en ese orden cronológico, no obstante, dichos conceptos evidencian a nuestro parecer un proceso de depuración, un esfuerzo de restricción y también un anhelo de ocultación tendente a encorsetar la locura dentro del modelo de la patología médica, empeño llevado a cabo mediante su asimilación a las enfermedades mentales. Examinemos ahora con mayor detalle los resultados de esa transformación, revisando para ello las más importantes visiones actuales de la patología mental que convenimos en denominar «psicótica».[2]

Tan pronto como franqueamos los confines del alienismo y, con una fugaz mirada, contemplamos los discursos elaborados a lo largo de los veinticuatro siglos precedentes acerca de la locura y los locos, resulta imposible no percatarse de la dimensión tan tradicional en la que se asientan las teorías y prácticas contemporáneas; también llama la atención la persistencia de ciertas paradojas recreadas por el conjunto de esos conocimientos. Frente a la locura y los locos, los estudiosos y prácticos se dividen desde antaño en dos posiciones tan contrarias como irreductibles: se alistan unos —los somaticistas— en las filas que defienden un discurso eminentemente médico; optan otros —los psicologistas— por apoyarse en los referentes tradicionales de la filosofía.[3] Los primeros atribuyen la aparición de la locura al sustrato material que soporta la afectividad, la volición y la ideación, y especializan sus tratamientos en la vertiente de enfermedad que cohabita con la sinrazón; los segundos asignan un valor preponderante al alma o al psiquismo en la causalidad de la locura, a la par que promocionan remedios tendentes a atemperar los excesos pasionales, a armonizar los desequilibrios morales o los oscuros desvaríos sobrenaturales de la razón.[4]

Tales orientaciones proponen, a menudo, una visión diferente del *pathos*: una más negativa y otra más positiva. La negativa destaca por encima de todo su dimensión deficitaria, característica principal del modelo de las enfermedades médicas; la positiva, por el contrario, tiende a acentuar la vertiente creativa o reconstructiva, concibiendo la locura como drama personal o como verdad trágica. Asimismo, la primera de estas visiones acostumbra ir de la mano de aquella otra que concibe la locura como una desgracia inevitable, esto es, como un proceso que se pone en marcha sin contar con el

sujeto. En la dirección opuesta caminan quienes consideran determinante la participación del loco en su locura, haciendo de ésta alguna forma de insana defensa, de zigzagueante huida o de abrupta estrategia. Cuerpo y alma, naturaleza y cultura, cerebro y mente, materia y pensamiento, neurotransmisor y lenguaje, biología y biografía, sean cuales sean los términos que se usen, esta división de los modelos desde los que se han pergeñado las lucubraciones sobre la locura ha constituido una constante desde tiempos inmemoriales.[5]

Como es natural, posiciones tan distintas ante los mismos hechos acarrean consecuencias directas sobre los dos grandes pilares de la clínica, esto es, sobre la psicopatología y la terapéutica. Limitando por el momento nuestros comentarios a la psicopatología, conviene advertir que también en este ámbito se perfilan dos grandes enfoques: la psicología patológica y la patología de lo psíquico.[6] La primera se ha especializado en analizar las experiencias singulares del trastornado, privilegiando el determinismo inconsciente de los síntomas, su sentido y su causalidad psíquica, los mecanismos patogénicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime a su malestar; conforme a su elaboración epistemológica, esta orientación de la psicopatología es inseparable de una psicología general que dé cuenta del funcionamiento subjetivo y de las leyes que lo constituyen y rigen, por lo que resulta —como escribió Freud— «indispensable también para entender lo normal».[7] La patología de lo psíquico, en cambio, muestra mayor predilección por los procesos psíquicos conscientes y su soporte material; mas al concentrarse sólo en la valoración de los datos semiológicos de cara a establecer un diagnóstico, prescribir un tratamiento y prever una posible evolución de la enfermedad, renuncia a una comprensión cabal y deja de lado la correlación entre las manifestaciones patológicas y los mecanismos generales del psiquismo humano.[8]

Muchas son las diferencias que separan ambos puntos de vista, como se mostrará en los desarrollos que siguen. Pero conviene indicar ahora que sólo partiendo de la psicología patológica es posible servirse del conocimiento procurado por la locura para profundizar en la esencia de lo humano. Esta línea de investigación ha sido particularmente fructífera en el campo psicoanalítico. Así lo entendió Lacan, en 1946, cuando propuso: «Y el ser del hombre no sólo no puede ser comprendido sin la locura, sino que no sería el ser del hombre si no llevara en sí la locura como límite de su libertad».[9]

Menospreciada en la reflexión psicopatológica actual, la locura ha sido considerada desde la Antigüedad como «lo *otro* de la razón».[10] Hoy en día es imposible referirse a ella sin sacar a colación la tesis doctoral de Michel Foucault *Histoire de la folie à l'âge classique*; tal es la trascendencia que dicha obra ha adquirido para los investigadores, ya sea para inspirarse en ella o para rebatirla. Soslayando por el momento el eje más conocido de dicha investigación, el eje institucional y de las prácticas, esta obra nos invita a considerar el entramado que la locura y la razón han tejido desde la Antigüedad hasta los albores del siglo XIX. Más que excluirse, ambas nociones aparecen en los argumentos del autor animadas por fuerzas que las integran, las complementan y las fecundan recíprocamente; la locura, en suma, se nos presenta como una manifestación indeleble de las «heridas humanas», según la afortunada expresión de Fernando Colina.[11] De esta manera, la cordura y la locura, la razón y la insensatez, se hermanan y conjugan hasta conformar cuanto de humano atesoran nuestros destinos y experiencias: «la locura es un momento duro pero esencial en la labor de la razón; a través de ella, y aun en sus victorias aparentes, la razón se manifiesta y triunfa. La locura sólo era, para ella, su fuerza viva y secreta».[12]

Bien es cierto que Foucault no aportó ninguna definición concreta de la locura; su sentido, sus límites e imbricaciones con la razón han variado a lo largo de los siglos, pero hasta el nacimiento de la psiquiatría siempre la locura ha hincado sus fauces, de una u otra forma, en el corazón de la razón. El autor argumenta su propuesta después de comparar la visión que se tenía de la locura en la Edad Media —presente e integrada en la vida cotidiana— y la que se consolidó en la Edad Moderna al convertirse en un asunto de la psiquiatría, la cual excluyó la locura de esa cotidianidad mediante el encierro de los locos. De este modo, Foucault considera que la psiquiatría consiste en «un monólogo de la razón *sobre* la locura», ahora reducida al silencio; su obra, en este sentido, pretende reconstruir «la arqueología» de este silencio.

Esta visión articulada, entretejida y dialéctica, «mera función de un binomio formado por la razón y la insensatez»,[13] ha levantado no pocas ampollas en algunos de los próceres del discurso psiquiátrico, más proclives a separar taxativamente una de otra y más empeñados en considerar esta experiencia humana únicamente en su dimensión mórbida.[14] Sin embargo, algo de este binomio no deja de insistir y manifestarse al

margen de la enfermedad; «quizás el tesón positivista no sea más que un síntoma propio de su presencia indesplazable».[15] No obstante, al margen de la ortodoxia psiquiátrica emergieron otros discursos que —como el psicoanálisis,[16] la psiquiatría transcultural, la psiquiatría dinámica y la antipsiquiatría— han recuperado en cierta medida esa dimensión antropológica que entraña la locura.

En su conjunto, la investigación foucaultiana muestra que la oposición entre razón y locura, tan asentada en el pensamiento actual, se inserta en una larga serie en la que lo normal se opone a lo patológico: «Para poder decir de un criminal que es un caso patológico es preciso comenzar diciendo que está loco, después diremos que los locos son enfermos mentales, por lo tanto, que son casos patológicos, etc. De esta manera lo criminal puede entrar en la categoría de lo patológico. En otros términos, la oposición locura-razón funciona como una oposición de recambio que pretende traducir todas las antiguas oposiciones de nuestra cultura en la oposición mayor, soberana, monótona, entre normal y patológico».[17]

El encumbramiento y la soberanía de la razón, propiciados por la Ilustración,[18] terminaron por deshacer, inevitable y definitivamente, la compleja homeostasis que venía trabándose en el seno del binomio razón-locura. Ese «acontecimiento clásico», como lo denominó Foucault, aportó los referentes adecuados para establecer, cada vez con más firmeza, la incompatibilidad entre una y otra. Sin embargo, tan concluyente demarcación halló no pocos escollos en el devenir de la psicopatología psiquiátrica. Buena prueba de ello, como veremos más adelante, la encontramos en los debates suscitados a propósito de las locuras parciales, también en el destino marginal que el discurso psiquiátrico acordó conferir a la paranoia, incluso en el estatuto clínico evanescente de la llamada «esquizofrenia latente».

Bien pudiera ser que todos los momentos cumbres del racionalismo hayan propiciado cuando menos un estiramiento, acaso una hendidura, en el mencionado binomio. En ese sentido, Foucault y otros autores han datado en la «Primera» de las *Meditaciones metafísicas* de René Descartes el primer corte, la primera escisión radical entre locura y razón en la época moderna: «Pero —escribió Descartes—, aun dado que los sentidos nos engañan a veces, tocante a cosas mal perceptibles o remotas, acaso hallaremos otras muchas de las que podamos razonablemente dudar, aunque las conozcamos por su medio; como, por ejemplo, que estoy aquí, sentado junto al fuego, con una bata puesta y este papel en mis manos, o cosas por el estilo. Y ¿cómo negar que estas manos y este

cuerpo son míos, si no es poniéndome a la altura de esos insensatos cuyo cerebro está turbio y ofuscado por los vapores de la bilis, que aseguran constantemente ser reyes, siendo pobres, ir vestidos de oro y púrpura, estando desnudos, o que imaginan ser cacharros o tener el cuerpo de vidrio? Mas los tales son locos, y yo no lo sería menos si me rigiera por su ejemplo».[19]

De manera que, al calificarlos de «locos», Descartes cortó los vínculos tradicionales entre razón y locura, inaugurando la visión moderna en la cual el alienismo y la psiquiatría forjarían en el futuro sus edificios nosográficos.[20] Dejando al margen estas consideraciones, lo cierto es que todos los esfuerzos tendentes a arrancar la locura de la razón han propiciado el encierro, la custodia y el tratamiento de los locos.

En efecto, fue a partir del siglo XVII —así lo relata Foucault bajo la enfática fórmula «gran encierro»— cuando el aparato legal propició el confinamiento de aquellos sujetos que alteraban el buen orden social. Un gran número de mendigos, vagabundos, pobres, excéntricos, viejos, chalados, raros y lunáticos fueron conducidos a establecimientos de reclusión, y no tanto para ser atendidos allí si lo requerían sino para proteger a la sociedad de esos parias improductivos.[21] Se trataba supuestamente de rectificar la locura, es decir, de tornarla más social y más productiva según la moral al uso, cosa que sucedió precisamente cuando la burguesía estaba en vías de constituirse.[22] Quienes eran hacinados en alguno de aquellos Hospitales Generales recibían el mismo trato que las bestias, pues el hecho de haber perdido la razón equivalía a la desaparición de su esencia humana.

Jean Colombier, inspector general de los hospicios y prisiones francesas, redactó en 1785 un informe conmovedor en el que resumía el estado de los trastornados que habían sido confinados en alguno de los establecimientos asilares: «Miles de lunáticos 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».[23] Siguiendo esta misma tendencia de silenciar a los sujetos cuyos actos y dichos desentonaban con la armonía social, en esa misma época se ordenó encarcelar en la Salpêtrière a las prostitutas y las madamas que gobernaban los lupanares;[24] mas ningún remedio se proponía a esos descarriados que no fuera su reclusión y custodia. Pero

después de tanta coerción, ostracismo y brutalidad, a finales del siglo XVIII se produjo en varios países de Europa un movimiento de corte filantrópico que revolucionó la asistencia a los alienados. W. Battie, V. Chiarugi, J. Daquin, W. Tuke, Ph. Pinel y su ayudante J.-B. Pussin fueron los principales promotores de esta humanización asistencial.[25] A la par que la locura ingresaba en los dominios de la medicina, los establecimientos destinados únicamente al encierro dieron paso al nacimiento de los asilos especializados en la custodia y el tratamiento de los alienados, paulatinamente sepa rados de los otros parias que mancillaban con sus conductas el silencioso discurrir social.[26] Muchos de aquellos primeros manicomios surgieron de iniciativas privadas, especialmente en Gran Bretaña donde, hacia 1800, se habían concedido alrededor de cincuenta licencias. Se tratara de asilos públicos o privados, las prácticas desarrolladas en su interior —en especial las destinadas al manejo de los internos— contribuyeron de manera determinante al surgimiento del alienismo y la futura psiquiatría.

Fue en este contexto donde se inventó el llamado «tratamiento moral», importado por Pinel e instaurado en los asilos de Bicêtre (1793) y la Salpêtrière (1795) tras su «gesto» libertador.[27] Se pretendía con dicha terapéutica moderar las pasiones y destruir los delirios a partir del trato amable (*la douceur*), la persuasión y el respeto a la autoridad del médico; se anhelaba, en definitiva, hacer del loco un buen ciudadano, un sujeto productivo y autodisciplinado.[28] Pese a que ha llovido mucho desde entonces y que el alienismo se ha convertido en una reliquia de la historia de la clínica, no conviene olvidar la valentía mostrada por Philippe Pinel con su «gesto» inaugural. Tal como recogen Paul Bru y Scipion Pinel, el profesor Pinel había solicitado a las autoridades, en repetidas ocasiones, autorización para suprimir el uso de jaulas y grilletes en el manicomio de Bicêtre. En contestación a esas solicitudes, Couthon, miembro de la Comuna, visitó el asilo y, horrorizado por lo que allí vio, le dijo a Pinel: «Ciudadano, ¿no estás tú también loco al querer desencadenar a semejantes animales?». «Tengo la convicción —respondió Pinel— de que estos alienados no son tan intratables como para privarles del aire y de la libertad [...]».[29]

Franqueada la segunda mitad del siglo XIX, la visión de la alienación como un trastorno anímico causado por las pasiones y modificable por el tratamiento moral perdió todo su empuje. En adelante, los prometedores descubrimientos anatomopatológicos de Bayle se tornarían pura quimera y, a falta de mayores concreciones organogenéticas, la investigación psiquiátrica en materia etiológica comenzó a pergeñar intangibles

lucubraciones centradas en la degeneración hereditaria. Mas en todo ese proceso, sin prueba alguna que lo avalara, la locura fue por completo desplazada al territorio de la enfermedad.[30] De este modo, a lo largo del siglo XIX se produjo un doble movimiento con resultados paradójicos: los locos previamente encerrados habían sido liberados de sus cadenas, pero ese mismo «gesto» filantrópico ocasionó una nueva, más férrea y sutil atadura que encadenaba al loco a la psiquiatría y a su «enfermedad mental»; su locura había dejado de pertenecerle en la medida en que su cerebro y su dotación genética eran los responsables de sus dichos y de sus actos.

PHILIPPE PINEL Y EL ALIENISMO

Todo este proceso innovador, primero nosológico (asimilación de la locura a la alienación), más tarde institucional (creación del asilo), terapéutico (promoción del tratamiento moral) y legal (Ley del 30 de junio de 1838), es inseparable en la clínica francesa de un nombre y un texto: Philippe Pinel y su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, publicado por primera vez en octubre de 1800. La novedad y pertinencia de sus aportaciones se resumen en las palabras que siguen de Claude Michéa: «Antes de Pinel, el análisis no había penetrado en el dominio de la patología mental».[31] Su concepción de la alienación mental y su clasificación natural y metódica superaron con creces las visiones arbitrarias e incompletas de Boissier de Sauvages y de Cullen. Además, como argumentó Antoine Ritti, «él demostró que la locura, esta enfermedad reputada de incurable, podía vencerse mediante un tratamiento racional y humano».[32] Piadoso, culto, modesto, tímido en exceso, distraído, de corta estatura y voz frágil, Philippe Pinel (1745-1826) despertó como pocos la veneración de sus alumnos, que se preciaban de pertenecer a «la escuela de Pinel», como se decía en su tiempo. Sin embargo, los innumerables elogios con que se le agasajó en vida y se honró después su memoria, no pueden ocultar el olvido de su principal mensaje acerca de la implicación del loco en su locura y, por ende, en sus posibilidades de remediarla.

Una fugaz mirada sobre los primeros pasos del discurso alienista nos perfila un modelo nosológico unitario de la patología mental y un ángulo de observación esencialmente sincrónico o «fotográfico».[33] De entrada, Philippe Pinel propuso sustituir el término *folie* por el de *aliénation mentale*, «porque el alienado está fuera de sí mismo».[34] Defendida

con el brío que caracteriza a los pioneros y con argumentos madurados mediante la experiencia, esta propuesta debe valorarse como un intento de introducir la locura en los dominios del discurso médico y de acotar su inespecífico ámbito semántico, ya que el término *folie* podría adquirir una «amplitud indeterminada y extenderse a cualquiera de los errores y extravagancias de que es susceptible la especie humana, lo que, gracias a la debilidad del hombre y a su depravación, no tendría límites».[35] Para él y para sus epígonos la alienación nombraba un proceso único que aglutinaba no sólo las posibles y profundas variantes mórbidas sino también los estados de afectación moral que inducen una pérdida de libertad consecutiva a las lesiones del entendimiento.[36]

Su legado se sitúa, no obstante, a medio camino entre la concepción tradicional de la locura y la estrictamente médica promovida por la ideología de las «enfermedades mentales». Se advierte en ella una amplia conjunción de influencias, en especial las doctrinas sobre las enfermedades del alma y las pasiones alumbradas por los filósofos morales de la Antigüedad —sobre todo las desarrolladas y compiladas por Cicerón—,[37] pero también la tradición médica renacentista y la dimensión social del hombre expresada por J.-J. Rousseau en su *Contrato social*,[38] así como las nuevas tendencias de la medicina de su tiempo, la cual practicaba y enseñaba.[39] Al reunir así la filosofía moral y la medicina,[40] Pinel definió un espacio en el cual las pasiones se anexaban a la medicina, sustituyendo de este modo la tradicional filosofía moral por la moderna medicina filosófica, esto es, el alienismo.

Ese extravío de la razón denominado *aliénation mentale*, según Pinel, «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».[41] Esta simple frase condensa el conjunto del proyecto alienista: como cualquier otra enfermedad, la alienación debe ser examinada en todas sus variedades; de igual modo, el alienado, como enfermo que es, requiere un tratamiento específico y un establecimiento sanitario especializado.

Sin embargo, el mismo movimiento que incluyó la locura en los dominios y modelos de la patología médica no pudo evitar que muchos médicos miraran con recelo las propuestas de los alienistas. Se trata de un efecto paradójico que no ha dejado de manifestarse en el devenir de la psiquiatría, pues por más científica que se pretenda no puede renunciar a esa cuna conformada con las mimbres de la filosofía moral, la

vertiente social de su práctica y la ciencia positiva. En efecto, el modelo unitario de la alienación contrastaba con la extensa nosografía construida por la medicina para nombrar y describir las enfermedades; además, ni los propios teóricos del alienismo consideraban que el substrato etiológico se hallase necesariamente en una alteración anatomopatológica, ni tampoco que las variadas terapéuticas de los internistas sirvieran a los alienados pues a todos se les aplicaba el mismo tratamiento moral; por último, ni siquiera el hospital general se consideró apropiado para acogerlos. De esta manera, este primer intento de medicalizar la locura bajo la forma de la alienación mental se reveló, paradójicamente, más próximo a aquellas concepciones populares de las que Pinel tanto se esforzó en separarla.[42]

En el ámbito nosológico la obra de Philippe Pinel se nutre especialmente de sus incuestionables dotes de observación. Receloso de las construcciones especulativas y confiando en la infalibilidad de su mirada, Pinel se mantuvo fiel a las directrices de Condillac y el grupo de los Ideólogos.[43] Como buen empirista, se esforzó en captar los fenómenos morbosos inequívocos y necesarios para conjuntar las «especies clínicas».[44] A medio camino entre la Ilustración y la medicina anatomoclínica, su interés osciló entre la dimensión aprehensible y concreta del síntoma y una cierta preocupación por barruntar la supuesta lesión anatómica.[45] Sin embargo, aunque Pinel practicó autopsias como todos los médicos de su tiempo, siempre mostró una elocuente reserva a la hora de valorar tales hallazgos; en este sentido, parece probable que sus anhelos anatomopatológicos se limitaran a dotar de cierta objetividad su nosotaxia *more botanico*. Una buena prueba de su parecer se aprecia en el siguiente comentario: «Sobre un total de treinta y seis autopsias realizadas en los hospicios, aseguro que no he hallado en el interior del cráneo más de lo que se observa en los cadáveres de aquellos sujetos que murieron de epilepsia, de apoplejía, de calenturas atáxicas o de convulsiones, y siendo esto así, ¿qué luces nos pueden comunicar estos movimientos para tratar de la alienación mental? Últimamente he visto un tumor esteatomatoso del tamaño de un huevo de gallina en la parte media del lóbulo derecho del cerebro. Acaso se creerá que hablo de la cabeza de un loco, pero me apresuro a prevenir contra juicios precipitados; y puedo asegurar que la persona estaba hemipléjica, que hacía dos años que se había dado otro golpe en la cabeza, y que jamás manifestó el menor extravío ni desorden de sus ideas. ¡Qué ocasión para comentarios y explicaciones, si esta persona hubiese estado loca al mismo tiempo! Pero también, ¡qué

nuevo motivo para proceder con circunspección y reserva a la hora de pronunciarse sobre las causas físicas de la alienación mental!».[46]

El conjunto de sus contribuciones médicas fueron publicadas en 1798 con el título *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la medicine*. Amante de las clasificaciones, como imponía el espíritu de su tiempo,[47] Pinel abrió el segundo volumen de esta obra con un estudio dedicado a las «neurosis». Se detallan en éste 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 subdivido en cuatro agrupaciones: hipocondría, melancolía,[48] manía[49] 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 1800. Este texto, que puede considerarse como el primer tratado moderno de psiquiatría, nos presenta a la manía como la forma más frecuente de alienación, incluso como el modelo por excelencia de alienación en la medida en que puede remitir mediante el tratamiento moral.

Causada unas veces por determinadas predisposiciones hereditarias y otras por acontecimientos exteriores y emociones violentas, la *aliénation mentale* nombra un proceso morboso único en el que se reúnen las más llamativas alteraciones de la voluntad y del entendimiento siguiendo un orden gradual, de más leves a más graves: *mélancolie ou délire partiel*, *manie ou délire généralisé*, *démence* y, finalmente, *idiotisme*: «Un delirio, más o menos acentuado referente a casi todos los objetos, se asocia, en bastantes alienados, a un estado de agitación y de furor: eso es lo que constituye propiamente la *manía*. El delirio puede ser exclusivo y limitado a una serie particular de objetos, con una especie de estupor y afectos vivos y profundos: tal es lo que se llama *melancolía*. En ocasiones, una debilidad general afecta a las funciones intelectuales y afectivas, como sucede en la vejez, y constituye lo que se llama *demencia*. Por último, una obliteración de la razón con fases bruscas y automáticas de arrebato es a lo que se da la denominación de *idiotismo*. Tales son las cuatro especies de extravíos que describe de forma general el nombre de alienación mental».[50]

Estas cuatro caras de la alienación constituyen el fundamento esencial de gran parte de los desarrollos nosográficos que ocuparían a los clínicos franceses a lo largo de los ciento treinta años posteriores. En efecto, como parcialmente podrá apreciarse en los capítulos

que siguen, la melancolía será el marco genuino del que descollarán los «delirios crónicos», la melancolía simple y la delirante, descritas por Séglas, y las formas delirantes hipocondríacas recogidas por Jules Cotard; de la conjunción de algunas variedades depresivas de la melancolía con los estados recurrentes de paroxismos maníacos, la locura maníaco-depresiva; de una pequeña parte de la demencia, la *démence précoce* de Morel, ámbito muy próximo a la *Hebephrenie* de Hecker, modelo nosológico que constituirá el núcleo de la *Dementia praecox* kraepeliniana; lindando también con algunas caras del idiotismo, la *démence aiguë* de Esquirol, la *stupidité* de Georget y la *confusion mentale primitive* de Chaslin.

Dejando a un lado las dos caras más severas de la alienación, la demencia (debilitamiento intelectual generalizado, ausencia de juicio e ideación sin conexión) y el idiotismo (abolición total del entendimiento), examinaremos ahora la melancolía y la manía. Amén del tono taciturno y meditabundo, la melancolía pineliana se define básicamente por la presencia de un delirio parcial, exclusivo o circunscrito a un «único objeto que parece absorber todas sus facultades». Este tipo de delirio puede, cuando menos, adquirir dos grandes formas, sea la del orgullo extremo o la del abatimiento pusilánime al tiempo que una profunda desesperación; en contados casos, ambas variedades pueden incluso alternarse.[51]

La manía, por su parte, muestra dos formas bien caracterizadas: la *manie sans délire* y la *manie délirante*. La forma sin delirio destaca por los accesos o paroxismos periódicos debidos a una perversión de las funciones afectivas, y se desarrolla sin alteraciones del juicio; su peligrosidad resulta dramáticamente llamativa. La manía delirante, en cambio, puede ser continua o periódica; ambas se originan siempre a partir de una alteración del entendimiento que ocasiona cuantos desarreglos del humor pudieran suscitarse: «La manía, la más frecuente de las especies de alienación, se distingue por su excitación nerviosa o por 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».[52]

Además de su esencia nosológica unitaria, la noción de *aliénation mentale* inventada por Pinel resulta inseparable de la antigua noción de pasiones, esas fuerzas turbadoras que trastornan la razón —«impulsos violentos», a decir de Plutarco;[53] «cánceres de la razón», las denominó Kant—,[54] esas «perturbaciones del espíritu, que hacen miserable y amarga la vida de los necios»,[55] en palabras de Cicerón, quien distinguió cuatro géneros

con numerosas subdivisiones: tristeza, temor, deseo y *hedoné* o «gozo». Al haber destacado con anterioridad la importancia de la doctrina moral de Cicerón en la obra psiquiátrica de Pinel, pretendíamos allanar el terreno para evocar la tesis ciceroniana de que la causa de las enfermedades del alma ha de atribuirse principalmente a errores o malas decisiones, es decir, que la responsabilidad del sujeto está implicada en su causa. Cicerón, tan elogiado por Pinel,[56] no vacila lo más mínimo sobre este asunto: «Las dolencias corporales pueden acontecer sin culpa alguna, pero no las del alma, porque aquí las enfermedades y las pasiones sobrevienen siempre como consecuencia de una desviación de los dictados de la razón».[57]

Inseparable del aspecto antes apuntado, Pinel consideró que en el seno de la alienación existe siempre un germen de razón indestructible, incluso en los casos de accesos maníacos, tal como indicó en la siguiente observación de un alienado que «gozaba, por lo demás, del libre ejercicio de su razón; aun durante sus paroxismos, respondía directamente a lo que se le preguntaba, sin advertirse ninguna incoherencia en sus ideas, ni señal alguna de delirio, y conocía íntimamente incluso todo el horror de su situación, [...]».[58] Por tanto, a nuestro parecer, los dos pilares que sostienen la visión nosológica de Pinel —la doctrina estoica de las pasiones y la persistencia de razón en la alienación— favorecen una concepción de la alienación como un trastorno que no arrasa completamente la subjetividad. Al ser esto así, en buena lógica, pueden albergarse posibilidades de remediarla mediante el tratamiento moral, el cual implica siempre el ingreso en el asilo, la realización de trabajos provechosos y la consideración de esos restos de razón que la alienación no termina de arrasar.[59]

En efecto, merced a esa llama de cordura que alumbraba en el fondo de cada alienado, era factible la comunicación y la relación terapéutica con esa nueva figura del saber y del poder encarnada por el médico alienista; el alienado, aunque enfermo desprovisto de su identidad y de su libertad moral, conservaba aún un pie en el mundo de los cuerdos civilizados. Además, dado que las pasiones se desbordaban hasta el extremo de transformar a la persona en un extraño para sí mismo, resultaba acertado esperar que, reconduciéndolas a un nuevo estado de armonía, el entendimiento recobrara el orden y la claridad que había perdido. Hegel, el sabio de la época, supo captar con precisión ese vestigio de razón que seguía cohabitando con la alienación. Prueba de ello es que, en 1817, escribió: «Por consiguiente, el verdadero tratamiento psíquico retiene también el punto de vista de que la locura no es una *pérdida* abstracta de la razón, ni por el lado de

la inteligencia ni por el de la voluntad y la responsabilidad de ésta, sino que es sólo locura, sólo contradicción en la razón todavía presente, del mismo modo que la enfermedad física tampoco es una pérdida abstracta, es decir, total de la salud (eso sería la muerte), sino una contradicción en ella. Este tratamiento humano, esto es, un tratamiento tan benevolente como racional (Pinel merece el mayor reconocimiento por los méritos que ha contraído a este respecto) supone que el enfermo es racional y tiene ahí el asidero firme por el cual el tratamiento prende en el enfermo, del mismo modo que en lo corporal el asidero es la vitalidad que en cuanto tal contiene salud todavía».[60]

A la luz de los trabajos de Michel Foucault y sus numerosos comentaristas, el «gesto» liberador de Pinel y su loable espíritu filantrópico —según rezaba la mitología post-revolucionaria— han devenido en la actualidad motivo de un decidido cuestionamiento,[61] pues el mismo acto que liberó a los alienados de sus jaulas y grilletes los sujetó a la enfermedad, al asilo y a la disciplina psiquiátrica. Mas siendo esto así, no conviene olvidar la decidida defensa llevada a cabo por Pinel de la humanidad insobornable del loco y de sus recursos terapéuticos, los cuales sólo pueden ponerse en marcha cuando se confía en esos restos de razón que siguen perviviendo en la alienación.

LA TRANSICIÓN INTRODUCIDA POR ESQUIROL

Tales son los ecos que resuenan en la obra de su alumno Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840), aunque en sus postreros escritos se pone de relieve la distancia que lo separa del venerable maestro Pinel y se columbra el germen de la nueva mentalidad que terminaría por adueñarse de la psiquiatría. Tiene razón Rafael Huertas cuando advierte que la obra de Esquirol no es uniforme y que pueden diferenciarse en ella dos etapas. Nos muestra la primera, representada por su tesis doctoral sobre las pasiones, al joven alienista refrendando las posiciones de su maestro y practicando con entusiasmo el tratamiento moral, cuyos éxitos le parecen más que evidentes; en la segunda, coincidente con su madurez clínica y sus precisiones semiológicas sobre las alucinaciones, se revela un mayor escepticismo en lo que atañe a la terapéutica de la locura y se vislumbra cierta querencia por los aspectos médicos del *pathos*.[62]

Pese a sus imperfecciones, lagunas y falta de sistematización,[63] el conjunto de sus trabajos transmiten ante todo su vocación asistencial y terapéutica, esto es, su propensión

a aliviar el mal de los náufragos de la locura: «Debía fantasear, sobre todo, con el mal que era urgente aliviar y con el bien que la Providencia le había llamado a realizar», según las palabras pronunciadas por J.-P. Falret ante su tumba.[64]

Destinado en principio al sacerdocio, como Pinel, Esquirol reafirmó su vocación por la medicina cuando en su juventud comenzó a ejercer en la Salpêtrière, manicomio que por aquel entonces albergaba unas seis mil mujeres enfermas o locas. De constitución delicada y frágil, los biógrafos lo describen como sensible, bondadoso, expansivo, piadoso, modesto y tendente a la ensoñación.[65] Fue un gran viajero, lo que le permitió conocer los asilos franceses, ingleses, alemanes e italianos. Hizo así acopio de múltiples experiencias que tanto habrían de servirle en sus quehaceres de asistencia y organización de las instituciones de alienados.

Teniendo en consideración el conjunto de sus escritos, el legado de Esquirol se sitúa en la transición del alienismo y la ideología de las enfermedades mentales, esto es, entre su maestro Pinel y su alumno J.-P. Falret. En nuestra opinión, esa posición se pone de manifiesto tanto en los pequeños detalles como en el trasfondo de sus argumentos. Téngase presente, en primer lugar, que a la hora de titular su obra compilatoria —publicada en 1838— eligió el término *maladies mentales* y no *aliénation mentale*, pese a que en sus primeros artículos es de uso frecuente «alienación» o «locura»; en segundo lugar, su ambiciosa propuesta —publicada en 1819— de sustituir el término tradicional de 'melancolía' por el de 'lipemanía', cambio que lleva implícito el anhelo de enfocar el *pathos* desde un discurso médico y científico, en el cual deben tenerse en cuenta tanto los determinantes morales como los físicos;[66] por último, Esquirol calificó de «géneros» lo que Pinel había nombrado como «especies», variación que trasluce una concepción plural de la patología mental, cosa que pone en entredicho la concepción de la alienación mental como un proceso unitario, y aboga en favor de que en ese marco común se agrupen entidades nosológicas específicas y diferenciadas.[67] Sin embargo, echando mano de múltiples argumentos, Esquirol sigue defendiendo con firmeza un pilar esencial del discurso alienista de Pinel; se trata de la existencia de locuras parciales, asunto que —como mostraremos más adelante— concitará diversos debates entre el alienismo y la nueva concepción de las enfermedades mentales.

Su primera gran obra fue la tesis doctoral *Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*,[68] defendida en 1805. Nacidas de apremiantes e insoslayables necesidades, son las pasiones exaltadas e incontrolables las

que acarrean la locura; así, la cólera y el ímpetu se transforman en manía y en lipemanía, el amor se torna en erotomanía, etc. Pero al tiempo que las pasiones son la causa esencial de la alienación, ellas mismas deben servir para el tratamiento de los enfermos: «Las pasiones no son sólo la causa más común de la alienación, sino que poseen con esta enfermedad y sus variedades relaciones sorprendentes. Todas las clases de enajenación tienen su analogía y, por así decir, su tipo primitivo en el carácter de cada pasión».[69] Algunas páginas más adelante, después de señalar nuevamente la vinculación consustancial que une las pasiones con la «alienación» —bien sea porque la provocan o porque la acompañan—, Esquirol se pregunta: «¿cómo se ha podido hasta ahora desdeñar las pasiones para el tratamiento de este mal?».[70]

En realidad, Esquirol no aportaba nada original con esa vinculación causal y terapéutica entre pasión y locura, asunto del que los filósofos morales de la Antigüedad —en especial los pertenecientes a las escuelas helenísticas— se habían ocupado durante siglos.[71] Siguiendo una orientación más aristotélica que estoica, más comprensiva y atemperadora que drástica y aniquiladora, Esquirol abogó por restituir el equilibrio de las pasiones antes que por su desaparición. Además de consejos, razonamientos, buenas palabras, la *secousse* («sacudida») puede reconvertir un estado de arrebato pasional en su contrario, justo aquél en el que se hallaba el loco antes de precipitarse en la enfermedad. En cualquier caso, sólo mediante el aislamiento, que se consigue ingresando al loco en el manicomio, podía llevarse a cabo el tratamiento, principio que, además de basarse en la experiencia, reposa también en «el conocimiento de las relaciones que unen esencialmente las pasiones con la alienación mental».[72]

La innovación nosográfica más importante desarrollada por Esquirol consistió en deslindar en dos ámbitos la melancolía de Pinel, conclusión refrendada además por el hecho de concebir la *manie* como un delirio general; es decir, las formas *sans délire* o razonantes no tienen en ella cabida y deben, por tanto, agruparse bajo la rúbrica de las monomanías.[73] Este desglose de la melancolía pineliana en un polo depresivo (*lypémanie*) y otro expansivo y razonante (*monomanie*) sentaría las bases de la ulterior separación, emprendida por las generaciones futuras, entre los trastornos del humor (locura maníaco-depresiva) y los trastornos del juicio (delirios crónicos).

Por lo que respecta a la *lypémanie*, noción ampliamente expuesta en *Des maladies mentales*, Esquirol incluye en ella aquellos delirios parciales y crónicos caracterizados por una pasión triste, debilitante u opresiva: «Los lipemaníacos jamás se encuentran

irrazonables, aún en la esfera de su delirio. Parten de ideas falsas, de principios ideales, pero sus deducciones están conformes con la lógica más severa. Para todo aquello que es extraño a su delirio, raciocinan 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, ha cambiado como sucede siempre en el delirio, porque éste altera las relaciones naturales entre él y el mundo exterior; el que era generoso se vuelve avaro, el guerrero se hace tímido y pusilánime, el hombre laborioso no quiere trabajar; todos, desconfiados, están siempre en guardia con lo que se les dice, contra todo lo que se hace, hablan poco, dejando escapar algunos monosílabos cuando más; ocupados en un solo pensamiento, repiten sin cesar las mismas palabras, hay muy pocos que sean parlanchines; el charlatanismo no tiene otro objeto que dar quejas, recriminaciones, y manifestar sus terrores y desesperación».[74]

Piedra de escándalo para la mayoría de sus alumnos, la *lypémanie* —y sobre todo la *monomanie*, como veremos— ponían de manifiesto una concepción de la alienación a medio camino entre la locura clásica y la ideología de las *maladies mentales*; el lipemaníaco y el monomaníaco son al tiempo locos alienados en todo aquello que concierne a su certeza y cuerdos perfectamente razonantes en todo lo demás. Esta visión, que admite tan a las claras la existencia de algunas locuras parciales, sembró en el panorama psiquiátrico dos escollos que habrían de concitar en las generaciones venideras las más vivas polémicas: primero, la existencia o no de locos a medias, es decir, la posibilidad de que la razón y la locura pudieran cohabitar en un mismo sujeto; segundo, la responsabilidad o la irresponsabilidad del loco, aun siendo su locura supuestamente parcial. Volveremos sobre estas cuestiones al detallar las enseñanzas de J.-P. Falret, el gran ideólogo de las *maladies mentales*.

Soldada a su propia esencia e inseparable de su función social, la medicina alienista se vio compelida a pronunciarse sobre la responsabilidad penal de algunos «monstruos» criminales. Desde sus primeros pasos, el alienismo se hermanó con los legisladores para examinar tales cuestiones, así como para determinar los lugares específicos de tratamiento y pergeñar los procedimientos adecuados de cara a la interdicción de los alienados. De este modo, los alienistas comenzaron a orquestar una rudimentaria clínica diferencial que permitiera separar al sano del alienado y al loco evidente de aquel que siéndolo no lo parece;[75] en esta coyuntura, el examen de los escritos de los alienados comenzó a adquirir gran importancia.[76] Fue Esquirol un decidido colaborador de este

ámbito médico-legal. En 1818 propuso la creación de una decena de asilos regionales;[77] además, su activa participación en los prolongados debates que culminaron con la redacción de la Ley del 30 de junio de 1838, conocida como *loi sur les aliénes*,[78] resultaría decisiva.

La visión francesa de la *aliénation*, finalmente, siguió un camino paralelo a la *Einheitspsychose* («psicosis única») de los clínicos de lengua alemana de esa época. Emparentadas ambas por la concepción unitaria de la patología mental grave,[79] los autores del otro lado Rin doraton a su modelo de una dimensión temporal bastante ajena a los intereses iniciales de los alienistas franceses. Para Albert Zeller y, sobre todo, para Griesinger las lesiones emocionales y afectivas[80] constituían siempre las formas de inicio de la *Einheitspsychose*, y sólo en el caso de que aquéllas no curaran aparecerían los trastornos intelectuales y la demencia terminal.[81] Como podrá apreciarse en las páginas que siguen, la negación de la existencia de las locuras parciales sería usada por la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX como una de las cargas más potentes para demoler el modelo de la *aliénation mentale*; de igual modo, como detallaremos en el siguiente capítulo, ese mismo ámbito psicopatológico —*Paranoia*, *Verrücktheit* y *Wahnsinn*— se revelaría incompatible con el modelo de la *Einheitspsychose* y resultaría también muy problemático para todos los intentos de elaborar una sistemática de las enfermedades mentales.

LA ENFERMEDAD DE BAYLE

Es momento ya de ocuparnos de unos hallazgos anatomopatológicos que cambiaron por completo el devenir del discurso psiquiátrico. Todavía bajo el imperio de las concepciones humanitarias y las prácticas morales de Pinel y Esquirol, un joven médico sin demasiada experiencia clínica conmovió con su tesis doctoral los cimientos más sólidos del incipiente discurso alienista. Antoine-Laurent-Jessé Bayle (1799-1858), sin dinero en el bolsillo pero pletórico de ilusiones, había llegado a París a los dieciséis años para estudiar medicina.[82] Merced a la recomendación de su tío Gaspard-Laurent Bayle, médico de la Charité, consiguió entrar en el servicio de Laënnec y posteriormente, en 1817, obtuvo una plaza de interno en Charenton bajo la tutela de Royer-Collard, cuyas diferencias con Esquirol eran manifiestas.

Pese a su juventud, Bayle sabía bien hacia dónde orientar sus investigaciones: «Pronto estuve convencido de que el único medio de aclarar algún día las causas orgánicas de las enfermedades mentales, objeto particular que me había propuesto, era estudiarlas en lo posible de forma separada y aislada, convencido de que la costumbre de enfocarlas y describirlas en su conjunto no podía conducir más que a la confusión y a la contradicción».[83] Además de la ambición y del singular talento, los notables resultados de su trabajo están en deuda con el magisterio ejercido por Antoine Royer-Collard y también con el tipo de pacientes atendidos en Charenton, entre los que se encontraban muchos combatientes de la armada.[84]

El interés de Bayle por los trastornos mentales decayó al cabo de una década; a partir de 1830, salvo contadas participaciones en debates sobre la parálisis general, apenas se ocupó de la neuropsiquiatría.[85] No obstante, durante los contados años que se dedicó a este tipo de investigaciones, construyó el paradigma neuropsiquiátrico que habría de despertar la fascinación de las siguientes generaciones de alienistas. Este influjo contribuyó decisivamente a reorientar la investigación psicopatológica hacia la neuropatología, lo que supuso una transformación definitiva de la locura clásica en una enfermedad del cerebro y sus membranas. El valor más esencial que contiene su obra radica en el hecho de haber conseguido elevar su *arachnitis chronique* a la categoría de modelo y estandarte sobre el que las generaciones futuras edificaron una clínica de las enfermedades mentales. La sordera ante la locura y el desinterés por el loco es el precio que se sigue pagando por tal conquista.

Cuatro son los trabajos importantes de Bayle dedicados a la patología mental: *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastro-entérite chronique, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale* (1822), *Nouvelle doctrine des maladies mentales* (1825), *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* (1926), y la Memoria presentada a la Academia de Medicina titulada «De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale» (1854).[86] Los tres primeros fueron escritos en un lapso breve de tiempo. Si exceptuamos su investigación doctoral, donde se advierte cierta modestia, las posteriores conclusiones que fue pergeñando adquirieron paulatinamente un tono más bien infatuado, incurriendo en una generalización excesiva de lo que en principio no eran más que comprobaciones muy específicas. La última de sus contribuciones, escrita más de treinta años después de haber publicado las primeras investigaciones y teorías, constituye una elegante

reivindicación de su descubrimiento y una aclaración de sus averiguaciones pretéritas. Apenas en esas tres décadas, mientras Bayle se rodeaba de libros, el hechizo de la organogénesis había subyugado a la patología mental y cautivaba a los jóvenes alienistas, que se entregaban con denuedo a la búsqueda de la causa morfológica siguiendo las directrices de la mentalidad anatomoclínica.[87]

Su tesis *Investigaciones sobre la aracnoiditis crónica, la gastritis y la gastroenteritis crónica, y la gota, consideradas como causas de la alienación mental*, escrita a los veintitrés años, estudia sucesivamente esas cuatro enfermedades; cualquiera de ellas podría —a decir del autor— causar la alienación mental, modelo nosológico unitario en que seguía creyendo. Las páginas más célebres y discutidas están dedicadas a la aracnoiditis crónica. Sobre esta enfermedad, Bayle presenta únicamente seis observaciones clínicas, todas ellas basadas en pacientes asilados en Charenton. Añade a dichas observaciones las correspondientes comprobaciones anatomopatológicas extraídas de las autopsias que él mismo realizó con la colaboración de Robert Roche.[88] A pesar de tan precaria casuística, la investigación llama la atención por su gran calidad; el estilo descriptivo es preciso y brillante al mismo tiempo.

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 la enfermedad. En el primero, la pronunciación de palabras está sensiblemente afectada (distaría) y la manera de caminar es insegura; el desorden del entendimiento se evidencia en un debilitamiento de la inteligencia, en un delirio megalomaníaco que domina al enfermo, y casi siempre se acompaña de exaltación del estado de ánimo.[89] En el segundo período, los movimientos de la lengua y de las extremidades muestran las mismas o aun mayores dificultades y torpezas que anteriormente; el delirio se torna maníaco y general, y se acompaña frecuentemente de ideas predominantes; se producen, además, estados de agitación que pueden llegar hasta el furor más incontrolable y violento. Por último, el tercer período se caracteriza por un estado de demencia y un agravamiento de la parálisis general e incompleta: la palabra es trémula, se expresa en balbuceos, y resulta casi o totalmente incomprensible; el caminar es vacilante, tambaleante, incluso imposible; las excreciones no se controlan; el entendimiento, en extremo debilitado, no retiene más que un puñado

de ideas completamente incoherentes, unas veces más vagas y otras más fijas; por lo general el enfermo está calmado, pero de vez en cuando puede agitarse. Este período concluye con una parálisis poco más o menos completa de todos los movimientos voluntarios y un estado de idiotismo consumado. Pero no todos los enfermos transitan por los tres períodos. Hay algunos casos en los que puede faltar el segundo, o presentarse incluso una agitación espasmódica, continua o periódica. También en ocasiones sobrevienen a lo largo del tercer período ataques de congestión cerebral que se acompañan de pérdidas de conocimiento, a veces de movimientos convulsivos o incluso de ataques epileptiformes.

Estas comprobaciones relativas a la evolución conjunta y articulada de los trastornos mentales (intelectuales) y de los trastornos motores condujeron a Bayle a la conclusión de que se trataba de una única enfermedad: la aracnoiditis crónica. Tal conclusión motivó que este autor se opusiera radicalmente a las ideas de Esquirol y sus discípulos de la Salpêtrière, pues éstos coincidían en considerar que los trastornos paréticos sobrevenidos en el curso de la locura eran síntomas añadidos, accidentales o secundarios, pero no uno de sus componentes esenciales.[90]

A la hora de especificar la causalidad de la aracnoiditis crónica se aprecia el tono recatado y conjetural antes señalado. Ya se trate de causas predisponentes u ocasionales, la congestión cerebral es para Bayle la causa necesaria y próxima; dicha congestión, ya sea súbita o lenta, es consecutiva a un aflujo excesivo de sangre al cerebro y a la piamadre.

Las conclusiones de esta primera aportación a la organogénesis se mantienen, por tanto, en el terreno de una correlación entre dos grupos de síntomas y los hallazgos de alteraciones meníngeas en las autopsias. Toda la pretensión de Bayle se limita a demostrar, y es así como concluye su investigación, que la aracnoiditis crónica es una enfermedad que causa un tipo de alienación mental sintomática. Algunos años después Requin denominaría a esta afección *paralysie générale progressive*, término que se sigue conservando hoy en día para recordar la enfermedad de Bayle.

Apenas tres años más tarde, empero, el recato dio paso a la vanagloria y la circunspección a la petulancia; ese es el tono que inunda las escasas cincuenta y dos páginas que componen su *Nouvelle doctrine des maladies mentales*.[91] A pesar de tan pretencioso título, Bayle se ocupa sólo de la aracnoiditis crónica. En esta ocasión, el delirio megalomaníaco es considerado como signo necesario para definir la enfermedad y

diferenciarla de otras en su período inicial. Esta precisión conlleva inevitablemente algunas matizaciones sobre la evolución: en el primer período se conjugan la megalomanía y la parálisis general e incompleta; los dos períodos siguientes son subdivididos respectivamente a fin de precisar los grados deficitarios, tanto los demenciales como los paralíticos. No obstante, el autor muestra aún cierta cautela a la hora de proponer una generalización de la causalidad orgánica a todo el campo de la patología mental.

La muerte de Antoine Royer-Collard, catedrático de Medicina Legal y maestro e inspirador de estas investigaciones, acaecida a finales de 1825, supuso la expansión ilimitada de estas consideraciones etiológicas. Bayle se sumió en la redacción de una obra ambiciosa y de corte propagandístico, proyectada originalmente en dos volúmenes. Sus propósitos no alcanzaron a materializarse en su totalidad, ya que tan sólo llegó a salir de la imprenta un tomo dedicado por entero a la alienación mental con parálisis general e incompleta derivada de una meningitis crónica.[92] Su punto de partida volvió a ser el mismo que en las investigaciones anteriores, pero en esta ocasión, fuera de la tutela crítica y prudente del maestro, la tendencia a generalizar la causalidad orgánica a la gran mayoría de los trastornos mentales se despliega sin la menor mesura. «Persuadido —escribió en el Preámbulo—, pese a la opinión contraria de algunos médicos célebres, de que la anatomía patológica debe aportarnos los materiales principales para la solución del problema de la naturaleza de las enfermedades mentales, he puesto el mayor de los esmeros en las autopsias de los alienados que han muerto».[93]

Esta consideración causal, foco de encendidas y rancias querellas entre partidarios y adversarios del mito cerebral,[94] había sido pocos años antes defendida con tesón por Chiarugi y con vehemencia por Jacobi; tal consideración hallaría su expresión más sólida alrededor de los años cincuenta del siglo XIX en la obra *La patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas* de W. Griesinger. Pero este ámbito de la investigación neuropsiquiátrica carecía, hasta los trabajos de Bayle, de prueba alguna que sirviera de soporte a tales elucubraciones. En ese sentido su obra supuso el acicate necesario que precisaba esta visión teórica e ideológica, pues hasta el momento de la publicación de su tesis, los defensores de esta orientación no podían aportar ninguna comprobación material que robusteciera el puñado de conjeturas y especulaciones que animaban sus investigaciones. Bayle, en cambio, aportó pruebas clínicas y objetivas toda vez que sus observaciones demostraron la correlación existente entre ciertos síntomas mentales y

algunas alteraciones paréticas a lo largo de una evolución bien caracterizada. Mas esta concreción clínica no habría bastado por sí misma sin la rúbrica anatomopatológica pertinente, pues aunque las autopsias eran práctica común entre todos sus coetáneos, ninguno había hallado, como sí hizo él, las alteraciones macroscópicas de las membranas que recubren el cerebro. Estos descubrimientos fueron absolutamente determinantes para que se produjera la soldadura definitiva entre la patología mental y la neurología. Las nociones clásicas de *folie* o de *aliénation*, como prefería denominarla Pinel, fueron engullidas por el nuevo concepto de *maladies mentales*, iniciándose ahí una nueva singladura que polarizaría las directrices a seguir por las futuras generaciones de alienistas y psiquiatras.

Al igual que había propuesto con anterioridad Chiarugi y defendían también los *Somatiker* alemanes, Bayle definió las enfermedades mentales como un síntoma de una alteración cerebral. Pero a diferencia de los anteriores, él precisó que esa alteración consistía concretamente en una inflamación primitiva de las membranas del cerebro (meningitis crónica). Conforme a este hecho novedoso, consideró que la mayoría de formas de *aliénation* antaño descritas por Pinel y Esquirol se incluían en esta concepción etiológica. Quizás como última concesión a Esquirol y sus discípulos, Bayle dejó fuera de sus *maladies du cerveau et de ses membranes* algunas variantes de monomanía y de melancolía, a las que continuó considerando como una consecuencia primitiva de una lesión profunda y duradera de las afecciones morales y de un error dominante que somete a la voluntad y es la base de estos delirios parciales. No obstante, aun en estas excepciones, Bayle trató de despejar las influencias físicas que intervienen en la vida anímica: factores constitucionales, hereditarios, etc.

Tras la publicación del *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, como advertimos antes, Bayle se desinteresó por la clínica mental. Su reaparición posterior en este campo fue muy limitada. Se produjo casi tres décadas después, y lo hizo al hilo de las polémicas y discusiones sobre la enfermedad que él había descrito al inicio de su carrera. En efecto, fue en 1854 cuando presentó a la Academia de Medicina su Memoria «De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale». Para entonces, la mayoría de los autores concordaban en la sintomatología y la evolución de la alienación paralítica; no todos, en cambio, atribuían a Bayle el mérito de haber sido el primero que la describiera.[95] La controversia se suscitaba, sin embargo, a la hora de asignarle una causa específica. Bayle siguió fundamentando, en este opúsculo, su

concepción etiológica arguyendo la congestión cerebral: el cerebro está comprimido a causa de la repleción sanguínea de los vasos y está irritado por los puntos de flogosis de las membranas; es esta congestión la responsable del surgimiento de la parálisis general y del debilitamiento intelectual, mientras que el delirio y la exaltación están provocados por la irritación cerebral. Con la misma rotundidad que en sus obras de juventud, Bayle continuó afirmando: «De acuerdo con los hechos por mí observados [...], *la alienación mental paralítica es el síntoma de una meningitis crónica primitiva, a la que se añade con frecuencia una encefalitis consecutiva de la sustancia cortical de las circunvoluciones cerebrales*».[96] Por lo que atañe a los tres períodos que componen el curso de la enfermedad, guardan éstos una estrecha relación de dependencia con la intensidad de las congestiones que puedan sobrevenir.

Las discusiones sobre la causalidad específica de la parálisis general continuaron hasta bien entradas las dos primeras décadas del pasado siglo.[97] Resulta cuando menos sorprendente la avidez con que se asimilaron las correlaciones de Bayle entre síntomas, evolución y lesiones anatomopatológicas pues, tal como pudo averiguarse años después, ni los síntomas y la evolución eran tan específicos, ni los hallazgos en las necropsias fijaban una etiología tan concreta. En efecto, para algunos clínicos la sintomatología de la parálisis general podía remedar cualquiera de los síndromes psiquiátricos conocidos: delirios sistematizados expansivos o depresivos, cuadros alucinatorios polisensoriales, euforia, tristeza, formas circulares, etc. «El paradigma que propone la enfermedad de Bayle, al final del siglo XIX y al inicio del XX, no es pues, como se cree demasiado a menudo, una evolución psiquiátrica propia que remite a una anatomía patológica precisa y a una etiología específica, pues los signos psiquiátricos que en ella se encuentran pueden simular cualquiera de los síndromes conocidos, las lesiones no son idénticas ni en su soporte ni en su histología, y el papel de la sífilis continúa siendo discutido, y, cuando se lo admite, es al lado de otros factores».[98]

Más acusada es, si cabe, la falta de especificidad etiológica defendida por Bayle con su concepción de la congestión del cerebro y sus meninges. Todo su programa de investigación anatomista estuvo orientado hacia el descubrimiento de las causas orgánicas de la enfermedad mental, marginando la indagación de las causas llamadas morales. Pero el papel de la sífilis se le escapó por completo. A pesar de haberlo constatado en tres de las seis observaciones que contiene su tesis, no le atribuyó la importancia esencial que le acordaron postreras investigaciones.[99] Los argumentos más decididos sobre la etiología

sifilítica fueron propuestos por Alfred Fournier en 1870, doce años después de la muerte de Bayle. Fournier, que no era alienista sino catedrático de enfermedades de la piel y sifilíticas, aportó las comprobaciones imprescindibles para demostrar que los procesos sifilíticos tardíos se complicaban habitualmente con «pseudoparálisis generales».[100] Pero esta aportación, que se revelaría incuestionable, encontró la férrea oposición de algunos psiquiatras y neurólogos contemporáneos. Sin embargo, las investigaciones posteriores no pudieron por menos que darle la razón. Esas confirmaciones llegaron primero de la mano de los métodos de análisis serológicos o la reacción de Bordet-Wassermann, y más tarde y de modo definitivo con el hallazgo realizado por Noguchi, en 1913, del treponema *pallidum* en el cerebro de los paralíticos generales. Este descubrimiento del origen sifilítico de la parálisis general constituyó, a decir de Emil Kraepelin, «el progreso más importante que se haya realizado hasta el momento» en relación con las condiciones de aparición de las enfermedades mentales.[101] Las terapéuticas biológicas, sobre todo tras la utilización de la penicilinoterapia propuesta por Mahoney en 1943, hicieron de esta forma de neurosífilis una rareza clínica que escapó por completo a los dominios de la psiquiatría —excepto en su valor histórico— y vino a engrosar un capítulo más de la neurología.

Así fue como, con el correr de los años, la etiología cerebral meníngea atribuida por Bayle a aquellas alteraciones mentales y paréticas que dieron cuerpo a la concepción de la parálisis general resultó incorrecta, a pesar incluso de las pruebas materiales obtenidas en las autopsias. Analizando desde el momento presente los entresijos históricos de la *arachnitis chronique* o parálisis general, es preciso destacar que esa enfermedad, que contribuyó como ninguna otra a afianzar la investigación somática de la medicina mental, contenía un error de apreciación precisamente en su aspecto más novedoso, el etiológico. A pesar de ello, la semilla de la ideología que terminaría por arrinconar a la psiquiatría humanista estaba ya sembrada y el modelo organicista forjado en torno a la parálisis general acabaría por seducir a un buen número de clínicos posteriores. Pero a diferencia de las pruebas materiales aportadas en su día por Bayle, las siguientes generaciones de psiquiatras hubieron de conformarse con la esperanza de inminentes y definitivos hallazgos que demostrarían la naturaleza cerebral de las enfermedades mentales. Esta orientación de la medicina mental fue así abismándose en la nebulosa del anhelo de una causalidad orgánica que, cual fantasma al alcance de la mano, siempre se resistía a ser apresada por hallarse un paso más allá. Muchos de estos entusiastas de la patología cerebral propugnaron una futura absorción de la psiquiatría por la neurología, empeño

que, de llegar a realizarse, estrecharía cada vez más los dominios de su ciencia. Aciago destino el de esta forma de psiquiatría que cuenta sus escasos triunfos por sonadas derrotas; en efecto, cuando se ha podido demostrar en toda regla —como en esta neurosífilis— la existencia de una enfermedad *stricto sensu*, son otras ramas de la medicina, y no la psiquiatría, las que desde ese momento se ocupan de su investigación y tratamiento.

No sabemos hasta qué punto el silencio, si no el rechazo, con el que se acogieron en un principio los trabajos de Bayle fue la razón más determinante que le llevó a abandonar la clínica mental, de la que se interesaba principalmente por el sustrato material. Pero la dinamita ya estaba colocada. Sólo faltaba que alguien pulsara el detonador; alguien, claro está, que dominara todos los terrenos de la clínica y estuviera dispuesto a barruntar un nuevo marco epistemológico. Este trabajo fue el asumido especialmente por Jean-Pierre Falret (1794-1870) y por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), si bien la obra de este último no llegó a calar en la misma proporción que la del francés, dado el escaso reconocimiento académico que alcanzó; de igual modo, pero con una repercusión aún menor, los trabajos de Paul Moreau (1844-1908), conocido como Moreau de Tours, respondieron también a esas expectativas.

Todos los investigadores de los fundamentos de la clínica mental parecen coincidir en situar la originalidad de Bayle en el hecho de haber reunido en una misma enfermedad trastornos físicos (motores) y mentales (delirios), hasta entonces considerados independientes.[102] Pero esta simple combinación, por más que fuera descrita siguiendo una evolución decididamente típica, no habría conseguido fascinar —como lo hizo a sus contemporáneos— de no ser porque en las necropsias practicadas a estos enfermos se comprobaban ciertas alteraciones anatomopatológicas. Quiso el destino que ese joven médico empleara la metodología médica apropiada en el lugar idóneo, Charenton, el asilo que confinaba en aquellos días a un buen número de oficiales del ejército que habían contraído sífilis en alguno de sus destinos. Sucedió así que, por primera vez y no por muchas más, se había descubierto que determinados delirios megalomaníacos con alteraciones paréticas presentaban una inflamación meníngea (aracnoiditis crónica) verificada en la mesa de disección. Bayle descubrió de esta manera que se trataba de una enfermedad orgánica del cerebro y de sus membranas, una enfermedad que se adecuaba plenamente al anhelado modelo médico: una sintomatología en la que se articulaban fenómenos de dos órdenes, tanto los más toscos como los signos sutiles; una evolución

que seguía inexorablemente tres fases; una causa orgánica, bien es cierto que no demasiado específica, que podía comprobarse repetidamente. Los jóvenes alienistas acogieron con avidez esta enseñanza revalorizada e impulsada por J.-P. Falret, cansados como estaban de las antiguas visiones de la locura (Pinel, Esquirol y Georget) y desazonados con los tratamientos morales que con tanto empeño había desarrollado François Leuret en su obra *Du traitement moral de la folie*.[103] Pero sus esfuerzos y anhelos no se detuvieron ahí, dado que pretendieron multiplicar el descubrimiento de Bayle y extenderlo al conjunto de la patología mental. Entre esos márgenes tan estrechos y resbaladizos, la psiquiatría futura se orientó, ufana, hacia la edificación de una clínica de las enfermedades mentales.

El furor que capturó a los alienistas por hallar anomalías específicas corroboradas en las autopsias no obtuvo los resultados esperados, aunque se confiaba pacientemente que una técnica futura, más depurada, lograra tales correlaciones. Comoquiera que los estudios anatomopatológicos no aportaban lo esperado, los psiquiatras, a partir de J.-P. Falret especialmente, optaron por investigar el curso de la enfermedad, creyendo haber encontrado así el criterio definitivo para aislar enfermedades mentales independientes. El extremo de tal orientación de la clínica mental llegaría con la obra de Kraepelin. Con ella desaparece casi por completo la reflexión sobre la locura y el interés por el loco se torna inexistente; el enfermo mental cuenta en tanto que mancilla el buen funcionamiento social y en la medida que supone una carga para las familias, la sociedad y el Estado. Con todo, las enfermedades mentales independientes adquieren con Emil Kraepelin un valor absoluto. Como en décadas anteriores hiciera Falret, su atención se centrará en el seguimiento riguroso del supuesto curso natural de la enfermedad, limitándose incluso a las manifestaciones de sus formas de terminación.

J.-P. FALRET, EL IDEÓLOGO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Conforme a lo apuntado unos párrafos más arriba, los presupuestos organogenéticos compendiados en la obra de Bayle y animados por las investigaciones de los anatomistas tardaron alrededor de tres décadas en implantarse como modelo en los dominios de la patología mental. El ideólogo fundamental de este proyecto de transformación de la *folie* o *aliénation mental* en *maladies mentales* fue J.-P. Falret. Su visión globalista e

integradora terminó por limitar el predicamento de la medicina psicológica y por arrinconarlo en posiciones aisladas y marginales, promoviendo un efecto de conjunto comparable a la obra de Griesinger en la clínica alemana. Sin embargo, estos movimientos de reorganización sobrevenidos en el seno del discurso psiquiátrico entrañaron no pocas dificultades. Amén del escollo etiológico tantas veces infranqueable, muchos fueron también los inconvenientes a la hora de discriminar las cristalizaciones sintomáticas y las evoluciones propias de cada una de esas supuestas *maladies mentales*. Al ponernos en la piel de aquellos investigadores, no obstante, resulta comprensible que muchos cayeran en la tentación de considerar verdaderas entidades nosológicas independientes —en el sentido estrictamente médico— los síndromes descritos desde un punto de vista psicopatológico; sólo era cuestión de tiempo, se decía, que esas descripciones fueran ratificadas por la investigación biológica. El hecho podría justificarse si se tiene en cuenta que en aquellas décadas, en efecto, el rutilante progreso de las especialidades médicas —en especial la bacteriología y la anatomía patológica— contribuyó a descubrir la causa material de un buen número de enfermedades.

Conviene recordar que, en aquellos años, la escuela médica de París definía la enfermedad como un conjunto de signos físicos que evolucionan de manera típica y regular, correspondiendo cada uno de ellos a lesiones macroscópicas de un órgano que pueden ser verificadas por los métodos de observación activa al uso. Ahora bien, ¿cómo es posible trasladar tal concepto de enfermedad a la locura? Si desbrozamos la historia de la clínica mental y escrutamos con detenimiento esta cuestión, hallaremos distintas propuestas destinadas a hacerlo posible. Así, por ejemplo, en la segunda mitad del siglo XIX, a la zaga de J.-P. Falret, muchos psiquiatras pretendieron darle un fundamento a partir de una implicación muy simple inspirada en Thomas Sydenham: a cursos evolutivos idénticos, enfermedades mentales idénticas e independientes;[104] otros, como Morel, construyeron nosografías decididamente etiológicas —es decir, basadas en relaciones causa-efecto— y enfatizaron a tal fin la dimensión hereditaria degenerativa, cuyo apoyo definitivo no descansaba en leyes biológicas sino que recurría al «pecado original», fuente primigenia de todas las futuras degeneraciones; a finales del siglo XIX y en los albores del XX, la mayoría, siguiendo la estela de Kraepelin, no vacilaron lo más mínimo en considerar sus agrupaciones como enfermedades propiamente dichas, sin importarles demasiado que, en materia de etiología, sólo contaban con meras conjeturas y no con resultados; algunos, más renuentes —es el caso de Jaspers—, se limitaron a

considerar que la psicopatología debía ceñirse a individualizar síndromes precisos y dejar de gastar tiempo con altisonantes especulaciones causales; Chaslin y muy pocos más defendieron, desde una clínica admirable, una posición más escéptica centrada en delimitar únicamente tipos clínicos sin la pretensión de considerarlos enfermedades.[105]

Por lo general, dejando a un lado las perspectivas estadísticas y sociológicas, en lo que atañe a las concepciones de la enfermedad se perfilan tradicionalmente dos grandes posiciones. Una tiende a considerar la existencia real de las enfermedades —sean físicas o mentales—, argumento que se apoya en considerarlas como hechos de la naturaleza, esto es, como entidades naturales de un valor casi ontológico; en buena lógica, la misión del clínico consiste en aprehender y ordenar sus signos hasta fijar los tipos estables o permanentes de cada una de las enfermedades independientes, puesto que, como afirmaba Sydenham, «la naturaleza es uniforme y coherente al producir la enfermedad, hasta el punto de que una misma enfermedad ocasiona síntomas en su mayor parte idénticos en personas diversas». La otra, más hipocrática, se sintetiza en la máxima atribuida a Rousseau según la cual «no hay enfermedades sino enfermos», abogando así por una concepción de corte nominalista —ampliamente desarrollada por Locke— y destacando la dimensión funcional de la enfermedad; según esta perspectiva, por tanto, se considera un grave error confundir objetos o hechos de la naturaleza con los conceptos abstractos destinados a nombrarlos.[106]

También estas dos posiciones libran su particular contienda en el terreno de la clínica mental, donde resulta más evidente la ambigüedad y la fragilidad de la visión naturalista. Salta a la vista que los partidarios del naturalismo, uno tras otro, se precipitan al considerar enfermedades *stricto sensu* lo que en realidad no son más que datos obtenidos mediante la observación. En este sentido, concordamos con Paul Guiraud cuando afirma: «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».[107] Parecería, por tanto, que los defensores del método científico se dejan arrastrar en este aspecto por lo que cabe considerar meros prejuicios, esto es, juicios

precipitados que carecen de un conocimiento cabal. Mas su creencia en el sustrato material de la locura implicaba también que la asistencia y la investigación del *pathos* pertenecía en exclusividad al colectivo médico, lo mismo que los tratamientos físicos (sedantes, purgas, baños y sangrías) corrían de su cuenta.[108]

Da la impresión, al hilo de estas apreciaciones, que la noción de «enfermedades mentales» continúa siendo equívoca en sí misma. Su ambigüedad se debe sobre todo al hecho de carecer de las precisiones etiológicas necesarias; su fragilidad consiste en invertir completamente la lógica de los hechos morbosos, es decir, en proponer que la supuesta enfermedad determina, en esencia, las formas evolutivas y las cristalizaciones sintomáticas que de manera ineluctable habrán de sobrevenir al sujeto trastornado.[109] Sin embargo, sea cual sea el prisma desde el que se abordan dichas dificultades y ambigüedades, el hecho fundamental reside en proponer un sujeto sometido y determinado por las leyes biológicas de la enfermedad: un sujeto al que se le secuestran tanto su responsabilidad y participación en su propia locura como sus capacidades de dirigir las maniobras para remediarla o limitarla; el sujeto ya no cuenta más que como paciente o como enfermo y, en el mejor de los casos, como testigo de la inercia a la que le somete su enfermedad. Tan evidentes nos parecen estas inconsistencias que nutren el concepto de «enfermedades mentales» que, en el caso de ser descubierta alguna causa física determinante, el calificativo «mental» sería sustituido, en ese mismo instante, por el del órgano responsable de la, entonces sí, enfermedad.

Es momento ya de examinar los fundamentos sobre los que Jean-Pierre Falret edificó su modelo de la clínica mental. Tras una exposición general de los hitos más relevantes en su carrera de investigador nos centraremos y desarrollaremos dos de ellos en especial: primero, su cerrazón en negar la existencia de las monomanías; segundo, su descripción de la *folie circulaire*. Ambos permitirán engranar nuestra argumentación y aclarar el valor ideológico que conferimos a su obra.[110]

Ciento cuarenta años después de la publicación de sus escritos psiquiátricos, la obra de Jean-Pierre Falret (1794-1870) se presenta a nuestros ojos con un extraño valor de actualidad. Una lectura superficial la tildaría de excesivamente ecléctica e integradora de posiciones demasiado heterogéneas, incluso adivinaría en ella la pretensión de elaborar un sistema que pudiera explicar el conjunto de la patología mental apelando a concepciones variopintas difícilmente conciliables. Estudiada más de cerca se aprecia una indiscutible

jerarquía en sus formulaciones, una visión de conjunto más ideológica y metodológica que los resultados clínicos que aspiró a conseguir.

Formado en humanidades y en medicina, Falret inició su carrera profesional en el Hospital de los Niños Enfermos, pero muy pronto recaló en la Salpêtrière, donde trabajó y se formó a la sombra del por entonces anciano Pinel y sobre todo de Esquirol, a quien consideró su «maestro».[111] El encuentro con estas celebridades parece haber determinado su vocación por el estudio de las enfermedades mentales, al que habría de consagrar el resto de su vida. Se añade a lo anterior una circunstancia personal que, tanto los biógrafos como él mismo, consideraron definitiva: «Aquejado, en 1812, de una fiebre tifoidea grave, estuvo en peligro de muerte. Con frecuencia, durante su carrera médica, hacía alusión al delirio agudo que experimentó en esa época y que, según decía, le había servido mucho para comprender el delirio crónico de la alienación mental».[112]

Junto a su colega y amigo F.-A. Voisin, en 1822 fundó el asilo de Vanves. Regresó a la Salpêtrière nueve años después en calidad de médico de la sección de idiotas. En 1841 asumió la dirección de la sección de alienados, cargo que ocuparía hasta un año antes de su muerte; en ese mismo año inició su enseñanza —sus famosas «Lecciones clínicas»—, que congregó a un número importante de asistentes. A lo largo de su dilatada dedicación a la clínica, salpicada por numerosas publicaciones, se destacan tres períodos sucesivos, marcados cada uno de ellos por una orientación bien definida y diferente: militante inicialmente en las filas anatomistas, más tarde ferviente paladín de las posiciones más psicológicas y, finalmente, en el período más productivo de su actividad científica, defensor convencido de lo que llamó lacónicamente su «posición clínica».

En 1822, el mismo año que Bayle defendió su tesis doctoral, Falret publicó la monografía *De l'hypochondrie et du suicide*. Manifestaba en ella sin tapujos, y contra la opinión de sus maestros, su defensa de la orientación anatomista: la anatomía patológica es la verdadera base científica de la medicina mental; las lesiones apreciables en el cerebro o en sus membranas bastan para explicar cualquier forma de alienación. Esta idea, preconizada ya por Gall, había encontrado numerosos adeptos en los médicos jóvenes (L. L. Rostan, A.-L.-J. Bayle, L.-F. Calmeil, F.-A. Voisin, A. L. Foville, entre otros). «En aquella época yo era —escribió Falret— a la vez anatomista y cerebralista. Creía firmemente que, en todos los casos sin excepción, se encontrarían en el cerebro de los alienados, o en sus membranas, lesiones apreciables tan marcadas y tan constantes

que fueran capaces de dar cuenta, de una manera satisfactoria, de los trastornos tan variados de las facultades intelectuales y afectivas de la locura».[113]

Como muchos de sus colegas, Falret terminó desesperanzado por tanta búsqueda infructuosa. Pero su anhelo de investigador no se marchitó; si la lesión anatómica no daba la cara, quizás fuera más productivo localizar las «lesiones psicológicas». Llegado a este punto, nuestro autor se orientó hacia la psicología, tomando como referencia la escuela escocesa y la alemana, así como las ideas de algunos compatriotas como Jean Baptiste Parchappe, Félix-Auguste Voisin y Louis Delasiauve. Durante quince años indagó con perseverancia en las alteraciones de las diferentes facultades. «Pero el método psicológico aplicado al estudio de las alienaciones mentales no es únicamente nefasto cuando se trata de hacer semiología; se vuelve fecundo en consecuencias funestas cuando se pretende aplicarlo a otras ramas de la patología mental, a la etiología, a la nosología, e incluso a la terapéutica; también cuando se quiere, por ejemplo, explicar por la lesión de ciertas facultades, como la atención o la voluntad, el modo de producción de la locura o de las ideas delirantes; cuando se quiere clasificar, por un procedimiento psicológico, las diversas especies o variedades de locura; por último, cuando se pretende curar por medios psicológicos las ideas o los sentimientos de los alienados. No se está haciendo en estos casos únicamente psicología mórbida, sino que se tiene la pretensión de hacer medicina».[114]

Nuevamente desorientado y desengañado de las posiciones radicales de los anatomistas y los psicólogos, Falret concluyó que la única salida triunfante de la patología mental consistía en el estudio clínico y directo de los alienados; ése es el único medio que procura un «conocimiento exacto» de las afecciones y que proporciona los datos necesarios para explicar su etiología, su descripción, su clasificación, su pronóstico y su tratamiento. Fue en esta «fase clínica» cuando más insistió a sus alumnos en los principios a seguir en la observación de enfermos, en especial: evitar a toda costa escuchar a los locos como lo hacen los novelistas, tratando por tanto de separar la ficción de la realidad; no conformarse con el papel de *secrétaire des malades*,[115] esto es, limitarse a anotar sus palabras y consignar sus actos, sino que es preciso un rol activo capaz de provocar las manifestaciones; conocer la enfermedad en su conjunto y no sólo en sus aspectos más llamativos; estudiar y caracterizar la individualidad enfermiza; detectar asimismo los *faits négatifs*, o, dicho en otros términos, constatar la ausencia de ciertos hechos que en condiciones normales deberían producirse; no deslindar un suceso

de su entorno; considerar tanto los síntomas físicos como los morales; finalmente, observar en especial el curso de la enfermedad, sus oscilaciones y alternancias.[116]

Gusten más o menos estos principios destinados a la observación de enfermos, se considere acertada o no la búsqueda activa de los fenómenos patológicos, lo cierto es que toda observación está determinada por una teoría previa y por una posición ética del observador, las cuales filtran, seleccionan y jerarquizan lo observado. Estos aspectos que atañen a la propia subjetividad del clínico están más presentes aún en las ciencias humanas; por eso resulta difícil de concebir que en psiquiatría —encrucijada en la que confluyen el alma y el organismo, lo moral y lo social— un virtuoso observador sea capaz de cerrar a cal y canto las esclusas de sus deseos, ideales y prejuicios cuando se dispone a hacer ciencia. Y esto vale también para aquellos que, como Macalpine y Hunter, se muestran convencidos de que las enfermedades mentales nada tienen de psicológico, razón por la cual resulta una pérdida de tiempo tratar de entender los testimonios y los gritos de los locos.[117]

Falret parece empeñarse en ignorar este aspecto y confiar en una observación clínica al margen de cualquier directriz teórica; reconoce tan sólo que el hombre está compuesto de dos elementos distintos, el alma y el cuerpo, pero su unión indisoluble es la condición esencial de su existencia. No obstante, la jerarquía teórica a la que aludíamos más arriba asoma sin tardanza: «Según nuestro parecer, la modificación orgánica primitiva, desconocida en su esencia pero palpable en sus efectos, verdadera causa de las enfermedades mentales, da lugar en principio a lo que nosotros llamamos la *aptitud para delirar*. Pero el delirio, así producido en su conjunto, se desarrolla después según las leyes que le son propias, que no es posible prever *a priori* y que se deben a ese trabajo de la función sobre ella misma [...]. Diferimos, pues, de los médicos puramente psicólogos, en el sentido en que admitimos una modificación orgánica cualquiera como base indispensable de todas las locuras, pero diferimos además, posiblemente, de los médicos somatistas, pues, a nuestro juicio, esta lesión orgánica primitiva, apreciable o no, sólo da cuenta de la disposición general para delirar y no de la variabilidad infinita de los delirios, de la multiplicidad de sus formas, de sus matices tan numerosos y tan delicados, en una palabra, de todo eso que constituye el trabajo de la función sobre ella misma para la producción del delirio por el delirio».[118] Así pues, se diga o no, se disimule o se suavice con disquisiciones más o menos brillantes que recuerdan el órgano-dinamismo, la posición de Falret es sumamente clara: la causa primera de las enfermedades mentales

consiste en una alteración orgánica; de ella deriva la aptitud para la enfermedad; después de que todo esto sucede, la personalidad del enfermo interviene para dar a la enfermedad sus formas y matices particulares.

Amparándose en sus principios de la observación de enfermos, nuestro autor dirigió su mirada hacia el curso de la enfermedad, un aspecto nunca antes tan considerado por sus colegas, convirtiéndolo en el centro de su elaboración nosológica. «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».[119]

Esta mirada global de los pasos por los que transita la locura introdujo una dimensión diacrónica que cambió por completo la perspectiva con que se la venía observando. Los mismos hechos se presentaban ahora con otra lógica y otros relieves, y la noción unitaria de *aliénation*, en singular, comenzó a resquebrajarse dando paso a la nueva noción plural de «enfermedades mentales» independientes. El párrafo que transcribimos a continuación muestra esta transformación imitativa de la patología médica ideada por Falret; lo uno da paso a lo múltiple, *la* alienación desaparece en favor de *las* enfermedades mentales y la clínica «fotográfica» es aplastada por la mirada clínica «filmográfica»: «Se ha querido estudiar la locura (*folie*) como una enfermedad única, en lugar de investigar este grupo tan amplio y tan mal delimitado de especies verdaderamente distintas, caracterizadas por un conjunto de síntomas y por un curso determinado. Este error fundamental ha sido, en nuestra consideración, el más nefasto progreso de la ciencia [...]. En efecto, no podríamos dejar de repetir una vez más que la locura no es una enfermedad única (*maladie unique*) sino que puede revestir las formas más diversas, infinitamente variables, según las variadas individualidades y circunstancias, dependiendo de la educación o del medio en el que hayan vivido los individuos afectados. [...] El progreso más serio que se pueda realizar en nuestra especialidad consistirá en el descubrimiento de especies verdaderamente naturales, caracterizadas por un conjunto de síntomas físicos y morales y por una evolución especial. Lamentablemente estamos muy lejos aún de haber conseguido este resultado

tan deseable, ¡pero es hacia ese objetivo a donde deben tender todos nuestros esfuerzos!».[120]

Los resultados de esta mirada «filmográfica» no tardaron en aparecer. Enseguida Falret constató los caracteres habituales de las formas intermitentes de locura, creyó además haber descubierto una «forma nueva» a la que llamó *folie circulaire* y, finalmente, comprobó la existencia de la locura remitente con breves accesos. Ni la anatomía patológica, ni la psicología normal, ni tampoco la etiología, han podido ni pueden establecer la clasificación «científica» de las enfermedades mentales que se espera conseguir mediante el estudio clínico de los síntomas físicos y morales, «y sobre todo por el conocimiento profundo del curso de la enfermedad».[121] A su juicio, en el estado actual de conocimientos, tan sólo se pueden considerar enfermedades mentales auténticas a la *folie paralytique* o parálisis general y a su *folie circulaire*; restan por perfilar aún completamente la locura epiléptica y los delirios debidos a intoxicaciones etílicas.

Fue así como la antigua noción de *aliénation*, entendida como un conjunto único en el que sobresalen diversas formas, sufrió un cuestionamiento tan profundo que terminaría por quedar reducida a un mero referente histórico ya superado. Con el paso de las décadas, el propio término llegaría incluso a adquirir una significación bastante contraria a la que se desprende de los textos de Pinel, hecho que se produjo al destacar la completa pérdida de razón por parte del alienado, de ese extranjero de sí mismo al que no cabía atribuir responsabilidad penal; otro tanto sucedería con el término *aliéné*, en adelante destinado a nombrar a «un individuo afectado de alienación mental, de manía, porque está fuera de sí mismo. Por ser incapaz de apreciar la moralidad y las consecuencias de sus acciones, un alienado no puede ser responsable de los actos que comete contrarios al orden social. Por la misma razón, no puede ejercer sus derechos civiles, [...]».[122] Sucedió también que la noción de *aliénation* siguió empleándose en algunas ocasiones, aunque como sinónimo de *maladie mental*; es el caso de Morel y de Moreau de Tours, continuadores del modelo nosológico unitario pero explicado desde la perspectiva de las enfermedades naturales. Más próximo al espíritu de Pinel se sitúa el valioso ensayo de Albert Lemoine *L'aliéné devant la philosophie, la morale et la société*; de nuevo fue un filósofo el que, con su esfuerzo solitario, se sintió llamado a revitalizar la visión tradicional de la locura.[123]

Jean-Pierre Falret se sirvió en especial de la noción esquiroliana de *monomanie* para poner a prueba su metodología y dinamitar el edificio de las agrupaciones, ahora tildadas de sindrómicas, de sus maestros.[124] Toda la argumentación crítica de Falret, teñida muchas veces de argumentos pomposos, se basa en la simple consideración de no dar crédito a la existencia de locuras parciales, locuras a medias o delirios sectorizados que coexisten con la razón; de este modo, la enfermedad mental debe ser completa o no es enfermedad. Se cierra así el círculo, iniciado en la Ilustración al romperse el binomio tradicional locura-razón, con esta nueva vuelta de tuerca por la cual se pretende transformar esa locura en enfermedades sin rastro alguno de razón.[125]

Siguiendo la psicología de las facultades y la división de la locura de Heinroth, en boga en aquellos días, Esquirol había discriminado tres tipos de monomanías: intelectuales (delirantes), afectivas e instintivas. «Unas veces el desorden intelectual está centrado sobre un objeto o serie de objetos circunscritos: los enfermos parten de un principio falso, del que indudablemente deducen principios lógicos, y consecuencias legítimas que modifican sus afecciones y los actos de su voluntad; fuera de este delirio parcial, sienten, raciocinan, obran como nosotros; las ilusiones, las alucinaciones, las asociaciones viciosas de sus ideas, las combinaciones falsas, erróneas y extravagantes, son la base de este delirio, que yo llamaría *monomanía intelectual*. Otras veces los monomaníacos no desatinan, pero sus afecciones y su carácter están pervertidos: por motivos plausibles, por explicaciones muy razonadas, justifican el estado actual de sus sentimientos y excusan las extravagancias de su conducta; esto es lo que los autores han llamado *manía razonable*, y que yo llamaría *monomanía afectiva*. Otras veces es la voluntad la que se encuentra ofendida: 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; esta es la *monomanía sin delirio* o la *monomanía instintiva*».[126] Conjugándose con esta tripartición, Esquirol había clasificado además las monomanías según sus temas preponderantes: erotomanía, monomanía razonante, ebriomanía, piromanía, y sobre todo la discutida monomanía homicida.[127]

Contra la opinión de Esquirol y algunos de sus discípulos, especialmente E. Georget, y respaldando las voces enardecidas de la mayoría de los juristas, J.-P. Falret comenzó su

batalla en dos frentes. Se ocupó de negar, en primer lugar, toda posibilidad de existencia de una afección que implicara a una única facultad. Radica aquí uno de los eternos debates de la psicopatología psiquiátrica, el cual, como se verá a propósito de la paranoia, permanece siempre en la sombra de cualesquiera que sean los desarrollos nosológicos y nosográficos que se elaboren. Pocos años antes, el médico A. Royer-Collard y el filósofo Maine de Biran se habían enzarzado en un provechoso debate que tenía por objeto este mismo aspecto:[128] apelando a su experiencia clínica, Royer-Collard argumentaba que la razón puede perturbarse parcialmente, de acuerdo con cierta graduación, pero que en ningún caso cabe pensar que ella se pierde por completo, es decir, que el alienado jamás llegaría a ser un completo extraño para sí mismo; la opinión contraria es defendida por el filósofo: «Para un Maine de Biran, el yo es evidentemente susceptible de ser suspendido o abolido; es, en compensación, impensable que ese yo consciente pueda coexistir con las manifestaciones de algún tipo de orden psicológico que escape a su capacidad de integración [...]».[129] Falret, por su parte, haciendo gala de argumentos muy meditados, pretendió primero mostrar la imposibilidad de que existiera una enfermedad ligada exclusivamente a una única facultad: «En nuestra opinión nada es más falso y contrario a la observación, tanto en el estado normal como en el enfermo, que esta fragmentación del alma humana en un cierto número de fuerzas distintas, susceptibles de obrar aisladamente y por tanto de presentar lesiones por separado; [...] no se pueden considerar como fuerzas especiales los diversos modos de la actividad humana, pues no son sino aspectos diversos de un mismo principio, indivisible en su unidad».[130]

En el segundo frente, Falret se esmeró en desentrañar la multiplicidad temática que conforma cualquier tipo de delirio, tarea que llevaría a cabo mediante una observación y un interrogatorio adecuados. La primera parte de su escrito «De la non-existence de la monomanie» denuncia los errores metodológicos de quienes la defienden y la escasez de «garantías científicas» que nos ofrecen. Muchos de sus casos ilustrativos —comenta Falret con cierta sorna— han sido extraídos de periódicos y revistas; incluso en la obra de Esquirol, muchos de sus ejemplos demuestran, al contrario de lo que pretenden, la existencia de delirios múltiples, cosa que confirma la imposibilidad de que exista un solo caso de delirio parcial restringido a un objeto exclusivo. Además, todos esos casos que se arguyen como paradigmáticos carecen de informaciones y de datos necesarios para ser valorados científicamente.[131] El autor prosigue su examen en los dos epígrafes restantes enfatizando que la observación de enfermos, siempre que se realice adecuadamente y no

se reduzca a consignar sólo los hechos más llamativos y relevantes, permite descubrir que la mudanza de la razón en la locura se realiza, en general, a través transiciones insensibles y motivadas; dicho con otros términos referidos a la monomanía: las ideas delirantes no son el sustrato primordial sobre el que se edifica el cuadro mórbido, sino que éstas se desarrollan a partir de un estado general que las preexiste. «El alienado, al inicio de su enfermedad, se encuentra en un estado general de vaguedad y de confusión, de expansión o más frecuentemente de depresión y de ansiedad, que se convierte en el verdadero fondo sobre el que aparecen o desaparecen, germinan y se desarrollan las ideas y los sentimientos enfermizos que son el producto de ese suelo mórbido [...]. Sucede poco a poco, y después de un largo tiempo de dar vueltas a esas diversas ideas alternativamente elegidas y abandonadas, sin fijarse en ninguna en concreto, que la mente del alienado termina por sujetarse preferentemente a algunas de ellas y llega lentamente, a menudo al cabo de mucho tiempo, a una sistematización más o menos completa de su delirio, sin que a lo largo de ese tiempo se obtenga como resultado la unidad del mismo».[132]

Muy pocas son las matizaciones sobre el una y otra vez aludido «estado general preexistente» o *fond de l'état maladif*, aunque Falret lo menciona en ocasiones sin aportarnos demasiados detalles. Uno de los escasos pasajes que hemos hallado en su obra sobre este particular disipa, no obstante, cualquier posible duda sobre el papel inicial que atribuyó a los «sentimientos» en los fenómenos iniciales de la patología mental: «Lo que hay de inicial en la locura está del lado afectivo, pero no hay en ese momento nada determinado; todo es vago en ese período. Los enfermos acusan una ansiedad, una preocupación, una curiosidad inquieta, un descontento general, una irascibilidad, una susceptibilidad sin motivos o con motivos ligeros, una necesidad de movimiento inexplicable o una apatía que no está justificada, una gran volubilidad de palabras o un profundo silencio. Tales son las características primitivas de la alienación mental que anuncian que un cambio se está produciendo en el cerebro [...]».[133] Así pues, su concepción apunta a un trastorno básico del humor que precede y sirve de caldo de cultivo a la formación de *los* delirios.[134] Esta consideración entronca con las visiones de Chiarugi, de Guislain y del propio Griesinger, para quienes todos los trastornos de la razón y del juicio, es decir, los trastornos de las representaciones, son posteriores y consecutivos a un primer estadio de «dolor moral» o de alteración básica del humor. En este sentido se puede explicar también el énfasis con que Falret renegó de la monomanía

«intelectual» de Esquirol, pues, aparte de ser un delirio parcial, esa locura radicaba en un error originario del juicio sin participación alguna del humor.

Dada la importancia que concedemos al origen de los trastornos, iniciamos ahora una somera digresión que se irá ampliando en capítulos venideros. En nuestra consideración, las obras de los psicopatólogos más eminentes podrían clasificarse, todas ellas, a partir de la posición que adoptan respecto a lo que consideran primario o secundario en la psicosis: ¿es la idea, el juicio, el lenguaje; es el afecto, el humor, las pasiones? Se añaden a estas posiciones radicales otras mixtas, en las cuales hay quienes ven en el hecho primordial un conjunto de factores de naturaleza ideativa y afectiva, optando por privilegiar en cada trastorno uno de esos componentes,[135] y también hay quien negando toda posible «ideogénesis» no da mayor importancia a los componentes afectivos o del ánimo.[136] La respuesta a esta cuestión, en cualquier caso, no se nos antoja nada simple. A lo largo de este texto se irán perfilando algunas posturas que se inclinan hacia uno u otro lado, incluso en el terreno de los delirios, pues también hay autores que insisten en un elemento afectivo esencial (E. Bleuler y Robert Gaupp). La obra de Freud aporta al debate, como veremos, una rica reflexión sobre las modalidades de defensa que caracterizan a la neurosis —separación del afecto (*Affekt*) y la representación (*Vorstellung*)— y las que especifican la estrategia psicótica —el Yo desestima o rechaza (*verwirft*) tanto la representación intolerable como su afecto—.[137] En la historia de la clínica mental los debates más enjundiosos a este respecto se libraron en el terreno de la paranoia y, evidentemente, en el de la «monomanía intelectual» de los autores franceses.[138]

Tras esta breve acotación, proseguiremos ahora nuestros comentarios sobre la monomanía a fin de encarar los aspectos médico-legales, fuente de encendidas polémicas que habrían de reafirmar más aún la dimensión social de la psiquiatría. Más que en ningún otro ámbito, el epicentro de tantas querellas en el seno del movimiento alienista se situaba por aquellos días en torno a la discutida noción de monomanía homicida. Considerada en principio por Esquirol como el resultado de un delirio, aunque fuera éste muy fugaz, a partir de 1808 la concibió como una monomanía sin delirio: «En otros casos el monomaníaco homicida no presenta alteración alguna apreciable de la inteligencia o de las afecciones. Es arrastrado entonces por un instinto ciego, por una *cosa indefinible* que le empuja al ase sinato»;[139] «[...] el hombre ha perdido la unidad del Yo: esto es el *hombre doble* de san Pablo y de Buffon, inclinado al mal por una

causa, retraído por otra».[140] El proceso de Henriette Cornier, quien había degollado a la hija de sus patronos, ilustra con nitidez las posturas radicalmente distintas sobre este particular. Para Esquirol y Georget, Cornier era irresponsable de su crimen por ser una loca monómana homicida; su crimen había sido cometido en estado de locura, pero fuera de ese acto razonaba perfectamente: «en la enfermedad llamada hoy en día monomanía, el individuo generalmente es razonable, excepto en un único punto, el que afecta al objeto de su delirio».[141] Para fundamentar su posición, Esquirol alegaba que los monómanos homicidas no premeditan su crimen ni eligen a sus víctimas, sino que se ven arrastrados por una fuerza incontrolable. Ahí radicaba precisamente, según este autor, la esencia de su irresponsabilidad.

Dado el amplio eco social alcanzado por los monstruosos crímenes acontecidos en las primeras décadas del siglo XIX en Francia, en especial los de Henriette Cornier, Pierre Rivière[142] y Antoine Léger,[143] se sucedieron un sinnúmero de discusiones encarnizadas entre expertos partidarios y adversarios de la locura parcial.[144] Los alienistas comenzaron a frecuentar los Juzgados, reclamados muchas veces por los jueces para que les aliviaran de la siempre ingrata determinación de la responsabilidad de un acto criminal.[145] En este punto de confluencia se hermanaron los intereses comunes de la medicina mental y el orden social; a partir de entonces la psiquiatría ya no sería únicamente una ciencia dedicada a la investigación y al tratamiento de los trastornos mentales, sino que en gran medida se vería abocada a diagnosticar, prevenir y remediar el malestar social. «La declaración de locura para estos criminales liberaba a la justicia, y a sus finos y precisos mecanismos de represión, de un desgaste inútil. [...] El criminal, el criminal a secas, iba ahora a ser estudiado en sus actos, sus pensamientos, su constitución, etc., para desentrañar si se trataba de un sujeto normal o de un irresponsable manicomiable».[146] Mas las investigaciones sobre las monomanías, primero destinadas a demostrar la existencia de locuras parciales y a justificar la no imputabilidad penal de los monómanos que cometían algún crimen siguiendo los dictados de su locura, cambiaron de signo cuando pocos años después los psiquiatras se vieron llamados a terciar sobre las desviaciones sexuales. No tardaron éstas en caer en el saco de las enfermedades mentales, naturalmente bajo la jurisdicción del psiquiatra. Las obras de Magnan y de Tardieu resultaron, a este respecto, determinantes.[147]

En las entrañas de las argumentaciones sobre la responsabilidad o la irresponsabilidad, la culpabilidad o la inocencia, se estaban gestando dos rupturas decisivas. La primera

supuso el inevitable alejamiento de la locura clásica y la paulatina transformación del insensato en el alienado moderno y, poco después, en el «enfermo mental» tal como lo conocemos en nuestros días. Nadie como el loco parcial, razonable excepto en lo que concierne a su certeza delirante, mostró tan a las claras la otredad que nos habita en lo más íntimo de nuestro ser: «es inocente porque no es lo que es; es culpable de ser lo que no es»;[148] pero esta *otredad*, este resto de locura que también nos constituye, acabaría por ser negado a la par que la psiquiatría rechazó las locuras parciales. La segunda ruptura implicó la transformación del alienista en experto médico-psiquiatra y la consideración de la psiquiatría como una especialidad médica mayor.[149]

Hemos conducido la reflexión hasta un límite que parecería trascender cualquier comentario sobre el gran Falret. Pero en el centro de esta discusión sobre la monomanía y en los fundamentos mismos de su edificación de las enfermedades mentales se asientan dos consideraciones clínicas de un alcance insoslayable. La primera es esencialmente nosográfica y se halla en el espíritu de la letra de Falret y, por supuesto, en el de Kraepelin y el de Magnan: para sostener la existencia de las enfermedades mentales no hay otra posibilidad que hacer del loco un enfermo afectado en todas sus facultades y capacidades, sin un grano de razón, a no ser que ésta sea efímera, intranscendente y articulada asimismo en el proceso de la propia enfermedad, conclusión en la que coincidimos con Gladys Swain cuando afirma: «Toda la reorganización del campo psiquiátrico que se articula durante el pasado siglo tiene como trasfondo esta convicción de que la verdad de la alienación se concreta en la destrucción última del sujeto alienado a la que conduce su progreso lógico»;[150] después de todo, ¿qué enfermedades mentales serían ésas en la que cohabitan la razón y la locura, en las que la lucidez, a veces incluso el detalle de genialidad, se entrelazan con la ofuscación y la peligrosidad? La segunda consideración tiene un sesgo más ético y alude a la responsabilidad del sujeto; volveremos a encontrarla en nuestros comentarios sobre Ernst Wagner, Aimée y Paul Schreber. En buena lógica, la enfermedad mental supone la irresponsabilidad subjetiva y la no imputabilidad penal, pues es la enfermedad la que gobierna las acciones, las inhibiciones, los pensamientos y las apetencias, resultando de ello que el enfermo no es otra cosa que un títere que obedece los movimientos que le dicta la inflamación meníngea, la degeneración hereditaria o el déficit de un neurotransmisor. Ésta es la posición generalmente admitida por la psiquiatría y la psicología clínica más afines al modelo médico de las enfermedades mentales.

Frente a este determinismo genético y físico-químico se eleva otra posición, también maximalista, secundada por quienes asignan al alma (psique) una completa sobredeterminación en los desempeños humanos. Seguramente ha sido Heinroth el defensor más radical de esta posición, pues, en su opinión, el hombre siempre debe culparse a sí mismo de volverse loco, cosa que no implica que deba ser castigado penalmente: «¿Ha de ser disculpado, ha de ser absuelto porque haya actuado en un estado de confusión del entendimiento y de compromiso de la voluntad? ¡No! Ambas cosas, confusión y compromiso, son su obra, su creación, el fruto de sus actos, de su vida, la corona de su culpa».[151]

Especial importancia atesora, sobre el particular, la cabal reflexión desarrollada por el magistrado Louis Proal cuando, tras muchos años de experiencia, defiende con firmeza la «responsabilidad moral»: «Porque se desconoce el carácter de las facultades morales, los criminólogos naturalistas han transformado en fatalidad las influencias físicas, que pesan sobre la libertad del hombre pero que no la destruyen [...]. El hombre es representado por los criminólogos naturalistas como autómata, como una máquina, sufriendo todas las influencias, sin poder reaccionar contra ellas, obedeciendo, como el animal, a todos los impulsos del organismo».[152] Como indicamos en otro lugar, el psicoanálisis muestra una particular articulación entre un determinismo inconsciente y la responsabilidad subjetiva, pues, en efecto, las determinaciones existen y es necesario conocerlas mediante el análisis, pero el sujeto es finalmente responsable de decidir y de saber qué hacer con ellas.[153]

Llamativo resulta el hecho de que los locos que orientan nuestras investigaciones —como se apreciará en los siguientes capítulos— suelen tener a gala una decidida reivindicación de la responsabilidad subjetiva. Pues el loco sabe muy bien que cuando se le desposee de su responsabilidad, incluso en las acciones más reprobables, se le hurta también la identidad;[154] es por ello que protesta, indignado, aunque eso le cueste muchos años de cárcel o manicomino, aunque le reporte un nuevo epíteto —querulante— a su rosario de términos diagnósticos, pero generalmente no puede renunciar a la autoría de sus actos y de sus pensamientos.[155] ¿Qué es, al fin y al cabo, un loco sin su delirio y sin sus «voces»? Atribuir la responsabilidad de su locura al loco implica garantizarle un espacio a su subjetividad, pero supone además dejarle gestionar los escasos recursos con los que cuenta para que pueda hacer compatible su alienación con esta forma de vida social a la que los humanos estamos condenados.

Si en las páginas precedentes hemos mostrado los cambios sobrevenidos en la concepción de la locura parcial a consecuencia de la aplicación del método «clínico» de J.-P. Falret, es ahora el momento de ocuparnos del resultado más notorio conseguido por la nueva metodología: se trata, por encima de cualquier otro, de la construcción de la *folie circulaire*. Desde antiguo se sabía que la manía y la melancolía guardaban ciertas relaciones, aunque fue a mediados del siglo XIX, en Francia, cuando se estableció definitivamente su carácter cíclico y alternante.[156] Este resultado no puede separarse, según nuestra opinión, del amplio proceso tendente a la transformación de la locura en enfermedades mentales. Al contemplarlo con la perspectiva que nos procura la historia, se advierte la intención solapada de la reducción de la melancolía tradicional[157] a una enfermedad mental (Esquirol);[158] a partir de ahí, se sucede la reunión de la melancolía y la manía en una única enfermedad mental independiente (Falret, Baillarger y Kraepelin); como colofón, ya en el siglo XX, se termina por concebir la tristeza como enfermedad depresiva (A. Meyer y W. Muncie),[159] cosa que ha contribuido a la devaluación de la responsabilidad subjetiva y a la dejación de las obligaciones para con los otros y con el trabajo.[160]

Tanto J.-P. Falret (*folie circulaire*) como Baillarger (*folie à double forme*) presentaron sus trabajos fundacionales en 1854, y aún hoy en día se sigue discutiendo a quién de los dos debe atribuirse la creación de esta entidad.[161] A simple vista, no resulta fácil entender el ardor con que se desarrolló esta disputa sin tener en cuenta la rivalidad que mantenían ambos autores, desatada años antes a raíz del silencio guardado por Falret sobre la imprescindible teoría de las alucinaciones de Baillarger. Para situar brevemente el marco y las fechas de esta singular querella entre los «gigantes» J.-P. Falret y J. Baillarger, bastarán las siguientes instantáneas.[162] La primera escena sucedió en 1851 y se sitúa en la Salpêtrière; mientras Falret desarrollaba su enseñanza clínica mencionó de pasada un tipo «especial» de locura («al que llamamos circular»), que consiste en la sucesión de un período de excitación seguido de otro de abatimiento (*affaissement*).[163] Sin embargo, el nombre de *folie circulaire* no fue empleado como tal hasta enero de 1854, con motivo de la reimpresión ampliada que Falret realizó de aquellos textos antaño publicados en la *Gazette*; las doce líneas originarias que dieron pie a tan dilatada disputa se habían convertido en la reedición posterior en una página y media. La segunda escena tiene

como protagonista a Jules Baillarger (1809-1890), también alumno de Esquirol, cuando en la sesión del 31 de enero de 1854 informó a la Academia Imperial de Medicina sobre su descubrimiento de la *folie à double forme*.[164] Baillarger no cejó hasta el día de su muerte de reivindicar la prioridad cronológica de su «locura de doble forma», tildando a Falret de plagiario en cuanto la ocasión se lo brindaba; como ya sucediera con el asunto de las alucinaciones, este último continuó guardando un silencio conmovedor. Hasta la última década del anteúltimo siglo los alienistas franceses atribuyeron, en su mayoría, el supuesto descubrimiento a Baillarger. Antoine Ritti se hizo eco de esta corriente de opinión y contribuyó a propalarla cuando publicó su influyente artículo «Folie à double forme», texto que comienza así: «Se da este nombre a un género de locura en el que los accesos se caracterizan por la sucesión de dos períodos regulares, uno de depresión y otro de excitación o recíprocamente (Baillarger)».[165]

Quiso el destino, muertos ambos contrincantes, que estas almas gemelas permanecieran enfrentadas, pero ahora en un remanso de paz. Los bustos de mármol blanco de ambos psiquiatras, uno frente a otro, despuntan silenciosos sobre los arbustos del jardín de entrada de la Salpêtrière; tal es la escena que sirve de colofón a tan sostenida rivalidad: reunidos finalmente y con los labios eternamente sellados. Ése es también el recuerdo que el futuro les reservaría, pues en adelante ambos serían conjuntamente citados, como hizo ejemplarmente H. Ey.[166] Más aún, sus nombres pasarían a ocupar un lugar destacado en las páginas históricas que un tercero, Emil Kraepelin, alguien que les fue por completo ajeno, les reservó en la versión definitiva de la locura maníaco-depresiva.[167]

Más relevante que esta querella puntual es el hecho de que ambas descripciones, las cuales no se corresponden por completo, jamás podrían haberse realizado de no haber sido por el interés prioritario que se confirió al curso evolutivo completo de los trastornos mentales.[168] Por este motivo consideramos más oportuno atribuir a Falret la paternidad de la locura maníaco-depresiva, ya que su descripción encaja a la perfección con sus presupuestos metodológicos.

J.-P. Falret comenzó a perfilar este tipo de enfermedad interrogándose sobre las formas de alienación mental que presentaban accesos, remisiones e intermitencias. «La locura circular se caracteriza pues por la evolución sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado. Varía de intensidad y de duración en el conjunto y en cada uno de sus períodos, tanto en cada uno

de los enfermos como en los diversos accesos que se suceden en el mismo enfermo».[169] La sucesión de las fases sigue un orden determinado e insoslayable: primero sobreviene el estado maníaco; después, el estado depresivo; finalmente, el intervalo lúcido. Estos tres períodos forman un «acceso» o un círculo completo que se renueva sin cesar y guarda características similares en cada enfermo.

El estado maníaco progresa hasta alcanzar su cenit (exaltación de la inteligencia y de los sentimientos; exuberancia de ideas; movimientos rápidos e incesantes; sensación de salud física completa; aumento de las funciones orgánicas y pérdida del sueño, etc.) y, dependiendo de cada caso particular, comienza a declinar progresivamente hasta mezclarse con la depresión que sobreviene sin más transición. De la misma manera, el estado de «depresión» se inicia paulatinamente hasta adquirir sus grados más profundos: aislamiento, mutismo, inmovilidad; disminución alarmante del instinto de conservación; grave debilitamiento de los sentimientos; pérdida de la espontaneidad en las acciones; movimientos lentos o nulos; ideas predominantes de ruina, insuficiencia, envenenamiento y culpabilidad, etc. «El período de depresión, tras haber llegado a su apogeo y haber permanecido de ese modo estacionario, declina poco a poco y pasa a menudo por graduaciones insensibles hasta llegar al *intervalo lúcido*».[170] En esta última fase el enfermo comienza a despertar a la vida de relación, sale de la torpeza física y psíquica, vuelve a sus hábitos anteriores y reemprende incluso su actividad laboral. Un observador ignorante consideraría que el paciente ha sanado, pero invariablemente retornan los síntomas de exaltación y un nuevo acceso enfermizo se inicia siguiendo la inercia continua de ese movimiento circular.

Falret insistió en el hecho de interrogar directa y detenidamente no sólo al enfermo sino también a sus padres, pues son éstos quienes con frecuencia aportan los más valiosos datos sobre los antecedentes de la afección. A la luz de las numerosas encuestas realizadas, consideró el autor que la locura circular tiene una notable vinculación con la herencia, siendo «infinitamente» más frecuente en mujeres que en hombres. Por otra parte, el pronóstico muy grave debe llevar al clínico a un diagnóstico diferencial con otras enfermedades similares a las que no se atribuye tan aciago devenir.

Podría parecer que la visión de J.-P. Falret de la *folie circulaire* es definitiva e inmodificable, dado que con su método de observación, supuestamente infalible, ha conseguido descubrir una «nueva enfermedad mental»; cabría pensar asimismo que las tres fases que componen dicha enfermedad habrían quedado fijadas para siempre, y que

los únicos aspectos que requerirían matizaciones serían los etiológicos y los terapéuticos. Pero esto no es del todo así. Partiendo también de la fenomenología clínica, Baillarger describió una versión distinta de la locura de doble forma y Kraepelin aún otra más; de igual modo, tomando como referencia su propia metapsicología, Freud descubrió el soporte psicológico que estaba presente en ese conjunto de hechos observables al compararlos con el proceso del duelo y analizar el trasfondo de los llamativos autorreproches del melancólico.[171] Actualmente los límites nosográficos de este grupo se han difuminado aún más con la utilización de las sales de litio, los neurolépticos, los antidepresivos y los antiepilépticos, lo que ha traído consigo una reordenación nosográfica del campo y ha afianzado la visión organogenética, la cual enraíza sus hipótesis en estudios genéticos, neuroquímicos y en los resultados de las terapéuticas biológicas.

El trabajo de Jules Baillarger en el que describe la *folie à double forme* se basa en la presentación y comentario de seis observaciones clínicas. En su consideración, esta forma específica de locura consiste en la sucesión de dos períodos, uno de depresión y otro de excitación. «Esta sucesión, en efecto, no ocurre por casualidad; he podido asegurarme de que existen relaciones entre la duración y la intensidad de los dos estados, que no son evidentemente más que dos períodos de un mismo acceso. La consecuencia de esta opinión es que esos accesos no pertenecen propiamente ni a la melancolía ni a la manía, sino que constituyen un género especial de alienación mental caracterizada por la existencia regular de dos períodos: uno de excitación y otro de depresión».[172] A lo largo del texto no se menciona el intervalo lúcido, considerado por Jean-Pierre Falret como una de las tres fases esenciales de la enfermedad. Baillarger, no obstante, refiere que «algunos enfermos pueden entrar en convalecencia» al finalizar el primer período, «pero si la recuperación de la salud no es completa pasados quince días, un mes, seis semanas a lo sumo, el segundo período eclosiona».[173] Se aprecia asimismo en sus observaciones que las manifestaciones maníacas sobrevienen como «reacción» a períodos depresivos previos, y en ese sentido explica el autor la proporcionalidad en la intensidad de los períodos. Su interés se concentró esencialmente en la articulación y en la duración de ambos períodos: cuando éstos son breves la transición es brusca y se produce, por lo general, durante el sueño; al contrario, cuando tales períodos se prolongan, su transición se produce de forma más lenta y gradual. Desde el inicio de sus observaciones, Baillarger señaló que este tipo de enfermedad no se presenta únicamente como una sucesión

ininterrumpida de accesos depresivos y maníacos, sino que también lo hace en ocasiones mediante accesos aislados y en otras aún de manera intermitente. Con el correr de los años este autor objetaría, tanto a Falret como a Griesinger, que ambos se percataron sólo de la primera de las formas posibles de presentación, descuidando las otras dos.[174] Las clasificaciones psiquiátricas internacionales de nuestros días parecen mostrarse más próximas, a juzgar por cuanto se acaba de decir, a la visión de Baillarger que a las de Falret o Griesinger.

Más que abundar en la polémica sobre la paternidad de la descripción de este tipo de locura, nos interesa plasmar las diferencias sutiles que se aprecian en estos dos discursos, ambos enmarcados en una corriente bastante homogénea del pensamiento psiquiátrico. Alumnos los dos de Esquirol, la obra de Baillarger alcanzó, a nuestro juicio, su cenit en el terreno de la fenomenología descriptiva, tal y como puede comprobarse en los matizados retratos que realizó de las alucinaciones y del automatismo psicológico; no obstante, como le sucediera también a su maestro, su contribución pierde brillo cuando asume el reto de elaborar una teoría. La obra de Jean-Pierre Falret, en cambio, se caracterizó por una reflexión epistemológica de conjunto, cuyo alcance merece que lo reconozcamos como el gran ideólogo de la psiquiatría francesa de su tiempo; más que la de ningún otro de sus colegas, su programática giró en torno al objetivo único de descubrir las verdaderas *maladies mentales*. Persiguiendo esa realización, se valió sobre todo del estudio detallado de la evolución del cuadro clínico; a esa visión global añadió además la separación entre los síntomas básicos (*symptômes de fond*), ésos que siempre están presentes y son esenciales para el diagnóstico, y los síntomas de superficie (*symptômes de relief*), aquéllos que —como el delirio— resultan más accesibles a la observación aunque sean intrascendentes de cara a profundizar en la esencia de la enfermedad. El valor innovador de la obra de Falret se revela incuestionable apenas se conocen los entresijos de su pensamiento. Es tal el mérito que le reconocemos que, sin tener presentes sus contribuciones, no alcanzaríamos a imaginar el posterior surgimiento de obras como las de Kahlbaum y Kraepelin, pues ambas arrancan y despliegan hasta sus últimas consecuencias esa novedosa orientación diacrónica que Falret imprimió a la clínica mental; lo mismo podríamos argüir respecto a la arquitectura de los síntomas de la que Eugen Bleuler se sirvió para la construcción de la esquizofrenia, ya que, salvo diferencias de matices, ésta corresponde, *grosso modo*, a la separación falretiana entre los *symptômes de fond* y los *symptômes de relief*.

Acostumbrados como estamos en los días que corren a fútiles y efímeras sentencias etiológicas, conviene recordar que ni Falret ni Baillarger se extendieron en mayores especulaciones sobre la causa específica de la sucesión depresión-excitación, o viceversa. Se trata en ambos autores de bocetos fenomenológicos en estado puro, de retratos expresionistas que recrean la intensidad de los fenómenos más conspicuos de ambas polaridades. En ese terreno estrictamente descriptivo, las opiniones de numerosos tratadistas de la segunda mitad del siglo XIX se mostraron bastante coincidentes. Pero hubo, no obstante, un foco de discordia en materia nosográfica: ¿esta «enfermedad» era autónoma o se integraba en otra más amplia? La mayoría de los clínicos, siguiendo a Falret y Baillarger, consideraron a la locura circular como una enfermedad independiente, es decir, separada de la manía y la melancolía; otros continuaron pensando que se trataba de casos de melancolía que se convertían en manía o viceversa; también algunos (Griesinger y los partidarios de su modelo) la concibieron como un estadio del conjunto de la *Einheitspsychose*; finalmente, los seguidores de Boerhaave vieron en ella un *continuum* de gravedad creciente.

Desarrollando la metodología diacrónica asentada por J.-P. Falret, Emil Kraepelin (1856-1926) se convertiría en el principal artífice de la versión moderna de este tipo de psicosis del humor; sus aportaciones sobre el particular contribuyeron decisivamente a fijar su autonomía y su espectro nosográfico. Con el nombre de «locura periódica y circular» (*periodische und ciruculäre Irresein*), el psiquiatra alemán venía nombrando un espacio en el que se incluían las «psicosis periódicas» (manía, melancolía y delirio alucinatorio [*Wahnsinn*] periódicos) y la «locura circular».[175] Fue en el marco de la sexta edición de *Psychiatrie* (1899) cuando Kraepelin propuso el nombre de «locura maníaco-depresiva» (*das manisch-depressive Irresein*), agrupando en su seno todas las antiguas formas de locura periódica y circular, además de la manía simple. En su opinión, este tipo de locura se especificaba por una evolución caracterizada por ataques independientes de excitación maníaca y de depresión psíquica con inhibición psicomotora, también por una mezcla de ambos estados.[176] Este reducido espectro se iría paulatinamente ampliando en ulteriores revisiones, como pronto veremos.

Amén de esta contribución que permitió la reunión del conjunto de las alteraciones maníacas y depresivas —excepto la melancolía involutiva[177] hasta 1913— dentro de una única enfermedad, la gran aportación kraepeliniana consistió en romper para siempre con

la vieja concepción que únicamente contemplaba la evolución a través de la sucesión y la alternancia periódicas de fases maníacas y depresivas.

La versión más depurada de este grupo de «afecciones endógenas» no demenciales fue desarrollada con todo lujo de detalles en la octava edición de *Psychiatrie* (1913): «La locura maníaco-depresiva, tal como va a ser descrita en este capítulo, comprende por una parte todo el dominio de lo que se llama en la actualidad la *folie périodique* y la *circulaire*; por otra, la manía simple, la gran mayoría de los estados patológicos que se describen bajo la rúbrica de 'melancolía', así como un considerable número de casos de *Amentia*. Finalmente, también incluimos ciertas disposiciones patológicas del humor más o menos acentuadas, ya sean periódicas o duraderas, que deben ser consideradas como los primeros estadios de trastornos más graves, y que por otra parte se funden, sin que puedan acotarse límites estrictos, con el conjunto de las constituciones personales. Con el paso de los años he adquirido la convicción, más férrea cada vez, según la cual todos los tipos clínicos enumerados arriba no son otra cosa que formas de las manifestaciones de un único proceso patológico».[178] Kraepelin justificó su decisión de reunir este conjunto de estados patológicos en una única enfermedad arguyendo la presencia constante de un conjunto de rasgos fundamentales. Él sabía muy bien que ninguno de ellos era «absolutamente característico» de dicha afección, pero también había comprobado que solían presentarse reunidos con cierta uniformidad, y esa coincidencia era precisamente la que le confería un aire de patología específica.

Entre los tipos clínicos que componen la locura maníaco-depresiva existen asimismo «transiciones insensibles», incluso dentro de un mismo enfermo pueden observarse no sólo la manía y la melancolía, sino también estados de confusión, perplejidad, construcciones delirantes, etc.; junto a esta variabilidad se destaca de igual modo una coloración más permanente del humor que enmarca los accesos patológicos. Al contrario que Baillarger, Kraepelin no profundizó en una clasificación que juzgara la levedad o la gravedad, la duración o la brevedad de los accesos, pues «se alternan sin regla» en un mismo proceso patológico. Una característica general que la diferencia de la *Dementia praecox* es el hecho de que «jamás» conducen a una demenciación profunda; otra característica común de la enfermedad es la relación con la transmisión hereditaria que puede apreciarse en el estudio de los individuos de una misma familia.[179]

A pesar de la diversidad de estados que constituyen la locura maníacodepresiva, Kraepelin señaló como regla general que la enfermedad evoluciona por accesos

individualizados, bien diferentes unos de otros y notablemente divergentes del estado de salud. A tenor de tales consideraciones, el autor propone los siguientes tipos: «estados maníacos», «estados melancólicos o depresivos», «formas clínicas mixtas» y «estados fundamentales». Los *Manischezustände* se expresan mediante un humor expansivo y alegre, que va desde la hipomanía hasta el furor, siendo sus signos esenciales la fuga de ideas y la necesidad imperiosa de actividad; los *Depressivezustände* se reconocen por la disforia triste o ansiosa, y por la dificultad de pensar y hacer;[180] los «estados mixtos» constituyen la asociación de manifestaciones maníacas y melancólicas, de manera que se obtiene un tipo clínico con las mismas características que las dos formas fundamentales (*Grundformen*) anteriores, pero que no pueden adscribirse ni en una ni en otra categoría;[181] por último, los «estados fundamentales» (*Grundzustände*) refieren un grupo de constituciones (*Veranlagungen*) que deben ser consideradas como los primeros grados de la locura maníaco-depresiva, pudiendo persistir a lo largo de toda la vida sin desarrollarse.[182]

Pese a las pormenorizadas descripciones que salieron de su pluma, con el transcurrir de los años la locura maníaco-depresiva de Kraepelin recibió algunas críticas nosológicas y nosográficas. Algunos psicopatólogos —es el caso de Adolf Meyer— se opusieron a considerar este grupo como una enfermedad independiente y prefirieron hablar de «grupo de reacción afectiva». Otra corriente crítica incidió en la excesiva amplitud alcanzada por la enfermedad creada por Kraepelin;[183] esta perspectiva fragmentadora, iniciada por la escuela neuropsiquiátrica de K. Wernicke y continuada por sus seguidores K. Kleist[184] y K. Leonhard, culminó a mediados de los años sesenta con los célebres trabajos de J. Angst y C. Perris, quienes basándose en los mismos argumentos genéticos a los que apelaba el propio Kraepelin mostraron la necesidad de revisar la supuesta homogeneidad de la psicosis maníaco-depresiva.[185] En adelante, la tendencia nosotáxica general consistió en reducir este grupo demasiado extenso y aislar algunos trastornos afectivos independientemente: la melancolía involutiva, los trastornos depresivos no psicóticos y los esquizo-afectivos.[186]

Unas veces en función de modelos etiológicos más acordes con la ciencia del momento, otras en relación a nuevas reformulaciones de modelos psicopatológicos de siempre, y otras aún determinadas por los efectos de las terapéuticas biológicas y por la presión de las multinacionales farmacéuticas, las categorías de la clínica mental siguen rodando por

el talud de una renovación permanente. Este capítulo nos ha permitido plasmar algunos de los fundamentos ideológicos y clínicos que han conformado la estructura del saber psiquiátrico actual. La locura clásica, tan opaca a nuestra acendrada mentalidad positivista, sucumbió en gran medida a causa de la implantación de los modelos imitativos de la patología médica. Apenas unas inflamaciones aracnoideas halladas en unos pocos cadáveres bastaron para silenciar el quejido inmemorial de ese *otro* de la razón que nos acompaña o al que quizás acompañamos como si se tratara de nuestra propia sombra. Jean-Pierre Falret, el gran ideólogo del primer proyecto psiquiátrico, tuvo el mérito de sentar las bases de un saber sobre las enfermedades mentales que fue desarrollándose en dirección contraria al sentido que habitaba la experiencia de la locura. Negando la existencia de locuras parciales, es decir, aplastando cualquier forma de razón interna a la sinrazón, y preconizando el estudio de la evolución de los trastornos, pudo recrear un panorama de «enfermedades mentales» concretas e independientes. Fruto de esta mirada parcial surgió, como no podía ser de otro modo, la *folie circulaire*, futura psicosis maníaco-depresiva. Frente a este pilar de las psicosis del humor veremos construirse a lo largo del capítulo siguiente los edificios nosográficos que, bajo las rúbricas *Paranoia*, *Verrücktheit*, *Wahnsinn* y *délires chroniques systématisés*, han tratado de agrupar los trastornos mayores del juicio y del razonamiento. Al exponerlos, las voces de la locura tradicional volverán a resonar, desafiando, uno tras otro, los modelos psiquiátricos de las enfermedades mentales.

II

LA PARANOIA: ENTRE LA LOCURA Y LA NOSOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

> No existe probablemente en psiquiatría una palabra que tenga una acepción más amplia y peor definida [que la paranoia].
>
> J. SÉGLAS, «La paranoïa», 1887

SUMARIO La paranoia representa la transición inconclusa entre la locura tradicional y las enfermedades mentales. Objeciones de la paranoia a la nosología psiquiátrica. Orientación del estudio y ámbitos semánticos (*Paranoia, Verrücktheit y Wahnsinn*; *folie systématisée*). La paranoia en la psicopatología escrita en alemán: W. Griesinger: *Einheitspsychose* y paranoia. Hipertrofia de la paranoia (Hoffmann, Snell, Sander, Westphal, Krafft-Ebing, Schüle y algunos otros); el *Abrenzung* de Cramer y Bödeker. Cl. Neisser y la *Eigenbeziehung*. E. Kraepelin y la reducción de la paranoia. Las paranoias agudas y curables: el profesor Robert Gaupp y el maestro paranoico Ernst Wagner; delirio, escritura y estabilización en el «caso Wagner». El *sensitive Beziehungswahn* de E. Kretschmer. ¿Qué hacer con la paranoia? Tres respuestas: E. Bleuler, K. Jaspers y K. Schneider. La paranoia o locura sistematizada en la clínica francesa: Ch. Lasègue y el *délire de persécutions*, 1852. V. Magnan y su teoría del delirio crónico; consecuencias y críticas. La paranoia (*folie systématisée*) según J. Séglas. Los mecanismos del delirio y sus tipos clínicos correspondientes: P. Sérieux y J. Capgras (*délire d'interprétation*), E. Dupré (*délire d'imagination*) y G. G. de Clérambault (*délires passionnelles* y *paranoïa*). Intentos de síntesis de los delirios sistematizados. La *constitution paranoïaque* según M. Montassut y G. Genil-Perrin. Jacques Lacan, Aimée y la paranoia de autocastigo.

En el capítulo precedente hemos mostrado los escenarios y las principales líneas de fuerza que determinaron los primeros intentos de transformación de la locura clásica en las enfermedades mentales actuales, proceso culminado con la descripción de la psicosis maníaco-depresiva. En éste, al ocuparnos de la paranoia, se expondrán las dificultades intrínsecas que esta nueva mentalidad tuvo y tiene para realizar sus propósitos. Cuando analizamos la psicopatología psiquiátrica conforme a nuestra metodología histórico-clínica, la paranoia se nos presenta como la objeción mayor al discurso médico de las enfermedades mentales. De este modo entendemos la posición marginal que éste le concede; también así puede explicarse el lugar excepcional que ocupa respecto al resto de enfermedades psicóticas. Sin embargo, más allá de los ideales de la psiquiatría positivista, el paranoico sigue expresando ejemplarmente la trabazón entre su historia subjetiva y su *pathos*, al tiempo que nos ilustra sobre las maniobras con las que trata de enderezar el drama que protagoniza.

Son muchos los argumentos que acreditan nuestra consideración acerca de que la paranoia representa la transición inconclusa entre la locura tradicional y las enfermedades mentales, asunto del que esperamos aportar pruebas a lo largo del presente capítulo. A modo de reflexión preliminar pueden apuntarse las siguientes consideraciones. En primer lugar, resulta llamativa la terminología que los distintos autores han empleado para nombrar el polo paranoico de la psicosis.[1] Se asienta éste en el territorio nosográfico de las antiguas «locuras parciales», «monomanías», «locuras razonantes», «locura lúcida» o, simplemente, «locura» (*Verrücktheit*), herencia que refrenda la coalescencia tradicional locura-razón y actualiza los debates sobre esos restos de razón que cohabitan con la alienación. El uso de estos términos populares dentro del lenguaje médico contrasta con los de «demencia precoz» y «esquizofrenia», creados *ad hoc* por Kraepelin y Bleuler para designar nuevas «enfermedades mentales» (*Geisteskrankheiten*).

En segundo lugar, las investigaciones psiquiátricas sobre la paranoia ponen de relieve al menos tres puntos de fricción: por un lado, el permanente debate acerca de la patogenia, intelectual para unos y afectiva para otros (paranoia «primaria» *versus* paranoia «secundaria»); por otro lado, la compatibilidad o no con las alucinaciones (formas alucinatorias *versus* formas combinatorias); a éstos se añade, además, la controversia

relativa a las formas agudas de paranoia, discusión de hondo calado que atañe al hecho de concebirla como una enfermedad curable o incurable (formas abortivas o benignas *versus* formas crónicas).

Ante estas dificultades que presenta la paranoia, en tercer lugar, el discurso psiquiátrico ha reaccionado siguiendo dos patrones bastante constantes: la gran mayoría, como Kraepelin y Bleuler, han promovido una reducción de su espectro nosográfico; diferente a la anterior pero con idénticos efectos fue la solución aportada por Clérambault, quien propuso fragmentarla al estar persuadido de que la paranoia es múltiple.

Es preciso añadir a estas apreciaciones preliminares un apunte final, a nuestro juicio el más relevante de todos. A diferencia de cualquier otra forma de trastorno mental, esta locura razonante que es la paranoia cuenta desde tiempo inmemorial con unos mentores privilegiados, pues son los propios paranoicos los que con más rigor y profundidad vienen mostrando —mediante sus autobiografías, memorias, ensayos, piezas teatrales y novelas— los dramas que habitan y que ellos mismos alimentan. Aquí radica la principal razón por la que seguimos considerando a la paranoia como la vía regia para el conocimiento clínico de la estructura psicótica.

Pero también la paranoia, cuando se investiga desde el punto de vista historiográfico, resulta aleccionadora respecto a las limitaciones del discurso psiquiátrico. No deja de ser significativo que los grandes teóricos de las enfermedades mentales tropezaran con la paranoia una y otra vez a la hora de definirla y explicarla según sus concepciones nosológicas importadas de la medicina. Tal es, como se verá más adelante, lo que sucedió con los modelos de Griesinger, Magnan, Kraepelin y Kurt Schneider. Si esto sucede en el terreno psicopatológico, en el terapéutico la excepcionalidad de la paranoia tiene su correlato en la relativa eficacia de los tratamientos farmacológicos, a menudo desestimados por los propios «enfermos».[2]

ORIENTACIÓN DEL ESTUDIO Y ÁMBITOS SEMÁNTICOS («PARANOIA», «VERRÜCKTHEIT» Y «WAHNSINN»; «FOLIE SYSTÉMATISÉE»)

Quienquiera que se proponga investigar la psicopatología y la clínica de la psicosis paranoica se ve obligado, por una parte, a una minuciosa revisión de lo que ésta fue en los mejores tiempos de la clínica psiquiátrica y, por otra, a situar los logros que el psicoanálisis ha promovido en el conocimiento de su estructura y terapéutica. Un *antes*,

por tanto, constituido por descripciones fenomenológicas y por marcadas oscilaciones nosológicas, que fue paralelo y consustancial al despliegue y estancamiento de la clínica psiquiátrica, y un *ahora* en el que el psicoanálisis ha tomado las riendas de la investigación de ese ámbito al que conviene seguir llamando psicología patológica. Nuestra propuesta de revisión de la paranoia consiste, pues, en la articulación de la clínica clásica y el psicoanálisis.

Mientras en este capítulo se examinará la psicopatología desarrollada por la clínica psiquiátrica, en el quinto se plasmarán las contribuciones elaboradas por el psicoanálisis a propósito de las incomparables enseñanzas de Paul Schreber y sus *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* (*Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios*). Conforme se desarrolle esta argumentación se dibujará la oposición entre Kraepelin y Freud,[3] esto es, entre la psicopatología psiquiátrica y la psicoanalítica, orientaciones de investigación del *pathos* subjetivo que definitivamente conformarán trayectorias asintóticas, tal como se muestra de forma ejemplar en la concepción del delirio que uno y otro defendieron. Al desbrozar los fundamentos psicopatológicos de una y otra se desvelarán, a buen seguro, las razones por las que la posición psiquiátrica oficial —representada por Emil Kraepelin— ha apostado por la aniquilación de la paranoia, mientras que Sigmund Freud y los psicoanalistas coinciden en conferirle un amplio espectro nosográfico y la consideran una guía irrenunciable para el conocimiento de la psicosis y su terapéutica. Con vistas a mostrar los anclajes de esta divergencia irreconciliable, se destacarán aquí las posiciones iniciales con las que la psicopatología de las enfermedades mentales y la psicoanalítica encaran el estudio del *pathos* subjetivo: mientras la primera aporta un amplio conocimiento de la enfermedad subestimando al sujeto enfermo, la segunda invierte los términos y defiende que el sujeto puede optar por un tipo de defensa radical que cristalice, a la postre, en eso que conocemos como psicosis paranoica. Tradicionalmente descrita como una forma de psicosis que no menoscaba ciertas facultades mentales, esto es, que no se caracteriza por la presencia de esos signos deficitarios tan propios de la visión médica de las enfermedades, la paranoia se presenta ante los ojos de esta orientación de la patología de lo psíquico como una cosa francamente desconcertante.

En el recorrido histórico que sigue a estos preliminares, nuestros comentarios se ceñirán a las aportaciones realizadas por la clínica escrita en alemán y por la clínica francesa. Puesto que para los tratadistas germanófonos el campo semántico de la

paranoia no se limitaba en exclusiva a ese término (*Paranoia*),[4] conviene a esta investigación seguir también las pistas a otros dos, *Verrücktheit* y *Wahnsinn*, teñidos ambos de resonancias populares. Hay que advertir, no obstante, que los términos *Paranoia*, *Verrücktheit* y *Wahnsinn* fueron usados unas veces como sinónimos y otras con matices diferenciales. A este respecto, Séglas dejó dicho: «De manera que en Alemania, donde esta cuestión ha sido muy movida, el término *Wahnsinn* es unas veces sinónimo de *Verrücktheit* y *Paranoia*; otras veces, por el contrario, se aplica a hechos distintos, correspondiendo a la *Verwirtheit* o confusión mental de otros tratadistas, de forma que los sinónimos resultan por ello múltiples. ¡El Sr. Chaslin ha llegado a recoger hasta veintiocho en diferentes lenguas!».[5]

Conforme a la orientación arriba expuesta, se hará especial hincapié en la teoría de W. Griesinger sobre la *Einheitspsychose*, ampliamente criticada por muchos de sus contemporáneos, y también en la nosografía sistemática pergeñada por E. Kraepelin, propuesta frente a la cual se elaboraron algunas de las contribuciones más señeras de la clínica alemana, en especial las de R. Gaupp y E. Kretschmer. Como se verá más adelante, tanto en el modelo griesingeriano como en el kraepeliniano la paranoia desempeñó un papel determinante, pues en buena medida ella desmentía los pilares en los que se asentaban esas dos visiones nosológicas.

Respecto a la clínica francesa, prácticamente parisina, el campo semántico es más heterogéneo y por ello resulta más difícil de acotar, ya que el uso del término *paranoïa* es relativamente tardío. Seguiremos, por tanto, la estela de las voces *folie partiale*, *délire* y *délires chroniques*, destacando sobre todo la contribución fundacional de Lasègue y las posteriores revisiones de su *délire de persécutions* llevadas a cabo por V. Magnan y la siguiente generación de alienistas, en especial las de Sérieux y Capgras, Ballet, Clérambault y Dupré. Buena parte de las aportaciones francesas coinciden en destacar el fondo constitucional o caracterial que subyace en este tipo de psicosis, asunto que culmina con las monografías de M. Montassut y G. Genil-Perrin sobre la *constitution paranoïaque*, criticadas con perspicacia por J. Lacan en su tesis doctoral, seguramente la última de las grandes contribuciones de la clínica clásica a la psicosis paranoica.

Pese a su interés, por razones de espacio no prestaremos la atención que merecen a las aportaciones italianas (Amadei y Tonnini, Morselli, Tanzi y Riva, Esposito, etc.) y otros trabajos de cierto interés (Julio de Mattos). No podrá ser de otro modo pues, tratándose de la paranoia, sería preciso reconstruir casi íntegramente la historia de la clínica

decimonónica; como decía Séglas, no existe en psiquiatría una acepción más amplia y peor definida que ésta.[6]

W. GRIESINGER: «EINHEITSPSYCHOSE» Y PARANOIA

Desde la Antigüedad hasta el siglo XIX, la paranoia y la melancolía mantuvieron unos vínculos tan estrechos que a menudo se confundían. Su hermandad se rompió cuando J.-P. Falret y J. Baillarger comenzaron a fundamentar la reciprocidad de la melancolía y la manía. Esa vinculación entre la melancolía y la paranoia estaba determinada por el hecho de que ambas se concebían como formas parciales de locura o delirio, perspectiva que las oponía radicalmente a la manía, es decir, al delirio general, múltiple y disperso. Esta doctrina, de la que participaron la mayoría de los tratadistas —entre ellos Areteo, Celio Aureliano, Sennert, Rusch y Pinel—, se basa en el predominio del elemento intelectual sobre el emocional o afectivo, es decir, que el criterio diferencial estriba en la exclusividad o limitación del delirio a un único objeto. De manera que, aún teniéndose presente el aspecto emocional, durante muchos siglos se dio prioridad a la alteración parcial de razón.[7] Por chocante que ahora nos parezca, hasta Esquirol la melancolía o delirio parcial podía incluso estar teñida de un ánimo alegre, tal como propusieron Sennert, Rusch y Pinel, quien ya entrado el siglo XIX escribió al respecto: «Nada más inexplicable y nada más verificado que la existencia de dos formas opuestas de melancolía. Algunas veces una explosión de orgullo y la idea quimérica de poseer inmensas riquezas, otras veces el abatimiento más pusilánime, una consternación profunda o incluso la desesperación».[8] Cuando Esquirol dio nombres distintos (monomanía y lipemanía) a estas dos formas tradicionales recogidas por Pinel, dividió en dos las locuras parciales y demarcó los territorios que en el futuro habrían de habitar la paranoia y la melancolía.

Los aspectos que acaban de apuntarse (hermandad de la melancolía y la paranoia; alteraciones emocionales *versus* intelectuales; locura parcial *versus* locura general), presentes de algún modo en todos los debates sobre la paranoia, tienen en la obra psiquiátrica de Griesinger un tratamiento muy pormenorizado; a nuestro modo de ver, sin tener presentes esas referencias clásicas resulta difícil entender el contexto del que arranca y los objetivos que logra.

Cuando Wilhelm Griesinger (1817-1868) publicó, en 1845, la primera edición de su memorable *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (*La patología y terapia de las enfermedades psíquicas*), coexistían en el pequeño mundo de la clínica mental dos posiciones abiertamente enfrentadas: los *Psychiker* y los *Somatiker*. Los ecos del romanticismo resonaron en los pioneros de la medicina mental alemana, dibujando estas dos posiciones extremadas. Mientras el profesor Heinroth sostenía, a partir de argumentos empapados de religiosidad, que los delirios eran producto de violentas pasiones (la megalomanía surge de la soberbia, la sed de gloria y el fanatismo; la melancolía, de la pena y la aflicción; etc.), M. Jacobi estimaba que el asiento de la locura puede estar en cualquiera de los órganos corporales, sea el cerebro, los pulmones, los intestinos, el corazón o el bazo, de manera que cualquier enfermedad condiciona siempre una modificación psíquica.[9]

Pese a tan notables divergencias, los autores adscritos a una u otra corriente mostraban importantes coincidencias con las propuestas de sus colegas franceses: en primer lugar, la visión unitaria de la locura; en segundo lugar, la perspectiva sincrónica o fotográfica desde la que se proponían las explicaciones nosológicas; se aceptaba de común acuerdo, finalmente, la oposición entre los trastornos que lesionaban la afectividad y los sentimientos y aquellos que menoscababan el juicio y el raciocinio,[10] asunto éste ampliamente desarrollado por J. Ch. Heinroth. Según este autor, la paranoia consistía en una exaltación de la facultad representativa, mientras que atribuía el delirio a la exaltación del alma sensible y el frenesí a la exaltación de la facultad volitiva.[11] Ese era también el parecer general de sus contemporáneos, para quienes la paranoia se ligaba consustancialmente a los trastornos del juicio, del raciocinio y de las representaciones o ideas. Pero esta alteración no se entendía como una deficiencia o un exceso, sino que expresaba esa forma particular de juzgar y de razonar al lado o fuera de los carriles por los que transcurren las ideas del común de los mortales, tal como indica el término griego παράνοια [παρά, 'al lado de'; νοια, 'pensamiento'].

A decir de A. Brierre de Boismont, fue Wilhelm Griesinger un hombre de temperamento impetuoso, hermético, lleno de contrastes y proclive al cambio de opiniones, aspectos característicos de su personalidad que se expresan de algún modo en su obra médica.[12] Tras realizar sus estudios médicos en Tubinga, Zúrich y París, entre 1840 y 1842 fue asistente de Ernst Albert Zeller en el manicomio de Winnental. Esta experiencia hizo que se decantara durante algunos años por el estudio y la práctica de la

psiquiatría, dedicación que alternó con la enseñanza de la medicina interna, la neurología y la psiquiatría en Tubinga, Kiel, Zúrich y Berlín. Desde el principio de su carrera tomó posición en las filas de los defensores de la mitología cerebral, abogando con audacia por trasformar la psiquiatría en la ciencia del cerebro y ansiando convertir los trastornos mentales en enfermedades cerebrales.[13] De hecho, como tantas obras de su tiempo, su manual *La patología y terapia de las enfermedades psíquicas* se inicia con una declaración de principios ciertamente impactante: la locura, es decir, el estado alterado de la inteligencia y la voluntad, no es más que un síntoma cuyo asiento reside en el cerebro, es decir, la manifestación de una alteración cerebral; pues sólo este órgano puede ser el soporte de las facultades mentales, tanto las normales como las patológicas.

Sin embargo, a diferencia de tantos autores que expresaban sus creencias de forma tan contundente, Griesinger fue un pensador de la psicopatología. Por esa razón su texto está lleno de preguntas de hondo calado y de reflexiones muy bien trenzadas. Que para él la locura fuera básicamente el síntoma de una enfermedad cerebral en nada aclaraba el gran interrogante sobre el que volvía una y otra vez sin hallar respuesta alguna: ¿cómo es posible que un fenómeno material y físico pueda transformarse en una idea, en un acto de consciencia, en un hecho mental? «Ni el materialismo —escribió Griesinger—, que pretende explicar todos los actos psíquicos por medio de la materia, ni el espiritualismo, que intenta explicar la materia por medio del alma, nos dan una idea exacta de lo que ocurre en el alma (*Seele*). Y por otro lado, aunque llegásemos a saber todo lo que se produce en el cerebro (*Gehirn*) cuando está en plena actividad, descubriésemos todos los secretos de la química, de la electricidad, etc., ¿de qué nos serviría? Oscilaciones y vibraciones, electricidad y mecánica, todo ello no es un estado del alma, ni un pensamiento. Pero ¿cómo podrían estos hechos transformarse en hechos mentales? Este problema no tendrá jamás solución para el hombre; ¡y creo que, aunque un ángel bajase del cielo para explicarnos este misterio, nuestra sola inteligencia no sería capaz de asimilarlo!».[14]

Su obra, en efecto, está llena de interrogantes, a los que responde con singular audacia especulativa hasta tejer paulatinamente ese entramado doctrinal que tanto habría de atraer a investigadores tan diferentes como Theodor Meynert, Charles Blondel, Karl Jaspers, Paul Guiraud y, sin duda, Sigmund Freud. En nuestra opinión, los mayores logros de Griesinger se hallan precisamente en los desarrollos psicológicos que se vio obligado a crear para explicar el proceso de nacimiento y consolidación de la locura.

Persuadido como estaba de que las llamadas enfermedades mentales son síntomas de perturbaciones sobrevenidas en el cerebro o en el sistema nervioso, asumió el reto de «determinar no sólo la naturaleza del trastorno mental, sino la naturaleza de la perturbación cerebral o nerviosa; tal es, por tanto, el objeto de la medicina [...]. Se puede ser melancólico a causa de ocho o diez enfermedades cerebrales diferentes. Se puede ser demente a causa de una veintena. La enfermedad realmente existente en cada caso particular es el verdadero objeto de la terapéutica, y su determinación exacta es el objeto evidente del diagnóstico».[15] Al no servir a sus propósitos la anatomía patológica, pues no aportaba pruebas concluyentes, Griesinger se decantó por la vía fisiológica, en su opinión la única capaz de aclarar el conjunto de caracteres sintomatológicos y etiológicos de cada enfermo concreto. Pero por este camino, mal que le pesara, las conclusiones alcanzadas no pasaron de una arbitraria asimilación de los fenómenos mentales a signos físicos de enfermedades cerebrales, como, por ejemplo, cuando detalla ciertos trastornos de las funciones motrices y sensitivas de la alienación y las liga a algunas enfermedades del cerebro y del sistema nervioso. Detenido en esta encrucijada, sólo le queda una vía por la que transitar: el «ángulo psicológico del sujeto». A través de esta vía investigará las razones por las que alguien se vuelve alienado, esto es, «su lenguaje, su conducta y sus actos».[16]

Suele atribuirse a Griesinger, sin demasiado fundamento, el modelo nosológico de la psicosis única (*Einheitspsychose*).[17] Se trata, no obstante, de una visión nosológica muy acorde con el espíritu de aquellas primeras décadas del siglo XIX.[18] Como hemos mostrado en otros lugares,[19] también la noción establecida por Pinel de *aliénation mental* participaba de esta concepción; lo mismo puede decirse de la *pazzia* de Chiarugi y de la *phrénalgie* de Guislain. Además de defender esta visión unitaria de la locura, especialmente Guislain sostenía que los trastornos afectivos precedían a las alteraciones del pensamiento: «La alteración de las ideas, las anomalías en las acciones, unas veces violentas, otras caprichosas y otras aun convulsivas, nos ha parecido que resultan de una alteración primitiva de la sensibilidad. [...] Para nosotros la alienación será, en la mayoría de los casos, un dolor del sentimiento afectivo. Ese estado es el que hemos designado con el nombre de *Frenopatías*».[20] Fue precisamente Ernst Albert Zeller, con quien Griesinger había trabajado en Winnental, el que más habría de influir a este respecto en su pensamiento: «Según Zeller —sintetiza Kraepelin—, las formas clínicas de la locura constituyen, en cuanto a lo esencial, *formas evolutivas*; los cuadros acompañados de

emociones vivas, la melancolía, la manía y el delirio, deben ser considerados como los primeros grados curables de la afección, mientras que los trastornos del pensamiento y de la voluntad, que sobrevienen de manera más independiente, la paranoia y la demencia, anuncian el paso a estados incurables».[21] Como se verá, tales son también los argumentos suscritos por Griesinger.

Haciéndose eco de esta tradición, Griesinger la dotó de una coherencia argumental al articular con precisión las distintas vertientes de los trastornos (afectivos, ideativos y deficitarios), reuniéndolos en un único proceso morboso evolutivo, en una misma enfermedad. A decir de este autor, dicha enfermedad única se inicia siempre con trastornos afectivos (*Schwermut* o melancolía, y/o *Tobsucht* o manía), que de no curar prosiguen mediante un delirio sistematizado (*Verrücktheit*) y concluyen en alguna forma de demencia (*Blodsinn*).[22]

Conforme a este modelo, la *Verrücktheit* sólo puede concebirse como un trastorno secundario a las alteraciones afectivas: «la dolencia psíquica (*psychische Leiden*) que era en un principio sólo locura (*Irresein*) de los sentimientos y afectos (*Gefühlen und Affecten*), se vuelve a su vez locura de la inteligencia».[23] Tal es la concepción de la paranoia (locura sistematizada o *Verrücktheit*) elaborada por Griesinger, cuya definición precisa puede leerse en la Sección III («Estados de debilitamiento intelectual») del Libro tercero de la segunda edición de su Manual (1861): «Incluimos bajo este nombre los estados secundarios de locura en los que, aunque el estado mórbido de los sentimientos que caracterizaba la forma mental en su inicio haya disminuido considerablemente o incluso haya desaparecido por completo, el enfermo no se cura, y en los que la locura consiste en un pequeño número de concepciones delirantes fijas que le afectan de una manera muy particular y que repite constantemente. Así pues, la locura sistematizada es siempre una enfermedad secundaria, consecutiva a la melancolía o la manía».[24]

A diferencia de otros autores, Griesinger trató de explicar esa metamorfosis que implica la formación y consolidación de un nuevo Yo caracterizado por un pensar erróneo o enfermedad del entendimiento (*Verstandeskrankheit*): al irse entremezclando determinadas representaciones nuevas y anómalas con el conjunto de representaciones del antiguo Yo, confórmase éste en algo distinto de lo que fue, de manera que el «enfermo ya no es el mismo que era, sino alguien totalmente distinto, su Yo es uno nuevo y falseado [*sein Ich ist ein neues, falsches geworden*]».[25] Tal es la metamorfosis que sobreviene en el Yo hasta ser sustituido por un nuevo Yo, hecho que constituye la

locura sistematizada o *Verrücktheit*, incurable por definición puesto que la persona se ha convertido en otra.

Como podrá apreciarse, a la hora de investigar la paranoia afronta el autor el reto de elaborar una teoría psicológica que explique los cambios ocasionados por el proceso orgánico subyacente en la enfermedad mental. Para ello recurre Griesinger a las nociones aportadas por la psicología alemana, especialmente las debidas a Johann Friedrich Herbart, formulando una teoría sobre el Yo (*das Ich*) y sus metamorfosis que habrá de encumbrarlo en el firmamento de los grandes pensadores de la psicopatología.[26] En su opinión, el Yo no es otra cosa que un conjunto de representaciones sólidamente encadenadas, una «envoltura» dentro de la que bulle una masa heterogénea de representaciones provocadas por las impresiones procedentes de los sentidos, de las relaciones más habituales entre representaciones y anhelos, y por las surgidas también de las influencias emanadas del propio organismo. De manera que el Yo no es estático sino dinámico, cambiante, en sí mismo siempre conflictivo. Se reconstruye continuamente con nuevas percepciones que forman nuevas «masas de representaciones» que coexisten y cohabitan con el Yo preexistente, provocando inevitablemente contradicciones, luchas internas y disociaciones: «Somos otro y al mismo tiempo uno mismo».[27]

Estas acomodaciones y reacomodaciones del Yo resultan evidentes cuando se examinan los fenómenos psíquicos que sobrevienen en la pubertad. A medida que se activan ciertas partes del cuerpo, apaciguadas hasta ese momento, y penetran nuevos conjuntos de representaciones que se sumarán a las antiguas, el Yo se renueva y el sentimiento de sí mismo sufre una radical metamorfosis. Ese proceso de transformación explicaría las intensas agitaciones emocionales sobrevenidas, las cuales no obedecen a motivos externos sino que derivan directamente de cuanto está sucediendo en el interior de esa «abstracción» llamada *das Ich*.

De acuerdo con las opiniones y argumentos hasta aquí expuestos, cuatro serían las características con las que Griesinger define la paranoia: en primer lugar, la presencia de concepciones delirantes fijas y sistematizadas; en segundo lugar, la paranoia es también una enfermedad del cerebro, puesto que es concebida como el residuo de un estado anterior de exaltación o depresión; en tercer lugar, la locura sistematizada es incurable, ya que el Yo ha sufrido una metamorfosis definitiva; finalmente, la paranoia es siempre una enfermedad secundaria (*secundäre Verrücktheit*) a trastornos primarios de índole afectiva o humoral. Con excepción de la primera característica, las otras tres habrían de

convertirse en focos de intensos debates durante las décadas siguientes: organogénesis *versus* psicogénesis; formas crónicas *versus* formas abortivas o benignas; paranoia primaria *versus* paranoia secundaria.

Tan pronto se conoció en los medios psiquiátricos la visión nosológica de Griesinger comenzaron a formularse las primeras objeciones, naturalmente argumentadas a partir de su teoría de la paranoia (*secundäre Verrücktheit*). Inicialmente todas esas objeciones se centraron en desmentir que la *Verrücktheit* surgía siempre tras un período inicial de excitación o depresión, alegándose múltiples casos de paranoicos que contradecían esta tesis. Como resultó que las objeciones estaban formuladas con datos directamente sacados de la experiencia clínica, el propio Griesinger se vio obligado a considerar en la edición de 1867, publicada un año antes de su temprana muerte, la excepción que suponía la paranoia (*Verrücktheit*) a su modelo nosológico de la *Einheitspsychose*. Se sitúa aquí, en nuestra opinión, la primera gran contrariedad que la paranoia ha venido planteando a los modelos médicos de las enfermedades mentales.

A consecuencia de estas dificultades se reavivó el interés por la paranoia, y con él resurgieron los debates sobre las locuras parciales, siempre tan ingratas para la psiquiatría. Mientras algunos autores sólo concebían la locura como «locura general» (*allgemeine Verrücktheit*) y la consideraban la expansión de un trastorno inicial limitado al estado anímico, otros defendían la existencia de una «locura parcial» (*partielle Verrücktheit*), la cual permanecía circunscrita a la formación delirante relativa a aspectos muy concretos.[28] A este respecto, Griesinger y los psicopatólogos franceses coinciden en cuanto a la descripción sintomatológica, pero divergen profundamente respecto a la interpretación nosográfica y patogénica: si para el primero el delirio y la locura parcial es secundaria a los trastornos del humor, para los segundos siempre los delirios parciales constituyen formas primarias de locura.

HIPERTROFIA DE LA PARANOIA

La situación excepcional de la paranoia en el modelo griesingeriano alentó, como decíamos arriba, múltiples publicaciones que contrariaban la visión unitaria y la secuencia que anteponía los trastornos del humor a los de la razón. A resultas de estas críticas, el polo paranoico de la psicosis habría de alcanzar su máxima extensión.[29] Fue tal el

número de argumentos contrarios a la *Einheitspsychose* que el propio Griesinger, como se ha dicho, reconsideró sus propuestas en 1867. Reconoció en esta ocasión que se había precipitado al generalizar sus ideas patogénicas, admitiendo la existencia de una *primäre Verrücktheit*, esto es, el origen «protogénico» de ciertos delirios persecutorios y ambiciosos. A pesar de esta rectificación, a lo largo de las cuatro décadas siguientes se produjo una expansión inusitada de la geografía de la *Paranoia*, el *Wahnsinn* y la *Verrücktheit*.

Al observar las manifestaciones de la locura, los clínicos acentuaban esencialmente los desvaríos de la razón, las rarezas del pensamiento, la terquedad y la irracionalidad de los procesos de ideación; todas esas altercaciones eran nombradas mediante alguno de los términos del polo paranoico, al que se llegó a asimilar prácticamente cualquier alteración de la razón. Fue así como el campo clínico de la paranoia se hipertrofió hasta un extremo tal que «lo que la paranoia ganaba en amplitud, lo perdía en precisión»,[30] situación análoga a la protagonizada por la esquizofrenia unas décadas después.[31]

Esa hipertrofia del espectro clínico de la paranoia se inició en la década de 1860, a raíz de los trabajos de Hoffmann (1861) y sobre todo de Ludwig Snell (1865); ambos autores pusieron de relieve la existencia de una forma de delirio sistematizado que irrumpía sin accesos maníacos o melancólicos previos. A partir de la observación de diez enfermos, Snell propuso denominar *primäre Wahnsinn* a un trastorno que despunta con ideas delirantes y alteraciones sensoriales [*Wahn*, 'delirio'; *Sinn*, 'sentido'] y cursa sin signos de demencia; el propio autor asimiló este trastorno a la noción francesa de 'monomanía', queriendo indicar así la parcialidad de la afección.[32]

El mismo año que Snell publicó su artículo, 1863, L. Kahlbaum llamó *Paranoia* a ese tipo de delirios sistematizados primitivos y limitados a «trastornos en la esfera de la inteligencia», queriendo así incorporar a la terminología médica un término más específico que los empleados popularmente.[33] También Kahlbaum propuso subdividir este trastorno en tres subtipos: *Paranoia ascensa*, *Paranoia descensa* y *Paranoia immota*.[34]

Wilhelm Sander, notablemente influido por la teoría de la degeneración de Morel, describió en 1868 cuatro casos de delirios primarios surgidos en la infancia. Según el autor, se caracterizaban por la presencia de trastornos del carácter y anomalías intelectuales: irritabilidad, emotividad, apatía, tendencias incontrolables al ensueño y a la soledad, acompañadas de cefaleas, vértigos y trastornos nerviosos; llamó a estos cuadros

originäre Verrückt heit, pues a su parecer los enfermos agrupados bajo esa denominación se muestran desde la infancia taciturnos, misántropos, románticos, excesivamente fantasiosos, faltos de energía, entregados al onanismo, es decir, originariamente enfermos.[35]

Ocho años después, Karl Otto F. Westphal, alumno de Ideler y Griesinger, amplió la paranoia originaria de Sander añadiéndole otras tres formas: «forma hipocondríaca» (el delirio persecutorio y las alucinaciones emergen de las alteraciones de la sensibilidad general, siguiendo un curso crónico y con remisiones típicas), «forma crónica» (tanto las alucinaciones como los delirios de persecución son primitivos respecto al estado hipocondríaco; con el paso del tiempo se asocian ideas de grandeza), «forma aguda» (cuadro caracterizado por la brusquedad en la precipitación inicial de alucinaciones que se acompañan de ideas persecutorias y que concluye también bruscamente o tiende gradualmente a la curación),[36] y por último la «forma originaria» de Sander, en la que admite un fondo degenerativo. Conforme a esta propuesta, la paranoia se caracteriza por una alteración de las ideas a la que se añaden a menudo alucinaciones; su evolución no conduce a la demencia y muestra una gran coherencia entre los actos y los pensamientos del enfermo. Así definido, el concepto de paranoia abarcaba casi la totalidad de las alteraciones del juicio, esto es, la *Verrücktheit* primaria, la aguda y la abortiva; también la confusión (*Verwirrung*) y buena parte de las representaciones o ideas obsesivas. De esta manera, bajo la rúbrica *Paranoia* se mezclaban las ideas delirantes con los estados de confusión mental aguda, las psicosis tóxicas y las demenciales, además de lo que a partir de Freud se llamará «neurosis obsesiva».[37]

Frente a la posición generalizadora de este autor, seguida por Leindesdorf, Koch, Schüle y Mercklin, otros autores prefirieron la más restrictiva de Snell. Animado a terciar en este imparable maremágnum terminológico, Kahlbaum propuso distinguir la *Paranoia* de la *Verrücktheit*; el primer término quedaba reservado exclusivamente para los delirios primitivos, mientras que el segundo se aplicaba a los delirios sistematizados secundarios.[38] Sobre este mismo aspecto, R. von Krafft-Ebing elaboró algunas consideraciones diferenciales ya desde la primera edición de su *Lehrbuch der Psychiatrie*, aparecida en 1879. Seguidor convencido de la teoría de la degeneración, este autor definió la *Paranoia* como una enfermedad psíquica crónica que se encuentra únicamente en sujetos «tarados» (hereditariamente), se desarrolla a menudo a partir de trastornos constitucionales, y cuyo síntoma principal es la existencia de ideas delirantes.

«Esas ideas delirantes son, al contrario que las que se encuentran en la melancolía o en la manía, creaciones primarias del cerebro que carecen de toda base y origen emotivo; contrariamente a los delirios de la locura, son ideas sistemáticas metódicas de primera mano, que están formadas por operaciones de conclusión y de juicio, y que de esta manera construyen un verdadero edificio de ilusiones. [...] El paranoico siente y actúa como si sus ilusiones fueran una realidad».[39]

Descontento con las agrupaciones de sus coetáneos, diferenció una «forma primitiva» y una «forma secundaria, tardía o adquirida». Consideró que la primera pertenecía a las formas de degeneración mental y se desarrollaba sobre un terreno hereditario, pero no demencial, cuya característica clínica esencial consistía en la adhesión a ideas delirantes primitivas y ajenas a cualquier trastorno emocional; resaltó asimismo la exaltación delirante de los rasgos propios de la constitución y el egocentrismo mórbido. Por su parte, la «forma secundaria» agrupaba los estados terminales de posibles psiconeurosis, evidenciando el debilitamiento psíquico y la monotonía e invariabilidad del delirio. Krafft-Ebing no admitió de ninguna de las maneras las formas «agudas», y reunió bajo el término *hallucinatorischer Wahnsinn* los cuadros agudos primitivos de Westphal y la manía alucinatoria de Mendel: «La naturaleza de los delirios es múltiple y variable; se producen delirios de persecución, de envenenamiento, de culpabilidad, delirios hipocondríacos, eróticos, religiosos con ideas de grandeza que, en su objeto, son análogos a los de los paranoicos, pero no son sistematizados. Se relacionan casi exclusivamente con las alucinaciones, o bien son delirios primordiales. Sólo de manera accidental representan interpretaciones alegóricas de sensaciones reales».[40]

Paulatinamente se acrecentaron los debates entre quienes defendían la existencia de formas agudas de paranoia (explosión súbita de alucinaciones acompañadas de ideas de persecución, que cursaba brusca o progresivamente), entre ellos Mendel, Neisser, Schüle, Ziehen y Cramer, y aquellos otros que como Kraepelin se opusieron frontalmente. Razonaban los contrincantes siguiendo dos premisas opuestas: unos juzgaban los síntomas de la llamada «paranoia aguda» como manifestaciones de cuadros confusionales de estirpe orgánica, y en consecuencia los atribuían a diversas enfermedades médicas; otros, por el contrario, consideraban que tanto las formas agudas como las crónicas compartían una estructura común, por lo que les parecía apropiado —como sostienen Neisser y Schüle— describir esas dos formas dentro de la paranoia.[41] A este respecto, como en tantos otros, Theodor Meynert, propuso una visión bien

diferente: algunos de los casos incluidos por otros autores en la paranoia aguda fueron por él comprendidos dentro de la *Amentia*, un tipo de confusión alucinatoria cuya sintomatología es muy variable («aquí el estado de furor más salvaje, allá la rigidez más estuporosa»).[42]

Como se verá más adelante, la discusión implícita en este aparente problema nosográfico radicaba en la posibilidad o no de compatibilizar las alucinaciones con la paranoia. Mendel, en 1883, respondió a esta cuestión proponiendo una clasificación completa de la *Paranoia*: «paranoia primitiva», subdividida a su vez en «simple» y «alucinatoria», y «paranoia secundaria». Este autor se interesó en especial por las formas primitivas, que pueden ser a su vez agudas (curables) o crónicas. Siguiendo su descripción, la «paranoia primitiva simple» se inicia por lo general sin pródromos y consiste exclusivamente en un delirio de persecución más o menos impreciso; la «paranoia primitiva alucinatoria», por su parte, principia con un estado previo de insomnio, irritabilidad o depresión, al que se añaden progresivamente trastornos alucinatorios y un delirio megalomaníaco o persecutorio, o ambos al tiempo, y todo ello acompañado de excitación.[43] Esta separación entre la paranoia «alucinatoria» y la paranoia «simple» o «combinatoria» tendría en el futuro una repercusión decisiva, pues, como pronto mostraremos, Kraepelin partirá de ella y poco después concluirá que sólo esta última pertenece legítimamente a la paranoia.

La distinción más precisa entre los términos *Wahnsinn* y *Verrücktheit* fue la propuesta por Schüle en 1883. Dicho autor definió a esta última como un tipo de psicosis basado en una degeneración hereditaria, caracterizada por anomalías psíquicas originales (precoces) y consecuencia lógica de una hipertrofia del carácter heredado (*originäre Verrücktheit*); el *Wahnsinn*, por su parte, se engloba dentro de las psicosis que sobrevienen en sujetos completamente desarrollados y se manifiesta por la existencia de concepciones delirantes más o menos articuladas y sistematizadas, dando cabida entre sus numerosas formas a estados alucinatorios, delirios depresivos crónicos, delirios agudos, hipocondríacos, melancólicos, maníacos, estados de estupor alucinatorio, etc.[44]

Basta con estas referencias para apreciar hasta qué punto los debates psicopatológicos de finales del siglo XIX se concentraron en la paranoia. El amplísimo espectro nosográfico que por entonces se atribuyó a dicha psicosis incluía todo tipo de ideas delirantes, fuera su evolución aguda o crónica, presentara o no alucinaciones conspicuas, surgiera de forma primaria o fuera una complicación secundaria a estados afectivos iniciales,

culminara o acusara en su evolución períodos disociativos y demenciales o, por el contrario, transcurriera sin gran merma de las facultades mentales;[45] en definitiva, en este punto no les faltó razón a los muchos que denunciaron la hipertrofia de la paranoia y su consiguiente imprecisión.

Tras este maremágnum suscitado por la paranoia palpitaba también la problemática de las locuras parciales, las cuales suponían un reto, o quizás una incompatibilidad, con los modelos médicos de la patología mental, pues en buena lógica cualquier enfermedad mental debía lastrar ciertos signos de incapacidad y deterioro, cosa que muchos paranoicos parecían desmentir. A fin de poner un poco de orden en este enredo, se convino dar por bueno el informe que Cramer y Bödeker («Abgrenzung und Differential diagnose der Paranoia») presentaron en diciembre de 1893 ante la Sociedad de Psiquiatría de Berlín.[46] A propuesta de estos autores se redujo la paranoia exclusivamente a los trastornos del juicio, dejando por tanto fuera los delirios secundarios a trastornos afectivos. Se hacía equivaler así la paranoia a la *Verrücktheit*, limitando su marco a un tipo de delirio circunscrito que se edifica lentamente sin que ello produzca un trastorno de la conciencia, por más que implique una transformación de la personalidad y cambie las relaciones entre la mente y el mundo exterior; en esta enfermedad del razonamiento, el pensamiento está *verrückt*, es decir, desplazado de su situación, y el delirio, una vez que se desencadena, hace aflorar las tendencias morbosas antiguas (autofilia, ilusiones e interpretaciones falsas). No obstante lo dicho hasta aquí, el recorte más sustancial llegaría como consecuencia de las sucesivas ediciones del *Tratado* de Emil Kraepelin.

CLEMENS NEISSER Y LA «EIGENBEZIEHUNG»

Antes de adentrarnos en la sistemática kraepeliniana, es obligado detener nuestro análisis en un trabajo bastante olvidado, aunque imprescindible en el abordaje de la paranoia: «Disertación sobre la paranoia desde el punto de vista clínico». Se trata de la conferencia pronunciada en Breslau, en 1892, por el psiquiatra silesio Clemens Neisser.[47] A partir de tres casos ilustrativos de paranoia «aguda» (Friedrich S., Friedrich G. y Paul K.), Neisser se interroga sobre la arquitectura sintomatológica de esta psicosis, tratando de despejar lo que hoy llamamos «fenómenos elementales», es decir, esos fenómenos cuya matriz

mínima revela y contiene la estructura general de la psicosis, de tal manera que son consustanciales a ella.[48] A lo largo de su exposición distingue dos tipos de síntomas: la *krankhafte Eigenbeziehung* («auotorreferencia mórbida», traducido en ocasiones como «significación personal»),[49] característica particular de todo el proceso paranoico, y el resto de los síntomas más o menos llamativos. Partiendo del hecho comprobado de las variaciones que se perfilan en la evolución del delirio, Neisser investiga el proceso patológico invariable en todos los casos: «Este proceso mental defectuoso se manifiesta en la manera de interpretar de los enfermos, al margen de las emociones y sin saberlo ni quererlo, las representaciones ofrecidas a su conciencia como algo especialmente relacionado con su propia persona (*Beziehung zur eigenen Person*). La observación clínica nos enseña que esto ocurre realmente y sin excepciones, aunque no constantemente con la vivacidad indicada».[50] Este fenómeno, similar al descrito con anterioridad por Meynert con el nombre de *Beachtungswahn* («delirio de observación»),[51] tiene para Neisser unas características que lo diferencian de todas las aproximaciones pergeñadas por sus predecesores, ya que se trata de un mecanismo «inconsciente» y «sin afecto»:[52] «La significación personal mórbida falsea, de una manera totalmente inconsciente para el paciente, tanto la percepción sensitiva como la reproducción, y se convierte así en fuente de sus procesos mentales, [...]. El sistema delirante es, pues, un producto *secundario* de la enfermedad, gestionado en su engranaje, a menudo muy complejo, por un trabajo psíquico *normal*; al contrario, la *significación personal aumentada* es la expresión psíquica *inmediata* del trastorno patológico; es un síntoma *patológico primario o directo*».[53] La *Eigenbeziehung* es por tanto «un síntoma cardinal de la paranoia» y está presente en todos los casos.

Conforme Neisser avanza en el estudio de las formas agudas de paranoia, propone diferenciar un grupo de casos en donde la significación personal es el único síntoma que se observa al inicio. Puede suceder que éste se mantenga durante un largo período como síntoma exclusivo, añadiéndose más tarde la cohorte fenomenológica de los síntomas harto conocidos de la paranoia crónica, que a su vez pueden desaparecer nuevamente permaneciendo tan sólo la significación personal o autorreferencia. Frente a este tipo de casos, otros muestran al inicio, a veces sólo durante unas horas, una gran variabilidad de manifestaciones: insomnio («síntoma constante»), falta de apetito, malestar general, confusión de pensamientos, enturbiamiento de la consciencia, y cualesquiera de los síntomas de la paranoia crónica, pero de manera pasajera. La transición al estado

delirante crónico se produce de forma gradual hasta cristalizar un conjunto de fenómenos en el que destacan, además de la autorreferencia mórbida, las alucinaciones, las sensaciones anómalas, los trastornos del movimiento voluntario, del lenguaje, etc. Parece evidente que Neisser no alcanza una sistematización completa de los fenómenos iniciales, pero en sus tres ilustraciones clínicas se transmite con nitidez el lugar central que ocupa la *Eigenbeziehung*.

A título ilustrativo transcribiremos a continuación un fragmento del segundo de ellos:

> Friedrich G., profesor de matemáticas, 37 años. Ningún antecedente hereditario; siempre sano. En 1888, después de una fatigosa excursión de alta montaña, al anochecer, ansiedad pasajera y alucinaciones visuales esporádicas (formas femeninas flotando con ropajes ondulantes) que se reconocen inmediatamente como tales. En 1889, múltiples momentos de excitación, además de dolores estomacales nunca presentes hasta ese momento, trabajo excesivo (¡cincuenta y seis clases de matemáticas semanales!) y abundante consumo de cerveza fuerte. Los primeros días de septiembre de 1889 estalla, *repentinamente*, una psicosis; la precedían únicamente quejas frecuentes sobre el cansancio y la sensación de calor en la cabeza. Vio girar una rueda ígnea que se alejaba cada vez más; a la vez la sensación, tal como lo recuerda aún hoy el paciente, como si los objetos de su entorno ocuparan una posición distinta en relación a ellos mismos y en relación con él. Las representaciones se suceden sin ton ni son: creía estar muerto, haber expulsado a Dios de su trono, ser él mismo Dios; entre tanto se hacía los reproches más severos, dejó preguntas sin contestar, se tumbaba rígidamente y en silencio para luego saltar violentamente de la cama, se mostraba enormemente recalcitrante hasta llegar a cierta brutalidad. Gritaba por momentos: «¡Ay Dios!, ¿estaré loco?». Llevado junto a su hermano, se negó a tomar alimentos declarando que estaban envenenados. De esos primeros días de enfermedad guarda solamente un recuerdo oscuro; es consciente de algunos detalles y escribe más tarde: «Al entrar en el vagón me parecía que todo estaba al revés, de tal manera que la gente parecía colgar del techo». La estación de Liebenthal parecía haber sido elevada a las alturas, le daba la impresión que la gente estaba inmóvil; a la vez todo aparecía con una gran claridad, como si se tratara de luz de magnesio. «En realidad, el tren parecía desaparecer bajo tierra o elevarse al cielo». «En todas las estaciones *percibía gestos alarmantes* hacia mí provenientes de empleados y viajeros». «Me quedé sentado, inmóvil y rígido, por temor y por creer que *un movimiento mío pudiera limitar la libertad de movimientos de los demás*». [...].[54]

Con el correr de los años, las precisas indicaciones fenomenológicas de Clemens Neisser llegarían a ocupar un lugar destacado en la gran mayoría de las descripciones de la paranoia; Kraepelin, Jaspers, Sérieux y Capgras, y sobre todo Gaupp y su discípulo Kretschmer considerarían la *krankhafte Eigenbeziehung* como el síntoma fundamental (*Grundsymptom*) y primer desencadenante del delirio paranoico.

Entre 1883 y 1915, fechas que enmarcan las ocho ediciones de *Psychiatrie* firmadas exclusivamente por Emil Kraepelin (1856-1926), el campo clínico de la paranoia se verá menguado hasta el punto de hacer de esta categoría un mero referente diferencial de las formas más delirantes de la demencia precoz y de las parafrenias. En la primera y breve edición de *Psychiatrie*, ampliamente inspirada sobre este particular en los escritos de Krafft-Ebing, Kraepelin distinguió la *primäre Verrücktheit* (delirio persecutorio, megalomaníaco, erótico y religioso sin debilitamiento mental) y la *secundäre Verrücktheit* (surgida sobre un fondo degenerativo y generalmente tras estados depresivos e incluso maníacos); en este primer momento de la elaboración de su doctrina, nuestro autor se negó a admitir la existencia de formas agudas.[55]

Haciéndose eco de los planteamientos de sus contemporáneos, en la tercera edición, publicada en 1889, incluyó dentro del terreno legítimo de la paranoia (*die Verrücktheit*) un amplio grupo de cuadros clínicos en los que se incluyen formas depresivas y formas expansivas, así como múltiples casos de delirios de persecución, locuras hipocondríacas, delirios querulantes,[56] paranoias alucinatorias y la *Verrücktheit* originaria;[57] a las formas que acaban de mencionarse se opone principalmente el *Wahnsinn*. Fue en la quinta edición (1896) cuando Kraepelin presentó la primera división interna del grupo paranoico, al oponer unas «formas combinatorias» (delirio interpretativo y delirio querulante) a otras «formas fantásticas» (*phantastische Verrücktheit der Paranoia*), esto es, a ciertos delirios alucinatorios entre los que incluye el delirio crónico de Magnan.[58]

Apenas tres años después, en la sexta edición de 1899, la propuesta anterior sería ampliamente corregida, pues Kraepelin tomó la decisión de reunir los «procesos demenciales» y las «formas fantásticas de la paranoia» en un nuevo y amplísimo cuadro llamado *Dementia praecox*.[59] Naturalmente, el hecho de proponer esta categoría tan heterogénea acarreará consecuencias evidentes sobre la paranoia, puesto que la mayoría de los antiguos casos diagnosticados como tal serán desplazados directamente hacia las «formas paranoides de la demencia precoz», sin duda las más frecuentes. Se caracterizan éstas por el desarrollo, a lo largo de muchos años, de ideas delirantes y alucinaciones sensoriales, distinguiéndose a su vez dos formas: una demencia paranoide «severa» y unas «formas paranoides fantásticas de la demencia precoz».[60] En concreto, estas últimas formas paranoides fantásticas agrupan los mismos casos que anteriormente se habían incluido en las *phantastische Verrücktheit der Paranoia*, los cuales, a su vez, catorce años después servirán para describir las *Paraphrenien*.

Quienquiera que conozca los fundamentos del pensamiento nosológico de Kraepelin convendrá en la decisiva importancia que concedió a las formas de evolución de las enfermedades, y especialmente a las particularidades clínicas de los estados terminales. Pues bien, siguiendo este criterio separó de forma taxativa la demencia precoz y la paranoia. La cosa no podía ser de otra forma, porque al decidir que la primera es propiamente una enfermedad demencial, no le quedaba otra alternativa que dejar a la paranoia al margen de cualquier lastre deficitario. Como le pareció que las alucinaciones constituían por sí mismas un signo de mal pronóstico, esto es, de deterioro, en esta edición de 1899 convino que la paranoia debía nombrar únicamente las «formas combinatorias» (delirantes), excluyendo, por tanto, las «formas fantásticas».

Siguiendo estos principios, a partir de la sexta edición del *Lehrbuch* definirá la paranoia como una forma de delirio insidioso, sistematizado e inquebrantable, cuyo inicio se localiza entre los veinticinco y los cuarenta años, evolucionando y concluyendo sin menoscabo de las capacidades mentales. Qué cosa más chocante definir una enfermedad por lo que no tiene, exceptuando el delirio inquebrantable, como si fuera una grave enfermedad mental a la que le faltan los lastres que deben caracterizarla. Así y todo, esta problemática definición de la paranoia perdurará inalterable en sus escritos posteriores: «[...] se trataría del *desarrollo insidioso de un sistema delirante permanente e inamovible, surgido a consecuencia de causas internas, con total mantenimiento de la claridad y del orden en el pensar, en el querer y en el actuar*. A la vez se produce un cambio profundo ante la vida, y por ese "desplazamiento" [*Verrückung*] de la posición ante el mundo se ha elegido el nombre de "locura" [*Verrücktheit*]».[61]

Al definir esta locura destacando precisamente lo que no tiene de enfermedad, Kraepelin señalaba con claridad la grieta que recorría todo el edificio de su nosografía sistemática, la cual pretendía nombrar las distintas enfermedades mentales consideradas como hechos de la naturaleza, sujetas por tanto a una correlación entre los datos aportados por la anatomía patológica, la sintomatología, el curso y la terminación, así como un hipotético conocimiento de las causas. Conforme a su concepción de la patología psíquica, se daba por hecho que la gran enfermedad mental —la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva— acarreara discapacidades, indujera deterioros cognitivos y afectivos, mermara la voluntad y afectara a los actos y determinaciones. Pues bien, según Kraepelin, aun siendo locura evidente, nada de eso sucede en la paranoia.

Desde nuestro punto de vista, sólo cabe entender una definición tan artificiosa si se tiene en consideración la excepcionalidad que la paranoia desempeña en la nosología kraepeliniana, edificada sobre el anhelo de descubrir todas y cada una de las enfermedades mentales, entendidas como hechos de la naturaleza. Eso explicaría el desplazamiento pertinaz de la antigua paranoia a la nueva enfermedad mental por excelencia, la demencia precoz, confiando en que ese trasiego solucionara la problemática de las locuras parciales, esto es, acallara la voz de ese sujeto que siempre maniobra en su enfermedad. Que Kraepelin, como otros harían, no se limitara a rechazar o a negar directamente la existencia de la paranoia habla a favor de su coherencia, pese a la extrema restricción que impuso mediante su definición.

La maniobra que hemos tratado de reproducir no pasó desapercibida a los ojos de muchos psicopatólogos, fueran de una u otra tendencia. Con buen tino, Alfred Hoche calificó de «cuestión de fe» y de «persecución de un fantasma» los anhelos nosológicos de su colega, denunciando que éste obraba imprudentemente, como lo haría un mal químico si tratara de «aclarar un líquido turbio por el procedimiento de traspasarlo de un recipiente a otro».[62] Pese a la admiración que le profesó, tampoco gustó a Bartolomé Llopis la definición de la paranoia aportada por Kraepelin, en la medida en que la convertía en una «supuesta» enfermedad mental únicamente caracterizada por el delirio y delimitada merced a sus condiciones negativas: que dicha enfermedad se deba a causas internas indica más bien el «desconocimiento de causas externas»; que el sistema delirante sea inconmovible ha sido ampliamente refutado por los casos de paranoias atenuadas y abortivas; que se conserve la claridad y el orden en el pensamiento, en la voluntad y la conducta, «me parece sencillamente inadmisible».[63] Falsa en todos sus términos la consideró Lacan: «Esta definición, fruto de la pluma de un clínico eminente, tiene algo llamativo, y es que contradice punto por punto todos los datos de la clínica. Nada en ella es cierto».[64] Inaplicable le pareció, asimismo, a Ramón Sarró, quien veía continuamente frustradas sus expectativas de mostrar a sus alumnos un solo caso de paranoia kraepeliniana.[65]

A pesar de todos estos aspectos cuestionables, la caracterización del delirio paranoico realizada por Kraepelin destaca especialmente las ilusiones de la memoria, la interpretación de acontecimientos reales —muchas veces anodinos— a los que el paciente otorga una «significación relacionada con su persona», y, sobre todo, el hecho de persistir sin quebranto.

Al contrario que en la demencia precoz y en la locura maníaco-depresiva, no vacila en atribuir a la paranoia una etiología psicogenética. «Esta enfermedad típica —comenta tras la presentación de un enfermo paranoico—, en la cual lentamente van evolucionando ilusiones de haber sido perjudicado, y de superestimulación, con independencia de todo trastorno emocional o volitivo, o que apenas se destacan, la denominamos paranoia o desequilibrio mental. Vemos en ella edificarse, sobre el cimiento de ilusiones, toda una construcción ilusoria del mundo en forma de sistema. La enfermedad se orienta por una determinada descentralización del punto de vista del enfermo sobre las cosas de la vida. Son primero sospechas que van convirtiéndose gradualmente en certidumbre, en convicciones invencibles; después las ilusiones enrédanse con las percepciones reales, con los sucesos de la vida concebidos de modo enfermizo, con los prejuicios consiguientes. Las alucinaciones, cuando las hay, hacen papel secundario en el conjunto de la enfermedad; pero no es raro encontrar falsificaciones de la memoria. Como los enfermos no pierden su aparente salud exterior, es frecuente que la enfermedad no llegue a diagnosticarse sino después de varios años de curso, y por eso tales enfermos no suelen entrar en los manicomios tanto como otros alienados, y los que entran es casi siempre por razones especiales. [...] Como la enfermedad implica hondo quebranto de la personalidad, no es de esperar la curación».[66]

Siendo ya muy restringido el ámbito nosográfico acordado a la paranoia, esta tendencia proseguiría imperturbable en la última edición de su *Tratado* (1915). También en ella, al titular el capítulo, vuelve a emplear el término popular *die Verrücktheit* (la locura) como sinónimo de paranoia. Atento como siempre estuvo a las publicaciones de sus colegas, hizo suyos los argumentos desgranados a propósito del delirio de interpretación por P. Sérieux y J. Capgras; en ellos se apoyó también para argumentar la oposición entre la paranoia y el delirio de reivindicación o querulante: «Sérieux, que ha dedicado múltiples trabajos a estas cuestiones, separa decididamente el *délire d'interprétation* del *délire de révendication*, el primero comprende exactamente nuestra paranoia y el último el delirio querulante».[67] «El cuadro clínico de la paranoia —prosigue Kraepelin— es relativamente pobre en rasgos singulares ya que los trastornos más llamativos se extienden únicamente sobre ciertas zonas de la vida emocional, manteniéndose otras casi o totalmente intactas. La percepción y la interpretación suelen producirse generalmente sin mayores complicaciones, aunque las impresiones sean interpretadas de manera enfermiza. Los enfermos permanecen constantemente serenos, despiertos de mente y competentes. Los

verdaderos trastornos perceptivos no pertenecen al cuadro clínico, tal como debo suponer después de estudios recientes y de acuerdo con Sérieux».[68] En las postrimerías de su obra, Kraepelin abogó nuevamente en favor de una causalidad psicogenética: en el caso de la paranoia, la «elaboración enfermiza de ciertas experiencias vitales propias del enfermo»; en cambio, en el delirio querulante es un acontecimiento externo el que suministra el material para la formación morbosa. Conforme a su experiencia, menos del uno por ciento de las altas hospitalarias son de paranoicos, ya que la mayoría de ellos no necesitan internamiento o sólo lo precisan transitoriamente. Junto con las temáticas celosas y religiosas, los contenidos persecutorios son los más frecuentes en el delirio paranoico. Estos enfermos, que «se suelen hacer las ideas más raras» respecto a los instigadores y a las causas de tales asedios,[69] pueden mostrar ocasionalmente una combinación de diversos temas delirantes. Su visión integradora y sistemática le llevó a mencionar no sólo los despreciados trabajos de Freud[70] sino también a reseñar, con reservas y sin prestarles demasiada atención, determinadas formas de paranoias abortivas o benignas (*milde Wahnformen* de Friedmann): «Me he convencido, sobre todo, de que existen ataques de locura maníaco-depresiva que pueden ser considerados fácilmente como casos de paranoia abortiva [...]. Yo mismo he llegado a considerar estos ataques, hasta muy recientemente, como episodios paranoicos [...]. Por ello ha de contarse siempre con la posibilidad de que ese o aquel caso paranoide, felizmente curado aunque sin haber obtenido una visión global de la enfermedad, hayan de interpretarse en el sentido antes citado».[71] No obstante, este ambiguo reconocimiento, argumentado mediante la posibilidad de la existencia de una paranoia «latente» que no conduce ineluctablemente al delirio, contradice por completo su concepción, pues si se conviene en reconocer las formas abortivas no es posible seguir manteniendo al mismo tiempo la imposibilidad de quebrantar el delirio, su progresión inexorable, su incurabilidad, etc.

Por fortuna, no todos los clínicos alemanes siguieron las directrices de Kraepelin. Nada tiene de extraño que algunos de ellos defendieran la existencia de formas benignas de paranoia, pues por lo general la escuela alemana relacionó siempre paranoia y psicogénesis, destacando en especial los factores reactivos. Así pues, en buena lógica y dado que lo reactivo no implica necesariamente que sea definitivo o crónico, es fácil entender el motivo de esa discusión permanente sobre las formas agudas, abortivas o curables.

La tradición clásica alemana, que consideraba las formas agudas y las curables dentro del legítimo territorio de la paranoia, halló en Robert Gaupp y sus discípulos a los principales valedores en el siglo pasado. Atraído por la problemática de la paranoia, la obra psicopatológica de Gaupp halló su verdadero rumbo tras el encuentro con el maestro titular de escuela Ernst Wagner, el loco, asesino, pirómano y dramaturgo que aterrorizó al sur de Alemania con sus horripilantes crímenes.[72] Tanto en su monografía de 1914 *Zur Psychologie des Massenmords: Hauptleher Wagner von Degeloch*,[73] como en los posteriores artículos dedicados a este asunto, Gaupp sostuvo, frente a múltiples opiniones contrarias, la necesidad de considerar paranoicas ciertas formas de delirios sistematizados que un buen día se quebrantaban o se desmoronaban. Para argumentar estos hechos, destacó que el desencadenamiento de este tipo de locuras está notablemente influido por las relaciones que el enfermo establece con el medio social, acordando por ello que la potencial estabilización depende de acontecimientos sobrevenidos a lo largo de su vida. Así interpretó la evolución de Wagner, diagnosticado siempre de paranoia («Wagner fue un auténtico paranoico») pese a la estabilización conseguida en el manicomio de Winnental, hecho del que Gaupp fue paulatinamente informando en sus artículos.[74]

Aunque contrarias a las tesis de Kraepelin, las opiniones de la corriente alemana que defendía la existencia de locuras parciales, de formas curables y agudas de paranoia, resultarían determinantes para el conocimiento de la paranoia, siendo ampliamente respaldadas tras la publicación de la monografía de Kretschmer, alumno de Gaupp, *Der sensitive Beziehungswahn*. En este marco se inscribe la tesis doctoral de Jacques Lacan, quien valorando estas evidencias clínicas afirmará que «todos estos hechos nos quitan por completo la repugnancia a asimilarles [a las psicosis paranoicas] los casos llamados abortivos o curables, puesto que en éstos observamos la misma etiología, los mismos modos de aparición, los mismos síntomas y la misma estructura».[75]

Tras los casos de paranoicos cuya locura irrumpía de forma aguda presentados por Neisser, Friedmann publicó en 1905 valiosas observaciones relativas a las «formas benignas de paranoia» (*milde Paranoiaformen*), cuyo delirio retrocede paulatinamente después de unos años. La gran mayoría de sujetos por él estudiados eran mujeres, de entre 30 y 40 años, cuya inteligencia se consideraba normal. Al examinar las circunstancias que concurrían en los desencadenamientos, Friedmann concluyó que en

todos los casos aquellos delirios estaban determinados por conflictos exteriores. Después de uno o dos años delirando solían recobrar la calma, y sólo excepcionalmente volvían a mencionar ese episodio aunque el delirio prosiguiera sin demasiado estruendo; los casos puros curaban al cabo de dos o tres años.[76] No obstante lo dicho, en ningún momento Friedmann consideró que las formas crónicas de paranoia, las recogidas por Kraepelin, fueran menos relevantes que las que él describió. Tampoco profundizó en las cualidades específicas de esas experiencias («conflicto exterior») susceptibles de desencadenar una paranoia benigna, limitándose a destacar el papel de determinadas experiencias vividas y a resaltar la debilidad o ausencia total de un sentimiento altruista.

Robert Gaupp (1870-1953), natural de Neuenbürg (Würtemberg), fue el introductor en la psiquiatría alemana de la orientación pluridisciplinar; no en vano había sido alumno de K. Wernicke en Breslau y colaborador de E. Kraepelin en Heidelberg y Múnich, lo que le permitió articular una orientación localizacionista con otra nosológica y clínica.[77] El conjunto de sus numerosos estudios sobre la paranoia representaron en su tiempo el más consistente de los argumentos en favor de considerar dentro del terreno legítimo de la paranoia a las formas agudas y abortivas o curables. De este modo, dichas contribuciones se enmarcaron y comandaron la más fructífera oposición a las tesis propaladas por Emil Kraepelin, sin duda las admitidas por la mayoría de psiquiatras.[78] Asimismo, se mostró en franca disconformidad con la inclusión de muchas formas de psicosis, clasificadas desde antiguo en el marco de la paranoia, dentro de la, por entonces incipiente, esquizofrenia. Todas estas consideraciones nosológicas hallaron en el caso Wagner su comprobación definitiva.[79]

Siguiendo las pesquisas de Friedmann, el profesor Robert Gaupp investigó un tipo de presentación de esta locura a la que denominó «paranoia abortiva» (*abortive Paranoia*), surgida en circunstancias dolorosas y cuyos delirios se desvanecían sin una rectificación aparente. Desde sus primeros trabajos sobre la paranoia, resaltó el papel decisivo que juega la disposición caracterial en la edificación del delirio.[80] A su juicio, dicha disposición paranoico-depresiva evidenciaba unos rasgos marcadamente psicasténicos. A tenor de lo ya apuntado, para Gaupp la paranoia definía un tipo especial de psicosis de origen psicogenético cuyo desarrollo es perfectamente comprensible.

Muchos de los pacientes sobre los que escribió eran sujetos instruidos, de mediana edad, afables, modestos, concienzudos y sumamente escrupulosos que carecían de combatividad y sobrevaloración.[81] Destacó, además, la actitud siempre presente en el

enfermo de relacionar todo cuanto ocurre consigo mismo, como lo había remarcado ya suficientemente Clemens Neisser,[82] y alabó el rigor ético y la confianza que depositan en el clínico que los atiende.

Fue precisamente en el terreno de las formaciones delirantes donde la obra de Gaupp cuajó las contribuciones más apasionantes e innovadoras. Y lo hizo, como acaba de apuntarse, a contrapelo de las corrientes psiquiátricas más pujantes en su época y de las orientaciones más extendidas en los ambientes universitarios, pues manifestó la más férrea de las oposiciones ante la visión generalizada de la psicosis como un proceso incomprensible e insistió sobremanera en el hecho de que la relación con el psicótico podía mantenerse dentro de las lindes de la empatía. En su opinión, era perfectamente posible desentrañar la articulación existente entre la historia del sujeto y las características propias desarrolladas en el curso de la psicosis.

Cuando a finales de 1913 se inició el proceso penal contra E. Wagner, el profesor Robert Gaupp fue convocado en calidad de experto para dictaminar sobre el posible trastorno mental del asesino y pirómano. Fue en la clínica de Tubinga donde Gaupp se encontró con ese hombre de mediana estatura, aún magullado y al que acababan de amputar el antebrazo izquierdo, cuyos ojos de un inquietante tono lapislázuli volvería a reencontrar con el paso de los años un buen número de veces en el manicomio de Winnental.[83] Allí escuchó por primera vez esa historia terrible que, en el futuro, ya no cejaría de pretender desentrañar.

De los hechos criminales cometidos por Wagner a lo largo de la madrugada del 3 al 4 de septiembre de 1913 en Degerloch y de la noche siguiente en Mühlhausen nos informa Gaupp, con todo lujo de detalles, en las primeras páginas de su monografía.[84] Téngase presente únicamente que los tres actos del plan criminal habían sido minuciosamente calculados desde al menos cuatro años antes, como prueban las cartas enviadas desde Großsachsenheim el día 4 de ese trágico septiembre;[85] basándonos en esa planificación meticulosa nos permitimos forzar un poco los términos y hablar de acto sistematizado. Asesinados sus cuatro hijos y su mujer,[86] ejecutada en parte su venganza sobre el pueblo de Mühlhausen y sus habitantes varones, Wagner fue detenido merced a la intervención de unos valientes vecinos; el tercero de los actos programados, que incluía su propio suicidio, no llegaría jamás a realizarse. Cuando el 6 de septiembre el juez lo interrogó, Wagner confesó sin ambages que en su propósito también estaba el haber asesinado a la familia de su hermano y, finalmente, arder entre las llamas del Palacio de Ludwinsburg.

Con un tono sorprendentemente sosegado[87] informó asimismo de los detalles de todos sus crímenes y del contenido de las cartas recientemente enviadas. En éstas se exponían, amén de ciertas disposiciones y despedidas, los motivos de su acto: continuos remordimientos y alusiones relativos a «una serie de delitos de zoofilia que se remontaban a doce años atrás». A la vista de sus declaraciones el juez dictaminó el traslado a la prisión de Heilbronn, al tiempo que ordenó desplegar una muy minuciosa instrucción. Tras colegirse la posible existencia de una enfermedad mental, se procedió a su ingreso en la Clínica Real para tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas de Tubinga a fin de realizar un estudio psiquiátrico. En estas circunstancias fue como se encontró con Robert Gaupp, cuyo informe pericial determinó el sobreseimiento del proceso penal al declarar a Wagner irresponsable de sus actos criminales (además de su propia familia, nueve personas muertas en Mühlhausen, once heridas, y numerosos incendios). Tras la conclusión de este largo proceso, en febrero de 1914, Wagner fue ingresado de por vida en el manicomio de Winnental.[88]

Los motivos argüidos para justificar tan atroces crímenes seguían, como era de esperar, esa lógica tan implacable como terrible que caracteriza el rigor del paranoico. Desde el primer momento reconoció Wagner que el asesinato de su familia había estado determinado por la piedad y la compasión,[89] mientras que los incendios y los asesinatos de Mühlhausen («el pueblo causante de mi desgracia») habían estado engendrados por el odio y la venganza, ya que había sido allí donde cometiera sus «delitos sexuales» y donde comenzaran las «difamaciones». Con el correr de los años, el maestro Wagner reblandeció su odio hacia los habitantes de Mühlhausen, llegándose a cuestionar incluso la pertinencia de su venganza. Pero jamás se arrepintió lo más mínimo de haber asesinado a sus propios hijos: «Mi estado anímico ha mejorado considerablemente —escribió el propio Wagner en 1919—. Si estuviera en mis manos haría revivir a los vecinos de Mühlhausen que he matado. Pero mis hijos deberían permanecer muertos. Ya que me produce un gran dolor pensar que podrían sufrir, aunque sólo fuera una mínima parte de lo que he sufrido yo. [...] Hoy por hoy no hay nadie que compadezca más a las víctimas de Mühlhausen que yo mismo. Pero la muerte de mi familia sigue siendo, hasta hoy, el mayor consuelo para mi miseria. Mis hijos eran como yo, así que ¿qué podían esperar de la vida?».[90] Wagner se sentía en la obligación de asesinar a sus descendientes; su miedo permanente radicaba en que ellos hubieran podido heredar las mismas «tendencias inmorales» incluso bajo una forma más deleznable y aberrante aún, pues no

sólo él mismo sino toda su familia «éramos, a mi juicio, gente degenerada» [p. 190], e «ir contra natura era el más grande de los crímenes» [p. 168].

Ernst Wagner, prematuramente envejecido por el tormento de la autorreferencia y la sed de venganza, experimentó un apaciguamiento generalizado inmediatamente después de la comisión de los crímenes. Mientras estuvo en observación en la clínica de Tubinga acostumbraba a pasear por el jardín y jamás se quejó de la comida ni de los reglamentos internos; su trato con los médicos y enfermeros fue siempre respetuoso y educado. Tenía para ello una buena razón: el acto había silenciado su pulsión sexual; se sentía puro, «totalmente puro», y aunque siempre había reconocido estar dominado por un «impulso sexual muy poderoso», éste se «había apaciguado por completo a raíz de los asesinatos de Mühlhausen» [p. 168]; Wagner se aproximaba así a lo que consideraba su ideal de pureza, bondad, modestia e independencia. Al mismo tiempo, su odio también se había disipado y contemplaba sus crímenes con cierta apatía.

Robert Gaupp dictaminó la «irresponsabilidad» de este hombre que se llamaba a sí mismo «salvador de los justos» y «ángel exterminador». Wagner, que estaba seguro de que iba a ser condenado a muerte, se mostró sumamente encolerizado con el psiquiatra tras conocer el resultado de su peritaje. Así se lo comunicó en una carta, en la que también lo señalaba como a una de las personas que más odiaba. Se negó taxativamente a ser calificado de enfermo mental; es decir, a hacer responsable de sus actos criminales a su locura: «Y declaro que asumo por entero la responsabilidad prevista en el Código penal y que me siento plenamente responsable» [p. 158]. La más mínima brizna de subjetividad quedaba anegada merced a esa consideración de «irresponsable» por paranoico. En mayo de 1916 intentó la rea pertura de su proceso. Elaboró un largo escrito dirigido a la Fiscalía del Estado en el que criticó acerbamente el dictamen elaborado por Gaupp y Wollenberg. Respecto al «delito sexual» cometido en Mühlhausen, Wagner continuó negándose a dar información alguna.

¿En qué se convertía ese acto, esa «obra de mi vida», si él era legalmente considerado «irresponsable»? Esta es precisamente una de las enseñanzas mayores de este caso, que contrasta frontalmente con las visiones humanistas y desculpabilizadoras tan generalizadas en la clínica mental. Este tipo de visiones, sumidas en una aureola de equívoca compasión, anulan muchos de los posibles efectos terapéuticos que están implícitos en una sanción legal en toda regla; en este punto, la enseñanza de Wagner coincide plenamente no sólo con el «caso Aimée» de Lacan, sino también con el más

reciente del filósofo Louis Althusser, quien, en un alegato en favor de su responsabilidad criminal, denunció la extrema ligereza en la que se incurre al atribuir a la enfermedad lo que es total competencia del sujeto.

DELIRIO, ESCRITURA Y ESTABILIZACIÓN EN EL «CASO WAGNER»

El suabo Ernst Wagner había nacido en 1874 en Eglosheim, en el seno de una familia numerosa y campesina; Ernst era el noveno de diez hijos. A lo largo de su infancia se le conocía por «el chavalín de la viuda», ya que su padre[91] había muerto cuando apenas contaba dos años. Su madre, una mujer frívola y promiscua, triste, pesimista y desconfiada, era propensa a pleitos y litigios. Wagner jamás dejó de reconocer que provenía de una «estirpe enfermiza», certeza sobre la indignidad del ser que lo aproxima a la melancolía.

Arrogante, pretencioso, culto, hermético, pesimista, fanático de la verdad y la justicia, y extremadamente fiel a la palabra dada, el joven Wagner se inició a los dieciocho años en el onanismo. La tristeza y la vergüenza lo acompañaron desde entonces; más aún, «todo el tiempo escuchaba alusiones» a su goce, pues «se me notaba». Subyugado por dichos tormentos se decidió a consultar a un neurólogo, quien pretendió, sin ninguna efectividad, quitarle la culpa con palabras piadosas. A juzgar por sus escritos autobiográficos, dicha iniciación en la práctica masturbatoria marcó un corte decisivo en su acontecer vital. Pero lo más terrible no había llegado aún.

En julio de 1901 fue trasladado a Mühlhausen para continuar ejerciendo el magisterio. Fue allí donde sus tormentos más horrorosos comenzaron. La vergüenza y las supuestas alusiones al onanismo dieron paso a «una serie de actos delictivos (relaciones sexuales con animales) de los que nadie se enteró por aquel entonces. [...] Según me confesó aquí en el hospital —prosigue Gaupp—, empezó a cometer esos actos delictivos unas semanas o meses después de su traslado a Mühlhausen, a altas horas de la noche, cuando volvía del mesón a su casa. Jamás confió a nadie los detalles de esas prácticas aberrantes» [p. 53].[92] Al mismo tiempo que frecuentaba los establos, bebido («para huir de mi propia compañía»), comenzó a coquetear con la hija de mesonero S. Cuando se supo que la joven Anna estaba embarazada, los superiores del maestro decidieron su presto trasladarlo a Radelstetten, donde permanecería hasta mayo de 1912. Aunque se

vio obligado a poner tierra de por medio, la autorreferencia mórbida (*krankhafte Eigenbeziehung*), en forma de ocasionales alucinaciones («palabras que no pienso repetir») y continuas «habladurías» que apuntaban al corazón de sus prácticas de bestialismo, jamás le abandonaría por completo. Una vez consumado el acto, minuciosamente planificado, se produjo una remisión de las autorreferencias; aún así, en el manicomio algunos enfermeros imitaban voces de animales[93] y se veía expuesto a pullas y vejaciones. Hasta el momento de su detención, un pequeño revólver siempre cargado le acompañaba, pues de darse el caso de ser descubiertas esas abyectas prácticas se habría suicidado al instante. Esa fue la primera salida que encontró, el suicidio, pero nunca lo llegó a consumar por cobardía.[94] La otra salida ya la conocemos: arrasar el linaje de los Wagner, incendiar el lugar donde había cometido sus «delitos» para borrarlo de la memoria y vengarse de quienes se mofaban de su indignidad.

Toda la locura paranoica del maestro Wagner, según nuestra interpretación, dimana de una certeza pulsional: «Soy zoofílico» (*Ich bin Sodomit*).[95] Esa es la gran confesión realizada tras cometer los actos criminales. El reconocimiento de dicha certeza se le presentaba endofásicamente en la forma pertinaz del autorreproche y la culpa, lo que se plasmaba clínicamente en un humor de tipo depresivo y un carácter ocasionalmente asténico y pusilánime. Sin embargo, la dimensión propiamente paranoica de dicha certeza, la que más le atormentaba y le empujó al acto, era precisamente la que experimentaba en esa singular forma de alusiones que los otros le dirigirían. Ya «al día siguiente» de cometer sus «delitos» zoofílicos comenzaron las autorreferencias y los comentarios dirigidos a él, aunque su nombre no se pronunciaba abiertamente al principio. Con el paso del tiempo «la cosa llegó a tal extremo que, en cuanto se reunían dos, yo era el tercero del cual se hablaba. La verdad es que el aire debió de espesarse tanto con mi nombre que hasta hubiera podido ensacarlo» [p. 133]. Las alusiones y difamaciones provenían exclusivamente de varones adultos, razón por la cual Wagner sólo se lamentó de las muertes de personas de sexo femenino.

Como cualquier psicótico, Wagner era dado a la escritura. Su inconsciente «a cielo abierto», como se nos acostumbra a repetir a propósito del loco, alcanza a lo largo de sus

numerosas obras dramáticas una expresión aleccionadora: «todo cuanto he escrito —anotó en *El nazareno*— versa sobre mí mismo». Pero el más impresionante y diáfano de todos los escritos surgidos de su pluma es, sin duda, la *Autobiografía*. A lo largo de las tres partes que la componen se puede seguir paso a paso el itinerario de su trágica vida, así como la gestación y la planificación minuciosa de sus actos criminales. La primera parte fue escrita en Radelstetten en el otoño de 1909, concluyó la segunda en 1911, y la tercera («Los paseos por Stuttgart») fue redactada en el período de Degerloch y terminada pocos días antes del paso al acto. Las páginas dedicadas a la premeditación sistemática de los crímenes impresionan por esa mezcla de horror y ardor que «embriagaba» a su autor más que la cerveza misma, a la que tanto se entregaba al caer el día para ensordecer sus tormentos.[96]

El aplazamiento de la comisión de sus crímenes durante más de cuatro años nos parece obedecer a esa completa dedicación a la escritura, forma bien real de construirse una historia subjetiva y de desplazar esa extrema condensación de goce depositado en el acto homicida y suicida. Embebido en recrear literariamente los futuros crímenes, en teorizar la redención a través de la muerte o justificar el asesinato por amor, absorto mientras pudo en el uso de la palabra, Wagner logró demorar su ejecución; nada nos extraña, en ese sentido, que ésta se produjera tras un intenso período creativo y pocos días después de concluir su *Autobiografía*.[97]

Wagner, ese siniestro maestro que se expresaba en un «alemán literario», se tuvo también en muy alta estima como escritor: «Yo soy el más grande dramaturgo contemporáneo», sentenció tras presenciar la representación de un drama de Schiller. No sólo ridiculizaba a los autores alemanes contemporáneos sino que se jactaba de ser, junto con Schiller y Zeppelin, uno de los tres suabos más ilustres; sus piezas dramáticas, no obstante, fueron sistemáticamente rechazadas por los editores a quienes se las envió y, al parecer, sólo el guarda forestal S. parecía gustar de ellas. Gaupp, en cambio, prestó un especial interés a dichas creaciones poéticas, pero lo hizo desde una perspectiva que nos parece sesgada: «Por mi parte me fijaré únicamente en estudiar detalladamente en qué medida la enfermedad mental puede orientar la actividad intelectual de un individuo encaminada hacia la creación literaria y jugar un papel decisivo en el contenido y en la forma de dichas producciones».[98] La función de la escritura y su valor dentro de la economía y la dinámica de la psicosis permanecieron lamentablemente al margen de estos estudios,[99] y lo mismo puede decirse de toda consideración sobre el lugar en la

transferencia que Wagner había asignado a su psiquiatra.[100] Sin embargo, Robert Gaupp se percató pronto de que Wagner había transferido su drama interior a los infatuados personajes de su ficción. En este sentido, el análisis que Gaupp realizó del drama en tres actos *Wahn (König Ludwig II von Bayern)* [*Delirio. Luis II, Rey de Baviera*], escrito en 1921 y dedicado a Luis II, nos muestra con claridad las opiniones del propio Wagner sobre la locura, su propia locura, valiéndose de las palabras del médico real Von Gudden: es probablemente «incurable», además «la psiquiatría sabe poco, y lo poco que sabe no es seguro»; es, sin ningún género de duda, hereditaria («la maldición de la herencia»). Wagner, tras reconocer abiertamente haber «transferido mi insignificante situación sobre la gran situación del rey», añadirá aún que la única grandeza de ese rey había consistido en su propio delirio y que sin el delirio no habría sido nadie.[101] Con estas palabras, este asesino loco abunda en ese hecho tan conocido del amor del psicótico a su delirio, tal como Freud repetidamente había señalado.

Pero por más que Wagner escribiera sobre el delirio y su propia locura hubiera remitido notablemente, un nuevo incidente precipitó —ahora sí— un trabajo delirante mucho más sistematizado que la trama autorreferencial que se ha descrito. Sucedió que al leer el drama *Schweiger* de Franz Werfel, estrenado en enero de 1923 en Stuttgart, cuya temática se ocupa asimismo de la enfermedad mental, Wagner encontró demasiados paralelismos con su obra reciente *Wahn*. Desde la soledad de su celda del manicomio, Wagner «transformó poco a poco esta contingencia» en certeza: Werfel le había plagiado. Más aún, sin evidencia alguna, comenzó a creer que ese dramaturgo era judío y que los editores que rechazaron su drama también lo eran.[102] Fue así como trabó un auténtico delirio de persecución («un nuevo delirio», escribió Gaupp) por los judíos. Pero en esta ocasión, la respuesta a esa certeza de haber sido plagiado tomó, por fortuna, la senda de la edificación delirante y no la del paso al acto. De esta manera, se vio empujado a elaborar un delirio tendente a purificar la literatura alemana de las nefandas influencias judías. Esta localización del perseguidor le permitió tomar una distancia adecuada y adquirir una templanza de la que en otro tiempo había carecido, planeando una futura vida anónima y calmada en alguna ciudad en la que ya no llamara la atención, en la que a poder ser su nombre no estuviera en boca de nadie. Sus días transcurrieron sin demasiados sobresaltos en el manicomio de Winnental, entregado como siempre a la creación de nuevos dramas. Sólo la muerte, sobrevenida el 27 de abril de 1938, logró poner fin a su delirio de ser plagiado.[103]

A lo largo de los veinticinco años que Gaupp siguió de cerca la evolución benigna de Wagner, su diagnóstico siempre fue el mismo: paranoia o *Verrücktheit*.[104] Gaupp atinó con destreza a situar la edificación de este «delirio crónico y sistematizado» a partir de los sentimientos de culpa y la mala conciencia; de ellos emerge a la postre y para siempre el síntoma cardinal de la paranoia: la autorreferencia mórbida como «proyección hacia fuera» de la angustia y los remordimientos que lo atormentaban. Wagner mismo nos proporcionó en 1920 la definición más ajustada del delirio de referencia que hemos hallado hasta la fecha: «*Pude haber interpretado* ciertas conversaciones en este sentido, *porque existen casualidades y no-relaciones, que, añadiendo circunstancias muy especiales, se comportan como propósitos y finalidades*. Nunca debería de haberlas interpretado así, de un modo absoluto e ineludible. *Pero hay cosas que te llenan la cabeza y que gusta trasladarlas a las cabezas de los demás*».[105]

A diferencia de las interpretaciones y construcciones desarrolladas por Gaupp, nos parece que Wagner no trenzó ningún delirio sistematizado hasta mucho tiempo después de su paso al acto; más que un delirio sistematizado se trata de la planificación sistemática del acto y, quizás, de haberse entregado a la edificación un delirio de ese tipo, el acto criminal se hubiera pospuesto indefinidamente.[106] Mientras no pudo localizar un perseguidor (Werfel y los judíos) fuera de su certeza pulsional («Soy zoofílico»), Wagner permaneció encasquillado en esa trama de autorreferencias sobre su indignidad, pero sin poder dar ningún sentido ni explicación delirante a esa verdad absoluta e indeleble que sólo pudo oír mediante las alusiones de sus convecinos varones.

Pocos casos clínicos como éste atesoran una enseñanza tan profunda y con tantas consecuencias para la investigación de la paranoia. Su originalidad radica en la conjunción de seis aspectos esenciales: la lógica interna de esta forma de psicosis que busca su estabilización por medio del asesinato y el incendio; la articulación de rasgos melancólicos dentro de una retícula estrictamente paranoica; el problema de la responsabilidad del sujeto psicótico; el valor de la escritura en la economía y la dinámica de la locura; el estatuto de la certeza en tanto matriz del conjunto de las manifestaciones clínicas; y el papel de la autorreferencia mórbida (*krankhafte Eigenbeziehung*) como el fenómeno por excelencia de la paranoia.

EL «SENSITIVE BEZIEHUNGSWAHN» DE E. KRETSCHMER

Partiendo de las directrices de su maestro Gaupp y estudiando casos similares, Ernst Kretschmer (1888-1964) describió, a partir de 1918, el delirio de relación sensitivo. Respecto a la paranoia, este autor se sitúa en una posición intermedia entre Friedmann y Gaupp, lo que le permite colegir que ese tipo de delirios se originan a partir de una combinación del fondo caracterial y de las experiencias vividas. Los enfermos que nutren sus observaciones son tímidos y cohibidos, tienden a justificarse y a sentir vergüenza por sus fracasos, se reprochan continuamente banales incidentes sexuales y muestran una actitud de prevención. En su opinión, mediante la elaboración del delirio de relación sensitivo halla el enfermo una salida ante las enormes insuficiencias personales que tanto le afligen, pues ese delirio —como ya había destacado Bleuler— promueve una sobrecompensación de las carencias y de la falta de valoración.

Pese a acentuar la disposición hereditaria («constitución psicopática congénita»), esto es, la base «endógena», Kretschmer atribuye la génesis de la afección a factores psicológico-reactivos, los cuales están conformados por la tríada «carácter, vivencia y ambiente», a su vez condicionada por la disposición asténica. Desde el punto de vista sintomatológico: «*El núcleo del cuadro patológico está constituido por un delirio de referencia centrado, que surge de un fundamento afectivo gradual entre la vergonzosa inseguridad y la desesperada autoacusación*. Las tres frases siguientes permiten resumir la sintomatología: 1.ª *Durante el período culminante de la afección, el contenido de las representaciones y la situación afectiva se centran sensiblemente en torno a la vivencia patógena*. 2.ª *Los síntomas de la psicosis sensitiva constituyen el efecto incrementado de las cualidades del carácter sensitivo.* 3.ª *El cuadro patológico aparece frecuentemente entreverado de síntomas neurasténicos de agotamiento*».[107]

La evolución de este tipo de delirio es «relativamente benigna», hecho que confirmaría su dimensión psicogenética: en los casos más ligeros la remisión puede ser completa; en los casos más graves (casos Renner, Feldweg, Brenner y Kluge) la enfermedad puede mantenerse durante años, pero no deben descartarse las estabilizaciones ni la curación relativa. La personalidad del enfermo, por lo demás, se conserva en todos los casos.

La descripción realizada por Kretschmer se asienta en la perspectiva del *continuum* psicopatológico, es decir, la que defiende la continuidad gradual entre la neurosis y la psicosis. Por esa razón la descripción kretschmeriana consiste en un síndrome psicogenético, un cajón de sastre donde se intentan aunar cuadros paranoicos *stricto sensu* y formas sensitivas de referencia asimilables a la neurosis obsesiva.

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 aproximar la salud y la psicosis, pues ninguna frontera las separa. Opuesto por completo 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, destacando 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, como se evidencia en su descripción de las «neurosis de referencia».[108] Uno de sus casos neuróticos («neurosis habitual de referencia»), el del carpintero y labrador Franz Xaver Bachmayer, constituye por sí mismo la muestra más preclara de la supuesta imbricación entre la neurosis y la psicosis: «La inclinación a la autorreferencia aparece *ya en la edad escolar y persiste desde entonces*, en forma de una *sensación difusa pero viva*, que despierta fácilmente por la menor pequeñez. [...] *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».[109]

¿QUÉ HACER CON LA PARANOIA? TRES RESPUESTAS: E. BLEULER, K. JASPERS Y K. SCHNEIDER

Si en los últimos autores mencionados (Neisser, Friedmann, Gaupp y Kretschmer) hemos hallado una defensa de las formas agudas y curables de la paranoia, las apreciaciones publicadas por Eugen Bleuler (1857-1940) sobre esta materia contienen una perspectiva diferente. En *Affektivität, Suggestibilität, Paranoia*, publicado por primera vez en 1906, Eugen Bleuler propone una explicación del delirio mediante la acción catatímica de los afectos, es decir, gracias a la acentuación sentimental de determinadas representaciones.

Su punto de partida se sitúa en la conexión del delirio y los estados de ánimo, a los que atribuye el papel fundamental en la formación del delirio paranoico.

Único síntoma de la paranoia, el delirio constituye una reacción cuya finalidad es rechazar la realidad insufrible. A través de este recurso, el enfermo imputa a los otros sus propios fracasos y flaquezas, de manera que mediante el delirio realiza los grandiosos propósitos que su mediocridad no le permite culminar. Se dibujan así los elementos que intervienen en la formación del delirio: en primer lugar, el conflicto afectivo interior cuyo efecto sería el delirio; en segundo lugar, la compensación de una inferioridad radical que el sujeto no puede asimilar («ambición de ser»). Ambos elementos están presentes en todos los casos ilustrativos recogidos por el autor, quien señala una y otra vez la ausencia de alucinaciones. Todos ellos, en definitiva, nos muestran a paranoicos que albergan infundadas expectativas de «altos vuelos». Dependiendo del temperamento de cada sujeto, cabe describir dos recursos generales tendentes a eliminar esa incapacidad personal insoportable: o bien busca la culpa de su impotencia en el exterior (delirio de persecución), o bien imagina que sus deseos se han cumplido (megalomanía).

A pesar de estas referencias a mecanismos psicológicos, complejos afectivos y otros conceptos al uso, Bleuler no atina a despejar un mecanismo genérico que explique la particularidad de esta categoría clínica; tampoco facilita una comprensión de la lógica que entraña el delirio. Para ejemplificar cuanto acabamos de apuntar, baste únicamente consignar el intento terapéutico al que somete a uno de sus pacientes, un periodista querulante que lleva a los Tribunales de justicia una reclamación por la herencia paterna:

> Su falta de lógica se pone de manifiesto con la mayor claridad en las discusiones matemáticas sobre el asunto. Le he planteado el problema: Seis hermanos tienen que dividirse una herencia de 51.000 francos; tres de ellos reciben sólo la parte legítima; ¿cuánto recibirá cada uno? Es incapaz de resolver el problema de un modo abstracto; quiere saber cómo se llaman los hermanos que sólo reciben la parte legítima, mete en el problema su propia reclamación, lo resuelve todo con la parte legítima y con la totalidad y, finalmente, confunde los conceptos de tal modo que el resultado arroja una gran suma para él. Me he esforzado durante varios días por hacer que este hombre, de cultura académica, resuelva el problema por escrito y de palabra, y tenga un protocolo sobre esto de 20 hojas de a folio. Mis esfuerzos fueron vanos. Ni siquiera pude hacerle reconocer que había cometido una falta cuando, en una cuenta, recibía como parte legítima 5.555 francos, y en la siguiente 6.666. Tampoco reconoció el error de sus cálculos cuando, en los datos aislados sobre las sumas que habían recibido los hermanos, llegó casi al doble de los bienes que se dividían, o cuando calculó para sí más de 30.000 francos y no dejó siquiera 20.000 francos para dos partes de los otros hermanos. Finalmente, después de haber agotado todos los medios y cuando tuvo miedo de que le recluyesen en el manicomio, renunció el

paciente a la lucha, pero no al delirio. Posteriormente, todavía he visto a menudo sus artículos de prensa, que se ocupaban todos de poderosos personajes de la historia.[110]

Al acentuar de modo casi exclusivo el papel de la afectividad, esta concepción se desmarca ligeramente de las teorías más consideradas por sus coetáneos, aquéllas que dan prioridad a los aspectos psicogenéticos ligados al abrupto ámbito del carácter. Conforme a su idea de reducir la paranoia al delirio, Bleuler nos presenta una visión que sin quererlo afirma la existencia de las locuras parciales, como reconocerá a propósito de un enfermo (caso III): «Prescindiendo de sus ideas delusivas y de la reacción a ellas, nada puede interpretarse como síntoma de enfermedad mental».[111]

Junto a la importancia concedida a la afectividad, le resulta decisiva al autor la noción de predisposición («esquizoidia»), tomada de Magnan y Moebius. Lo cierto es que esta disposición esquizoide es «condición previa» tanto de la paranoia como de la esquizofrenia, hecho éste que las une antes que separarlas: «La esquizofrenia y la paranoia, en suma, aparecen sintomatológicamente como nacidas de la misma raíz (la esquizopatía), a la cual se añade todavía, en la esquizofrenia, un proceso físico, y en la paranoia, sólo la formación delusiva psicógena, consecutiva a la combinación de un determinado carácter».[112] Mediante la referencia a esa predisposición común se aproxima al territorio de las enfermedades del organismo, aunque no puede dejar de reconocer que la paranoia mora en otra parte. Pese a la discusión que Bleuler sostiene en su texto con Kraepelin a propósito del marco nosográfico de la paranoia,[113] las páginas finales insinúan, sin afirmarlo taxativamente, que la paranoia sería una forma atenuada de esquizofrenia, tal como proponía Kahn cuando advertía que «muchos paranoicos genuinos» han sufrido precozmente un proceso esquizofrénico que ha dejado un ligero defecto sobre el que se edifica la paranoia.

Sobre este particular, Bleuler mantiene un cierto suspenso; o mejor dicho, una cierta «ambivalencia», empleando así un término que tanto le gustaba. Pues a la vez que afirma la autonomía de la paranoia también la niega,[114] prueba evidente de que esta locura parcial no se ajustaba a su manera de entender las enfermedades mentales psicóticas. Tras los argumentos que acabamos de expresar con fidelidad, su texto concluye reafirmando su posición ciertamente ambivalente: «*La paranoia, según nuestra delimitación, es un concepto de enfermedad, en tanto que todos los casos sean sintomatológicamente iguales, que nazcan en todos un mismo sistema delusivo por el*

mismo mecanismo y que tengan prácticamente la misma significación. Si se limita la enfermedad con arreglo a otros puntos de vista, no será ninguna unidad, ya que, por ejemplo, habría que incluir una parte dentro de la esquizofrenia».[115]

Cuando se publicaron —en la segunda década del pasado siglo— la monografía de Bleuler sobre las esquizofrenias, la octava edición del *Lehrbuch* kraepeliniano y la *Psicopatología general* de Jaspers, la noción de paranoia se vio aún más en entredicho. La confusión introducida por Karl Jaspers (1883-1969) con su concepto de «comprensión» y la propuesta de separar «ideas delirantes» e «ideas deliroides» habría de acentuar más la posición marginal de esta locura. Ciertamente, con ello se pretendía separar algo tan aparentemente próximo como la paranoia y la esquizofrenia paranoide apelando a que un mismo síntoma, el delirio, obedece a resortes tan distintos como son el «desarrollo de una personalidad» y el «proceso».[116] Esta distinción dejaba al albur del observador la decisión de juzgar si un delirio surgía tras una ruptura en la continuidad vital o era la acentuación de una personalidad premórbida. Conforme a estos parámetros, muchos clínicos encontraron una buena justificación para incrementar los dominios de la esquizofrenia con aquellos delirios que escapaban a su comprensión, deduciéndose por ello que al ser incomprensibles habían surgido de un proceso orgánico, es decir, esquizofrénico.

Tal fue el punto de partida desarrollado por K. Kolle al investigar catamnésicamente sesenta y seis casos diagnosticados de paranoia, entre los que se incluían los diecinueve que habían servido a Kraepelin para conformar su teoría de esta enfermedad. Al examinarlos desde la perspectiva alumbrada por Jaspers, no halló caso alguno de delirio comprensible, razón por la cual propuso sustituir el término «paranoia» por el de «parafrenia», a la que se consideraba un tipo especial de esquizofrenia, una forma de esquizofrenia atenuada. De esta forma la paranoia se vio reducida única y provisionalmente al exiguo delirio querulante.[117]

Aunque la opinión de Kolle representa de manera ejemplar los efectos sobre la paranoia de la combinación de las doctrinas de Kraepelin y de Jaspers, merece ser evocada por su excepcionalidad la posición adoptada por Murk Westerterp, psiquiatra de la Valeriusklinik de Ámsterdam. Según este autor, muy pocos son los pacientes que deben ser diagnosticados de paranoia, tan pocos que en los últimos cuatro años sólo cuatro de los ingresados en su clínica fueron calificados de tal. Westerterp justifica esta restricción apelando a la definición kraepeliniana: un sistema delirante crónico y

sistematizado sin evolución demencial, en el que el actuar, el sentir y el pensar deben ser plenamente concordantes. Sin embargo, lo que resulta más interesante de su argumentación radica en el hecho de que los cuatro paranoicos por él estudiados entran de lleno en el modelo del «proceso» descrito por Jaspers; por esa razón considera que la paranoia de tipo persecutorio debe sacarse del grupo de las reacciones e incluirse «dentro de los procesos, sin que por ello se deba concluir que estamos ante una forma leve de *Dementia praecox*».[118]

Por el otro flanco, el de la psicosis maníaco-depresiva, la paranoia también se vio acechada. Si la paranoia está unida a la esquizofrenia por graduaciones insensibles, cómo no habría de estarlo también a la psicosis maníacodepresiva, en este caso mediante transiciones relativas al estado de ánimo, como sostuvieron Specht y Ewald. Mediante distintos argumentos, uno y otro trasladarían a la psicosis maníaco-depresiva la mortecina paranoia.

Mas negar la existencia de la paranoia o desplazarla a otras categorías en nada ha contribuido al cabal desarrollo de la psicoptología psiquiátrica, ciertamente empeñada en cerrar los ojos y taparse las orejas ante los problemas que no concuerdan con sus presupuestos. A fuerza de negarla o marginarla, la paranoia se ha convertido en un problema permanente para ella, cuestionándola en todos sus desarrollos y mostrándose como excepción a cualquiera de sus argumentos. Nuestro compatriota Bartolomé Llopis, siempre tan audaz en sus críticas, dejó dicho: «Sin embargo, con la adscripción de la paranoia a la esquizofrenia no hemos adelantado mucho; no hemos hecho más que recoger a la paranoia en ese gran asilo de enfermedades fantasmagóricas que es la esquizofrenia».[119]

El papel de excepción que identifica a la paranoia en la psicopatología psiquiátrica resulta muy evidente también en Kurt Schneider (1887-1965), cuya obra se adscribe a la escuela de Heidelberg.[120] Autor muy citado y poco leído, este alumno de Jaspers y de Kraepelin propuso un modelo nosológico que abogaba en favor de una radical discontinuidad entre dos grupos de alteraciones: en primer lugar, las «variaciones anormales del psiquismo», esto es, las disposiciones intelectuales anormales, las personalidades anormales y las reacciones vivenciales anormales; en segundo lugar, las anomalías sobrevenidas a «consecuencia de enfermedades y malformaciones», las cuales responden completamente a los parámetros médicos de las enfermedades *stricto sensu*. Este último grupo incluía, a su vez, dos grandes subgrupos etiológicos: un primer

subgrupo de probada «base corporal reconocible» (las intoxicaciones, la parálisis general progresiva, las infecciones, las malformaciones y enfermedades cerebrales, la epilepsia idiopática, las enfermedades seniles, etc.), cuyo ordenamiento se basa en la raigambre etiológica somatógena; 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).

Conforme a su visión nosológica, desarrollada con coherencia hasta sus últimas consecuencias, el autor advierte que únicamente cabe denominar *Psychosen* a las «enfermedades» pertenecientes al segundo grupo de patologías (alteraciones morbosas somáticas), aunque sólo se conozca la causa material del primer subgrupo y, en el caso del segundo (ciclotimia y esquizofrenia), por el momento resulte necesario limitarse 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».[121]

La experiencia demuestra, sostiene Schneider, que jamás podrán darse transiciones entre las «variaciones anormales del psiquismo» y las verdaderas enfermedades o psicosis, ya que se trata de ámbitos psicopatológicos completamente distintos. De acuerdo con su concepción estrictamente médica de la patología, la enfermedad psiquiátrica se dará «únicamente en lo somático y nosotros llamamos "morbosas" a las anormalidades psíquicas cuando cabe atribuirlas a procesos orgánicos morbosos. Si no existe semejante fundamentación, al llamar "morbosos" a rasgos llamativos psíquicos o, no digamos, puramente sociales es algo que tiene tan sólo el significado de una *imagen*, estos es: no tiene ningún valor de conocimiento».[122]

Naturalmente, Schneider era consciente de que la etiología somatógena de la esquizofrenia y la ciclotimia se deducía de sus manifestaciones. Sin embargo, ninguna prueba concluyente permitía referirla a hechos médicos concretos, razón por la cual sacó a colación el enigmático término «endógeno». Su argumentación, hasta el momento afianzada en el modelo médico, da en este punto un salto y recurre a elementos psicopatológicos tomados de su maestro Karl Jaspers: 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 Lebensentwicklung*).

Pese a esta justificación de su modelo nosológico propiamente médico mediante

referencias psicopatológicas, cosa que indica de por sí cierta inconsistencia, las objeciones más fundadas a su concepción las procuran las psicosis paranoides. El propio Schneider lo reconoce, admitiendo que desde hace muchos años viene dudando sobre ese particular. Este tipo de psicosis paranoides, añade, no pueden explicarse como fenómenos sin sentido y ajenos a los conflictos biográficos, como sucede en las somatosis; tampoco como meras formas de desarrollos caracterógenos o como desarrollos de reacciones vivenciales, esto es, como alteraciones psicógenas, pues de ser esto así ya no se trataría de una psicosis, es decir, de una «enfermedad» propiamente dicha. Al verse acorralado en su propia construcción por la objeción que le presenta la paranoia, halla como única salida abrir una nueva posibilidad, una tercera vía —junto a lo somatógeno y lo psicógeno—, «la de lo metágeno, una ab'erra'ncia [*sic*] psíquica sin causa somática o psicológica».[123] De este modo trató Schneider de salir airoso frente a la excepción que la paranoia representaba para su modelo nosológico, una más en la larga serie que caracteriza a la psicopatología psiquiátrica escrita en alemán.

Antes de adentrarnos en la clínica francesa, recordaremos de forma muy breve que las nociones de *Paranoia*, *Verrücktheit* y *Wahnsinn* se revelan como categorías de transición entre la visión tradicional de la locura y la moderna nosología de las enfermedades mentales, una transición inconclusa si se admite el papel de excepción que ellas desempeñaron en los modelos psicopatológicos más sólidamente elaborados. Los debates sobre la parcialidad o globalidad de la locura y sobre la predominancia de las alteraciones afectivas o las intelectivas, los centrados en el carácter primario o secundario de los delirios sistematizados y en la existencia de formas agudas y curables, determinaron tal hipertrofia del espectro nosográfico de la paranoia que, como se advierte en las propuestas de Karl Otto Westphal, llegaría a abarcar el conjunto de las alteraciones de la razón. En respuesta a esta desproporción, Emil Kraepelin impulsó un amplio recorte, a resultas del cual la existencia de la paranoia sería puesta en entredicho. Se comprobó así que reubicar a los antiguos paranoicos en la *Dementia praecox* o en la esquizofrenia no resolvía el sempiterno problema de la locura parcial, es decir, el de la coexistencia de la razón y la locura en un mismo sujeto. Antes que aportar una solución, los numerosos intentos de deshacerse de la paranoia pusieron de manifiesto las debilidades epistemológicas de la psiquiatría de las enfermedades mentales. Este hecho explicaría la curiosa circunstancia según la cual las teorías y descripciones más sobresalientes de los autores germanos surgieron precisamente en los márgenes de la tendencia mayoritaria,

como acreditan los trabajos de Robert Gaupp sobre las formas curables de la paranoia. Pese a tantas discrepancias nosológicas y nosográficas, la mayoría de los autores de lengua alemana coincidieron en definir este tipo de psicosis a partir de su síntoma esencial, el delirio (*Wahn*). Acordaron también atribuirle una causalidad psicogenética, debida para unos a determinados acontecimientos surgidos en un medio social conflictivo y ocasionada para otros por una constitución enfermiza.

EL DELIRIO DE PERSECUCIÓN DE LASÈGUE, REFERENTE FUNDAMENTAL DE LAS DESCRIPCIONES FRANCESAS

A diferencia de los autores alemanes, austriacos y suizos, el uso del término *paranoïa* entre los clínicos franceses fue muy tardío y más restringido.[124] Hace noventa años se empleaba el adjetivo *paranoïaque* para calificar a ciertos sujetos que presentaban alteraciones psicopatológicas correspondientes a la *constitution paranoïaque*, fueran o no delirantes. Por el contrario, el término *paranoïa* era exclusivo patrimonio de los especialistas, aunque no todos lo empleaban para nombrar los delirios interpretativos de persecución o grandeza, pues algunos recurrían a su propia terminología: *délire d'interprétation*, *megalomanie*, etc.

Teniendo en cuenta estas particularidades, a continuación rastrearemos la estela de las voces *folie partiale*, *délire* y *délires chroniques*, tratando con ello de enmarcar la geografía de la paranoia en la clínica francesa.[125] Todos los historiadores de la psicopatología están de acuerdo en atribuir a la descripción de Lasègue, publicada a mediados de siglo XIX, el papel de referente fundamental en cualquiera de los posteriores desarrollos sobre los delirios. Antes de examinar esta incomparable contribución, es obligado señalar el contexto en el que se produjo y las respuestas que trató de aportar. Se enraíza ésta en la noción de melancolía o locura parcial de Pinel, a la que su alumno Esquirol dividió en dos grupos: la monomanía o delirio parcial expansivo y la lipemanía o delirio parcial triste. Muy rudimentaria, la teoría de Esquirol sobre el delirio destacaba las discordancias entre las sensaciones y los objetos externos, las ideas y las sensaciones; la independencia entre los juicios, las ideas, las decisiones y la voluntad. Su alumno Jean-Pierre Falret añadió a esta caracterización «un hecho capital» que en adelante habría de incorporarse a la definición del delirio: «Nos parece que el hombre preocupado, distraído en juicios falsos, con la voluntad débil o caprichosa, podría presentar todas las

características mencionadas por Esquirol sin estar en el delirio. Lo que falta sobre todo en su definición es la expresión de un hecho capital que puede servir de pilar de toda observación; nos referimos a *la conciencia de su estado*, que el enfermo jamás podrá recuperar sin la interrupción del delirio».[126] En el terreno más específico de los delirios sistematizados, Morel, en sus *Études cliniques* de 1852, incluía algunas observaciones de sujetos «hereditarios vesánicos». Los delirios que presentaban tenían la particularidad de que en su inicio desarrollaban temas hipocondríacos, se transformaban poco a poco en persecutorios, y culminaban en ideas de grandeza.[127] Ocho años después, el propio Morel comenzó a usar el término *folie systématisée* para sustituir el rancio concepto de *monomanie*, oponiendo esos cuadros a las demencias, al contrario que había hecho Griesinger. Pero la genealogía de la edificación de los delirios crónicos tiene, como ya se ha señalado, su punto de partida en el célebre trabajo de Lasègue sobre el delirio de persecución.

En efecto, en 1852, a la par que se gestaba la nueva mentalidad promovida por J.-P. Falret, Ernest Charles Lasègue (1816-1883) publicó su descripción del *délire de persécutions*, al que consideró una nueva *espèce naturelle*. Antiguo interno de J.-P. Falret en la Salpêtrière, la carrera profesional del profesor Lasègue se desarrolló principalmente en el Depósito de alienados, marco singular de donde habrían de surgir sus investigaciones psiquiátricas.[128] Su enseñanza y sus escritos testimonian de la preocupación por enfocar el estudio de la locura a partir de la patología médica y, en consecuencia, por apartarlo de la psicología. Antoine Ritti, con el buen criterio que le caracterizaba, evocó con precisión esta inclinación: «Lasègue, resumiendo un día de forma mística, inspirada en el Evangelio, el antagonismo de las dos escuelas médicas que desde hace tanto tiempo se disputan la preeminencia, exclamaba: "El vitalismo es María cogida a los pies del Señor, absorta, ajena al resto del mundo; el materialismo es Marta, la que permanece en el mundo real y cumple con los cuidados de la casa". En la mente del sabio maestro se ha librado un combate prolongado entre esas dos tendencias contrarias, pero el somaticismo terminó por prevalecer sobre la psicología pura: Marta ha vencido a María».[129]

Dotado de una elocuencia fuera de lo común, sus alumnos coinciden en alabar su paciencia y dotes de observación: sin esfuerzo era capaz de arrancar al enfermo la confesión de sus convicciones delirantes, y lo hacía «dejando al paciente la libre

expresión de sus ideas o bien planteando pregunta tras pregunta, no se conformaba hasta que estaba seguro de haber obtenido todo cuanto podía obtener».[130]

Los breves datos que acaban de apuntarse sobre la posición clínica y la metodología empleada permitirán, a buen seguro, apreciar las concreciones conseguidas en la descripción de los perseguidos. Se trata de un grupo más bien heterogéneo de delirantes, «estudiados en el período de floración de la enfermedad», cuya coincidencia principal radica en el hecho de sentirse perseguidos. Al hilo de sus observaciones, advierte Lasègue: «La creencia en la persecución es, por lo tanto, secundaria; está provocada por la necesidad de dar una explicación a impresiones mórbidas probablemente comunes a todos los enfermos, y que relacionan con la misma causa. No solamente las conclusiones se parecen, sino que incluso, y esto es lo que prueba la realidad del tipo que trato de establecer, que se encuentra una analogía común en los detalles de la explicación».[131]

La perspicacia de Lasègue alcanza las mayores cotas al transmitir las experiencias y la lógica del perseguido en los momentos de gestación del delirio. Sienten —nos dice— un malestar indefinible para el que no encuentran explicaciones. Superada esta fase prodrómica, el alienado sigue dando vueltas a sus especulaciones hasta que da con la explicación de lo que ocasiona las desdichas que tanto le afligen. Cavilando sobre sus impresiones iniciales, el futuro perseguido «busca alcanzar la causa de sus sufrimientos» y comienza a trenzar una trama delirante referida a perseguidores hostiles. Las palabras del autor transmiten con precisión el discurrir inquieto, ese estado de perplejidad inicial previo a la construcción delirante, el cual culmina con la localización del perseguidor y la cristalización de esa singular «creencia» según la cual existe alguien que le acecha y le persigue. Tampoco le pasa inadvertido al profesor Lasègue el sentimiento subjetivo de inocencia que experimenta el alienado respecto a la persecución de la que es objeto. Todos estos elementos precisados por este autor dan buena cuenta de la posición del sujeto perseguido, hecho éste que habla en favor de la agudeza de las observaciones del alienista del Depósito. De la lógica de ellas extraída derivan sus consideraciones patogénicas: la enfermedad se pone marcha a raíz de las sensaciones anómalas e inexplicables, las cuales cristalizan después en una certeza persecutoria que el delirio explicativo habrá de recrear.

Al contrario que el hombre sano que se ve sometido a una persecución real, el alienado despliega sus pesquisas por distintos derroteros: parte siempre de la «creencia» que le atormenta y se extraña de que eso le suceda a él, tan inocente como es. Al cabo de un

tiempo, sin apearse un ápice de su «convicción» acabará por componer, siguiendo las impresiones que recibe, una explicación que colmará su «vacío».[132] «Una vez que ha descubierto que sus enemigos le persiguen, se resigna al papel de víctima y no intenta informarse por otras vías. He tratado de hacer comparecer a los vecinos a los que acusaba para darle al alienado un punto de apoyo más robusto en la realidad, pero ninguno sacó provecho de ello; [...]. Los locos [...] se constituyen gustosos en abogados de su delirio; no les faltan argumentos para apuntalar sus suposiciones irracionales, [...]».[133]

En su opinión, este delirio suele irrumpir entre los 35 y los 50 años y su frecuencia es mayor entre las mujeres. Aunque Lasègue mostró que la evolución de estos delirios presentaba cierta regularidad (fase prodrómica, fase de sistematización y fase de alucinaciones auditivo-verbales), limitó sus miras a transmitir la lógica de esas deducciones más que a establecer los detalles de la marcha de la locura.

En trabajos posteriores, Lasègue advertiría que no todos los perseguidos soportan con estoica resignación las asechanzas a las que se ven sometidos. La prueba más contundente de ello la experimentó en sus propias carnes, cuando fue víctima de la agresión de uno de sus enfermos que veían en él al «jefe de los alienistas alienantes». Este hecho determinó su propuesta de dividir a los perseguidos en dos grupos: por una parte, los que no se defienden, los tendentes a la huida o al suicidio, los que cocinan sus propios alimentos o se aíslan, es decir, los «pasivos»; por otra, los que luchan y se enfrentan, los que responden a la persecución con el acoso y, llegado el caso, prefieren dar muerte al perseguidor que quitarse la vida, es decir, los «activos». A propósito de estos últimos, conocidos como «perseguidos-perseguidores», señaló que su tendencia al ataque no debe atribuirse al delirio, sino al «carácter moral» que preexiste a la vesania.

Las objeciones y críticas a la descripción fundacional de Lasègue se centraron principalmente en tres aspectos: la heterogeneidad de los casos presentados, la lógica de las deducciones y la evolución del delirio.[134] Pese a todo ello, el delirio de persecución descrito por Lasègue —la «enfermedad de Lasègue»—[135] habría de convertirse en el referente fundamental de las elaboraciones posteriores en esta materia, tan atractiva para los clínicos franceses. Frente a tan loables precisiones sobre la experiencia del delirante, esta descripción conjuntada únicamente por la temática común mostraba, no obstante, una cierta confusión nosográfica.

Al contemplar con perspectiva histórica las posteriores contribuciones francesas a los

delirios crónicos, nos parece evidente que todas ellas derivan del «delirio de persecución», tanto las que matizan o corrigen aspectos concretos como las que pretenden una revisión general. Tales aportaciones se adscriben, en nuestra opinión, a tres ámbitos bien precisos: en primer lugar, las referidas a la variante «activa» de este delirio, iniciadas por Jules Falret y culminadas por Paul Sérieux y Joseph Capgras; en segundo lugar, las que indagan en la lógica de los contenidos delirantes, en especial las elaboradas por Morel, Foville y Legrand du Saulle; por último, la reorganización global llevada a cabo por Magnan mediante su teoría del delirio crónico.

Aunque escueta, la precisa mención de Lasègue a los «delirantes activos» favoreció la observación de un tipo muy particular de trastornados a los que se dieron distintos nombres (perseguidos-perseguidores, pleitistas, litigantes, reivindicadores), aunque se les agrupó en un mismo territorio nosográfico. En 1878, en el marco de los debates promovidos por la Sociedad médico-psicológica, Jules Falret denominó a estos enfermos «perseguidos-perseguidores» y los incluyó dentro del amplio grupo de degenerados hereditarios. De acuerdo con su caracterización, se trata de sujetos que poseen un «orgullo incomparable», que acosan y chantajean sistemáticamente a determinada persona; además, «no se constatan en estos enfermos ni interpretaciones delirantes, ni alucinaciones auditivas [...] ni ideas de grandeza».[136] La tendencia a considerar degenerados a este tipo de locos resulta dominante entre los autores franceses. Así lo confirma Paul Pottier en su tesis doctoral *Étude sur les aliénés persécuteurs*[137] y lo ratifica V. Magnan, para quien la *manie raisonnante*, la *folie morale* y el *délire de revendication* forman parte de la locura de los degenerados. La monografía de Paul Sérieux y Joseph Capgras sobre la locura razonante, como más adelante se mostrará, rubricó esta concepción mediante la oposición entre el delirio de interpretación y el delirio de reivindicación.[138]

En lo que atañe a la articulación de los temas delirantes persecutorios y ambiciosos, Morel observó una secuencia diferente. En su opinión, el delirio de persecución que culmina en ideas de grandeza viene precedido por una fase inicial en la que predominan los motivos hipocondríacos. A juzgar por la frecuencia con que se presenta esta articulación, consideró que se trataba de una verdadera evolución vesánica, es decir, de un determinismo constante que caracteriza a los alienados hereditarios: «Comienzan [los hipocondríacos] por mostrar gran impaciencia; se vuelven inquietos, irregulares, fantásticos, exigentes y singularmente irritables. Cambian sus hábitos y modifican su

higiene. Los que son francamente hipocondríacos se preocupan aún más de la salud. Cuando llegan a la suposición de que sus alimentos están envenenados [...] cuando se imaginan expuestos a maleficios de *potencias ocultas* [...] entonces podemos estar seguros de que desembocarán en una fase de ese delirio especial cuya mejor denominación es la de *delirio de persecución*».[139] Conforme a su perspectiva doctrinal, explicó que el paso de la hipocondría a la persecución obedece a la «fisiología mórbida», esto es, al funcionalismo visceral de los hipocondríacos.

Distinta a este respecto es la concepción elaborada por Achille L. Foville, quien sólo de manera excepcional dice haber hallado el delirio hipocondríaco como punto de partida de las ideas de persecución. De acuerdo con sus observaciones, da por cierta la existencia de formas parciales de locura. Pero para él la locura parcial, a diferencia de cuanto habían sostenido Pinel y Esquirol a propósito de la limitación del delirio a un único objeto, se caracteriza por el predominio del trastorno de la razón sobre cualquier otra manifestación psicopatológica. A la hora de definirla, destaca cuatro características: el delirio sistematizado, la ausencia de un estado habitual de depresión o expansión, los trastornos sensoriales asociados y la cronicidad.

Dos son las formas principales de la locura parcial: el delirio de persecución y la «megalomanía», término que introduce en el acervo psicopatológico para describir el delirio de grandeza lógicamente coordinado. Advierte además Foville de la frecuente transición de la persecución a la megalomanía, hecho que explica como consecuencia de un «proceso lógico», de un razonamiento deductivo que hace al perseguido caer en la cuenta de que si lo persiguen personajes tan destacados, él mismo debe ser alguien en verdad muy importante: «Una nueva perspectiva se abre en la mente del atormentado [...]. Para que lo persigan de este modo, dicen ellos, es necesario que se dé un elevado interés, y eso sólo se comprende porque ellos hacen sombra a gente rica y poderosa, porque ellos tienen derecho a una fortuna y a una posición de la que fraudulentamente se les despoja, porque pertenecen a una clase elevada de la que son apartados por circunstancias más o menos misteriosas, porque no sean sus verdaderos padres esos a los que se considera tales, porque pertenecen, en fin, a una alta estirpe, las más de las veces real».[140] De esta manera, la megalomanía consiste en un delirio sistematizado de grandeza que, en su período de estado, se combina siempre con ideas de persecución y se acompaña invariablemente de alucinaciones auditivas; en ocasiones surge como deducción de un delirio persecutorio preexistente, en otras se origina de golpe.

La atención prestada a los temas del delirio motivó algunas publicaciones que, con el paso de los años, habrían de alcanzar cierta notoriedad; tal es el caso de la monografía de H. Legrand du Saulle.[141] Al combinarse la perspectiva temática con la mirada a las formas evolutivas, la psicopatología de finales del XIX aportó algunas de las contribuciones descriptivas más señeras, como las de Cotard y Séglas sobre los delirios melancólicos o la de Magnan sobre el delirio crónico.[142]

V. MAGNAN Y SU TEORÍA DEL DELIRIO CRÓNICO; CONSECUENCIAS Y CRÍTICAS

Nacido en Perpiñán en el seno de una familia humilde, Jacques-Joseph Valentin Magnan (1835-1916), como Pinel, Esquirol y J.-P. Falret estudió medicina en la Universidad de Montpellier. Discípulo de Marcé, Lucas, Baillarger y J.-P. Falret, a los treinta y dos años se le confió la recién inaugurada Oficina de admisión del asilo de Sainte-Anne, a la que llegaban todos los alienados de París y del departamento de Sena. Durante los cuarenta y cinco años que Magnan ocupó esa plaza, tuvo ocasión de ver desfilar por su despacho a un inusitado número de trastornados, la mayor parte de los cuales provenían de la Enfermería especial de la Prefectura de policía, algunos otros de hospitales públicos y los menos eran traídos por sus familiares. Magnan y los otros médicos del servicio decidían sobre el destino de cada uno de ellos. Tras ser examinados, a los que se consideraba alienados se les derivaba a algunos de los manicomios periféricos, o bien ingresaban en Sainte-Anne.[143]

Con motivo de la muerte de Magnan, Paul Sérieux alabó de su maestro la penetrante inteligencia, el sentido crítico, la entrega al trabajo, la vocación decidida, la «pasión obsesiva por la investigación científica» y «la profunda compasión por la desgracia humana».[144] Su amplia obra, dividida por Sérieux en tres períodos, se ocupó de todos los ámbitos de la psiquiatría: intoxicaciones, enfermedades cerebrales, epilepsia (1864-1881); vesanias: degeneraciones, delirios sistematizados y locura intermitente (1881-1898); terapéutica, cuestiones de asistencia y legislación (1898-1914). Algunos de sus compatriotas han pretendido equiparar su enseñanza y legado al de Kraepelin, aunque el lastre de su teoría de la degeneración y la división nosográfica de los alienados que de ella deriva lo posponen a una distancia considerable del profesor de Múnich.[145]

Cuando en la década de 1880 Magnan analizó las diversas contribuciones al problema

de los delirios crónicos, en especial las de Lasègue, Morel y Foville, enseguida le pareció que ninguna de ellas cumplía los requisitos exigibles por la nosología médica a las verdaderas especies patológicas, y menos aún las referidas a la evolución y al pronóstico.[146] Pese a ciertos caracteres comunes y aparentes, esos agrupamientos sintomatológicos continuaban siendo, según él, meros «mosaicos clínicos». Tomando como referencia sus descripciones anteriores sobre los delirios de los degenerados (inicio brusco, polimorfismo temático e irregularidad evolutiva), Magnan elaboró su teoría del delirio crónico precisamente destacando los caracteres contrarios a este tipo de delirios; de tal manera lo hizo que el delirio crónico sistemático es el reverso del que afecta a los degenerados.

A decir de este autor, el *délire chronique à évolution systématique* consiste 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 dichas fases el paciente se presenta sucesivamente bajo cuatro aspectos bien distintos: está primero inquieto, se siente más tarde perseguido, luego se muestra ambicioso y al final demente.[147] Por lo general, el delirio crónico ataca en la edad adulta a individuos hasta la fecha sanos, aspecto éste que permite diferenciar a estos sujetos de los degenerados; su larga duración y su curso metódico, regular y progresivo son sus principales distintivos: «El primer período, o período de incubación, 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».[148]

Magnan trató de acomodar en este orden evolutivo —ficticio para muchos autores— a todos los delirantes crónicos, llegando a fijar incluso la transición entre las interpretaciones delirantes y la aparición de las alucinaciones: «Por último, 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».[149]

La misma meticulosidad artificiosa se puede achacar a todos los intentos destinados por este autor a determinar el momento de transición del delirio persecutorio a la megalomanía, asunto que Foville había explicado por una «deducción lógica» y Marandon de Montyel por el «carácter previo» basado en la desconfianza y el orgullo. No convencieron mucho a Magnan estas elucidaciones. En cualquier caso, le pareció que esa transición implicaba una «transformación capital de la psicosis» y el origen de una «personalidad nueva». Tras ese período de megalomanía, al que considera un síntoma de mal augurio pues indica que «la inteligencia ha perdido su integridad», se llega poco a poco al estadio final: «el nivel mental se rebaja, la memoria flaquea, los recuerdos de los diversos períodos del delirio se borran, la actividad intelectual se limita a recobrar algunas fórmulas estereotipadas. En adelante, el delirante crónico se muestra indiferente a cuanto le rodea, a veces adopta actitudes especiales invariables, tiende a estar apartado, unas veces inmóvil, otras habla solo en voz baja, o de pronto hace gestos, siempre los mismos, en relación con concepciones invariables. Si se le interroga, mira, en apariencia sorprendido; no responde o da, en un lenguaje sembrado de neologismos, una respuesta confusa difícilmente inteligible».[150]

De ser ciertas las observaciones de Magnan y rigurosa su teoría, bastaba con hacer un diagnóstico correcto para saber qué había sido de ese enfermo y qué le depararía el futuro. La psiquiatría de las enfermedades mentales cumplía así uno de sus mayores sueños, ése que deja en manos de la enfermedad un completo determinismo sobre la existencia del sujeto. Y eso contando con que, en su opinión, estos delirantes crónicos no eran degenerados, es decir, hereditariamente tarados.

Como es natural, la teoría del delirio crónico de Magnan fue muy discutida desde sus primeros pasos.[151] A ella se opusieron no sólo los tradicionales opositores a Magnan, como es el caso de J. Séglas y de G. Ballet, sino algunos de sus propios alumnos y seguidores, en especial P. Gerente[152] y P. Legrain.[153] Vale la pena, a este respecto, evocar la crítica que le dedicara Gilbert Ballet: «Considero que el día en que Magnan y sus alumnos, sacando partido de los trabajos anteriores de Lasègue, de Morel, de Foville y de J. Falret, han extraído del caos de los delirios de persecución una nueva forma, que por el hecho de especificar cuando menos su curso y su evolución, ellos han aportado un gran servicio a la patología mental. Pero la intransigencia termina ineluctablemente, tanto en nosografía como en otras materias, por impedir el triunfo de las ideas verdaderas, y es probablemente por la obstinación con la que los creadores del Delirio Crónico han

querido mostrar las barreras que separan esta entidad clínica de las formas vecinas, por lo que se ha ignorado, por otro lado, la utilidad de sus esfuerzos y la justeza de sus descripciones».[154]

Si al delirio de Lasègue se le objetó que reunía casos muy heterogéneos, al delirio crónico de Magnan se le criticó con fundamento que, pese a la puntillosa descripción semiológica y evolutiva, resultaba muy complicado encontrar algunos enfermos que se amoldaran a ese canon teórico; se trataba, en definitiva, de un buen modelo teórico que la observación clínica se encargó de desmentir. De ahí parte precisamente la crítica que elaboró René Masselon, en un intento de recuperar los argumentos que dos décadas antes había esgrimido Séglas. Después de estudiar los casos aportados por Magnan, Masselon concluye: «Las observaciones publicadas por el Señor Magnan no se corresponden en absoluto con las descripciones que dio del delirio crónico».[155] No se hallan en ellas ni los cuatro períodos con sus síntomas precisos, ni la evolución fatal, por lo cual parece imposible predecir el porvenir de esos enfermos. Por esa razón, como ya hiciera Séglas, Masselon habla de la «creación de Magnan».

El contraste entre las elevadas pretensiones de esta descripción y la fragilidad de sus argumentos, hecho que por momentos no pasó desapercibido al propio autor,[156] dio pie a los clínicos del segundo clasicismo (especialmente Sérieux y Capgras, Dupré, Ballet y Clérambault) para elaborar nuevas revisiones y categorías nosográficas que, como se verá, dejaban un tanto de lado los temas y la evolución para acentuar los mecanismos preponderantes del delirio.

La autoridad de Magnan y la notoriedad de algunos de sus alumnos contribuyeron a situar al delirio crónico en el centro de los debates franceses. Aunque fueron numerosas las réplicas que le llegaron de sus propios compatriotas, cuando éstas provenían de los alemanes le resultaron aún más contundentes y descorazonadoras, pues ese pequeño tesoro que parecía constituir el delirio crónico no era sino una de las muchas variantes agrupadas en el seno de la *Dementia praecox* de Kraepelin. Una anécdota referida por el psiquiatra americano Clarence Farrar —de visita en Sainte-Anne acompañando al neuropatólogo alemán Franz Nissl (alumno de Kraepelin en Heidelberg y posteriormente su sucesor en la cátedra)— basta para hacerse una idea precisa. Echando mano de su mejor elocuencia y mucho saber, Magnan expuso ante sus invitados un caso paradigmático de «delirio crónico de evolución sistemática», queriendo así ganar nuevos adeptos que refrendaran su invención. Ansioso por conocer su impresión, Nissl le

comentó: «Es un caso bastante típico de demencia precoz». Al día siguiente Farrar y Nissl fueron informados de que, tras escuchar esas palabras, Magnan se retiró a su despacho, «inclinó la cabeza sobre su escritorio y lloró».[157]

LA PARANOIA SEGÚN SÉGLAS

Al contrario que Magnan, Jules Séglas (1856-1939) fue un alienista poco dado a las grandes síntesis teóricas y de pretensiones más modestas en cuanto a pretender establecer una doctrina de la patología mental; también parecía, por naturaleza, escasamente inclinado a alistarse en cualquiera de las corrientes de pensamiento imperantes en su tiempo, provinieran éstas de uno u otro lado del Rin. Por eso mismo, sea cual sea el ámbito tratado, su obra es el testimonio directo de su gusto por una forma sutil de observación, indagación y análisis de las manifestaciones clínicas, un quehacer principalmente descriptivo y semiológico llevado a cabo con enorme sencillez y buenas dosis de originalidad. Las características que acaban de apuntarse hicieron de Séglas un referente insustituible entre sus colegas y muchos alumnos, una autoridad para las siguientes generaciones de psiquiatras que, como Clérambault, Ey o Lacan, siguieron viendo en sus descripciones la clínica de la observación en su estado más puro. Distanciado de Magnan y sus alumnos de Sainte-Anne, Séglas lideró un grupo de alienistas de renombre, entre ellos Cotard, Chaslin y Ballet, todos vinculados de una u otra forma al hospital de la Salpêtrière.

Su carrera profesional se desarrolló en los manicomios de Bicêtre y la Salpêtrière, donde se jubiló en 1921. Como hicieran algunos grandes alienistas que le precedieron, también Jules Séglas impartió enseñanza clínica en su Servicio de la Salpêtrière. Debido al interés suscitado y a la insistencia manifestada por los alumnos y asistentes, publicó en 1895 sus *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*.[158] Los temas en ellas explorados abarcan muy distintos ámbitos psicopatológicos, siendo especialmente meritorias las lecciones dedicadas a las alucinaciones, la obsesión, la melancolía, la paranoia y los delirios de negación.

Son también éstas las cuestiones a las que consagró sus publicaciones más importantes. Tomando como referencia los modelos surgidos a partir de los estudios sobre las afasias, investigó inicialmente el fenómeno alucinatorio en *Des troubles du*

langage chez les aliénés (1892), monografía coronada por las descripciones de las alucinaciones psicomotrices verbales, una variante muy sutil de las alucinaciones psíquicas de Baillarger;[159] con el paso de los años, sin embargo, Séglas abandonaría ese tipo de explicaciones neurológicas hasta perfilar los rudimentos de una concepción psicológica de la alucinación, ahora considerada como «patología del lenguaje interior».[160] Por su parte, las obsesiones y el conjunto de los signos de la patología mental fueron minuciosa y sistemáticamente explorados en la amplia contribución «Sémiologie des affections mentales», incluida en el *Traité* de G. Ballet.[161] La melancolía y los delirios de negaciones[162] alcanzaron con los trabajos de Séglas y Cotard las descripciones fenomenológicas más detalladas y precisas, avistando de lejos, especialmente a través de las ideas delirantes de condena e inmortalidad, de incapacidad y autoacusación, la metapsicología que Freud comenzaba a elaborar en esos mismos años sobre el drama melancólico. Por último, la paranoia o *folie systématisée primitive* permaneció siempre en su punto de mira, enriqueciendo su descripción psicopatológica y aportando un conjunto de reglas para su adecuada observación.

Enemigo declarado del uso de términos complejos y hueros,[163] debido a sus muchas lecturas de los autores alemanes, Séglas puso en circulación entre sus compatriotas el término *paranoïa*.[164] En materia de nosografía defendió una posición anti-kraepeliniana, puesto que desaprobaba el desplazamiento de la paranoia hacia la demencia paranoide en la que se había empeñado el alemán: «Kraepelin constriñe en exceso los límites de la paranoia, para encumbrar la demencia precoz con unas proporciones enormes».[165] A diferencia de Kraepelin, por tanto, la paranoia incluye no sólo los delirios sistematizados sino también las formas agudas y las alucinatorias. Asimismo, al defender el alienista de la Salpêtrière que las formas agudas también debían situarse dentro del legítimo terreno de la paranoia, contradijo a Magnan y su escuela de Sainte-Anne, partidarios de considerar degenerados a los sujetos afectados de *bouffées* delirantes polimorfas.

Según lo ya apuntado, agrupó bajo la denominación de *paranoïa* o *folie systématisée primitive* al conjunto de los delirios sistematizados, fueran agudos o crónicos,[166] enraizados todos ellos en un sentimiento hipertrofiado de la personalidad (*autophilie*, término que tomó prestado de Ball); se trata, por tanto, de «un estado psicopático funcional caracterizado por una desviación particular de las funciones intelectuales más elevadas, el cual no implica ni una decadencia profunda ni un desorden general, que se acompaña casi siempre de ideas delirantes más o menos sistematizadas y permanentes,

con alucinaciones frecuentes. Este delirio, que no representa sino una fase, el punto culminante de la afección, es independiente de toda causa ocasional o de todo estado mórbido emocional anterior; tiene su origen en la intimidad del carácter individual, de la personalidad; es un delirio primitivo».[167] Conforme a la definición propuesta, la paranoia agrupa según Séglas lo que los alemanes venían designando como *primäre Wahnsinn* y *primäre Verrücktheit*.

Le resultaba evidente al alienista de la Salpêtrière que la paranoia no podía reducirse a los delirios de persecución, que serían un mero síndrome dentro de la locura sistemática primitiva. Clínico por excelencia, Seglás enseñó a sus alumnos a interrogar sobre los «elementos constitutivos» de los delirios de persecución, esto es, a situar con precisión los seis componentes principales: naturaleza de las persecuciones; fecha de inicio; denominación de los perseguidores; medios empleados; razón y objeto de la persecución sufrida; consecuencias y resultados obtenidos.[168] Llamó también la atención sobre las dificultades de interrogar a este tipo de alienados, porque desconfían y disimulan, son parcos en palabras y monótonos; a veces, sin embargo, la forma del discurso cambia y se acentúa la convicción delirante, la reclamación incesante, el odio, los celos y el orgullo. La construcción gramatical de las frases está en ocasiones alterada, sobre todo en los casos crónicos. Pero lo más importante, sin duda, es el atento examen del «contenido del discurso», de la «fórmula de la persecución».

Asimismo, dentro de los delirios de persecución sistemática común, advierte Séglas de la existencia de algunos casos que presentan alucinaciones, alteraciones de la sensibilidad general e ideas de defensa,[169] los cuales «se acompañan unas veces sí y otras no de desdoblamiento de la personalidad; incluso en otros enfermos se pone de manifiesto una forma mixta (desdoblamientos intermitentes de la personalidad)».[170] No escapa tampoco a la observación del autor la estrecha vinculación existente entre la paranoia, la hipocondría delirante y la melancolía,[171] ámbito sobre el que su colega Jules Cotard describió el síndrome epónimo y del que Freud trató, con la agudeza habitual, en su ensayo sobre el narcisismo. En su opinión, en lugar del sentimiento de insuficiencia que domina el conjunto de las ideas melancólicas, se advierte en la paranoia un «sentimiento de orgullo inconmensurable», por eso «lo que caracteriza al verdadero perseguido es la tendencia a considerar cuanto sucede en relación a él».[172] De este modo, a la inversa de la irradiación divergente y centrífuga que caracteriza el delirio melancólico, al estar el

paranoico en el centro de la trama sus ideas de persecución son convergentes o centrípetas.

También terció Séglas sobre la tan debatida transición de las ideas de persecución a la megalomanía. En desacuerdo con la solución de la «deducción lógica» aportada por Foville, sostuvo que esa «deducción» se produce después, una vez que ya se ha constituido el delirio ambicioso: «Si la idea de grandeza se deduce como explicación de la idea de persecución, eso no sucede a consecuencia de un silogismo puro y simple; es el resultado de una larga elaboración psíquica, a menudo inconsciente, siempre oscura para el enfermo. Las deducciones lógicas, de darse, son retrospectivas; pueden combinarse después, pero por ellas mismas no crean nada».[173]

Como se ha podido apreciar, el marco nosográfico de la paranoia se extiende con Séglas más allá de los muros que comenzaba a levantar Kraepelin, coincidiendo en buena medida con la amplitud que Freud habría también de atribuirle. Buena parte de esa extensión se debe al hecho de admitir la presencia de alucinaciones en el cuadro clínico. Eso no quiere decir que en la paranoia tenga el delirio un origen alucinatorio. Al contrario, Séglas se encargó de ilustrar desde perspectivas diversas la contingencia del fenómeno sensorial. Ahora bien, cuando irrumpen las alucinaciones, se advierte que ellas representan la «fórmula más perfecta y la más completa de las convicciones del alienado, su traducción en una forma sensorial».[174]

Que no fueran del gusto de todos estas consideraciones sobre las alucinaciones y la paranoia, no impidió la buena acogida de sus tesis entre sus compatriotas. Máxime cuando, fiel a la tradición de sus maestros, Séglas continuó abundando en las relaciones estrechas que unen el delirio paranoico y el carácter previo del alienado. A este respecto, observó que los rasgos del carácter paranoico son la envidia, el egoísmo, la vanidad, y sobre todo el orgullo y la desconfianza.

LOS MECANISMOS DEL DELIRIO Y SUS TIPOS CLÍNICOS CORRESPONDIENTES. P. SÉRIEUX Y J. CAPGRAS: EL «DÉLIRE D'INTERPRÉTATION»

Teniendo presente la impronta dejada por Jules Séglas, la segunda generación de alienistas volvió a tomar como referencia a los perseguidos descritos por Lasègue y a los delirantes crónicos de Magnan. Pese a sus diferencias, las notables contribuciones que ellos elaboraron comparten una perspectiva común: todas ellas dejan de lado los temas y

la evolución del delirio, y se proponen organizar el cuadro clínico a partir de lo que se llamó el «mecanismo del delirio», entendiendo por tal el síntoma fundamental del que deriva el conjunto de las manifestaciones morbosas; no se trata, como a veces se ha dicho, de un mecanismo intrapsíquico al estilo de los descritos por Freud.

Paul Sérieux (1864-1947) y Joseph Capgras (1873-1950) publicaron en 1909 una hermosa y detallada monografía sobre el delirio de interpretación cuyo título, *Les folies raisonnantes*, resulta especialmente sugerente por cuanto evoca la sempiterna problemática de las locuras parciales.[175] Se trata de la culminación de un estrecho trabajo de colaboración entre dos clínicos muy finos y de notable capacidad de observación, cuyas primeras indagaciones hay que buscarlas en la década de 1890, es decir, en los inicios de la carrera de Sérieux bajo la influencia de su maestro Magnan.[176] El resultado de su trabajo, plasmado en esta extensa monografía, constituye de por sí, por muchas razones, una de las mayores contribuciones de la psicopatología francesa al problema de la paranoia.[177] La obra está dedicada a los «interpretadores puros», es decir, a esos sujetos que, sin ver visiones ni oír voces, desvarían pero a la vez manifiestan una extraña articulación entre la locura y la razón que les hace merecedores del calificativo de «locos razonantes».

Desde una perspectiva general se observa que su concepción de las locuras razonantes aúna numerosas influencias, sin por ello perder en originalidad. Dichas influencias resultan meridianas en la definición del delirio de interpretación: «psicosis constitucional que se desarrolla gracias a una anomalía de la personalidad caracterizada por la hipertrofia o la hiperestesia del yo y por la debilidad circunscrita de la autocrítica. Bajo la influencia de conflictos en las relaciones sociales a causa de la inadaptabilidad al medio, esa constitución psíquica anormal provoca el predominio de un complejo ideo-afectivo, su persistencia y su extensión».[178] Pueden apreciarse en esta definición los ecos provenientes de la tradición francesa y de los autores alemanes y suizos. Al definirlo como una psicosis constitucional, Sérieux y Capgras retoman el pensamiento psicopatológico de sus compatriotas, culminado en la década de 1920 en las obras de G. Genil-Perrin y M. Montassut. Asimismo, cuando destacan la hipertrofia del yo se suman a las tesis desarrolladas por J. Séglas. El énfasis puesto en los conflictos sociales es característico de los estudios desarrollados por los autores alemanes, a los que sirvió para defender la existencia de las paranoias agudas y curables, una línea de investigación que daría sus mayores frutos en las obras de R. Gaupp y su alumno E. Kretschmer. Al

mismo tiempo, la importancia concedida al complejo ideo-afectivo constituye la principal aportación realizada a la paranoia por E. Bleuler. Respecto a la obra de Kraepelin, por último, se advierten influencias recíprocas, como hemos mostrado en los comentarios dedicados al profesor de Múnich.

Atendiendo a los síntomas, la evolución, las causas y la génesis, y sobre todo al mecanismo interpretativo, estos autores, maestro y alumno, configuraron un nuevo espacio clínico, el delirio de interpretación, que a la postre resultaría el término francés asimilable a la paranoia kraepeliniana. Se trata de una psicosis donde la proliferación de múltiples interpretaciones y la irradiación progresiva de una concepción predominante determinan la organización de una novela delirante compleja y susceptible de desencadenar reacciones transitorias; el despliegue de las interpretaciones delirantes progresivas no mengua la lucidez y la actividad psíquica, de manera que, aún siendo incurable, no evoluciona hacia el deterioro; exceptuando las alucinaciones auditivas, que de darse son infrecuentes, no suelen presentarse otros trastornos sensoriales, y de hacerlo son efímeros y fortuitos.[179]

Por constituir la piedra armilar de esta categoría nosográfica, resulta imprescindible precisar la noción de «interpretación delirante» propuesta por estos autores: «Se trata de un razonamiento falso que tiene como punto de partida una sensación real, un hecho exacto, el cual, en virtud de asociaciones de ideas ligadas a las tendencias, a la afectividad, toma, con la ayuda de inducciones o deducciones erróneas, una significación personal para el enfermo, que relaciona ineluctablemente todo cuanto ocurre con su persona [Sérieux y Capgras traducen así la *krankhafte Eigenbeziehung* de Neisser]».[180] Tras señalar las características semiológicas que diferencian las interpretaciones delirantes de la alucinación y de la ilusión, Sérieux y Capgras destacan asimismo las que las separan y contraponen a las interpretaciones erróneas. En efecto, las primeras son completamente «incorregibles», lo que las opone a los errores en los que incurre todo el mundo por cuanto éstos son siempre potencialmente rectificables. Además, como todo clínico puede comprobar, el error permanece aislado y circunscrito a un hecho o a una idea, mientras que la interpretación tiende a difundirse y a colonizar ideas análogas, constituyendo a la larga un sistema propiamente delirante. La evolución del delirio de interpretación es progresiva y crónica, pero sin demencia ni curación, y sigue generalmente tres períodos: «incubación» insidiosa, «período de estado» o de «sistematización»[181] y «período

final», en el que se observa generalmente una disminución de la actividad creativa e interpretativa, atribuibles ambas a la vejez.

A esta locura razonante (delirio de interpretación), surgida de una predisposición psicopática, oponen los autores el delirio de reivindicación, al que caracterizan como un estado pasional crónico, en cuyo curso sobrevienen interpretaciones erróneas y secundarias, regidas por la «idea prevalente» («obsesionante», dicen los autores) de estar siendo perjudicado. A diferencia del interpretador, el reivindicador deduce cuanto le dicta su pasión, sirviéndose secundariamente de las interpretaciones sólo para explicar las contrariedades que se le presentan; en cualquier caso, jamás experimenta la necesidad de construir un delirio retrospectivo. Mezcla de obsesividad y de manía, el delirio de reivindicación «puede ser definido como una psicosis sistematizada crónica caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija que se impone al espíritu de una manera obsesionante; ella sola orienta por completo la actividad en un sentido manifiestamente patológico y la exalta en razón de los obstáculos encontrados. Este estado de monoideísmo, de prevalencia mórbida, se desarrolla en sujetos degenerados; no conduce a la demencia».[182] Este ámbito clínico nombra a los antiguos *persécutés-persécuteurs*, y será posteriormente recuperado por Clérambault para orquestar el grupo de las psicosis pasionales.

La monografía de Sérieux y Capgras ha contribuido a la constitución de una nosología homogénea, definitivamente plasmada en la contribución que ambos autores publicaron en el *Tratado de patología médica* de Emile Sergent.[183] A pesar de las numerosas revisiones entre 1920 y 1940, esa nosología es la que hoy sigue sirviendo de referencia. Pese a todos sus méritos, sin embargo, la problemática relación entre razón y locura no se agota con la descripción que Sérieux y Capgras nos ofrecen de las «locuras razonantes», brillante propuesta en la que se echa de menos una teoría explicativa de la función potencialmente estabilizadora que el delirio y la escritura desempeñan en la dinámica de la psicosis.

E. DUPRÉ Y EL «DÉLIRE D'IMAGINATION»

Otro tipo clínico diferente a los que acaban de exponerse fue el propuesto por Ernest Dupré (1862-1921) desde 1905, cuya descripción más matizada se halla en su obra

compilatoria de 1925. Asentando en la base de su concepción la noción de *mythomanie* o tendencia constitucional a la alteración de la verdad mediante fabulación o simulación, Dupré denominó *délire d'imagination* o *mythomanie délirante* a aquellos estados delirantes en los que la mitomanía conduce a creaciones ficticias, más o menos duraderas y sistemáticas, a partir de las cuales el enfermo 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». El delirante, sea su actividad más notoria la alucinación, la imaginación o la interpretación, está siempre dominado por la ansiedad, la desconfianza o el orgullo, sometido a la hipertrofia del Yo y a la debilidad relativa del sentimiento de crítica (pérdida de la *notion du réel*), rasgos todos ellos pertenecientes a la constitución paranoica.

A la hora de considerar el *délire d'imagination* como una entidad morbosa, Dupré se mostró más cauto de lo que era habitual entre sus colegas, razón por la que prefirió hablar simplemente de «forma clínica». No obstante, no regateó ningún esfuerzo cuando se enfrentó a Ballet para reclamar la autonomía de su descripción frente a la psicosis alucinatoria crónica: «Sería un error creer que para la organización de un delirio la mente humana no puede utilizar, fuera de la alucinación, otros procesos intelectuales que no fueran la interpretación: puede aún recurrir a la imaginación, entendida precisamente en el sentido restringido en el que se opone a la alucinación y a la interpretación».[184]

Como cualquier alienado, el delirante imaginativo cree a pies juntillas en su delirio, pero a diferencia de otros delirantes sólo utiliza secundariamente su argumentación. El aspecto de estos delirios es pintoresco, pues 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. «El enfermo, al realizar repentinamente esas asociaciones de ideas, transporta hacia el mundo exterior sus creaciones subjetivas y les confiere 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 exterior, 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 lo haría como si fuera un poeta».[185]

A su vez diferente del delirio de interpretación y del de imaginación, el neuropsiquiatra Gilbert Ballet dio nombre a la *psychose hallucinatoire chronique* en dos breves artículos, publicados en 1911 y 1913. Comoquiera que ese tipo de psicosis se enmarca en el

terreno de las esquizofrenias, de ella nos ocuparemos detenidamente en el capítulo cuarto.

G. G. DE CLÉRAMBAULT: «DÉLIRES PASSIONNELLES» Y «PARANOÏA»

Una mención especial merecen los trabajos de Gatian Gaétan de Clérambault (1872-1934) sobre los delirios pasionales y la paranoia. A este autor cabe atribuirle la autonomía nosográfica de las psicosis pasionales, esto es, de la erotomanía, los delirios de reivindicación y los celos delirantes. Conocida desde antaño, la erotomanía fue elevada por el maestro de la Enfermería especial de la Prefectura de Policía de París al rango de paradigma del grupo de las psicosis pasionales.[186] «Los síndromes pasionales se caracterizan 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.».[187] Estos síndromes pasionales pueden presentarse de forma autónoma (casos «puros») o asociados a otras psicosis (casos «mixtos»).

Debido a su empeño decididamente atomizador y reductor, esto es, a su persistente búsqueda del extracto último de las enfermedades mediante el aislamiento de ciertos mecanismos cruciales, Clérambault simplificó toda la arquitectura clínica de esta psicosis reduciéndola a una sola frase, la cual se concretaba en la certeza delirante, o, como él decía, en el Postulado o «nudo ideo-afectivo inicial»: «Es el objeto el que ha comenzado y el que más ama o el único que ama».[188]

Esta reducción a la quintaesencia última tiene la ventaja de mostrar nítidamente la posición del sujeto como objeto del amor —ahora diríamos del goce— de un Otro generalmente «elevado». El edificio sintomatológico de la erotomanía se asienta en el encofrado del Postulado inicial, siempre idéntico; de ese Postulado derivan las «deducciones» y los «temas» imaginativos o interpretativos, consecutivos a los incidentes de la persecución. El sentimiento generador del Postulado está constituido por el orgullo, el deseo y la esperanza; el amor es accesorio. A dicho Postulado se añaden temas variados: el Objeto no puede ser dichoso sin el pretendiente; el Objeto no puede tener valor completo sin el pretendiente; el Objeto está libre y su matrimonio no es

válido; vigilancia continua del Objeto; protección continua del Objeto; intentos de aproximación del Objeto, conversaciones indirectas con el Objeto; recursos fenomenales de los que dispone el Objeto; simpatía casi universal que despierta el romance en curso; y, sobre todo, la «conducta paradójica y contradictoria del Objeto», recurso de la razón al que el erotómano se amarra para transformar en pruebas de amor (paradójicas) todos los desaires y afrentas de su Objeto. La evolución se produce generalmente en tres fases (esperanza, despecho y rencor), todas ellas relativas («sectorizadas») al postulado inicial. En el primer estadio, el sujeto se muestra esperanzado respecto a la novela delirante que se ha puesto en marcha, pero se desarrollan al tiempo ideas de persecución que conciernen a los diversos incidentes que salpican su existencia; todas las persecuciones tienen como mira la separación del Objeto, e incluso emanan del Objeto mismo. «En los estadios de Despecho y Rencor, el sujeto, impacientado y humillado, cree que odia, a consecuencia de una reversión psicológica de orden general. Los agravios que en un principio resultaban fingidos se vuelven auténticos y el sujeto se hace reivindicador. Arguye en ese momento viejos perjuicios, que son notoriamente ficticios, y perjuicios recientes, que aunque son reales sólo son atribuibles a él mismo. La esperanza inconsciente subsiste».[189] No siempre el delirio, que se edifica a base de interpretaciones y elementos imaginativos, se despliega hasta agotar los tres estadios; los estancamientos evolutivos son frecuentes en los dos primeros.[190]

Los casos «mixtos», por su parte, admiten variaciones en la elección del Objeto, o incluso Objetos múltiples y simultáneos, «admiten Alucinaciones, un modo de extensión irradiante, una sistematización más o menos rica, un trabajo interpretativo o imaginativo difuso, una persecución general, una megalomanía global»;[191] pero también, como en los casos «puros», el Objeto es siempre una persona «elevada», importante, destacada, famosa; no vale cualquier semejante. La opinión clásica sobre los delirios erotomaníacos se obstinaba una y otra vez en el carácter «platónico». Ése no es el parecer de Clérambault: el platonismo es un dato accesorio, inconstante e incierto. «La verdad, a nuestro modo de entender, es que 1.º, hay causas que hacen parecer al erotómano más platónico de lo que en realidad es; 2.º, que el Platonismo es realmente más frecuente en el Erotómano que en el hombre normal. El Platonismo, a menudo, es más aparente que real [...]».[192]

La grandiosidad de la mirada clínica de Clérambault contrasta con su desmedido afán por perfilar una nosotaxia minimalista. Fuera del ámbito de las psicosis basadas en el

Automatismo Mental, opuso las psicosis pasionales a la paranoia, que inicialmente comprendía al delirio de interpretación y al carácter paranoico. «Los delirios interpretativos tienen como base el carácter paranoico, o para decirlo con otras palabras un sentimiento de desconfianza. Se desarrollan en todos los sentidos, la personalidad global del sujeto está en juego, el sujeto no está en absoluto excitado; los conceptos son múltiples, cambiantes y progresivos, la extensión se hace por irradiación circular, la época de inicio no puede determinarse».[193] De acuerdo con esta perspectiva, el paranoico delira con su carácter, que es, *grosso modo*, «el total de las emociones cotidianas mínimas, llevadas al estado habitual, cuya cualidad está prefijada para toda la vida y cuya medida está casi prefijada para toda la vida».[194]

Al contrario que el delirio pasional «en sector», o sea, circunscrito al Postulado, el delirio paranoico se irradia de continuo en todas las direcciones, valiéndose de cualquier acontecimiento u objeto; se da también la circunstancia de que, en algunos enfermos, los temas pueden cambiar. El interpretativo tiene puntos de vista retrospectivos y busca explicaciones en el pasado. En cambio, el pasional es esencialmente voluntarioso y apresurado; su mirada siempre apunta al futuro. Nada parecido al «nudo ideoafectivo inicial», idea madre o Postulado, se observa en el paranoico, pues sus ideas parten de todos los puntos, y aunque se lograse suprimir una de ellas, el delirio se mantendrá incólume. Cosa bien distinta sucede en el pasional, ya que si llegara a suprimirse el Postulado se desmoronaría el conjunto del delirio.

No termina aquí, sin embargo, la tendencia de Clérambault a fragmentar las categorías nosográficas del polo paranoico de la psicosis. Con su mirada siempre dispuesta a captar el resorte último del mal, a partir de 1923 planteó la oposición entre la paranoia y el delirio interpretativo: «Para nosotros, Paranoia y Delirio Interpretativo son distintos; o dicho de otra manera, la Paranoia no es una. La Paranoia no es otra cosa que el conjunto de rasgos del carácter, que son por una parte, desconfianza, envidia y celos, por otra disimulación e hipocresía, por otra parte, irritabilidad y emotividad diversas, por otra parte morosidad, por otra hostilidad fundamental con o sin brutalidad. En cada caso, algunos de estos elementos pueden faltar o estar disminuidos. [...] Hay un número infinito de caracteres paranoicos».[195]

Por el contrario, el delirante interpretativo del tipo descrito por Sérieux y Capgras se diferencia del paranoico por su estado característico de perplejidad, por explotar temas coherentes y, al mismo tiempo, por emplear modos de pensamiento anormales. El

paranoico siempre tiene enemigos y sus quejas de ser agraviado se renuevan sin cesar; camina con los acontecimientos, es hostil y agresivo; sus razonamientos son los propios del pensamiento emotivo. El interpretador, en cambio, es dubitativo y profundamente paralógico; sus modos de ideación son los del dogmático: acumula analogías, símbolos, influencias de nombres y números; más que hostil es temeroso y no pasa necesariamente a los actos.

No conforme con la reducción anterior, diez años después, en 1933, Clérambault perfilaría un nuevo mecanismo básico de las psicosis interpretativas no paranoicas, un mecanismo distinto a la interpretación, la intuición o la imaginación, al que denominó «Pseudo-Constatación Estereotipada Incoercible» (*Pseudo-Constat Spontané Incoercible*). Quiso el autor precisar mediante esa noción un hecho que había observado en algunos interpretadores, quienes decían percibir constantemente un gesto único o siempre una misma frase, hechos éstos que no deben confundirse con tomarse en el mal sentido palabras, ruidos o gestos varios. «Es un trastorno de la percepción preestablecido, muy diferente de un trabajo interpretativo sobre datos percibidos con normalidad, y no es el resultado de un sentimiento genérico de persecución. [...] Es un trastorno de la percepción donde los elementos ideativos preestablecidos deforman los datos sensoriales; el sujeto toma por gestos precisos movimientos indiferentes, confiriéndoles una uniformidad inexistente».[196]

Prosigue Clérambault destacando que la fisonomía del delirio surgido sobre la base de la Pseudo-Constatación es específica: los perseguidores son personajes anónimos que obedecen consignas de origen indiscernible; desfilan a cierta distancia, limitando su mímica al gesto que han acordado; en realidad no son propiamente perseguidores sino simples vejadores; más que perjudicar parecen querer humillar al sujeto; son perseguidores bastante ineptos e ineficaces; finalmente, llama la atención en este delirio la incertidumbre en la que están inmersos los pacientes, al contrario que los alucinados y los paranoicos genuinos

Bien distinta es la psicología del paranoico: no sólo está esencialmente seguro de sus ideas, sino que se muestra emocionalmente indignado y combativo, siempre al límite de una explosión de tipo pasional, y se siente de continuo contrariado en sus derechos. En consecuencia, elegirá a sus enemigos entre sus relaciones más próximas, atribuyendo intenciones precisas a sus parientes, colegas o socios, cuyos recursos psíquicos serán normales aunque impregnados de perversidad; además, su cooperación y sus medios de

acción serán racionales, actuarán en secreto, con diplomacia, poniendo en común sus intereses para obtener los mayores resultados con un gasto mínimo de tiempo y dinero; «de llegar a cambiar las circunstancias cambiarán también sus enemigos, como asimismo lo hará la temática de los tejemanejes; muchos detalles que se hubiesen vuelto indiferentes podrán verse de nuevo puestos en duda, pero no el conjunto de las intenciones; al contrario que en la forma de delirio precedente, en la que la duda recaía sobre la intención, no sobre los gestos, y donde la incertidumbre era algo preestablecido. [...] El paranoico es un buen psicólogo pesimista».[197]

Puede apreciarse en estas disquisiciones nosográficas que la paranoia como tal, sea por unas razones o por otras, acabó convirtiéndose en una forma de delirio muy restringida, aunque algunos autores siguieron conservando la propuesta de Jules Séglas. A una situación similar llegaron asimismo los autores germanohablantes, bien fuera por la reducción impuesta por Kraepelin, por la oposición establecida por Jaspers entre «proceso» y «desarrollo», o por la ambivalencia con que Bleuler la investigó.

INTENTOS DE SÍNTESIS DE LOS DELIRIOS SISTEMATIZADOS

Cabe señalar, por último y de forma resumida, que a partir de 1920 surgieron algunas propuestas tendentes a agrupar el conjunto de los delirios sistematizados crónicos. Tres de ellas habrían de alcanzar importantes resonancias: los *délires systématisés chroniques*, de P. Sérieux y J. Capgras;[198] los *délires systématisés progresifs*, de M. Dide y P. Guiraud;[199] y la clasificación divulgada por Ey, Bernard y Brisset en su *Tratado de Psiquiatría*. A partir de criterios distintos, estas propuestas han tratado de orquestar con coherencia el conjunto de los delirios crónicos descritos por la clínica francesa. Aunque motivadas por un interés epistémico, estas aportaciones pretendían también limitar la amenaza que suponía la amplísima noción de ‘esquizofrenia’, en cuyo marco se diluía tan preciado patrimonio descriptivo.

El grupo de Sérieux y Capgras supone un intento de conferir unidad nosográfica a los distintos mecanismos (interpretación, pasión reivindicadora, imaginación y alucinación) supuestamente responsables de los distintos cuadros delirantes, pese a que no conseguía resolver la objeción planteada años atrás por Chaslin mediante su noción de «discordancia».[200]

Por su parte, Dide y Guiraud trenzan una curiosa mezcolanza entre los delirios crónicos de la clínica francesa y la psicología de los complejos desarrollada por Jung y Bleuler, de la que se sirvieron para apoyar el punto de arranque de los temas delirantes. Según estos autores, los «delirios crónicos sistematizados» agrupan un conjunto de «síndromes» psicopatológicos (alucinosis, delirios psicomotores, delirio de imaginación y delirio de interpretación) que comparten los siguientes caracteres: permanencia del delirio desde su aparición hasta la muerte del paciente; progresión del delirio; integridad de la inteligencia y de la actividad fuera de la construcción delirante; «ausencia de toda causa aparente». «Su característica psicológica —explican Dide y Guiraud— deriva de la preponderancia de uno de los mecanismos de la actividad delirante [...]; pero este elemento es secundario; en todos los casos la evolución progresiva de la enfermedad permanece idéntica, sus procesos intelectuales en el dominio del delirio están alterados del mismo modo y, finalmente, las diversas variedades clínicas incluyen todas las formas de transición posibles. La unidad y la esencia de la enfermedad resulta del hecho de que siempre aparece una tendencia afectiva patológica que se desarrolla hasta la muerte, cuya expresión racional más depurada consiste en la creación de una verdadera "novela delirante"».[201]

Finalmente, la agrupación realizada por Ey, Bernard y Brisset se basa en la presencia de ideas delirantes permanentes, las cuales «constituyen lo esencial del cuadro clínico». Según la opinión de estos autores, las psicosis delirantes crónicas se subdividen en dos grandes apartados: las que no presentan evolución deficitaria (paranoia, es decir, los delirios pasionales y los de interpretación; psicosis alucinatorias crónicas; psicosis fantásticas) y las que evolucionan hacia la demencia (esquizofrenias, especialmente las formas paranoides).[202]

LA CONSTITUCIÓN PARANOICA EN VERSIÓN FRANCESA

Al margen de los planteamientos hasta ahora expuestos sobre los mecanismos del delirio y la reducción de Clérambault de la erotomanía a una certeza o Postulado, pero desarrollando las líneas constitucionalistas propias de la escuela francesa, M. Montassut y G. Genil-Perrin —por citar sólo los más avezados— defendieron la continuidad entre normalidad y paranoia clínica. El conjunto de sus argumentos se nutre de las teorías

sobre las constituciones patológicas, en este caso aplicadas a la llamada *constitution paranoïaque*.

Con el nombre de «constitución psicopática» (psicopatológica) se designaba la existencia de un grupo concreto de tendencias psíquicas que forman parte de la personalidad. Aunque se manifiesten desde los primeros años de la vida, su expresión continúa a lo largo de toda la existencia, bien sea mediante tendencias ligeras o marcadas, las cuales influyen, por su relación con otros grupos de tendencias, en todas las formas y en todas las combinaciones recíprocas. De duración indefinida, las constituciones psicopatológicas pueden llevar a la eclosión de psicosis cíclicas, remitentes o también progresivas. En una personalidad anormal, ellas representan la parte morbosa, cuya proporción varía de acuerdo con el grado y el número de las constituciones en juego. Siguiendo este punto de vista se describieron, en especial, las constituciones esquizoide, ciclotímica, hiperemotiva, paranoica, perversa y mitomaníaca.[203]

Haciéndose eco de estas propuestas, Marcel Montassut inicia su indagación con consideraciones clínicas muy encomiables, si bien los resultados obtenidos carecen del rigor que cabría esperar: «El conocimiento de esta constitución permitiría situar y precisar la transición progresiva desde el germen delirante al delirio confirmado; ello ayudaría a conocer y pronosticar la evolución de esos "originales" que Mercklin describió en la senda de la paranoia, delirantes en potencia, en los que se pueden producir paroxismos, pero que, fuera de ellos, conservan el carácter específico de su constitución. Dicha constitución permite "enjuiciar la aparición de los trastornos mentales más precisos, y por consiguiente tomar medidas profilácticas útiles. Da también la clave de ciertas irregularidades del carácter cuyo conocimiento es necesario en psicología general" (Genil-Perrin). Ayuda, por último, a la discriminación precoz del delirio cuando se instala insidiosamente en el curso de la "fase aprehensiva" (Morselli)».[204]

Marcel Montassut describe algunos rasgos esenciales del carácter paranoico: 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. Sabedor de que demasiados rasgos contribuyen a la confusión, este autor pretendió aclarar la complicación previamente creada reduciéndolos todos a la «psicorrigidez», a la que consideró esencial en el psiquismo paranoico.

Examinando sus argumentos estaremos en condiciones de valorar si tan elevados

vaticinios cumplirán las expectativas despertadas; pudiera ocurrir, también, que ellos mismos se conviertan en un obstáculo que ciegue sus propias miras, pues, como es de todos sabido, los grandes clínicos siempre han procurado una discriminación de los fenómenos elementales, mínimos o primarios, en oposición a los más llamativos que aparecen cuando la psicosis ya está en marcha. Fue Clérambault, sin duda, quien más aportaciones realizó a este respecto. Pero en lo tocante a su más indiscutible contribución, el Automatismo Mental, su mirada pasó por alto los rasgos observables del carácter para adentrarse en los fenómenos invisibles del Síndrome de Pasividad; otro tanto sucedió cuando, al analizar la erotomanía, la redujo a la quintaesencia del Postulado. Hay, por tanto, dos grandes caminos para localizar tales signos mínimos: mientras unos siguen las pesquisas evidentes aportadas por los rasgos conductuales de determinada constitución, otros agudizan su mirada y abren sus oídos para tratar de captar esas manifestaciones apenas perceptibles —fenómenos elementales— que testimonian de experiencias singulares en las cuales lo Real hace un guiño al sujeto, siendo, por tanto, esos fenómenos el índice de la presencia de lo Real en la experiencia del sujeto. ¿Qué nos aportan, en este sentido, los teóricos de la constitución paranoica?

Cuando examinamos el texto más citado en estos casos, *Les paranoïaques* de Genil-Perrin, llama la atención que el paranoico retratado por este autor resulta un tanto singular pues no siempre es un delirante. Si para Bleuler y otros muchos el delirio es el único síntoma de la paranoia, Genil-Perrin invierte las tornas enfatizando que no es necesario delirar para ser paranoico: «No es el delirio sistematizado lo que caracteriza esencialmente la paranoia, sino por el contrario una constitución psíquica especial que imprima al carácter una nota de anormalidad y extrañeza [...]. Se nace paranoico, no se llega a serlo. [...] Hay muchos más paranoicos no delirantes que paranoicos delirantes».[205]

Haciéndose eco de la tradición francesa (Esquirol, Sérieux y Capgras, Dromard, Dupré, etc.) y recabando influencias de la escuela italiana, también muy amiga de las constituciones psicopáticas, Genil-Perrin resume en cuatro las tendencias del carácter paranoico: orgullo, desconfianza, falsedad del juicio e inadaptabilidad. Todas estas tendencias se presentan como un complejo constitucional psicopático, en cuyo caldo de cultivo se mezclan indisolublemente. La primera de ellas, el orgullo (*egocentrismo* o *autofilia* o *hipertrofia del yo*), se define como «el conjunto de las manifestaciones correspondientes en esta tendencia a la sobreestimación de la propia personalidad, que

siempre está presente en el paranoico».[206] Asociado a los otros tres rasgos caracteriales, se constituye un síndrome en el que todas las tendencias se influyen recíprocamente: la vanidad es el sello de la desconfianza, la desconfianza de la vanidad; la falsedad de juicio aparece generalmente presidida por los dos anteriores, y la inadaptabilidad les imprime así un carácter muy especial.

Especialmente impactante para quienquiera que lea este texto resulta el tono burlesco con el que su autor describe a los paranoicos. Amén de llamarlos «petimetres», les endosa una «vanidad de titán»; a más de uno lo encuentra «ridículo», «cómico» y «payaso»; a muchos los tilda de «inventores de pacotilla».[207] Habiendo querido acallar con sus descripciones esa frecuente crítica que se imputa a los alienistas de «ver locos por todas partes», el tono de zumba alcanza su clímax en las últimas páginas de su monografía, la cual finaliza en los términos que siguen: «Ninguna figura simboliza mejor la mentalidad del paranoico en sus formas más elevadas: el hijo presuntuoso de Titán ha querido igualarse con los dioses y ha robado el fuego del cielo. Pero el furor de Zeus lo encadena al peñasco, y un buitre le devora lentamente el hígado: al orgullo insensato le sucede la mordedura del rencor eterno».[208]

Rebuscando entre sus muchas propuestas y comentarios de casos una respuesta coherente que aclare cuándo alguien es simplemente orgulloso o desconfiado y cuándo se convierte en paranoico, sus soflamas se diluyen y su opinión se ensombrece. Tal es la pregunta clave que conviene formular a cuantos defienden posiciones teóricas similares, ya sea apelando a la constitución o teorizando sobre la transición sin ruptura entre normalidad y psicosis.[209]

¿Qué responde el autor? Pues lo esperado, es decir, responde con una tautología, y mediante esta finta pretende ocultar el grueso de la pregunta. Según su parecer, en la constitución mental mórbida 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 mórbida. De esta manera se da por buena la existencia de una continuidad entre la constitución y la enfermedad, transición que se desarrolla a través de la zona de penumbra que va desde el estado normal a la enfermedad. En buena lógica, cuando se desciende en la escala de gravedad, el reflejo atenuado de la psicosis se halla en las singularidades del carácter del hombre reputado de normal.

Una respuesta de estas características que sostiene la continuidad entre normalidad y psicosis parece indicar que, tras un barniz de psicogénesis, se oculta en el autor una

defensa velada de la teoría de la degeneración, esto es, una querencia por la causalidad hereditaria.[210]

JACQUES LACAN, AIMÉE Y LA PARANOIA DE AUTOCASTIGO

La orientación constitucionalista continuó desarrollándose viento en popa en muchos ámbitos de la patología psíquica, también en los contados estudios que se ocuparon de la paranoia durante los años treinta del pasado siglo. Entre éstos, los menos siguieron las referencias de las contribuciones clásicas alemanas sobre las formas benignas o abortivas. En esta línea se sitúa la última gran aportación de la psicopatología psiquiátrica francesa al problema de la paranoia. Se trata de la monografía titulada *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, la cual serviría a su autor, Jacques-Marie Lacan (1901-1981), para obtener, en 1932, el grado de doctor en Medicina.[211]

Consta esta investigación de tres partes: se inicia con una amplia exposición histórica y conceptual, a la que sigue el relato y comentarios del «caso Aimée», para culminar con la propuesta de un método científico destinado al estudio de la personalidad y sus aplicaciones a la psicosis. Siguiendo la querencia de sus colegas, también Lacan trató de despejar un mecanismo capaz de hacer comprensible la paranoia de Aimée. Al optar por esta vía, se opuso frontalmente a los teóricos de las constituciones patológicas, hecho que le permitió destacar la ruptura o discontinuidad que caracteriza el nacimiento a la psicosis; se opuso también a su maestro Clérambault, partidario —según él— de un «núcleo» delirante. Así lo destacaría en 1933, al presentar sus trabajos científicos: «La originalidad de nuestro estudio consiste en ser el primero, cuando menos en Francia, en que se ha intentado una interpretación exhaustiva de los fenómenos mentales de un delirio típico en función de la historia concreta del sujeto, restituida por una investigación lo más completa posible [...]»; la propuesta de una génesis «reaccional» de la psicosis paranoica «[...] nos opone a los teóricos de la "constitución" llamada paranoica, lo mismo que a los partidarios del "núcleo" de la convicción delirante, que sería un fenómeno de "automatismo mental"».[212]

Dada la importancia que habría de adquirir en décadas posteriores la obra de Lacan, se han venido suscitando frecuentes discusiones sobre las influencias doctrinales que inspiraron su tesis. A nuestro modo de ver, las amplísimas referencias psicopatológicas de

las que echa mano tienen un único cometido: acudir a fuentes de autoridad para defender los tres grandes mensajes que pretendía trasmitir. Se trata, en primer lugar, de afirmar la existencia de las formas agudas y curables de la paranoia, razón por la cual se inspiró esencialmente en los autores alemanes contrarios a Kraepelin, en especial en la Escuela de Tubinga, cuyas enseñanzas le animaron a localizar las coyunturas críticas en las que irrumpe la psicosis y a determinar también la trama relacional en la que se halla capturado el sujeto.[213] Se propone, en segundo lugar, fundamentar la génesis psicológica de la enfermedad, esto es, la *psychogénie* («psicogenia»),[214] aspecto en el que solían coincidir la mayoría de los tratadistas, aunque él intenta afianzarlo mediante la noción de «personalidad», destacando para ello la dimensión etiológica reactiva mediante tres aspectos en los cuales siempre contempla una dimensión objetiva y otra subjetiva: un «desarrollo biográfico», una «concepción de sí mismo» y una «cierta tensión de las relaciones sociales».[215] Se pretende explicar, finalmente, el motivo último por el cual el delirio paranoico de Aimée se derrumba tras el paso al acto criminal y el consecuente castigo que la llevó a prisión, aspecto esencial para el que Lacan dejó de lado las referencias psiquiátricas y buscó inspiración en el psicoanálisis, en el cual halló los argumentos que habrían de encaminarle a la descripción del mecanismo del autocastigo.[216]

Cuantas razones se han argüido para destacar la afinidad especial que Lacan mostró en su tesis hacia Jaspers se sitúan, según nuestra consideración, en una perspectiva a contraluz del problema. Pues si Lacan hubiera sido tan jaspersiano como algunos pretenden, no habría tenido margen de maniobra para defender las formas agudas de la paranoia, ni mucho menos para fundamentar la discontinuidad que introduce la entrada en la psicosis, aspecto éste esencial de esta investigación y de su doctrina más clásica. Esta consideración no contradice el hecho por el cual Lacan se inspirara en el «método comprensivo» de Jaspers, instrumento que le permite fortalecer su hipótesis psicogenética.[217] Esta manera de relacionarse con las grandes obras psicopatológicas, aquí ilustrada respecto a la de Jaspers, señala el denominador común que Lacan mantiene con las referencias y fuentes de las que se sirve para legitimar sus propias y originales contribuciones a la materia.

Chocante es también la relación con los textos freudianos. Como Freud y a diferencia de la mayoría de sus colegas psiquiatras, nuestro autor analiza con todo lujo de detalles un único caso, del que espera extraer conclusiones aplicables al conjunto de la psicosis

paranoica; se aproxima con esta forma de proceder a la epistemología clínica desarrollada por Freud, es decir, al hecho de tratar de elevar la investigación clínica de un solo caso al paradigma de una estructura clínica. Sin embargo, en ningún momento sostiene la tesis principal del fundador del psicoanálisis, tesis controvertida según la cual la paranoia consiste en una defensa frente a un empuje homosexual intolerable.[218] Tomando como referencia la pulsión de muerte, el narcisismo y la tendencia al autocastigo, así como los desarrollos sobre la teoría libidinal (sexualidad) publicados por K. Abraham y F. Alexander, Lacan trató de afirmar la causalidad de la paranoia vinculándola a la historia del sujeto, es decir, a aquellos acontecimientos cruciales de su existencia frente a los cuales éste habría reaccionado enloqueciendo.[219]

Las influencias hasta ahora reseñadas serían insuficientes si no se concediera a los surrealistas la importancia que merecen. Con ellos coincide Lacan en el interés por las producciones literarias de los psicóticos, perspectiva que se enmarca en las relaciones que desde la Antigüedad se observan entre locura y creatividad. Esta vertiente está presente en la tesis de Lacan al menos en dos aspectos: por una parte, la paranoia no puede concebirse como un déficit; por otra, se trata de analizar la función que desempeñan los escritos de Aimée en el desarrollo de su locura.[220] En adelante, su obra sobre la psicosis estará muy ligada precisamente a los psicóticos que escribían (Schreber) y a la función de estabilización o de suplencia que la escritura podía procurar (Joyce).

Durante los años que Jacques Lacan se formó en psiquiatría, el psicoanálisis empezaba a adquirir cierto protagonismo en los medios culturales y en algunos sectores médicos: se había fundado la Sociedad psicoanalítica de París, comenzaba a publicarse *L'Évolution psichiatrique* y en *Annales Médico-psychologiques* podían leerse algunos artículos de inspiración freudiana. Mientras hacía acopio de una formación clásica —fue interno en el Hospital de Sainte-Anne; realizó un breve *stage* en el Burghözli (Zúrich); terminó su residencia en el Hospital Henri-Rouselle—, tuvo ocasión de trabajar con psiquiatras de gran renombre y orientaciones distintas, en especial con Georges Dumas, Henri Claude y Gaëtan de Clérambault.[221] Cuando en mayo de 1934 aprobó la oposición de Médico-jefe de los Asilos, plaza que no ocuparía, Lacan había comenzado ya su práctica privada del psicoanálisis. Aunque su paso por la psiquiatría fue breve, pueden distinguirse dos momentos: en el primero, entre 1928 y 1931, se mantiene acorde con las corrientes psicopatológicas que gozaban de mayor predicamento, como era el caso de las teorías constitucionalistas;[222] en el segundo, coincidente con su tesis, su perspectiva ha

cambiado y se muestra del todo contrario a ellas, valiéndose para ello de la noción de *milieu sociale*, esbozo que anticipa su concepto de «gran Otro».[223]

Apuntadas estas cuestiones relativas al contexto y las fuentes de inspiración, es momento de exponer los datos generales sobre la historia clínica de Aimée, en especial los que atañen al brusco desencadenamiento de la paranoia, la edificación del delirio y el paso al acto.[224]

El encuentro de Lacan con Aimée («Amada»)[225] se produjo en el asilo de Sainte-Anne en junio de 1931. Marguerite o Aimée tenía entonces treinta y ocho años y acaba 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. Los hechos se habían producido a mediados de abril de 1931 a las puertas del teatro Saint Georges, aprovechando el tumulto que se arremolinaba para presenciar la pieza teatral *Tout va bien*, del comediógrafo Henri Jeanson. Iracunda y desencajada, Aimée se había abalanzado sobre Z., su perseguidora, blandiendo un cuchillo de cocina. Pese a la sorpresa y brusquedad del ataque, la víctima (la Sra. Huguette ex-Duclos) pudo zafarse de las cuchilladas agarrando la hoja con su mano derecha. Por fortuna para ambas, los asistentes a la velada intervinieron con diligencia. Aimée fue reducida, atada y conducida a comisaría. En presencia del comisario de la Prefectura declaró que la actriz Z. la amenazaba y perseguía, y que en esa conspiración también colaboraba un novelista, un tal P. B.

A primeros de junio de ese año, diagnosticada por Trénel de «delirio sistemático de persecución a base de interpretaciones con tendencias megalomaníacas y sustrato erotomaníaco», fue trasladada desde la cárcel al asilo de Sainte-Anne. El 18 de junio de 1931, Lacan se encontró por primera vez con Marguerite. Desde ese día y durante un año, Lacan y Marguerite se vieron frecuentemente. Enseguida el joven psiquiatra se dio cuenta de que ese caso le procuraría los argumentos necesarios para dar cuerpo a su teoría de la paranoia: la examinó detenidamente y, tras granjearse su confianza, se hizo con sus «novelas» y algunas fotografías de la familia. Con todo ese material, Lacan parecía hallarse en condiciones de finalizar su tesis y profundizar en la comprensión de la génesis del delirio y de los efectos fulminantes que deparó el encarcelamiento.

En el momento en que Aimée había realizado su paso al acto llevaba ya diez años loca. Estaba casada y tenía un hijo, aunque vivía sola en París alejada de su familia desde hacía seis años. Su padre era un «pequeño tirano doméstico» y su madre una

delirante paranoica. A los treinta y un años Aimée había tenido que ser hospitalizada, pues pretendía huir a los Estados Unidos para convertirse en novelista. El plan se había visto frustrado merced a la intervención del marido y la familia, quienes lograron persuadirla e ingresarla en una casa de salud. Al cabo de seis meses de internamiento se le concedió el alta por expresa petición de la familia, pese a que el informe médico la declaraba «no curada». Poco después se trasladó a París, donde vivió sola y entregada a la gestación de su delirio.

La primera sorpresa de Lacan al encontrarse con la perseguida Aimée fue que el delirio se había derrumbado. Embargada por la tristeza, se limitaba a repetir que había hecho eso porque querían matar a su hijo. «Apresurémonos a decir 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».[226]

El desencadenamiento de su paranoia se había producido a los veintiocho años, cuando estaba embarazada. Se hablaba de ella, se la calumniaba, y ella pensaba: «Si la criatura no vive, ellos serán los responsables». Pues bien, como sucede a veces en la vida, quiso el destino que su hija naciera muerta por asfixia. Inmediatamente Aimée imputó la muerte de su retoño a una mujer, una antigua amiga. Apenas un año después volvió a quedarse embarazada y su delirio se reagudizó. Tan pronto como dio a luz, fue presa de un delirio de interpretación que giraba sobre su certeza inamovible: «Todos quieren matar a mi hijo». Lo que sucedió después ya se ha apuntado: tras ocuparse de la crianza de su bebé y proyectar huir a los Estados Unidos, Aimée tuvo que ser hospitalizada por primera vez.

¿Cuáles son las características de la personalidad de Aimée en el período previo al desencadenamiento de su paranoia? ¿En qué coyuntura se rompe la continuidad de su

existencia? Como más adelante se pondrá de relieve, en las respuestas que Lacan trenza sobre estas cuestiones, se aprecia un progreso sobre las observaciones realizadas por Gaupp y Kretschmer. Se trata de los mismos interrogantes, en efecto, pero la inspiración procurada por el psicoanálisis arroja sobre ellos una nueva luz.

Sirviéndose de las observaciones del psicólogo Jules de Gaultier, Lacan denominó «bovarismo»[227] al período anterior al desencadenamiento de la paranoia de Aimée, esto es, entre los dieciocho y los veintiocho años. Durante todos esos años Aimée no experimentó ningún tipo de fractura o discontinuidad en su acontecer vital, ningún signo morboso llamativo que pudiera indicar una psicosis. Tras quedarse embarazada por primera vez, se configuró la certeza sobre el peligro que corría la vida del hijo que llevaba en sus entrañas. El segundo embarazo, esta vez llevado a término con el alumbramiento de un varón sano, supuso la reagudización del delirio persecutorio: hay una conjura para arrebatarle a su hijo, un complot para matarlo. En esta ocasión, Aimée determinó que la perseguidora era la Sra. Z., la célebre actriz de la escena parisina: «Un día —dice Aimée— estaba yo trabajando en la oficina, al mismo tiempo que buscaba dentro de mí, como siempre, de dónde podían provenir esas amenazas contra mi hijo, cuando de pronto oí que mis colegas hablaban de la señora Z. Entonces comprendí que era ella la que estaba en contra de nosotros».[228] A juicio de Lacan, la razón última de la elección de Z. como perseguidora —el mismo papel que había atribuido con anterioridad a Sarah Bernard durante un breve período— radica en el hecho de que esa afamada actriz representaba para Aimée sus propios ideales, es decir, es la mujer que ella quiere ser. Como es natural, la imagen ideal es al mismo tiempo el objeto de su odio.

En su conjunto, el proceso de edificación del delirio recorrió sucesivamente tres períodos temáticos, los cuales están determinados por la relación que Aimée guarda con su certeza: la persecución («se quiere matar a mi hijo»), la megalomanía (convertirse en una reputada y prestigiosa escritora de novelas, una «mujer de letras»)[229] y, posteriormente, la erotomanía respecto al Príncipe de Gales.[230] Sola y aislada en París, Aimée se entregó en cuerpo y alma a la redacción de sus novelas. Ocho meses antes de su paso al acto criminal, sus escritos fueron rechazados por los editores y menospreciados por los lectores a quienes se los envió. El círculo de la persecución se iba cerrando y a Aimée no le quedaba más amparo que el del Príncipe de Gales, a quien escribió adjuntándole sus novelas.[231] Mantuvo alguna esperanza mientras aguardaba la contestación de su Otro protector. Cuando recibió la escueta y sobria respuesta que

incluía la devolución de sus escritos, el último rayo de luz se eclipsó. Al borrarse del horizonte la figura protectora del Príncipe de Gales, la persecución se hizo implacable y la cara maligna del Otro perseguidor invadió todo su mundo.

En estas circunstancias, Aimée no encontró más salida que deshacerse de su admirada, famosa y rica perseguidora.[232] Tras el intento de acuchillarla fue encarcelada, es decir, culpada y sancionada legalmente por su acto; apenas veinte días después, entre sollozos, el delirio se derrumbó. Como ya se dijo, Lacan la frecuentó a diario durante más de un año. Aimée continuaría hospitalizada en Ville-Evrard hasta 1942, año en el que su psiquiatra, el doctor Chanès, accedió a darle el alta tras sus insistentes solicitudes.[233]

¿Por qué se estabilizó Aimée? Lacan elaboró a este respecto la siguiente explicación: al agredir a Z., su ideal codiciado y odiado, Aimée se agrede a sí misma (autocastigo); la remisión del delirio se produjo cuando ella entendió precisamente que con su acto había atentado contra sí misma, que había apuñalado sus propios ideales, y desde ese momento la satisfacción de su «obsesión pasional» dejó de tener sentido. La asunción de esta verdad no podría haberse dado sin la sanción legal y el encarcelamiento, hecho determinante que hizo caer en la cuenta a Aimée de que lo que estaba buscando era autocastigarse. De manera que, al ser considerada responsable de su acto mediante el ingreso en prisión, su acto criminal fue sancionado y el delirio se hundió. «Me permití a mí mismo —recordó Lacan veinticuatro años después— 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"».[234]

En nuestra opinión, los hitos más relevantes de este estudio de psicopatología psiquiátrica pueden resumirse en tres. En primer lugar, la precisión de los antecedentes biográficos de la paciente y su articulación con el contenido de su locura. En segundo lugar, la localización exacta de las coyunturas del desencadenamiento de la paranoia y del paso al acto, así como una explicación cabal de las razones por las que el delirio dejó de prestar su función a la dinámica de la psicosis. En tercer lugar, 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 cualquier argumentación rigurosa de la génesis psicológica de la paranoia.

Merced a la obra posterior de Lacan sobre la psicosis y a los numerosos estudios que se han ocupado de Aimée, hoy día se podrían apuntar otras perspectivas en la interpretación del caso. El propio Lacan, en «Propos sur la causalité psychique» (1946), volvió de nuevo a ocuparse de Aimée, distinguiendo en esta ocasión tres tiempos en el desarrollo de esa paranoia. Corresponde el primero 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»). Al mismo tiempo desarrolla una especie de erotomanía platónica, «sexualmente neutralizante», mientras se empeña en 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 por completo de sus deberes familiares. Aunque hasta ese momento la paciente no había presentado más que manifestaciones del carácter con un trasfondo persecutorio (quieren perjudicar a su hijo), en el segundo tiempo esa «liberación» bastó para desencadenar un delirio organizado, el cual alcanzó su apogeo («momentos fecundos» del delirio) en el instante en que se encontró «completamente independiente».

Desde entonces Aimée permaneció encerrada en un círculo sin aparente salida. Por una parte, rechaza sentir resentimiento contra su hermana, que ha conseguido que le quiten a su hijo; por otra, intenta acuchillar a la famosa actriz. Este acto 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 la identificación a su hermana, proyectando una imagen de ella misma «tan invertida como virtual» —siguiendo así la «ley del corazón» descrita por Hegel en la *Fenomenología del espíritu*—, 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 descompensación («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*).[235]

Concluimos aquí nuestra historia sobre las aportaciones más clásicas a la nosología y a la nosografía de la psicosis paranoica. A lo largo de este recorrido hemos tratado de enfatizar las causas y las consecuencias de la paulatina reducción de su marco clínico. Confiamos en que, pese a la proliferación de autores y teorías, el lector haya podido advertir el cuestionamiento permanente que la paranoia ha supuesto y supone para la psiquiatría de las enfermedades mentales. En los capítulos que restan reaparecerán algunos de los conceptos aquí apuntados («certeza», «autorreferencia mórbida», «trabajo de formación del delirio», entre otros); también algunas controversias —por ejemplo la de Chaslin, en el capítulo IV— respecto al grado de artificialidad que entrañan estas caracterizaciones basadas en mecanismos como la interpretación, la imaginación o la alucinación. Asimismo, una versión muy distinta sobre la estructura y los mecanismos paranoicos podrá leerse en el penúltimo capítulo, dedicado por entero a Paul Schreber, a quien confiaremos las últimas palabras sobre los fenómenos y la lógica de la locura.

A la par que ese intrincado conjunto de opiniones y visiones tan diferentes sobre la paranoia, resulta en cambio llamativa la concordancia a la hora de definir la paranoia en relación a las ideas delirantes. En los dos capítulos que siguen mostraremos cómo se creó la demencia precoz y la esquizofrenia, enfermedades que se nutrieron de numerosos casos anteriormente englobados dentro de la paranoia. A lo largo del siglo XX asistiremos a una repetición de cuanto había ocurrido en el siglo anterior, solo que ahora la esquizofrenia ha venido a sustituir a la paranoia clásica.[236] Analizada así la historia de la clínica, nos asaltan algunas preguntas que trataremos en adelante de responder. ¿Deliraban más, acaso, nuestros antepasados decimonónicos? ¿No se captaba en ellos la xenopatía, como pudo hacerse muy a finales del siglo XIX, a partir de los estudios sobre las alucinaciones y del surgimiento del psicoanálisis? ¿Es la propia ideología psiquiátrica la que ha determinado y encumbrado ciertas dimensiones de la patología mental? ¿El

triunfo de la esquizofrenia sobre la paranoia supone un triunfo de las orientaciones organogenéticas sobre los partidarios de la psicogénesis? ¿Cabe esperar de la actual esquizofrenia lo que le ocurriera a la paranoia, es decir, su atomización y dilución en nuevas categorías?

III

DEMENCIA PRECOZ: EL ROSTRO MÁS DEFICITARIO DE LA LOCURA

«Vivo en la ilusión de que esto no es una ilusión», le decía un paciente a Kraepelin.

EMIL KRAEPELIN, *Psychiatrie*, 1915

SUMARIO Emil Kraepelin, su ideología, metodología y nosografía sistemática. La hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y los dementes precoces vistos por Morel. *Dementia praecox*, 1899; *Verblödung*; el problema de las formas paranoides; controversias (Séglas, Serbski y Chaslin). *Dementia praecox*, 1913; *Zerfahrenheit*; las parafrenias. Misterios de lo «endógeno». Hoche y Bonhoeffer refutan las tesis de Kraepelin.

Tal como se ha expuesto en el capítulo precedente, la noción de paranoia se erigió, mediante sus diversas y en ocasiones imprecisas caracterizaciones (la *Verrücktheit*, el *Wahnsinn* y la *Paranoia* en la clínica alemana; las distintas versiones de los *délires systématisés chroniques* en la clínica francesa), en el centro de los debates psicopatológicos del siglo XIX. En cambio, en las dos primeras décadas del XX se produjo un desplazamiento imparable hacia la noción de esquizofrenia, de manera tal que la paranoia clásica se integrará casi en su totalidad entre las formas paranoides de la demencia precoz o de la esquizofrenia. Fue principalmente Emil Kraepelin quien llevó a cabo este trasvase de una categoría nosográfica a otra. Lo hizo —según expresa la luminosa metáfora de Alfred Hoche— a través de un trueque tan sospechoso como el que emplea un mal químico cuando pretende aclarar un líquido turbio por el procedimiento de cambiarlo de recipiente. La cosa no tendría mayor interés si no fuera por la intención que lo promovió y las consecuencias que acarreó: fundar y delimitar «enfermedades mentales» supuestamente naturales, cuyo paradigma estaba representado por la *Dementia praecox* de Kraepelin o la *Schizophrenie* de E. Bleuler. Mientras las propuestas nosológicas del primero resaltaron en especial la fenomenología correspondiente al debilitamiento (*Verblödung*) precoz de las facultades mentales, las del psiquiatra zuriqués pretendieron aprehender un mecanismo genérico, presumiblemente responsable de la escisión (*Spaltung*) del funcionamiento psíquico.

IDEOLOGÍA, METODOLOGÍA Y SISTEMÁTICA KRAEPELINIANAS

Aportando una visión de conjunto a las contribuciones de sus predecesores, Kraepelin examinó de manera sistemática la descripción del rostro más deficitario de la locura siguiendo el modelo de la hebefrenia que E. Hecker había retratado con todo lujo de detalles. Pero Kraepelin cometió el error de generalizar su visión empobrecedora a muchas formas de locura llamadas anteriormente *Paranoia*. Con el paso de los años, este extravío inicial daría paso a la elaboración de un artificio nosográfico cuyos puntos de fractura siguen siendo hoy día motivo de numerosas matizaciones y tímidos intentos de reorganización. Erradicada casi en su totalidad la paranoia clásica por el sistema kraepeliniano, desapareció con ella la bisagra esencial que organizaba el panorama

nosográfico de la psicosis. De esta manera, a lo largo del pasado siglo se produjo un descentramiento en la reflexión sobre las psicosis de la razón, cuyo marco habría de tornarse más heterogéneo. Siempre a la sombra del consenso mayoritario que asimilaba la *Dementia praecox* de Kraepelin y la *Schizophrenie* de Eugen Bleuler, han venido sucediéndose algunos intentos de privilegiar bien el polo más deficitario-demencial o bien el más destructivo y desgarrador de la identidad.

Con el fin de arrojar alguna luz sobre este problema crucial de la psicopatología, trataremos por separado la demencia precoz y la esquizofrenia, pues ambas categorías se nos presentan harto heterogéneas en su fundamento nosológico, pese a su mayor coincidencia en el ámbito nosográfico. Una especial importancia acordamos a los argumentos —a menudo contradictorios— de los que Kraepelin se sirvió para justificar la construcción de la demencia precoz, sin duda su mayor contribución a la historia de la clínica mental. Al final de nuestro estudio recuperaremos estas cuestiones, en especial al explicar la propuesta de H. Claude y al hacernos eco de la antigua discusión sobre los síntomas nucleares o fundamentales y los accesorios, tan en boga en nuestros días con otras terminologías: positivos *versus* negativos, deficitarios *versus* productivos, esquizofrenias tipo I y tipo II, etc. Aunque los términos sean recientes, la problemática que lastran y no resuelven debe examinarse en su origen, si es que se aspira a salir del bucle de la repetición.

Por lo demás, conviene tener presente que al mismo tiempo que se reaniman y extienden las influencias kraepelinianas, algunos autores han tratado también de conmover con sus críticas ciertos aspectos de esta sistemática: en el plano epistemológico, se ha llamado la atención sobre su ideología decididamente antifilosófica, ingenuamente cientificista y naturalista;[1] respecto a la coherencia y al rigor de su método de recogida y valoración de los datos clínicos, algunos estudios advierten del escaso rigor y del exiguo material con que contó para la elaboración de las sucesivas remodelaciones nosotáxicas;[2] en el terreno estrictamente psicopatológico, principal motivo de los comentarios que siguen, nos proponemos mostrar los artificios que determinaron la invención de la demencia precoz y las parafrenias. Pese a estas observaciones y críticas, es de justicia reconocer que Kraepelin ha desempeñado el papel principal en la edificación de la moderna psicopatología psiquiátrica, en especial en materia nosográfica. Para decirlo en pocas palabras, como hiciera G. Halberstadt poco después de morir el

psiquiatra alemán: «Kraepelin fue un alienista genial y creemos que la historia de la medicina confirmará este juicio».[3]

Aunque muchos habían asumido la tarea de transformar las antiguas visiones de la locura de acuerdo con los presupuestos de la medicina moderna, sólo él consiguió sentar esas bases y concretar los primeros desarrollos de forma cabal. Tiene razón H. Ey, hablando de Kraepelin, cuando afirma que la psiquiatría se ha construido contra el prejuicio que asimilaba la locura a las dolencias del alma.[4] Ahora bien, lo que no menciona Ey es que la psiquiatría se ha elaborado observando las enfermedades pero de espaldas al loco, convirtiéndose a la postre en la mayor justificación cientificista destinada a negar el interés del diálogo con el alienado. Antes de valorar si nuestra tesis pudiera resultar infundada o excesiva, conviene examinar los argumentos que se presentan en este capítulo sobre la demencia precoz.

Emil Kraepelin nació el 15 de febrero de 1856 en Neusterlitz y comenzó sus estudios médicos en Würzburg. Se inclinó por la psiquiatría a raíz de una estancia en Leipzig, en 1876, en el Laboratorio de psicología experimental dirigido por Wilhelm Wundt. A esa ciudad de Sajonia regresaría años después, una vez defendida su tesis doctoral sobre *El lugar de la psicología en la psiquiatría*, en esta ocasión para trabajar en el Servicio del profesor Paul Flechsig, cuyo parvo interés por los enfermos le resultaba deplorable al joven médico.[5] Para entonces Kraepelin tenía muy claras sus aspiraciones de convertirse en profesor de Psiquiatría antes de los treinta años; sabía también que su carrera de investigador se había frustrado cuando, a causa de las tinturas empleadas en las pruebas de reacción, se le produjo un escotoma en la mácula del ojo izquierdo. Curiosamente, la merma de su visión por la ambliopía no habría de impedirle elaborar la más sistemática y ambiciosa aportación a eso que se dado en llamar la «clínica de la mirada».

Aunque cumplió su sueño de verse convertido en profesor, su vida no fue precisamente de color de rosa. Se casó en 1884 con Ina Scwabe, y durante los primeros años de matrimonio tuvo que sufrir la pérdida de varios hijos. Por fin, en 1885 fue nombrado profesor de la Universidad de Dorpat (actual Tatou, Estonia) y director del manicomio asociado a ella. Allí tuvo que vérselas con numerosas dificultades para organizar el funcionamiento de los servicios y hacer frente a una copiosa deuda heredada de su antecesor Emminghaus. No fue esa, sin embargo, la mayor contrariedad, puesto que Kraepelin no conocía el idioma de sus enfermos: «Era muy laborioso para mí trabajar con los pacientes, porque yo tenía dificultades con el idioma. [...] Por

consiguiente, no me podía comunicar con la mayoría de ellos sin recurrir a una traducción constante, aunque progresivamente aprendí las preguntas más habituales; por desgracia los pacientes no siempre se ajustaban a mi limitado vocabulario de respuestas».[6] Pese a todos estos inconvenientes, durante su estancia en Dorpat publicó dos ediciones de su *Libro de texto de Psiquiatría*.[7]

A consecuencia de las disputas entre alemanes y bálticos en cuanto a los nombramientos de cargos académicos, en 1890 Emil Kraepelin dejó Dorpat y aceptó el nombramiento de profesor ordinario en Heidelberg. «Kraepelin —escribe Janzarik— quería investigar, enseñar, tratar con sus medios a los enfermos y evitar que la acumulación de casos crónicos [...] convirtiera su clínica en inoperante».[8] Contó allí entre sus colaboradores con Gustav Aschaffenburg y Alois Alzheimer. Merced a su carácter hospitalario, Kraepelin atrajo a Heidelberg a numerosos médicos e investigadores de todos las partes del mundo, incluido Eugen Bleuler. Pese a que su deseo de quedarse estaba fuera de duda, en 1903 fue propuesto para la cátedra de Psiquiatría y la dirección de la Clínica universitaria de Múnich,[9] donde permanecería hasta su muerte, sobrevenida el 7 de octubre de 1926.

Los rasgos psicológicos con que suele describirse su personalidad parecen haber contribuido al estilo, método e ideales de su obra psiquiátrica. Reservado, ordenado, meticuloso, respetuoso con la autoridad y dotado de una voluntad de hierro, este admirador de Bismarck, aficionado a los viajes y amante de las ciencias naturales y de la botánica, encontró una colaboración inestimable en su hermano Karl, botánico y zoólogo de profesión. Queda para los clínicos e historiadores juzgar en qué condiciones estos ideales cientificistas pueden aplicarse al estudio de la locura.[10]

Cuando se pretende analizar el proceso de creación de la demencia precoz, se vuelve necesario examinar las dos obras de Kraepelin en las que afianza sus pilares: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze* (en especial las ediciones sexta, de 1899, y octava, publicada entre 1909 y 1915) y *Einführung in die psychiatrische Klinik* (sobre todo la segunda edición de 1905).[11] La visión naturalista aparece como hilo conductor de su proyecto sistemático, destinado a diferenciar y clasificar los fenómenos de la locura en entidades morbosas homogéneas e independientes.[12] Su concepto de enfermedad (*Krankheitsbegriff*), central en toda su elaboración nosológica, se inspira en el modelo anatomoclínico y aspira a reeditar los logros conseguidos con la parálisis general. Sintetizando el caudal de influencias provenientes de sus predecesores y coetáneos —en

especial de Falret y Kahlbaum, pero también de Morel, Hecker, Möbius y Wundt—,[13] Kraepelin logró una operatividad evidente al situar las manifestaciones terminales de los cuadros clínicos como criterio definitivo y esencial, y muy especialmente en la demencia precoz, la paranoia y las parafrenias. Jean-Pierre Falret y Karl Ludwig Kahlbaum son, a nuestro entender, los autores que mayor inspiración le procuraron. Continuador de las ideas de su padre, Jules Falret (1824-1902) defendió la existencia de enfermedades mentales autónomas, afirmando enfáticamente de ellas: «Son esos tipos naturales, esas especies distintas, las cuales poseen caracteres propios, un conjunto de síntomas especiales, y sobre todo una evolución particular susceptible de ser descrita y prevista por adelantado; eso es lo que se necesita aplicar a los alienados para investigar y descubrir, para asentar una clasificación verdaderamente natural».[14] A esta línea de investigación se añaden la aportaciones de K. L. Kahlbaum (1828-1899) quien, 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, lo que permitiría diferenciar los trastornos o enfermedades de los cuadros de estado más o menos pasajeros.[15]

Conforme a estas premisas, Kraepelin trató de afianzar una correlación entre la anatomía patológica, la sintomatología, el curso y la terminación de las enfermedades, y un hipotético conocimiento de sus causas; sólo cuando se cumplen estos requisitos es posible, como él mismo reconoció, establecer un concepto de enfermedad psíquica. 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.

Como ya le ocurriera unas décadas antes a J.-P. Falret, también Kraepelin se topó con el escollo de la etiología, desconocida en la mayoría de los trastornos. Para satisfacer su exigente concepción, confió en que futuros conocimientos aportaran las pruebas de lo que para él eran sólo conjeturas. De esta manera, a falta del conocimiento riguroso de las causas, desplazó su interés hacia la evolución de los trastornos y, de manera especial, hacia los estados finales del proceso (*Endzustand*). Y es ahí donde radican precisamente

algunos de sus mayores inconvenientes, en especial los relativos al diagnóstico y los que, en última instancia, afirman las diferencias nosográficas en aspectos meramente cuantitativos (grados de deterioro y debilitamiento psíquico).

De acuerdo con esta metodología, en efecto, habría que conocer al detalle la evolución completa y la forma definitiva de terminación para corroborar el diagnóstico. Así concebido, el diagnóstico no aportaba nada al pronóstico, hecho que iría en contra del modelo de la parálisis general o de la ilusión de Magnan explicitada en el delirio crónico. Por el contrario, esta nosología para difuntos podría volverse inoperante si no se procuraban algunas claves sobre las formas de inicio y los fenómenos elementales patognomónicos, aspectos que Kraepelin suplió al dar prioridad a la predisposición psicopática en la eclosión de la demencia precoz.[16] Por otra parte, al cargar las tintas sobre el debilitamiento de las funciones mentales, el pesimismo terapéutico se vuelve descorazonador, como el propio Kraepelin insinuaba al afirmar: el destino de nuestros pacientes está ya decidido en gran medida cuando se desarrolla su afección. Como es natural, un siglo después de sus propuestas resulta más fácil advertir la inconsistencia de sus argumentos. No por ello debe rebajarse de valor el conjunto de sus aportaciones, máxime cuando intentan iluminar la oscuridad que reina en este pequeño mundo de la psicopatología.

Antes de exponer el proceso y los fundamentos de la invención de la demencia precoz, resulta muy ilustrativo evocar la visión que Kraepelin tenía de los enfermos mentales; se comprenderá mejor así el patetismo con que los retrata en sus observaciones y la función social que atribuye a la psiquiatría: «Todo alienado —escribió en 1905— constituye de algún modo un peligro para sus circundantes, pero en especial para sí mismo. Al menos un tercio del número total de suicidios tienen por causa ocasional trastornos mentales diferentes, como en menor escala ellos son también los inductores de los crímenes contra el pudor, de incendios, robos, estafas y otros. Multitud de familias lloran su ruina por causa de estos desdichados enfermos, que disiparon fortunas o medios de existencia en insensatas empresas o a causa del empeño en aliviar sufrimientos sociales y corporales nacidos por virtud de la pereza, de la incapacidad para el trabajo, que acompañan casi siempre a todos los trastornados de la mente. Sólo una mínima parte de ellos sucumbe pronto en mediana edad; los demás perduran años y años imbéciles o dementes, inermes para la vida, constituyendo una pesada carga para las familias, los Municipios y el Estado; tan pesada carga, que ya va haciéndose sentir en la economía nacional».[17]

Esta visión aciaga de la locura, casi siempre incurable y muchas veces peligrosa, convierten a la psiquiatría y a los psiquiatras en decididos defensores de la sociedad frente a los locos. Dicha perspectiva, como veremos, será reafirmada y justificada en la octava edición de su *Lehrbuch* mediante la noción etiológica de «endógeno», esa especie de «misterio», de la que habrá de surgir la noción de «psicosis endógenas», a las que Kolle calificó de «oráculo de Delfos de la psiquiatría».

LA DEMENCIA PRECOZ DE MOREL, LA HEBEFRENIA DE HECKER Y LA CATATONÍA DE KAHLBAUM

El itinerario hacia la construcción de la *Dementia praecox* estaba ya apuntado en 1896, año en el que publicó la quinta edición de *Psiquiatría. Un libro de texto para estudiantes y médicos*. A diferencia de las ediciones anteriores, Kraepelin abandonó la concepción sintomática en favor de una visión clínica de conjunto y desplazó el interés de los signos externos de la enfermedad a la evolución de los diversos trastornos. Reunió en esta ocasión, bajo el título de *Verblödungsprocesse* («procesos de deterioro o debilitamiento»), un conjunto de cuadros clínicos tan novedoso como heterogéneo, en el que agrupaba la *Dementia praecox*, la *Katatonie* y la *Dementia paranoides*.[18] La primera de ellas es la más original, aunque tiene ciertas resonancias de la hebefrenia descrita años antes por Hecker; Kraepelin la define como «el desarrollo, más o menos intenso, de estados de debilitamiento mental en los que se presentan de forma aguda o subaguda perturbaciones mentales».[19] La catatonía se inspira directamente en las observaciones de Kahlbaum, mientras que la demencia paranoide reune la gran mayoría de los delirios adscritos anteriormente a la paranoia.

El término *Dementia praecox*, elegido por Kraepelin para nombrar el primero de esos cuadros clínicos, había sido creado por Morel, aunque jamás lo dotó de un desarrollo teórico. El grado de parentesco entre la *démence précoce* de Morel y la *Dementia praecox* kraepeliniana ha sido objeto de numerosas controversias, las cuales oscilan entre las que reivindican una legítima filiación y las que denuncian intereses exclusivamente chovinistas;[20] pero, sea como fuere, en ambos casos se destacan los aspectos más deficitarios del cuadro clínico, elevándolos al rango de productos esenciales de la enfermedad. En sus *Études cliniques* de 1851-1852, Morel nos presenta algunas observaciones de jóvenes alienados que se caracterizan por la sugestibilidad, la

estereotipia de las actitudes, de los gestos y del lenguaje, los tics y gestos extraños, y el «nihilismo» o negativismo; en ninguno de sus comentarios aparece referido el término *démence précoce*, pero sí *stupidité aboutissant à la démence* y *démence stupide*.[21] En todos los casos mencionados, la enfermedad concluye irremediablemente en un estado de idiotismo o de demencia, dependiendo de la edad de inicio. Sin embargo, en el *Traité des maladies mentales*, publicado en 1860, Morel emplea el término *démence précoce* para designar la «inmovilización súbita de todas las facultades», pero en ningún caso el autor considera dicha enfermedad como una forma de degeneración, ya que no encuentra en los casos estudiados una herencia similar.[22]

Desde luego, mucho más que la supuesta correspondencia que se pueda establecer entre los apuntes deshilvanados de Morel y la descripción sistemática de Kraepelin, lo que importa es la elección del término *démence*, cuyas dos acepciones muestran por sí mismas la unión consustancial que en el futuro irán de la mano. En efecto, en el código penal napoleónico la demencia nombraba a la vez el debilitamiento intelectual y cualquier estado mental que impidiese el libre albedrío del enfermo, de manera que el efecto de supresión de la responsabilidad subjetiva se diluía con este término a la par que se encumbraba el determinismo de la propia enfermedad.[23]

Fuera de toda duda está la decisiva influencia causada por la descripción que, en 1871, Ewald Hecker (1843-1909) realizara de la hebefrenia. Inspirándose a su vez en la parafrenia hebética de su maestro y amigo L. Kahlbaum, Hecker designó con el nombre de la diosa griega de la juventud, Hebe, una alteración mental que evolucionaba con rapidez hacia un severo deterioro. Según sus observaciones, se trataba jóvenes (entre los 18 y los 22 años) que enloquecían de una manera brusca y en poco tiempo caían en una estupidez extraordinaria, un impresionante embrutecimiento y desorganización de las funciones psíquicas. La enfermedad se iniciaba, en la mayoría de los casos, tras una alteración afectiva profunda con claros síntomas de melancolía. Después, de forma progresiva, surgían ideas delirantes, por lo general muy efímeras y cambiantes (caprichos extraños y pueriles, amores increíbles, persecuciones e influencias raras, etc.), las cuales contrastaban con las representaciones delirantes «fijas». Estos jóvenes enfermos, al tiempo que manifestaban sus lamentos sobre la terrible miseria que les había tocado vivir o sobre los horrendos pecados cometidos y las persecuciones de las que eran objeto, no podían reprimir la impulsión a reír y a hacer chanzas bobaliconas. Su comportamiento se

expresaba en tendencias estúpidas, hasta el extremo de dar la impresión de entregarse conscientemente a proferir innumerables tonterías en el curso de sus conversaciones.

Precisamente en las conversaciones con los hebefrénicos, y también en sus escritos, es donde se aprecian con mayor nitidez los trastornos formales del lenguaje. Fue en ese ámbito donde Edwald Hecker —a diferencia de los sucintos e inespecíficos apuntes de Morel— describió los retratos fenomenológicos más hermosos, hecho que habla muy favorablemente de sus capacidades de observación. Atento a los diálogos con sus jóvenes hebefrénicos y desmenuzando sus farragosos textos, logró precisar un conjunto de detalles semiológicos prodrómicos que advertían de la inmediata degradación que estaba presta a desarrollarse: llamativas anomalías en la construcción sintáctica; gusto redundante por la elaboración de frases aburridamente prolijas y engoladas; imposibilidad de concreción en la expresión de una idea; reiteración desmedida en el empleo de giros y fórmulas oratorias un tanto fútiles; inusitada propensión a utilizar jergas poco comunes, las más de las veces tan extravagantes que resultaban ininteligibles. Pues bien, todos estos trastornos patognomónicos del lenguaje oral y escrito anunciaban el inevitable derrumbamiento y desintegración del yo, proceso que Hecker explicaba siguiendo los bosquejos psicológicos de W. Griesinger sobre la «renovación y el reacomodo psicológico del Yo». «Aunque, en el conjunto, es raro observar en nuestros enfermos el grado más profundo de estupidez y de nulidad mental (tal como se las encuentra, por ejemplo, en la parálisis general), lo que resulta más característico es la larga persistencia de un cierto grado, más bien mediano, de decadencia mental».[24]

El otro polo ostensiblemente deficitario de la demencia precoz estaba constituido por la catatonía o *Spannungsirresein* (locura de tensión). Kahlbaum lo había esbozado ya en su Manual[25] de 1863, pero la descripción definitiva no aparecería hasta su monografía de 1874.[26] Su creador la definió como una enfermedad del cerebro, de curso cíclico y variable, en cuyo transcurso se sucede una sintomatología psíquica que adquiere paulatinamente los siguientes aspectos: melancolía, manía, estupor, confusión y demencia. Puede darse el caso que una de estas fases no esté presente, pero además de las mencionadas manifestaciones psíquicas se presentan con seguridad síntomas del sistema nervioso motor que tienen el carácter general del calambre y la tensión (*die Spannung*). Junto a estos dos órdenes sintomáticos, la pericia de Kahlbaum puso de relieve algunos «pequeños signos» que irrumpen en los primeros estadios de la afección, lo que le permitía establecer un diagnóstico precoz: comportamiento afectado, lenguaje

salpicado de declamaciones prolijas acompañado de gesticulaciones histriónicas, verbigeración y mutismos parciales. Todos estos signos muestran la tendencia al negativismo, a las ideas místicas y los trastornos psicomotores que oscilan entre la agitación y la rigidez.

LA DEMENCIA PRECOZ EN 1899, SEXTA EDICIÓN DE «LEHRBUCH»; CONTROVERSIAS (SÉGLAS, SERBSKI Y CHASLIN)

La hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y la *Dementia paranoides* fueron reunidas por Emil Kraepelin, en 1899, en una misma enfermedad, la *Dementia praecox*. Esta nueva categoría nosográfica, ante todo basada en el presupuesto deficitario implícito en la noción de la enfermedad, ampliaba su territorio respecto a los «procesos de deterioro o debilitamiento» (*Verblödungsprocesse*) descritos tres años antes, pues añadía además las formas alucinatorias o fantásticas de la paranoia (*phantastische Formen*). «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 deterioro psíquico característicos. Puede parecer que tal resultado no sea sistemático, pero su frecuencia es tan grande que estamos obligados, por el momento, a mantenernos en esta definición».[27]

Kraepelin se esforzó denodadamente en describir en todos sus detalles la sintomatología más visible del cuadro clínico, intentando establecer las correlaciones más frecuentes y las posibles variaciones evolutivas. Su enfoque se nos muestra aquí muy distinto a las pretensiones psicopatológicas de Bleuler, muy lejano también a la sutil micro-fenomenología aprehendida por Clérambault, seguramente por estar lastrado por el ideal de asimilar la psiquiatría a la patología médica: «En sus concepciones se refleja con claridad las mismas leyes que rigen el resto de dominios de la ciencia médica, sobre todo de la patología interna, [...]», escribe Soutzo para alabar la pertinencia de las aspiraciones de Kraepelin.[28]

Aunque sus voluntariosas caracterizaciones clínicas se revelan con mucha frecuencia demasiado heterogéneas e inconexas, el autor continuó apostando por ellas con el fin de evitar lagunas semiológicas en la hechura global del cuadro clínico. Las manifestaciones patológicas más habituales se resumen en los siguientes síntomas: trastornos de la

atención, debilitamiento profundo del juicio, confusión de las ideas, ensaladas de palabras, alucinaciones, ideas delirantes; pero, sobre todo, trastornos de la esfera afectiva y volitiva.

A fin de organizar jerárquicamente el conjunto sintomatológico de la demencia precoz, Kraepelin propone diferenciar un síndrome nuclear y unos síntomas accesorios.[29] El primero está constituido por los elementos propiamente deficitarios, siguiendo de cerca el paradigma de la hebefrenia: deterioro afectivo o torpeza psíquica (*gemüthliche Verblödung*; término de difícil traducción), pérdida completa de la vivacidad intelectual (*geistliche Regsamkeit*) y del interés, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria (*Willenssperrung*), apatía, desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad (en especial, la obediencia automática a los requerimientos o *Befehlsautomatie*), falta de encadenamiento lógico de las ideas o disgregación psíquica (*Zerfahrenheit*); en los casos graves se llega incluso al uso aberrante del lenguaje (*Sprachverwirrtheit*). Sin embargo, la configuración y especificidad de las formas clínicas están determinadas por los síntomas accesorios: ideas delirantes, alucinaciones, síndrome catatónico, etc. Pero los signos capitales de la afección derivan en su conjunto del debilitamiento o deterioro psíquico (*Verblödung*): «El paciente hace sus manifestaciones despacio y con monosílabos, [...] porque no siente deseo alguno de hablar. [...] Su voluntad no parece que haga esfuerzo alguno. [...] No se nota signo alguno de desaliento, como podría esperarse del contenido de su charla; permanece como atontado, sin miedo, sin deseos, sin esperanzas. [...] Esta falta peculiar y fundamental de *sentimiento intenso de la vida*, a la cual se asocia la capacidad de entender y recordar, es el signo capital de la enfermedad que tenemos ante nosotros».[30]

Comoquiera que la reunión de los tres tipos clínicos (hebefrenia, catatonía y demencia paranoide) parecía un tanto forzada, cosa que, de ser cierta, contradecía el principal argumento para considerarla una única enfermedad, Kraepelin insistió repetidamente en dos supuestos. El primero, sin duda muy atinado por cuanto se verifica en la clínica diaria, se apoya en la observación de las frecuentes transiciones que se producen entre los tres tipos clínicos mencionados. El segundo —exclusivamente teórico, en nuestra opinión— abundaba de nuevo en el denominador común del grupo, esto es, en la pronta e inexorable evolución hacia un marcado debilitamiento mental, el cual culmina en la mayoría de los casos en un verdadero deterioro.[31] Con lo que se ha apuntado hasta aquí, es posible hacerse ya una idea de la visión que el autor tiene de estos enfermos: en el

polo hebefrenocatatónico, sujetos estúpidos, embrutecidos, incoherentes, retraídos, raros; en el polo paranoide, sujetos con una marcada debilidad de las facultades que relatan disparates interminables y «monstruosos», que se irritan hasta el insulto cuando se les contradice y se prodigan en un «chaparrón de frases de contenido tan insustancial como uniforme».[32]

Tras examinar en 1899 los trastornos característicos de esta enfermedad (psico-sensoriales, alteraciones de la atención y del pensamiento, ideas delirantes, apatía emocional y volitiva, y trastornos somáticos), precisa Kraepelin con gran lujo de detalles las tres formas clínicas que se hicieron clásicas. Su reunión en una única entidad nosológica convertía a la *Dementia praecox*, contrariamente a los intereses de su promotor, en algo parecido a la psicosis única, de la que apenas se excluye la locura maníaco-depresiva. En este sentido, concordamos con J. Garrabé cuando afirma: «Más bien aparece como un resurgimiento de la psicosis única de Griesinger, de la paranoia en el sentido antiguo, con su ineluctable evolución hacia una demencia terminal».[33] Este hecho que juzgamos como demérito ha sido, en cambio, alabado por otros autores. Por ejemplo, G. Halberstadt, profundo conocedor de la obra de Kraepelin, lo considera un logro. Su opinión tiene aún mayor alcance si se sitúa en su contexto: «¿La demencia precoz así delimitada constituye un grupo de psicosis próximas una a otra o, por el contrario, es una enfermedad autónoma con formas clínicas más o menos independientes? Kraepelin pensaba en esta segunda hipótesis».[34]

Según la opinión de Kraepelin, las formas hebefrénicas (*hebephrenische Formen*) se caracterizan por el rápido deterioro psíquico, al que se llega tras una fase melancólica —aunque en ocasiones se advierten estados de excitación— en la que se observan síntomas muy variados: dolores de cabeza, insomnio, sensaciones de cambio profundo de la personalidad, repliegue interior, irritación, humor triste o expansivo, estados de confusión profunda (*Verworrenheit*) acompañados de excitación psicomotriz, ideas delirantes disparatadas y poco coordinadas, etc.

Las formas catatónicas (*katatonische Formen*) comprenden, sin apenas variaciones, el síndrome anteriormente descrito por Kahlbaum. Se trata de un estado de estupor o de excitación que conduce con rapidez a la demencia; se suele acompañar de negativismo, inmovilidad, estereotipia, impulsividad y enorme facilidad para la sugestión, manifestaciones todas ellas que se observan con claridad en los movimientos de expresión y los actos.

Por último, las «formas paranoides [*paranoide Formen*] de la demencia precoz», las más frecuentes, se caracterizan por el desarrollo, a lo largo de muchos años, de ideas delirantes y alucinaciones sensoriales. Su inicio es a menudo agudo; en su sintomatología general se pueden apreciar también signos de la serie catatónica, fases de estupor y excitación, manierismos, juegos de palabras, neologismos y confusión del lenguaje. Dos son las formas en las que se subdivide la demencia paranoide: la demencia paranoide «severa» y las «formas paranoides fantásticas de la demencia precoz». La primera se distingue por la presencia constante de ideas delirantes masivas e incoherentes, que alternan la persecución y la megalomanía, pero siempre asociadas a un estado de excitación; al mismo tiempo que los enfermos son presa de delirios, se instauran también las alucinaciones auditivas. Lo que sucede más a menudo es que el estado de excitación dé paso a un humor exuberante y a un lenguaje cada vez más oscuro y difícil de comprender, un lenguaje salpicado de «giros y expresiones fabricadas a base de fragmentos» (uno de sus pacientes daba su dirección de la siguiente forma: «Haut Vaoivaiuxyoviuowauoxyoheco tatio tati»). Con el paso de los años termina por imponerse un discurso plagado de digresiones y una especie de debilidad mental (*schwachsinnige Verwirrtheit*), pero el humor, a veces sobresaltado por una irritabilidad transitoria, se mantiene jovial y animoso. En segundo lugar, las formas paranoides fantásticas —llamadas con anterioridad *phantastische Verrücktheit der Paranoia* y catorce años después transformadas en las *Paraphrenien*— se especifican por un desarrollo más coherente de las ideas delirantes, las cuales muestran por lo general un cariz novelesco y se asocian a numerosas alucinaciones. Este estado puede mantenerse así durante décadas o desembocar en una confusión completa; a lo largo de tan dilatada evolución, Kraepelin observa una transformación del delirio de persecución en megalomanía.[35] El humor es esencialmente triste en los inicios, aunque varía después hacia un sentimiento de dicha veteado por estados de angustia intensa. Dentro de las ideas delirantes destacan por su frecuencia las de «influencia corporal», llegando en algunos casos extremos hasta la convicción de estar poseídos y de haber sido corporalmente invadidos. Al igual que en la demencia paranoide severa, transcurridos unos años aparecen las conductas extravagantes, el uso prolijo de giros abstrusos y de palabras inventadas, los juegos silábicos y las rimas, el estilo sofístico y la sintaxis incomprensible. Finalmente puede sobrevenir una remisión o atenuación del delirio y también, de forma transitoria, un retroceso del cuadro mórbido.

Una combinación de firmeza y cautela se advierte en el tono expositivo con el que Kraepelin presenta a la comunidad psiquiátrica su propuesta de la *Dementia praecox*. Nos parece evidente que es consciente, por momentos, del grado de artificialidad que estaba adquiriendo su proyecto. Por ese motivo, cuando la ocasión lo propiciaba, salía al paso de las críticas que presumiblemente le objetarían algunos de sus compatriotas y sobre todo los colegas franceses, a quienes, a buen seguro, no agradaría el reparto de territorios entre la demencia paranoide y la paranoia. Una y otra vez echó mano de su dilatada experiencia, de sus muchas lecturas y del meticuloso método de recogida de datos.[36] Partiera de tal o de cual idea, sin embargo llegaba siempre a la misma conclusión: todas las formas clínicas que componen la demencia precoz evolucionan ineluctablemente, y en un breve lapso de tiempo, hacia un debilitamiento de las funciones psíquicas, cuya manifestación más conspicua es el profundo desorden del lenguaje. En lo que atañe a las diferencias entre la demencia paranoide y la paranoia, advierte que en esta última hay un «sistema» y una continuidad en el interior de las ideas delirantes «invariables», ésas con las que el enfermo explica e interpreta patológicamente acontecimientos reales; en cambio, en la demencia paranoide dichas ideas se caracterizan por la absurdidad, el desatino y la incoherencia, de modo que unas pueden sustituir y dar paso a otras distintas. Si en teoría la semiología podía servir para las discriminaciones nosográficas, en la práctica eran los grados de deterioro, es decir, los aspectos cuantitativos, los que aportaban el criterio definitivo de la clínica diferencial.

Cuatro son, cuando menos, los puntos controvertidos, incluso frágiles, de su elaboración: primero, la reunión en una única enfermedad de formas clínicas en apariencia tan distintas; segundo, la etérea separación entre la paranoia y la demencia paranoide; tercero, el deterioro de las facultades, esencia de la enfermedad, ¿es tan acusado e irreversible como lo pintaba Kraepelin?; cuarto, el calificativo «precoz» parece lastrar un prejuicio que la observación clínica no siempre corrobora. Para ilustrar estos puntos de fractura, sacaremos a colación las advertencias de Séglas, Serbski y Chaslin, entre otros.

Las objeciones de Séglas a la demencia precoz kraepeliniana se centran en las fronteras entre la paranoia y la demencia paranoide. Aunque admite *grosso modo* la nueva categoría, le parece al alienista de la Salpêtrière que la *Dementia praecox* contiene «una gran exageración». En su opinión, la *démence paranoïde* debe nombrar «un conjunto sobre todo caracterizado por un debilitamiento intelectual de naturaleza

demencial, el cual se desarrolla con rapidez y se acompaña, a veces durante un largo período de tiempo, de errores sensoriales y de ideas delirantes variables, desprovistas de todo carácter sistemático».[37] En cuanto a las ideas delirantes, resulta llamativo su polimorfismo temático (persecución, grandeza, hipocondría) y el hecho de acompañarse a menudo de alucinaciones precoces; son múltiples, cambiantes, bobaliconas, extravagantes.

Esta concepción séglasiana de la demencia paranoide se corresponde a la perfección con el primer subtipo descrito por Kraepelin (forma «severa»). Como hemos mostrado en el capítulo precedente, el desacuerdo de Séglas se centra en el segundo subgrupo (formas fantásticas o alucinatorias de la antigua paranoia): «A nuestro entender, estos últimos casos no pueden asimilarse a los del primer grupo, pues presentan con claridad los caracteres de la paranoia».[38]

Si las objeciones de Séglas tienen por objeto el problema de las formas paranoides, las elaboradas por Vladimir Serbski (1855[?]-1917) atañen al conjunto de la construcción kraepeliniana: la unidad del grupo, los síntomas, la edad de inicio, la demencia final, el desconocimiento de las causas, la falta de datos anatomopatológicos, etc.[39] Tras examinar con perspicacia y minuciosidad los textos de Kraepelin, destaca Serbski el forzamiento teó rico que implica la reunión en una misma enfermedad de las formas paranoides con la hebefrenia y la catatonía, por más que Kraepelin haya pretendido curarse en salud alegando repetidamente la posibilidad de transición e intercambio entre estas formas clínicas, cuyo nexo común deficitario estaría, según él, fuera de duda. Ese forzamiento se pone de relieve en la «imposibilidad» de «determinar los rasgos característicos fundamentales de ese grupo mórbido, de manera que el elemento unificador de los fenómenos clínicos más diversos se presenta como un verdadero caos».[40]

Otro de los motivos de desacuerdo es la edad de inicio. Como es natural, la enfermedad debe irrumpir en la adolescencia o la juventud; más del sesenta por ciento se desencadenan antes de los veinticinco años. Pero Kraepelin advierte también que podría aparecer en cualquier edad,[41] cosa que no deja de resultar chocante. También eso llama la atención de Serbski: «el término demencia precoz ha sido introducido en la ciencia para indicar la disminución [que sobreviene a] un organismo antes de que tenga tiempo de desarrollarse completamente».[42] Claro que, de no ser así, una de las dos condiciones que el término nombra no se cumple. Tampoco le parece a Serbski que en todos los

casos se llegue rápidamente a un período final desfavorable, una demencia más o menos pronunciada, hecho sobre el que también insistirá Bleuler para conferir un pronóstico menos aciago a la esquizofrenia. Además, si esta enfermedad resulta tan fatídica, para qué «habríamos de ocuparnos del tratamiento, de investigar las mejoras a realizar en los manicomios o empeñarnos en llevar allí a los enfermos».[43]

Dejando de lado una parte de las críticas de Serbski —las relativas a la escasa especificidad de los síntomas, la ausencia de datos anatomopatológicos y el desconocimiento de las causas—, este autor no tiene mayores reparos en calificar la demencia precoz como «una agrupación absolutamente artificial, en absoluto unificada, que comprende procesos de lo más heterogéneos».[44]

También es ése nuestro parecer. Todo el tesón demostrado por Kraepelin para organizar el conjunto de la patología mental grave en función de los signos deficitarios y demenciales estuvo animado por el ideal de transformar la locura tradicional en «enfermedades mentales» naturales. Por otra parte, como también apuntó Serbski, si Kraepelin redujo los síntomas a meros signos indicadores de la enfermedad, su labor quedó bastante deslucida al no haber conseguido propiamente aislar los signos patognomónicos objetivos de la *Dementia praecox*, como cabría esperar de quien aspira a hacer únicamente medicina de la psiquiatría. Y aunque es respetable esta orientación teórica y los méritos del gran Kraepelin están fuera de toda duda, conviene siempre verificar en la observación clínica si la demencia y la precocidad son realmente tan marcadas como se pretende en esta teoría nosológica.

Como apoyo a nuestros argumentos, citemos las palabras de Philippe Chaslin: «Este término "demencia precoz", elegido por Kraepelin, es desafortunado, pues, tal como se aprecia, la demencia no llega por lo general más que después de muchos años. [...] La demencia, incluso cuando se produce, no parece a menudo muy profunda; se asemeja mucho a la de las locuras sistematizadas, en las que lo más frecuente es que falte o sea muy parcial. El "demente precoz" es siempre menos demente de lo que parece. Si la demencia "precoz" quiere decir inicio muy temprano de la afección, el término es aún peor [...]».[45] Como es natural, otros clínicos se han mostrado más cercanos a la idea del debilitamiento psíquico y la demencia ineludible, manteniéndola como el criterio esencial; es el caso de Kleist, Guiraud y Heuyer. Este debate ha llegado hasta nuestros días adornado con hipótesis neurobiológicas, semiológicas, nosográficas y farmacológicas; en el fondo de todas estas revisiones nuevas, con las cuales parecen entretenerse muchos

autores anglosajones, se advierten los mismos puntos de fractura imputables al artificio nosológico de Kraepelin.[46]

Las mencionadas opiniones de Serbski y Chaslin se hacen eco de la posición clásica de la escuela francesa,[47] que trató por todos los medios de frenar la colonización de la psiquiatría de lengua alemana. Los clínicos franceses, como mostramos en el capítulo precedente, se agarraron con fuerza a la dogmática de Magnan, tratando de limitar en lo posible la generalización de la noción *Dementia praecox*. El resultado de esta pugna impidió —o al menos retardó— que los «delirios crónicos» terminaran absorbidos por la demencia precoz, en la medida en que los psicopatólogos franceses lograron oponerlos a aquélla. Al tiempo que este tira y afloja se hacía más ingrato, los clínicos del segundo clasicismo consiguieron clasificar y reorganizar el campo de los delirios crónicos en función de sus mecanismos específicos;[48] tampoco esto, a la postre, serviría de barrera para detener la colonización de las grandes nociones provenientes del otro lado del Rin. Retomaremos el marco y las consecuencias de estas rivalidades al tratar de la *psychose hallucinatoire chronique*.

LA DEMENCIA PRECOZ EN 1913

Sensible a estas críticas, la versión que Kraepelin presentó en su texto de 1913 (octava edición) muestra algunas variaciones sustanciales. Acaso más que las alarmas de los franceses, lo que le preocupaba eran los efectos sobre su *Dementia praecox* surgidos merced a la publicación de la monografía de Bleuler dedicada a las esquizofrenias. En esta ocasión, el profesor de Múnich incluyó la demencia precoz —Kurt Kolle la denominaría años después *Morbus Kraepelin*—[49] dentro del grupo de los «deterioros endógenos» (*endogenen Verblödungen*) junto con la reducida y provisional agrupación de las parafrenias (*paranoiden Verblödungen*). Ambas compartían la misma causa y el mismo proceso mórbido, aunque diferían en las formas de inicio y en la evolución; la paranoia o locura (*Verrücktheit*), por otra parte, quedaría aún más separada de este nuevo grupo, adquiriendo un sentido similar al *délire d'interprétation* de Sérieux y Capgras.

El nuevo grupo estaba constituido por estados caracterizados por la disgregación psíquica (*Zerfahrenheit*, esto es, la falta de encadenamiento lógico de las ideas)[50] y la

falta de afectividad, apuntando así, de manera sutil, a los criterios acentuados por Eugen Bleuler. De esta manera, tras la publicación de la monografía de Bleuler, Kraepelin desplazó su consideración clásica y esencial de la *Verblödung* hacia la *Zerfahrenheit* y los trastornos preponderantes de la afectividad. Estas alteraciones fundamentales de la voluntad y la afectividad dominan el cuadro mórbido de la demencia precoz de principio a fin, promoviendo una pronta desintegración de la personalidad o pérdida de la unidad interior. Por lo que respecta a las cuatro formas clínicas de las parafrenias, la armonía interna de la vida psíquica está más conservada, y ni la apatía ni la indiferencia llegan a adquirir una intensidad resueltamente llamativa hasta los últimos períodos de la enfermedad.

Seguramente se comprenderá, tan pronto como se enjuicien estas sucintas apreciaciones, que el mayor escollo de esta nueva versión patológica se centraba en perfilar los matices y las diferencias atribuibles a las formas paranoides de la demencia precoz y a las parafrenias. En la práctica, tal como pudo después inferirse del estudio de Mayer, dichas diferencias no iban más allá de superficiales y arbitrarios aspectos cuantitativos: mayor o menor precocidad en la aparición, en la desintegración de las facultades mentales durante el período de estado, en el debilitamiento sobrevenido en los estadios terminales, en la gravedad de los trastornos de la afectividad y la voluntad; en todos los casos, los mayores grados se alcanzaban en las demencias paranoides y los menores en las parafrenias. Otro tanto podría señalarse de la separación entre la paranoia y las parafrenias, en especial respecto a sus formas sistemática y confabulatoria. Este artificio cuantitativo,[51] sujeto siempre a intangibles valoraciones de grados, permitió a Kreapelin salvaguardar provisional y efímeramente su edificio nosológico de las psicosis con deterioro. Tal fue, como pronto pondremos de relieve, la necesidad esencial que le empujó a la invención de las parafrenias.

De los tres tipos clínicos originarios de la demencia precoz (hebefrenia, catatonía y demencia paranoide), Kraepelin pasó en 1913 a describir nueve formas: (1) la demencia simple (*Dementia simplex*); (2) la hebefrenia o demencia necia (*läppische Verblödung*); (3) la demencia depresiva simple o de estupor (*depressive Verblödung*); (4) la demencia depresiva delirante (*depressive Verblödung mit Wahnbildungen*); (5) el grupo de estados que incluyen agitaciones: la forma circular (*zirkuläre Form*) de la demencia precoz, las formas de demencia agitada (*agitierte Form*), la forma periódica (*periodische Form*); (6) la catatonía; (7) la demencia paranoide grave (*gravis*); (8) la demencia paranoide

ligera (*mitis*); (9) la esquizofasia o demencia con confusión del lenguaje (*Schizophasie* o *Sprachverwirrtheit*).[52]

En esta clasificación se aprecian tres innovaciones importantes: las formas de demencia próximas a los trastornos maníaco-depresivos, años después denominadas esquizoafectivas; la forma «simple», muy probablemente inspirada en el tipo homólogo de P. Sérieux[53] y de Bleuler, en la que sólo se aprecia un debilitamiento intelectual progresivo que no alcanza la demencia profunda; la esquizofasia o *Sprachverwirrheit*, descripción que invita a una reflexión de hondo calado, tal como llegó a insinuar Chaslin mediante su *folie discordante verbale*: ¿son los trastornos del lenguaje el producto del deterioro psicótico o, por el contrario, los trastornos del lenguaje determinan la psicosis? Kraepelin no llegó a plantearse jamás esta cuestión, pues su perspectiva no le permitía captarla; para él, como es natural, la confusión del lenguaje es una manifestación muy llamativa originada por el proceso mórbido de la demencia precoz.

La esquizofasia o «confusión del lenguaje» es una forma postrera de demencia precoz. Se caracteriza por una logorrea abstrusa plagada de neologismos, juegos de palabras, soliloquios; todas estas manifestaciones se dan a la par que un humor alegre y un comportamiento sensato y razonable; la falta de concordancia entre el pensamiento y la expresión está muy acentuada. «El comienzo se caracteriza por un debilitamiento paulatino con intranquilidad y actos incongruentes, o bien por un humor con confusión e irritabilidad, ideas de persecución e intentos serios de suicidio. A menudo, el mal se desarrolla por episodios, durante los cuales se aprecian mejorías substanciales que duran años».[54] Estos sujetos están orientados en el tiempo y en el espacio; sus alucinaciones no les afectan en los quehaceres de la vida cotidiana, ni tampoco sus ideas delirantes, cuyos motivos más socorridos son las influencias, las persecuciones, las «conexiones» (*Einschaltungen*) y los temas megalomaníacos.[55]

Amén de estas importantes variaciones nosológicas y nosográficas, cabe reseñar el argumento inusual con el que Kraepelin pretendió deslindar la demencia paranoide *mitis* (ligera) de las parafrenias. Dado que en el plano propiamente semiológico y evolutivo ambas categorías son en la práctica muy difíciles de separar, el autor recurre por primera vez a un análisis de carácter psicológico que consiste en interpretar el delirio de influencia o de persecución física como un trastorno que deriva del debilitamiento de la voluntad; por esa razón, los delirios de influencia quedaban adscritos a la demencia precoz, pues esa enfermedad comprende en su síndrome nuclear las alteraciones más severas de la

voluntad. Por lo que parece, cualquier vía le resultó válida siempre que permitiera sostener el edificio nosotáxico previamente predeterminado.

LA INVENCIÓN DE LAS PARAFRENIAS

Las parafrenias, por su parte, agrupaban aquellos casos de difícil clasificación en la nosografía kraepeliniana: las formas alucinatorias o fantásticas (*phantastische Verrücktheit der Paranoia*), antaño atribuidas a la paranoia, más tarde a la paranoia alucinatoria y posteriormente a la demencia paranoide. Como tal grupo, las parafrenias fueron presentadas a la comunidad psiquiátrica en el Congreso de psiquiatras de Baviera, en 1912. Un año antes, la publicación de la monografía de Eugen Bleuler sobre la esquizofrenia había sacudido los pilares nosológicos del edificio kraepeliniano, promoviendo igualmente una nueva reorganización nosográfica donde la gran mayoría de las psicosis delirantes quedaban incluidas en esta nueva enfermedad. Al tiempo que esto sucedía, los clínicos franceses se ocupaban de elaborar y reorganizar sus delirios crónicos en función de sus mecanismos específicos, Chaslin acababa de concluir sus *Éléments de sémiologie et clinique mentales*, y G. Ballet se empeñaba en dar una forma definitiva a la psicosis alucinatoria crónica. Al margen de estos desarrollos, la interpretación elaborada por Freud de las *Denkwürdigkeiten eines Nerverkranken* del juez Dr. Schreber empezaba a cautivar a sus discípulos y a algunos psiquiatras de Zúrich.

Atento y sensible a esta coyuntura resueltamente innovadora de la psiquiatría, pero fiel sobremanera a sus propios planteamientos nosológicos destinados a la demarcación de enfermedades mentales autónomas e independientes, Kraepelin prefirió remodelar su edificio nosográfico tratando de matizar más aún la separación entre la paranoia y las formas paranoides de la demencia precoz. Y fue precisamente en ese espacio intermedio, excepcional una vez más respecto al conjunto del armazón nosográfico, donde el profesor de Múnich hizo surgir el grupo parafrénico.[56] De nuevo volvió a sacar a colación valoraciones cuantitativas de los grados de deterioro, destacando además el polimorfismo delirante, la edad de inicio, la presencia de alucinaciones y los efectos que ocasionaban.[57]

Las parafrenias comprenden un tipo de enfermedades psicóticas que afectan a un pequeño número de casos y se inician tardíamente, por lo general entre los treinta y

cuarenta años. En ellas, «la estructura interna de la vida psíquica está bastante menos afectada [que en la demencia precoz], a causa del desarrollo mucho más atenuado de los trastornos de los sentimientos y de la voluntad. En esos casos, al menos, la pérdida de la unidad interior está eventualmente limitada a ciertos desarrollos intelectuales. Las alucinaciones conspicuas y la coloración paranoide del cuadro clínico son dos características comunes a todas las formas, que no pueden diferenciarse siempre con rigor. Al mismo tiempo se producen variaciones del humor, pero hasta los últimos períodos de la enfermedad no se ponen de manifiesto el estupor y la indiferencia, que constituyen muy probablemente los primeros síntomas de la demencia precoz. Por último, la actividad aparece a menudo marcada por una influencia mórbida, sobre todo en el curso de ciertos procesos anormales del pensamiento y de estados de ánimo asociados. Tan sólo en las formas iniciales se observan, de tanto en tanto, trastornos de la voluntad autónoma, sin que mantengan alguna relación con ésta, como de múltiples formas sucede en los casos de demencia precoz».[58]

El desarrollo delirante, por más extravagante que sea, no afecta a la personalidad en su totalidad. Con excepción de las formas confabulatorias, las alucinaciones desempeñan un papel preponderante. En contraste con la exuberancia fenomenológica, la síntesis personal se conserva y se ve menguada únicamente en los últimos estadios de la enfermedad.

Cuatro son las formas clínicas comprendidas en la agrupación parafrénica: sistemática (*systematica*), expansiva (*expansiva*), confabulatoria (*confabulans*) y fantástica (*phantastica*).[59] La forma sistemática, muy similar al *délire chronique* de Magnan, representa el paradigma del grupo y es la que incluye mayor número de casos. Se caracteriza por el desarrollo extremadamente insidioso de un delirio de persecución, de evolución continua, al que más tarde se añaden ideas de grandeza, pero sin que la personalidad se desintegre. Al hilo de estas precisiones, Kraepelin presenta sobre el particular algunos ejemplos en los que describe, con una nitidez envidiable, los sentimientos más íntimos de los pacientes que les apremiarán a la edificación del delirio explicativo: aparecen en la realidad del enfermo determinados signos que le aluden directamente; sólo mediante el delirio esas autorreferencias adquirirán significación. El humor se transforma al mismo tiempo que evoluciona la enfermedad. Si al principio predominaban la ansiedad y la depresión, cuando germinan las ideas de persecución, se expanden la desconfianza y la hostilidad. Más tarde, la aparición de las ideas

megalomaníacas (enviados de Dios, personajes bíblicos, la «esposa de Cristo») torna el humor más altivo y expansivo. A diferencia de la demencia precoz paranoide, faltan en esta forma de parafrenia los signos característicos del deterioro (imbecilidad, negativismo, etc.); además, las alucinaciones son muy tardías, los trastornos de la voluntad más livianos y se conserva el buen sentido en los actos y la razón.

La parafrenia expansiva, en segundo lugar, afecta también a un pequeño número de casos. Se observa en ellos una llamativa megalomanía, apoyada con frecuencia en un humor con ligera excitación, aunque a veces viene precedida de un período de ansiedad y depresión. Los temas delirantes eróticos y religiosos son los más frecuentes en esta forma parafrénica. La lectura atenta de los historiales ilustrativos nos hace albergar dudas sobre el diagnóstico de psicosis (parafrenia) en algunos casos de delirios religiosos citados por Kraepelin; bien podrían tratarse de formas de neurosis histérica disociativa.[60] En cambio, los delirios de temática erótica recogidos en el texto nos parecen excelentes ejemplos de psicosis elaboradas a partir de un delirio erotomaníaco. En esta forma de parafrenia, las alucinaciones tienen un interés especial; son muy precoces y guardan una gran similitud con «visiones probablemente relacionadas con sueños»: para un enfermo, la Santísima Trinidad es una mujer con cabeza de cocodrilo que lucha contra san Miguel; otros oyen voces provenientes del Papa, de los santos, etc. Al contrario de cuanto les ocurre a los parafrénicos sistemáticos, los expansivos no suelen sentirse perseguidos. Pese a su extraordinaria locura, estos enfermos se ocupan de sus asuntos con una normalidad que sorprende; muchos incluso pasan desapercibidos. Sólo al final del proceso el delirio se torna estrambótico, insensato e incoherente.

La parafrenia confabulatoria, en tercer lugar, registra asimismo un número muy reducido de casos. Durante casi treinta y cinco años —dice el autor— sólo observó una docena. Se distingue del resto de formas por el papel que en ella juegan las falsificaciones de los recuerdos, que llevan a algunos pacientes a retrotraer a la infancia el origen de la persecución a la que están sometidos. Las manifestaciones clínicas de la parafrenia confabulatoria irrumpen con un cambio brusco en la conducta (irritación, ensimismamiento, meditación); posteriormente sobresale un delirio de persecución y de grandeza cuyo contenido, extraordinario, desarrolla sobre todo ideas de las filiaciones inventadas. En esta forma, las alucinaciones desempeñan un papel secundario. La parafrenia confabulatoria correspondería, *grosso modo*, al *délire d'imagination* descrito por Dupré.

Por último, la parafrenia fantástica reúne un conjunto de casos en los que predomina un delirio extravagante, incoherente y cambiante; la persecución y la influencia corporal son las temáticas más explotadas. Las alucinaciones cenestésicas aportan un colorido muy particular al cuadro, en especial las ideas y sentimientos de influencia personal: «Pero la cosa más sorprendente es que los pacientes sienten y ven a otras personas que se deslizan en su cuerpo. Gentes que se pierden en él, que se meten en su forma (*in seine Form*); [...] Un paciente señaló que un automóvil entero le había sido introducido por detrás [...]».[61] A pesar de estas extravagancias, los pacientes conservan la sensatez, la lucidez y la racionalidad. El lenguaje está plagado de neologismos, de palabras absurdas: «Una paciente decía que era Sócrates, debería hacer de tal manera [*so grad'es*]. Un enfermo añadió: Chamisso, vergüenza es tal [*Scham is so*]; verdad, verdadero salvaje [*Wahrheit, wahrer Heid*]; Doctor, perro tonto [*Dogg-tor*]. [...] Un tercero pensaba que las fracturas [*Brüche könnten*] podrían ser curadas mediante la creación del nuevo calendario y aboliendo la aritmética de las fracciones [*Bru ch rechnung*]; quería convertir a Klagenfurt[62] en un fuerte de honores [*Ehrenfurt*], aboliendo la prostitución. A pesar de las mencionadas peculiaridades sin sentido, el enfermo se hace entender bastante bien, sobre todo cuando no se trata de sus delirios; a veces escriben cartas intachables».[63] La evolución final tiende a la incoherencia y a la invención continua de neologismos. Es la forma parafrénica que más se asemeja a la demencia precoz paranoide, si es que es posible distinguirlas en algún punto.

La vigencia de las parafrenias en la clínica alemana fue efímera. Cuando Wilhelm Mayer publicó, en 1921, su investigación catamnésica, el artificio parafrénico se desmoronó por completo;[64] además, este trabajo contó con la aprobación de Kraepelin. No deja de sorprender que, para realizar esta investigación, su autor se valiese de criterios muy similares a los que el propio Kraepelin había utilizado para su construcción. Mayer realizó un seguimiento especial de setenta y ocho de los casos de parafrenia en los que Kraepelin se había basado. Sus conclusiones contribuyeron de forma decisiva a desmantelar dicha categoría, pues la gran mayoría de enfermos había evolucionado, en su opinión, hacia la esquizofrenia, la paranoia, la psicosis maníaco-depresiva, etc. Sólo un porcentaje mínimo pudo conservar su diagnóstico inicial de parafrenia (cinco en la forma expansiva, seis en la confabulatoria y diecisiete en la sistemática), y todo eso hasta el momento en el que se realizó dicho estudio.

La misma rotundidad con que Kraepelin se empleó con la paranoia clásica, sirvió en

este caso a Mayer para zanjar este galimatías; su conclusión no pudo ser más inequívoca: las parafrenias son formas de esquizofrenia. En la década de los años veinte del pasado siglo se asumió, aunque no por completo, la postura de Kleist y su escuela: la parafrenia confabulatoria y la fantástica debían agruparse dentro de la esquizofrenia, mientras la sistemática y la expansiva debían hacerlo en el marco de la paranoia. Terciando asimismo en este debate, O. Bumke, en su influyente *Tratado*, se quejó de que la parafrenia «constituye hasta la fecha sólo un problema, no una cuestión resuelta», ya que sirve para nombrar casos de formación delirante paranoica cuya sistematización es incierta. A su juicio, la mayoría de los casos de parafrenia terminan por convertirse, con el paso de los años, en esquizofrenias típicas; así y todo, de forma provisional consideró parafrenias a las formas sistemática, expansiva y confabulatoria.[65]

Aunque pudiera resultar asombroso, el grupo parafrénico halló un mayor beneplácito entre los clínicos franceses.[66] La explicación más plausible apunta a la alianza implícita que los clínicos franceses trabaron con la desfalleciente sistemática kraepeliniana. En aquellos momentos, recurrir a Kraepelin se les antojaba como un parapeto frente a la gran amenaza proveniente de Bleuler y su «grupo de las esquizofrenias», una barrera con la que salvaguardar el baluarte de los delirios crónicos.[67]

Por otra parte, la separación de la demencia precoz y las parafrenias venía a dar la razón, en cierta medida, a las críticas de los autores franceses referidas a la sexta edición, en la que los delirios crónicos ingresaban sin más en la demencia precoz paranoide. En esa coyuntura, a pesar del «carácter sistemáticamente psicológico de los criterios utilizados [...], que produce formas con límites confusos e insuficientemente extensivas»,[68] esta nueva concepción kraepeliniana serviría —¡quién lo iba a decir diez años antes!— a los clínicos franceses para enfrentar la colonización de la esquizofrenia de Bleuler.[69]

EL MISTERIOSO TÉRMINO «ENDÓGENO»

Hemos dejado para el final el complejo asunto de la etiología de la demencia precoz. Todo el empeño de Kraepelin en describir «enfermedades mentales», siguiendo para ello el modelo de la medicina interna, choca frontalmente con el desconocimiento real de su causa, incluso con la escasa coherencia de las hipótesis planteadas. Comoquiera que la

etiología es parte substancial en la definición de cualquier enfermedad, parece lícito pedirle a este autor algunas explicaciones sobre el particular.[70] Examinemos ahora las razones de peso en las que Kraepelin basó la organicidad de la *Verblödung*, de los trastornos de la afectividad y la voluntad, es decir, del pilar principal que sostiene la demencia precoz y la parafrenia.

En la quinta edición del *Lehrbuch* (1896) proponía Kraepelin que los *Verblödungsprocesse* —es decir, la demencia precoz, la catatonía y la demencia paranoide— estaban causados por afecciones metabólicas, aunque no se especificaban cuáles. Tres años después, en el apartado «Etiología y patogenia» de la sexta edición, nuestro autor reconocía que la causa fundamental de la demencia precoz era por el momento «oscura». Hecha esta salvedad, a renglón seguido aseguró que se trataba «con gran probabilidad» de una enfermedad cerebral concretamente localizable («una desaparición parcial de células cerebrales»). Por si eso no fuera suficiente, unas páginas más adelante apuntó aún otra intuición: una «autointoxicación» de alguna manera relacionada con lo que ocurre en los órganos sexuales. Para argumentar esta autointoxicación por «productos sexuales», Kraepelin esbozó dos argumentos: en primer lugar, los estrechos lazos que unen la aparición de esta enfermedad y la pubertad, los trastornos menstruales y el parto; en segundo lugar, la ausencia de toda causa determinante exterior.[71]

Catorce años después, en 1913, tanto la demencia precoz como la locura maníaco-depresiva quedaron enmarcadas dentro de las «enfermedades endógenas», acepción que Kraepelin tomó del neuropsiquiatra alemán Paul Möbius.[72] Dado que para este último la noción de «endógeno» resultaba inseparable de la degeneración hereditaria, Kraepelin terminó por redondear sus hipótesis etiológicas apelando al mismo oscurantismo que sus colegas franceses: «a falta de otra cosa mejor, la "enfermedad mental" era endógena».[73]

Con el paso de los años, el misterioso término «endógeno» se ha ramificado hasta adquirir sentidos ambiguos y argumentos extraviados: causa desconocida, afección que proviene del interior del individuo («constitución», «terreno», «carácter moral», etc.), incurabilidad, causalidad ligada a la herencia, etc.[74] A tenor de cuanto se acaba de exponer, no resulta ya tan extraña la paradoja, acertadamente señalada por Jakob Wyrsch, según la cual durante muchas décadas los organicistas fueron los defensores a ultranza de lo «exógeno», mientras que los psicogenetistas (Heinroth e Ideler) se habían declarado «endogenistas».[75]

Un nuevo intento de reconducir este galimatías terminológico fue el propuesto por Kurt Schneider. Para este autor, el término «exógeno» debe ser empleado únicamente como «algo *somáticamente* exógeno» y nunca en un sentido reactivo-vivencial o psicógeno, «como por desgracia sigue haciéndose a menudo»; por el contrario, de las «psicosis endógenas» no se puede decir mucho más que su causa somática es por completo desconocida, pero es seguro que no se las puede concebir como una mera variación del psiquismo («si así fuera, para nosotros no serían psicosis»). Su propuesta, por lo demás bastante afín a la tradición psiquiátrica, se resume en las siguientes líneas: «La única distinción clara es la que distingue entre psicosis con base corporal reconocible y psicosis sin base corporal reconocible (hasta hoy). Las primeras presentan *cuadros* psicopatológicos "exógenos"; las segundas, *cuadros* psicopatológicos "endógenos". Pero no deja de haber solapamientos entre ellas».[76] Apelando a esa oscura noción de «endógeno», la psiquiatría alemana no ha dejado hasta la fecha de proponer descripciones de enfermedades mentales. Mediante esa confusión eluden aportar precisiones sobre una causa que se sigue escapando.[77]

Pero el fondo de la cuestión no debe escamotearse por más que reine tal confusión semántica. Se trata, por supuesto, de la causalidad de la enfermedad, es decir, de uno de los pilares esenciales que soporta cualquier nosología médica. Cuando se pretende, sin aportar una causa material comprobable —como lo hicieron Kraepelin y tantos otros—, que determinadas descripciones sintomatológicas y evolutivas, más o menos bien perfiladas, constituyan en sí mismas auténticas «enfermedades», resulta, como poco, muy atrevido. Sólo en contadas ocasiones se ha podido culminar con una etiología precisa las descripciones de determinadas constelaciones clínico-evolutivas. En esos casos, la enfermedad —ahora sí verdadera— ha dejado en ese instante de pertenecer al dominio psiquiátrico para incorporarse a cualquiera de las especialidades médicas. Lamentablemente, como hemos señalado desde el inicio, este problema no se limita sólo a la esfera de la teoría del conocimiento nosológico. Incluso cuando esa teoría resulta insuficiente en sus fundamentos, impone unos ideales sociales y unas prácticas clínicas que afectan de lleno a los sujetos trastornados. Conforme a esta visión de la patología mental, el loco termina por desdibujarse bajo los trazos de un sinnúmero de estudios sobre las enfermedades mentales. Al considerar que dichas enfermedades son procesos de la naturaleza, desarrolladas al margen de toda subjetividad y de cualquier posible influencia externa, estas orientaciones psiquiátricas no las conciben como construcciones

discursivas; al contrario, se trata de hechos objetivos que la ciencia médica tiene la misión de descubrir y remediar.

Nuestra perspectiva es otra. Pues al partir del sujeto y no de la enfermedad, los hechos que se revelan adquieren otros valores y se ajustan a otra lógica. También, al investigar la historia de la clínica indagando en sus puntos de fractura, las conclusiones obtenidas nos animan a considerar como invenciones, creaciones o construcciones, la mayoría de las conquistas nosológicas y nosográficas que nuestros clásicos han elaborado sobre los modos más extremados del fracaso y del sufrimiento humano. Las conclusiones derivadas del estudio de la demencia precoz, según nuestro parecer, ratifican este punto de vista.

También el propio Kraepelin se mostró, en sus últimos trabajos, más dubitativo respecto a la rigidez de las tesis sostenidas en su *Lehrbuch*. Esta vacilación está relacionada con las consideraciones elaboradas por los neuropsiquitras A. Hoche y K. Bonhoeffer, amén de la inspiración que le procuró la doctrina del neurólogo J. H. Jackson. El profesor Alfred Erich Hoche (1865-1943) se mostró muy crítico con Kraepelin en su ponencia «El significado de los complejos sintomáticos en Psiquiatría», defendida en 1912. Conforme a su opinión, más que de enfermedades *stricto sensu*, convendría hablar de formas de reacción preformadas, en las cuales se ponen de manifiesto ciertos «acoplamientos de síntomas», en cierto modo, preexistentes. Hoche denominó a esos complejos sintomáticos «unidades de segundo orden». Aunque no dio muchos detalles sobre los distintos complejos sintomáticos, confió en que «los trastornos mentales acaben conjuntados en unos grupos cuya sintomatología resulte esencialmente del desencadenamiento de complejos preformados» y también en otros grupos más irregulares. Quizás se compruebe entonces que esta división coincide con la alcanzada mediante los términos funcional y orgánico; quizás se verifique también que «los trastornos que llamamos endógenos» son los que tienen una mayor propensión a desencadenar complejos sintomáticos preformados.[78]

La perspectiva introducida por Hoche no dejó indiferentes a los partidarios de las entidades nosológicas naturales, a quienes siempre se les podría objetar una concepción sindrómica más humilde y acorde con los conocimientos del momento. En esta línea se enmarcan asimismo los trabajos de Karl Bonhoeffer (1868-1948) sobre los *exogene Reaktionstypen* («tipos de reacción exógena»), dados a conocer a partir de 1909. De acuerdo con las observaciones de este autor, esos cuadros o «tipos de reacción exógena»

(delirios, agitaciones epileptiformes, estados crepusculares, alucinosis y amencias) indican que el cerebro tiende a reaccionar de manera bastante estereotipada, fabricando síntomas constantes de oscurecimiento de la conciencia, aunque las enfermedades de fondo sean diversas. De esta manera, Bonhoeffer anticipó que las investigaciones futuras quitarían la razón a Kraepelin, por cuanto éste seguía manteniendo la esperanza de hallar síntomas específicos para cada una de las enfermedades.[79]

Teniendo presentes estas críticas y la teoría de John Hughlings Jackson (1835-1911) sobre la liberación de funciones procedentes de etapas evolutivas previas, Kraepelin publicó al final de su vida tres artículos en los que revisó su concepción nosológica,[80] sin por ello retractarse de la creencia en la existencia de entidades morbosas naturales e independientes. Seguramente el apunte más reseñable consistió en preguntarse 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».[81]

El rechazo que Kraepelin siempre manifestó por el psicoanálisis —esa «metapsiquiatría», como lo denominó despectivamente en la última edición del *Lehrbuch* — parece haberle impedido, cuando menos, adoptar una perspectiva psicopatológica. Desde su punto de vista, como se mostró antes, ignorar el idioma del enfermo podía incluso constituir una buena condición para la observación psiquiátrica. Esta postura se reafirma con claridad en las siguientes palabras: «[...] muchas quimeras del psicoanálisis se originaron, precisamente, desde testimonios de los enfermos. Aparte de la interpretación más o menos arbitraria del observador, la autodepreciación del enfermo genera considerables errores».[82] De acuerdo con los desarrollos que expondremos en el capítulo siguiente, fue en la confluencia de Kraepelin y Freud donde Eugen Bleuler halló

la inspiración necesaria para elaborar su teoría de las esquizofrenias, cuya descripción clínica y explicación psicopatológica superan con creces la demencia precoz kraepeliniana.

IV

LA ESQUIZOFRENIA: CINCO VISIONES SOBRE EL DESGARRAMIENTO DE LA IDENTIDAD (BLEUER, BALLET, CHASLIN, CLÉRAMBAULT Y FREUD)

Sea lo que sea [la esquizofrenia], no sabemos qué es.

N. C. ANDREASEN, comunicación personal a M. FLAUM
diciembre de 1988

SUMARIO Las investigaciones sobre las alucinaciones y la nueva concepción del lenguaje. Miradas sobre el desgarramiento de la identidad. Un debate sobre la psicosis a dos bandas: Viena y Zúrich; las investigaciones experimentales de los trastornos de la asociación de ideas; C. G. Jung y la psicología de la demencia precoz. E. Bleuler: el grupo de las esquizofrenias; síntomas fundamentales y accesorios; formas clínicas; la teoría de la esquizofrenia y sus puntos de fractura; la esquizofrenia sin límites. G. Ballet: la *psychose hallucinatoire chronique* (1911 y 1913), una invención extra-clínica. Ph. Chaslin y sus *folies discordantes*; la *folie discordante verbale*; primero la clínica, después la especulación. G. G. de Clérambault: fascinación por su obra y su persona; la mirada; las asperezas de su personalidad; la Enfermería especial de la Prefectura de policía; psicosis y delirios; Síndrome de Pasividad; Automatismo Mental; El cenit de la clínica de la mirada. Sigmund Freud y la esquizofrenia: bocetos diferenciales de la paranoia, la demencia precoz paranoide y la demencia precoz; la parte esquizofrénica de la paranoia; sobre el lenguaje en la esquizofrenia: el «lenguaje de órgano» (*Organsprache*) y el «dicho esquizofrénico» (*schizophrene Rede*). Crítica a la noción actual de esquizofrenia: esquizofrenia y heterogeneidad; subtipos de esquizofrenia.

Coincidiendo con las dos primeras décadas del pasado siglo, la visión de la locura toma un rumbo bastante diferente. Este giro parece haberse propiciado por la nueva forma de concebir las relaciones del sujeto y el lenguaje, concepción a la que se llegó sobre todo a través del estudio de las alucinaciones. Desde perspectivas y orientaciones teóricas muy alejadas unas de otras —algunas decididamente dogmáticas y otras desafiantemente escépticas—, desde miradores o dispositivos asistenciales heterogéneos que permitían la captación de secuencias y de enfoques variados del mismo problema —servicios de urgencias, grandes asilos, consultas privadas—, veremos emerger en estos años un racimo de concepciones sin duda más penetrantes que las anteriores. El psicoanálisis, la psicología asociacionista y la microfenomenología relevan a las toscas cuantificaciones de las formas evolutivas y terminales de los trastornos mentales. Algunas de estas nuevas orientaciones destacaron por la elaboración de proyectos psicopatológicos destinados a explicar la relación entre la sintomatología y el proceso causal (Bleuler); otras por desentrañar y jerarquizar con agudeza la fenomenología más invisible del inicio de la psicosis (Clérambault); otras, incluso, por la creación de una psicología patológica que abría la dimensión de la subjetividad a la clínica mental (Freud), invirtiendo así las tornas respecto a la tradición psiquiátrica, en la que el peso otorgado a los fenómenos aplastaba al sujeto que los producía.

Los clínicos de los que nos ocuparemos en el presente capítulo no se conformaron con retratar las expresiones más impactantes y conspicuas de los trastornos, ni tampoco con informar de los avatares más o menos coincidentes de tan extensas evoluciones mórbidas. Por el contrario, aguzaron su mirada y su escucha para aprehender las fracturas de los procesos mentales, de la ideación y de los afectos que se suceden en el interior del psiquismo, aventurándose a barruntar ciertos mecanismos genéricos causantes del desgarramiento de la identidad propio de este polo del proceso psicótico. Escisión, repudio, desdoblamiento, xenopatía, disociación y discordancia fueron algunos de los conceptos operativos con los que se trató de nombrar, *grosso modo*, la ruptura de la unidad interior, la desunión y la fragmentación de los procesos psíquicos o la invasión de una «otredad» que fulminaba el armazón de la identidad. Todas estas visiones novedosas guardan, en mayor o menor medida, relación con el nacimiento del psicoanálisis. En unos casos, como en el de la teoría bleuleriana de la esquizofrenia, a través de una influencia

directa y manifiesta; en otros, por haber emergido en un contexto donde las innovaciones freudianas relativas a la división subjetiva impregnaron, a través de múltiples vías, la gran mayoría de los discursos psicopatológicos de la época, incluso aquellos que le eran frontalmente contrarios.

LAS ALUCINACIONES Y EL LENGUAJE

Desde un punto de vista historiográfico, es difícil entender la aparición de este tipo de descripciones sin tener presente la investigación de las alucinaciones verbales iniciada y desarrollada durante el siglo XIX. Las figuras del «visionario» de Esquirol, del «ventrílocuo» de Baillarger y Séglas, y sobre todo la del «xenópata» de Clérambault, muestran en toda su crudeza al sujeto asolado por el lenguaje que recibe sus propias palabras como si le fueran ajenas, pero que, en su rotunda perplejidad, experimenta la convicción de que esas palabras le conciernen en lo más íntimo de su ser. En este sentido, resulta especialmente revelador el triple movimiento que se advierte en las concepciones psicopatológicas sobre las alucinaciones, culminadas con la descripción de esas formas de psicosis donde el lenguaje, el cuerpo y la identidad se muestran discordantes, escindidos y atomizados. En primer lugar, el ámbito visual (Esquirol) pierde su protagonismo frente al auditivo y verbal (Baillarger); en segundo lugar, la investigación de los fenómenos más llamativos da paso a la descripción de otros más sutiles y elementales (Síndrome de Pasividad de Clérambault); por último, la definición de las alucinaciones como «percepciones sin objeto» (Esquirol y J.-P. Falret) es desechada en favor de otra que las concibe dentro de la «patología del lenguaje interior», según propuso Séglas. De esta forma, a falta de esos parapetos contra lo real que durante siglos encarnaron los espíritus y los *demones*, el lenguaje se ha transformado en una presencia amenazadora, en una potencia autónoma que busca a los psicóticos para hacerse oír, transformándolos en xenópatas que «[...] juegan a la alucinación como algunos niños se divierten jugando al teléfono».[1]

A medida que se fueron desarrollando las observaciones de las alucinaciones verbales (voces), se produjo un cambio sustancial respecto a las relaciones que mantienen el sujeto y el lenguaje. Si desde la Antigüedad se concebía el lenguaje como un instrumento destinado a la comunicación, el estudio de las voces alucinadas abría inexorablemente

una perspectiva mucho más inquietante según la cual el lenguaje se servía del sujeto para hablar. Más que ningún otro trastorno mental, la esquizofrenia, el Automatismo Mental y las locuras discordantes son el testimonio directo de esa presencia amenazadora, autónoma e intrusa.

En este marco y en presencia de estos hechos, Eugen Bleuler fue quien aportó la concepción psiquiátrica más extendida entre sus colegas y la que más vigencia alcanzaría a lo largo de los años. Pero dicha concepción no es la más precisa, como veremos, ni en la captación de los fenómenos ni tampoco en la consistencia del *corpus* teórico que la sustenta. Tres clínicos coetáneos franceses forjaron otras tres versiones y agrupaciones de esta cara xenopática de la locura: Chaslin y su noción de *discordance*, Ballet con la *désagrégation de la personnalité*, y Clérambault con sus apuntes sobre la *scission* del yo en el Automatismo Mental. Además de las cuatro concepciones desiguales hasta aquí mencionadas, las escasas apreciaciones de Freud sobre la esquizofrenia o, para ser más precisos, sobre la parte esquizofrénica de la paranoia, constituyen el nudo de la reflexión del presente capítulo. Quizás, al finalizar su lectura, la noción de esquizofrenia que parece tan compacta —así al menos es como se transmite y enseña— haya perdido parte de su consistencia nosológica y nosográfica.

La memorable publicación, en 1911, de la monografía de Eugen Bleuler (1857-1939) *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* en el *Handbuch* de G. Aschaffenburg,[2] introdujo una nueva concepción de la jerarquía de los fenómenos que pueblan la psicosis y, al mismo tiempo, aportó algunas indicaciones psicopatológicas para tratar de explicarla. A sus numerosos méritos hay que añadir la invención del término *Schizophrenie*, inmediatamente adoptado por la mayoría de los psiquiatras. El nuevo término y los fundamentos que lo sustentan favorecieron el desplazamiento de la aureola de cronicidad y deterioro de la *Dementia praecox* kraepeliniana hacia el interés por la dinámica mental subyacente en todos esos enfermos.[3] Dicha monografía aspiraba a superar la concepción de la *Dementia praecox* de Emil Kraepelin mediante las innovadoras aportaciones del psicoanálisis de Freud, tal como reconoció el propio Bleuler en el prólogo de la obra: «La idea de la *Dementia praecox* deriva en su totalidad de Kraepelin. A él debemos también, casi exclusivamente, el agrupamiento y la descripción de los distintos síntomas. Sería demasiado fatigoso reconocer nuestra deuda hacia él en cada uno de los casos, de modo que espero que esta observación supla todas las omisiones subsiguientes. Un aspecto importante del intento de perfeccionar y ampliar los

conceptos de la psicopatología es precisamente la aplicación de las ideas de Freud a la *Dementia praecox*».[4]

Partiendo de estos referentes, Eugen Bleuler elaboró a lo largo de dos décadas los resultados de su experiencia clínica y docente en el asilo de Rheinau y en la clínica del Burghölzli zuriqués. Durante los doce años que ocupó la dirección del Rheinau, Bleuler compartió numerosas experiencias con sus pacientes dementes precoces o esquizofrénicos, a muchos de los cuales había trasladado allí con él.[5] «No sólo habló con ellos en su propio dialecto —señaló Ellemberger—, sino que hizo todos los esfuerzos posibles para comprender el significado de sus expresiones y errores supuestamente "insensibles". Fue así capaz de establecer un "contacto emocional" (*affektiver Rapport*) con cada uno de ellos».[6] Instalado en el Burghölzli, prosiguió Bleuler sus investigaciones centradas en ese tipo de pacientes crónicos. Contaba ahora con la valiosa ayuda de C. G. Jung, un joven y prometedor psiquiatra dedicado en aquellos días a la aplicación de pruebas de asociaciones de palabras, etapa anterior a la relación ambivalente que habría de mantener con Freud y el psicoanálisis. La importancia del Burghölzli, punta de lanza en aquellos años de la investigación psicopatológica y de la invención de nuevas tácticas psicoterapéuticas, merece algunos comentarios que permitirán una mejor comprensión del proceso de construcción de la noción *Schizophrenie*.

Durante el período en que Bleuler ocupó la cátedra, el Burghölzli se convirtió por méritos propios en un prestigioso centro al que acudían para formarse jóvenes psiquiatras de toda Europa.[7] Uno de ellos, Carl Gustav Jung (1875-1961), se había incorporado al equipo como médico ayudante y habría de contribuir decisivamente a la reputación de esta clínica; con las palabras que siguen, el joven psiquiatra describió el sombrío panorama que caracterizaba aquella época: «Nadie sabía nada concreto sobre psiquiatría y no existía ninguna psicología que considerase al hombre como un todo y que incluyese también sus modalidades patológicas. Del mismo modo que el director estaba encerrado en la misma institución con sus enfermos, también la psiquiatría se hallaba encerrada en sí misma y permanecía aislada de la ciudad, como un antiguo lazareto con sus leprosos. [...] Los médicos sabían casi tan poco como los profanos y, por tanto, compartían también sus sentimientos de aversión».[8] A falta de teorías psicológicas a las que agarrarse para poder explicar las características individuales, la labor del psiquiatra se limitaba a incluir las manifestaciones que observaba en los enfermos en una larga lista de síntomas y diagnósticos. En ese estado precario de conocimientos, los suizos del Burghölzli

comenzaron a prestar atención a cuanto sucedía en Viena, donde un desconocido neurólogo judío empezaba a elaborar explicaciones cabales sobre los procesos patológicos y alumbraba un método terapéutico de beneficiosos resultados.[9] De esta manera se estableció entre Zúrich y Viena uno de los intercambios más fructíferos en la historia de la clínica mental, especialmente en lo relativo al problema de la psicosis. Aprovechando la atención que le dispensaban los respetados psiquiatras suizos, Freud comenzó a divulgar sus consideraciones sobre la paranoia.[10] No obstante, esa intensa cooperación topó con unos límites infranqueables precisamente en los dos puntos esenciales; en ninguno de ellos estaban dispuestos los colegas a retroceder un solo paso en sus concepciones previas: mientras Bleuler y Jung habían elegido el paradigma de la esquizofrenia, Freud seguía apostando por la paranoia como modelo más resolutivo para desentrañar la estructura psicótica; además, la causalidad orgánica atribuida a la esquizofrenia por los suizos se oponía por completo a los planteamientos psicogenetistas de Freud.

LOS TRASTORNOS DE LAS ASOCIACIONES DE IDEAS

En el Burghölzli, siguiendo las indicaciones de Bleuler, Jung se ocupó de las investigaciones experimentales de los trastornos de asociación de ideas. Llevó a cabo su trabajo aplicando el test de asociación de palabras, prueba que había sido inventada por Galton y perfeccionada por Wundt. Atraído como estaba por los trastornos asociativos, a la postre convertidos en uno de los ejes esenciales de su descripción de la esquizofrenia, Eugen Bleuler había introducido dicha prueba en el Burghölzli con el fin de completar la exploración clínica de los pacientes.[11] Esta inclinación por los trastornos de la asociación, captados y valorados mediante pruebas psicométricas, encontró una explicación rigurosa en las formulaciones de Freud sobre los mecanismos que rigen las formaciones del inconsciente (condensación y desplazamiento). Tal fue el germen inicial del que se desarrollarían los fructíferos intercambios entre Viena y Zúrich a propósito de la psicosis, culminados en tres publicaciones muy próximas en el tiempo: la monografía de Jung *Sobre la psicología de la demencia precoz* (1907), la de Bleuler *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias* (1911), y la interpretación elaborada por Freud de las *Denkwürdigkeiten* del magistrado Paul Schreber (1911).

Partiendo de una metodología experimental psicométrica, *Über die Psychologie der Dementia praecox* pretende desentrañar los complejos o cadenas de asociaciones fijas. Jung atribuía a los complejos un papel preponderante en la personalidad y también un determinismo en la expresión concreta de cada síntoma. Por otra parte, esa obra se nutre de un conjunto de referencias teóricas un tanto heterogéneas: Bleuler, Freud, Janet, Flournoy y Riklin. Su punto de partida entronca con las consideraciones sobre los afectos pergeñadas unos años antes por su jefe Bleuler:[12] «La base esencial de nuestra personalidad es la afectividad. Los elementos de la vida psíquica, sensaciones, representaciones y emociones, son dados a la conciencia en forma de ciertas unidades, que son comparables, quizás, con la molécula, [...]»;[13] cada una de estas unidades participa de la tonalidad emocional de toda la masa de ideas, denominada «complejo de tonalidad emocional».

Conjugando esta mezcolanza conceptual proveniente de Bleuler y Freud,[14] Jung estudió detenidamente el caso de una mujer psicótica («demencia paranoide») que llevaba veinte años hospitalizada. B. St., así se la denomina en el texto, era una modista soltera que antes de su internamiento había escuchado «voces» que la calumniaban: la tildaban de mujer de dudosa conducta y la acusaban de haber enterrado a su hijo en un inodoro, de haber robado un par de tijeras para clavarlas en los ojos de su hijo, etc. La mujer explicaba sus alucinaciones por la existencia de teléfonos invisibles; en muchas ocasiones había pensado en quitarse la vida. Tras la aplicación de las pruebas de asociación (asociación de palabras simples y asociaciones continuas), Jung analizó el delirio como si se tratara de una construcción poética, al estilo de las formaciones del inconsciente, siguiendo el paradigma freudiano de los sueños y los lapsus. Intentó comprender de este modo los pensamientos más íntimos de la paciente, teniendo en cuenta su personalidad y sus circunstancias. La primera parte del análisis describe los sufrimientos y los símbolos empleados por B. St.; la segunda, los deseos y su cumplimiento en episodios y en imágenes simbólicas; la tercera parte, por último, trata de despejar sus deseos eróticos más secretos y conflictivos, así como la solución de este problema a través de la transferencia de su poder y de sus sufrimientos a sus hijos. Las conclusiones finales destacan que el psiquismo de la paciente se sitúa en un punto intermedio entre el estado del soñador normal y el del sonámbulo, que su actividad consciente «*se limita a lograr el cumplimiento sistemático de los deseos, en cierto*

modo como equivalente de una vida llena de trabajo y de privaciones y de las impresiones deprimentes de un medio familiar miserable».[15]

En el terreno etiológico, Jung se mostró más reservado que su maestro Bleuler a la hora de decantarse por una causalidad abiertamente orgánica de la demencia precoz: «el afecto en la demencia precoz favorece la aplicación de anomalías en el metabolismo (¿toxinas?), que dañan el cerebro en una forma más o menos irreparable y a causa del defecto se paralizan funciones psíquicas más elevadas [...]».[16] Comoquiera que tampoco se mostraba del todo partidario de la psicogénesis de la esquizofrenia, Freud se sintió apremiado —en nuestra opinión— a fundamentar una causalidad libidinal de la psicosis, hecho que determinaría finalmente la introducción del concepto «narcisismo», apuntado en el «caso Schreber» y desarrollado en *Introducción del narcisismo* (1914).

A buen seguro que este breve exordio sobre las relaciones entre los psiquiatras del Burghölzli y Freud —entre la psiquiatría y el psicoanálisis en sus inicios—, propiciadas merced a la importancia concedida por aquéllos a los trastornos asociativos y a los trastornos afectivos, permitirán captar con mayor precisión la importancia que esos intercambios tuvieron en la construcción de la *Schizophrenie*.[17]

EUGEN BLEULER: SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Estudiando los mismos cuadros clínicos que Kraepelin, Bleuler pretendió asimismo descubrir y nombrar los síntomas fundamentales que están presentes en este grupo de psicosis, incluso en aquellos casos cuya sintomatología más evidente haya oscurecido el trasfondo común de la actividad mental. Sin embargo, a diferencia de Kraepelin, algunos de los síntomas fundamentales descritos por Bleuler no resultan siempre tan fáciles de captar mediante la observación directa. Este hecho se debe a la introducción de una perspectiva psicopatológica, es decir, interpretativa, a resultas de la cual los conceptos teóricos determinan, en cierta medida, la observación clínica.[18] La «escisión» (*Spaltung*) de las funciones psíquicas sustituye a los criterios kraepelinianos de demencia y precocidad, pero al mismo tiempo añade una dificultad pues no se capta con claridad cuándo *Spaltung* se refiere al síntoma primario (trastornos de las asociaciones, etc.) o al propio proceso que lo produce.[19] 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»;[20] la escisión (*Spaltung*) de las funciones psíquicas está presente, con mayor o menor intensidad, en todos los casos.[21] A tenor de esta caracterización, la extensión nosográfica es aún mayor que la atribuida por Kraepelin a su *Dementia praecox*, pues además de los tres tipos clínicos clásicos, Bleuler incluye una «esquizofrenia simple» y algunas menciones bastante inespecíficas a la llamada «esquizofrenia latente». Se trata, por tanto, de un amplio conjunto que reúne los siguientes términos de la clínica clásica: la demencia precoz y las parafrenias de Kraepelin; la inmensa mayoría de las psicosis paranoicas; el delirio senil de prejuicio; la mayor parte de las melancolías y manías alucinatorias; la mayor parte, también, de las hipocondrías incurables; muchos de los casos adscritos a la locura moral; muchos, asimismo, de *Amentia* o confusión mental; y todo esto sin considerar los casos incluidos en la forma «latente», que no hay manera de saber con precisión cuáles son. Ante un espectro tan amplio y heterogéneo, no les faltó razón a Ey y Guiraud cuando comentaron preocupados: «Nuestro temor es que las mentes demasiado prudentes o demasiado hábiles, en presencia de casos dudosos, [...], se refugien en la esquizofrenia, como ocurría en otro tiempo con la degeneración».[22]

Bleuler estableció dos divisiones —problemáticas, como veremos— en lo que respecta a la sintomatología de la esquizofrenia: la primera está más arraigada en la fenomenología y tiene una finalidad eminentemente diagnóstica (síntomas fundamentales, básicos, específicos o permanentes *versus* síntomas accesorios), mientras que la segunda resulta de la especulación teórica y tiene por miras proponer una explicación patogénica (síntomas primarios *versus* síntomas secundarios). Los síntomas fundamentales (*Grundsymptome*) están presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad, de manera que podríamos decir, en principio, que son patognomónicos;[23] por su parte, los síntomas accesorios (*akzessorische*) no son exclusivos de la esquizofrenia y pueden faltar en algunos períodos o incluso en su totalidad, pero en el caso de manifestarse pueden determinar de manera clara el cuadro clínico.

Con los síntomas accesorios, a continuación referidos, estamos muy familiarizados en la clínica cotidiana. Ellos fueron —así le gustaba repetir a Bleuler— el objeto exclusivo de la semiología kraepeliniana. Las alucinaciones en la esquizofrenia se presentan

preferentemente en la esfera auditiva («voces» que formulan impulsos y temores, amenazas, críticas, insultos o consuelos) y en las sensaciones corporales («el cuerpo se convierte en el mundo exterior»).[24] Las ideas delirantes (no sistematizadas) son, por lo general, persecutorias y muestran todo cuanto «se desea y teme»; aunque parecen formarse como los errores, precisan de «la concurrencia de factores afectivos». Resultan también características las perturbaciones accesorias de la memoria, de las que Bleuler destaca las hipermnesias, las lagunas de la memoria, las paramnesias, las ilusiones de la memoria —que «constituyen a menudo el principal material para la construcción de las ideas delirantes paranoides»—, las verdaderas alucinaciones de la memoria y las alucinaciones negativas. Importante es asimismo la pérdida de las fronteras temporales y espaciales.[25] Por su parte, los trastornos del lenguaje y de la escritura —expresados en obstrucciones, pobreza de ideas, incoherencias, obnubilaciones, delirios y anomalías emocionales, mutismos, amaneramientos, estereotipias, verborreas y neologismos—,[26] son trastornos donde la anormalidad no radica en el lenguaje mismo, sino más bien en su contenido. Aunque no siempre se observan, los síntomas somáticos, al considerarlos en su totalidad, «sugieren que la enfermedad se basa en una alteración del cerebro más fundamental, o quizás sobre una alteración de todo el organismo».[27] Presentes transitoria o permanentemente en la mitad de los esquizofrénicos hospitalizados, los signos catatónicos describen la gran cantidad de fenómenos encontrados por Kahlbaum en su catatonía: catalepsia, hiperquinesia, formas peculiares de movilidad, estupor, mutismo, estereotipia, amaneramiento, negativismo, obediencia automática, automatismo espontáneo e impulsividad. Finalmente, los síndromes agudos y los estados transitorios interrumpen de continuo el curso de la enfermedad; se trata de estados melancólicos, maníacos y catatónicos, de ideas delirantes, estados crepusculares, *Bonommenheit* (sopor, entorpecimiento), confusión e incoherencia, raptos de furia, excitaciones de «aniversario»,[28] estupor, delirios de diversas etiologías, estados de fuga y dipsomanía.[29]

Mayores son las complicaciones con las que se topa el autor a la hora de matizar los síntomas fundamentales, pues no se trata de fenómenos en estado puro sino de conceptos teóricos más o menos enraizados en las manifestaciones observables: «Los síntomas fundamentales consisten en trastornos de la asociación y de la afectividad, la predilección por la fantasía en oposición a la realidad, y la inclinación a divorciarse de la realidad (autismo)».[30] Bleuler traza, en primer lugar, una gran demarcación sintomatológica entre las funciones simples (alteradas *versus* intactas) y las funciones

compuestas. Siguiendo este esquema, destaca en primer lugar los trastornos de las asociaciones: los enfermos operan con ideas y conceptos que no tienen relación, o, si la tienen, es muy lábil; las asociaciones ilógicas se organizan mediante condensaciones y desplazamientos, lo que produce un efecto de incoherencia formal del contenido; en definitiva, las «obtrucciones» y las «privaciones del pensamiento» caracterizan el curso del pensamiento esquizofrénico. «En esta enfermedad, las asociaciones pierden su continuidad [...]. Además, las asociaciones tienden a efectuarse siguiendo nuevas líneas, de las cuales conocemos hasta ahora éstas: dos ideas se encuentran casualmente, se combinan en un pensamiento, cuya forma lógica es determinada por circunstancias incidentales [...]. Dos o más ideas son condensadas en una sola. La tendencia al estereotipo produce la inclinación a aferrarse a una idea a la que el paciente retorna una y otra vez. Generalmente hay una marcada escasez de ideas, hasta llegar al monoideísmo. Con frecuencia, alguna idea domina la cadena de los pensamientos bajo la forma de obstrucción, «poniendo nombres» (*naming*) o ecopraxia [...]. Un alto grado de trastornos asociativos tiene por resultado, generalmente, estados de confusión».[31]

A diferencia del proceso del pensamiento normal, en el que numerosas imágenes presentes y latentes se combinan para fijar cada asociación, el pensamiento del esquizofrénico utiliza ideas y conceptos que no tienen relación o tienen una relación insuficiente con la idea principal, razón por la cual deberían quedar excluidas del proceso mental. El resultado de esta manera de pensar es un pensamiento confuso, fragmentario, extravagante e incorrecto, en el que a veces se produce una «obstrucción» o la aparición súbita de pensamientos (*Gedankendrängen*; «presión de pensamientos») que no guardan con los precedentes una relación reconocible. En su célebre conferencia de 1926, Bleuler resaltó, por encima de cualquier otro trastorno, el papel que juega el «relajamiento» (*Lokerung*) asociativo.[32]

Los trastornos afectivos, en segundo lugar, se manifiestan paulatinamente en la tendencia al apartamiento y al retraimiento; más que de «labilidad emocional»,[33] se trata de «apariciones caprichosas de emociones». En las formas de esquizofrenia más evidentes ocupan el primer plano en el cuadro clínico: los enfermos permanecen sentados, con el rostro inexpresivo, encorvados; permiten que se les vista o desvista como si fueran marionetas, que se los lleve de aquí para allá sin manifestar signo alguno de agrado o desagrado; se trata, en definitiva, de una decadencia manifiesta o un debilitamiento afectivo (*gemütliche Verblödung*). Como también ocurre en las personas

sanas, las manifestaciones del carácter son muy variadas en los esquizofrénicos; sin embargo, éstos muestran siempre el sello inequívoco de la indiferencia, la tendencia al repliegue interior, la inaccesibilidad a las influencias, los caprichos y la irritabilidad. «La enfermedad puede transformar a una persona congénitamente mala en inofensiva por la pérdida de energía y actividad, pero aparentemente no puede mejorarla».[34]

Por último, la ambivalencia define «la tendencia de la psique esquizofrénica a otorgar a los psiquismos más diversos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo, [...]. Es una consecuencia tan inmediata de los trastornos esquizofrénicos de la asociación, que su completa ausencia parece ser altamente improbable».[35] La ambivalencia puede manifestarse en la esfera afectiva (el esposo ama y odia a su mujer), volitiva (el paciente quiere y no quiere comer), intelectual («Soy el Dr. H; no soy el Dr. H»), o en contradicciones cuando toman sus respuestas negativas por positivas. A esta última categoría pertenece la expresión de una idea por su opuesta: «En la "lengua especial" de Schreber, "recompensa" significa "castigo", y "veneno" significa "alimento", etc.».[36] En los casos más leves dichos síntomas están mucho menos acentuados, pero se trata —sostiene el autor sin argumentarlo— de diferencias de grado y no de naturaleza.

Junto a estos síntomas fundamentales coexisten otras funciones simples que no están directamente afectadas: la sensación, la memoria, la conciencia y la movilidad.

Amén de los tres trastornos fundamentales ya mencionados (afectivos, asociativos y ambivalentes), Bleuler destaca las alteraciones de ciertas funciones que denomina «compuestas» o «complejas», porque constituyen el resultado de operaciones coordinadas de las funciones simples «intactas» (sensación, memoria, conciencia y movilidad) y sólo «están perturbadas, por supuesto, en la medida en que lo estén las funciones elementales (simples) de las que dependen».[37] Entre todas ellas brilla con luz propia el autismo (*Autismus*). Se trata, a decir del autor, de una alteración específica de esta enfermedad, trastorno por el cual la vida interior (*Innenleben*) predomina morbosamente sobre la vida de relación. A reglón seguido, Bleuler advierte que en los casos más leves la importancia afectiva y la lógica de la realidad «está sólo algo deteriorada».

Estas apreciaciones de grados, siempre tan sujetas a equívocas interpretaciones, nos llevan a interrogarnos sobre la condición de síntoma fundamental atribuida al autismo. Tal y como establece la teoría, ese núcleo autístico es consustancial a todos los esquizofrénicos, desde el más hebefrénico al más «simple»; pues bien, ¿cómo captar en

la clínica si una proporción dada de ensimismamiento debe ser considerada autismo o no? Sólo hay para esta pregunta una respuesta teórica,[38] pero con ella nos salimos de la fenomenología y, por tanto, de los síntomas fundamentales (patognomónicos). El autor se introduce después en algunas precisiones que tampoco consiguen responder al interrogante abierto: «De modo que debemos distinguir el pensamiento realista del pensamiento autista, 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, [...]».[39]

Tras esta exposición general de los síntomas fundamentales, pueden apreciarse con más claridad las diferencias entre Kraepelin y Bleuler, esto es, entre la demencia precoz y la esquizofrenia. Kraepelin describe detalladamente fenómenos concretos si bien demasiado deslavazados, cuya organización interna deriva sobre todo de las nociones teóricas, que no clínicas, de demencia y de precocidad; ésa fue su apuesta: construir verdaderas enfermedades mentales recurriendo para ello a sobrevalorar los aspectos más deficitarios, con el consiguiente riesgo de establecer una nosografía artificiosa. Bleuler pretende dar un paso más, viéndose obligado a recurrir a la hermenéutica, pues lo que llama síntomas fundamentales no son más que interpretaciones de los sustratos que se encuentran, supuestamente, tras los síntomas accesorios. Claro que, al basar el diagnóstico y la esencia misma de la esquizofrenia en los síntomas fundamentales, el proyecto adquiere una complejidad a veces preocupante. Si se exceptúan los trastornos asociativos —los que indican una desorganización del pensamiento y el lenguaje, calificada por la mayoría de los autores como consustancial a este polo de la psicosis—, ni los trastornos afectivos ni la ambivalencia y el autismo parecen indicar, por sí mismos, ninguna peculiaridad intrínseca a la esquizofrenia. En el terreno práctico, resulta evidente que los síntomas fundamentales sólo se aprecian mediante una cuantificación y una graduación, lo que conlleva ineluctablemente una ponderación que precisa de nuevo recurrir a la hermenéutica.

Con el paso de los años, Kurt Schneider y los clínicos de Heidelberg asestarían un

duro golpe al armazón sintomatológico propuesto por Bleuler, hasta el punto de invertir su jerarquía. En opinión de Schneider, los «síntomas de primer rango en la esquizofrenia» o síntomas patognomónicos actuales corresponden en la división de Bleuler a los síntomas accesorios, es decir, los que no siempre están presentes.[40] Si se tiene en cuenta que el soporte estrictamente descriptivo y sintomatológico nos conduce a las paradojas antes apuntadas respecto a los síntomas fundamentales —en especial en los numerosísimos casos leves—, la consistencia psicopatológica de la esquizofrenia bleuleriana debería afianzarse en su concepción teórica. Como es natural, parece imposible que pueda darse una observación pura y separada de una teoría que la sustente, dirija y seleccione. Si se admite esta premisa, la coherencia de una descripción clínica vendría dada por la interrelación entre la consistencia y profundidad de la teoría y la precisión de la observación fenomenológica. Veremos más adelante hasta qué punto se cumplen estos supuestos en la construcción bleuleriana de las esquizofrenias.

FORMAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Expuestos los síntomas, apuntaremos ahora los subgrupos o formas clínicas. Estas formas no deben entenderse, tal como advierte el autor, en el sentido de entidades patológicas sino como meras agrupaciones de síntomas. Siguiendo en esto a Kraepelin, también Bleuler consideró posibles las transiciones de unas formas a otras. Cuatro son los subgrupos que describió: el grupo paranoide, la catatonía, la hebefrenia y la esquizofrenia simple; a ellos añadió, además, la «esquizofrenia latente», una quinta forma bastante imprecisa. Los tres primeros, coincidentes *grosso modo* con las formas kraepelinianas, «están casi igualmente representados en nuestra población hospitalizada. El grupo paranoide es algo menos numeroso. El tipo simple casi nunca se ve en los hospitales, pero fuera de ellos quizás sea el tipo más frecuente».[41]

Salvo algunos matices, el grupo paranoide se corresponde con la demencia paranoide kraepeliniana. El verdadero estado paranoide comienza de forma muy aguda, generalmente tras «revelaciones», y el curso muestra pronunciadas oscilaciones. Algunos casos paranoides pueden desarrollarse sin alucinaciones, sosteniéndose tan sólo en falsas autorreferencias que pueden elaborarse mediante ideas delirantes. Bleuler incluyó en este subgrupo a una buena parte de los querellantes, situados por la mayoría de los autores en

el marco de la paranoia. Consideró asimismo que las ideas delirantes pueden permanecer en fase casi embrionaria, admitiendo incluso que algunos pacientes no tienen verdaderas ideas delirantes, sino alucinaciones auditivas. En casi todos los casos aparece un grado mayor o menor de «demencia». En este punto radica una de las diferencias más sustanciales entre Kraepelin y Bleuler, pues el marcado deterioro descrito por el profesor de Múnich no se produce ni con tanta frecuencia ni con tanta intensidad, hecho contrastado por la observación de muchos esquizofrénicos que, aun estando desbordados por delirios y alucinaciones, mantienen excelentes realizaciones intelectuales. También a diferencia de Kraepelin, Bleuler destacó la ausencia casi total de síntomas catatónicos en los paranoides. De entre todos, los perseguidos son quienes luchan con mayor energía para intentar poner freno a las torturas, mientras que la mayoría de los enfermos «no actúan realmente de acuerdo con sus propias nociones disparatadas; el príncipe o rey ayuda en las labores de la granja».[42]

La catatonía comprende también, en términos generales, el mismo espectro clínico que le confirió Kraepelin a la demencia catatónica. Bleuler insistió, por su parte, en las formas de inicio agudo con síntomas de la serie catatónica; resaltó asimismo la presentación brusca de nuevos accesos durante los períodos de calma, «pero después de cada uno de ellos, el deterioro se hace habitualmente más y más pronunciado».[43] Otra modalidad de inicio es la que principia con síntomas paranoides que se tornan crónicos; a ellos se asocian, repentina o gradualmente, los síntomas catatónicos. Generalmente las formas crónicas, a las que se considera estados terminales, muestran desde el inicio un marcado carácter catatónico.[44]

El retrato de la hebefrenia realizado por Bleuler contiene algunas apreciaciones que merecen ser reseñadas. Si para Kraepelin la esencia de la *Dementia praecox* estaba constituida por la hebefrenia, para Bleuler, en cambio, ésta nombra únicamente aquellos casos graves que quedan excluidos de las formas catatónicas y de las paranoides. Discrepó Bleuler asimismo de las descripciones minuciosas aportadas por Hecker y Kahlbaum respecto a la aparición de este trastorno en la adolescencia, pues en su opinión podía exteriorizarse a cualquier edad; de igual modo, desestimó los síntomas de amaneramiento y de afectación, las poses patéticas, las actitudes teatrales y la tendencia a embrollarse con problemas abstrusos, ya que todas estas manifestaciones podían presentarse —a su juicio— en cualquiera de las formas de esquizofrenia. Apuntadas estas salvedades y excluyendo previamente los casos de sintomatología moderada, el

subgrupo hebefrénico se caracteriza esencialmente por la «demencia» y comprende tanto las formas no catatónicas de comienzo agudo que no se transforman posteriormente en estados crónicos paranoides o catatónicos, como aquellos casos crónicos con síntomas accesorios que no alcanzan por sí mismos a dominar completamente el cuadro clínico; es decir, «que todas las "psicosis" agudas con posterior deterioro y sin características catatónicas o paranoides, tienen que ser consideradas como pertenecientes a la hebefrenia, si queremos evitar la erección de un grupo totalmente innecesario».[45] El grupo hebefrénico no tiene por tanto síntomas específicos, sino que se manifiesta en algunas formas de deterioro esquizofrénico. El curso puede ser crónico o presentarse también como un síndrome agudo; las alucinaciones, los delirios absurdos y, en ocasiones, los síntomas catatónicos, pueden complicar el cuadro aunque no dominarlo.

Finalmente, la esquizofrenia «simple» se caracteriza por la presencia exclusiva de los síntomas fundamentales y la ausencia completa de los accesorios. Kraepelin había incluido algunos de estos casos dentro de la hebefrenia, forzando sin duda la gravedad sintomatológica merced a su visión de la *Verblödung*. Pero en el caso de Bleuler, que apela a «razones prácticas más que teóricas», la dificultad estriba no sólo en el diagnóstico de estos sujetos sino también en los límites atribuibles a esta forma clínica. Según el autor, los esquizofrénicos simples son «[...] los que hacen inseguro a nuestro mundo, bajo el aspecto de psicópatas, de degenerados, insanos morales, consumidores de alcohol, y quizá con mayor frecuencia, de personas normales. La única forma de familiarizar a los médicos con este tipo de individuos está en darles un nombre preciso».[46] Hay, por tanto, muchos esquizofrénicos simples entre los excéntricos que alcanzan notoriedad como reformadores o salvadores del mundo, entre los filósofos, los artistas, los escritores y otros «degenerados».[47] Tan prosaica descripción no fue completada ni precisada en otras publicaciones posteriores del autor; prosiguió, por el contrario, repitiendo datos tan clarificadores como los fracasos en la profesión, el descenso progresivo en el escalafón social, las tendencias querellantes sobre cualquier derecho imaginable, el alcoholismo, etc.[48]

Más inespecífica es aún, si cabe, la quinta forma de esquizofrenia llamada «latente»: «[...] estoy convencido de que es la forma más frecuente, si bien estas personas no se ponen en tratamiento. [...] Suscitan la sospecha de esquizofrenia personas que son irritables, extrañas, caprichosas, solitarias o exageradamente puntuales. A menudo se descubre un síntoma catatónico o paranoide oculto, y se producen en la vida ulterior

exacerbaciones que demuestran que cualquier forma de esta enfermedad puede seguir un curso latente».[49]

Las cinco formas clínicas propuestas por Bleuler derivan, en todos sus grados posibles, de la *Spaltung*: la forma «latente», sin apenas síntomas; la forma «simple», con perturbaciones exclusivas del funcionamiento social; las tres formas kraepelinianas son, en efecto, las que presentan una sintomatología desarrollada y concreta. Han sido numerosos los autores que se han alarmado por la extensión desproporcionada de la esquizofrenia bleuleriana, sobre todo al tener en cuenta los peligros que dimanan de la generalización del diagnóstico de esquizofrenia «simple»[50] (sin sintomatología productiva) y «latente»[51] (sin signos clínicos concretos). Aunque se ha insistido menos, también debe considerarse que todo el peso de la argumentación nosológica y nosográfica de Bleuler recae sobre la noción de *Spaltung*, desarrollada a nuestro entender de forma insuficiente, tanto desde la perspectiva psicopatológica como de la estructural. Esta debilidad de su principal pilar acarrea numerosas complicaciones a la hora de jerarquizar la sintomatología y establecer una cohesión entre las cinco formas clínicas descritas.

La complejidad de los desarrollos bleulerianos se pone de manifiesto a la hora del diagnóstico. Cabría esperar que los síntomas fundamentales resultaran decisivos para establecer el diagnóstico, ya que ellos son por definición exclusivos de la esquizofrenia. Sin embargo, no es así. Por una parte, no todos los síntomas fundamentales, «específicos» o «permanentes» sirven para el diagnóstico, y los que pueden utilizarse deben ser calibrados en función de graduaciones indeterminadas; por otra, tampoco todos los síntomas accesorios o «accidentales» deben desestimarse. ¿Dónde situar, entonces, la esencia psicopatológica y el fundamento nosológico de la esquizofrenia? ¿Dónde establecer sus fronteras y asentar su marco nosográfico?[52]

LA TEORÍA DE BLEULER SOBRE LA ESQUIZOFRENIA Y SUS PUNTOS DE FRACTURA

Es el momento ya de indagar en su teoría de los síntomas y de la enfermedad. Con el fin de «comprender la enfermedad esquizofrénica», Bleuler propuso distinguir los síntomas que surgen directamente del «proceso patológico» de la enfermedad («síntomas primarios») de aquellos «síntomas secundarios que sólo comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona ante algunos procesos internos o externos»;[53] la articulación de

ambos proporciona teóricamente el concepto de enfermedad.[54] Los síntomas primarios son fenómenos necesarios de la enfermedad; en cambio, los secundarios no sólo pueden estar ausentes —al menos parcialmente— sino que pueden también sufrir variaciones sin que cambie el proceso patológico.[55] El hecho de que los síntomas primarios no sean conocidos «todavía con certeza» deriva del desconocimiento de la «enfermedad cerebral esquizofrénica», si bien el autor sostiene que las perturbaciones de la asociación son primarias y tiende a considerar secundarios los trastornos afectivos.

El «proceso patológico» aludido no aparece del todo clarificado en la monografía de 1911, y aunque no es necesario suponer que dicho proceso sea intrínsecamente físico, el autor se inclina en una línea decididamente organogenética. «Sólo se puede hacer completa justicia a todos estos factores mediante un concepto de la enfermedad que postule la presencia de perturbaciones cerebrales (anatómicas o químicas); el curso del trastorno cerebral es crónico, en su mayor parte, [...]; el trastorno cerebral determina los síntomas primarios [...]. En las exacerbaciones más severas, los síntomas psíquicos, tales como ciertos estados de confusión y estupor, son consecuencias directas del proceso cerebral. El resto de los síntomas psíquicos se desarrolla indirectamente, a modo de mecanismos anormales de la psique primariamente alterada, en cuanto, en especial, la afectividad obtiene primacía sobre las funciones lógicas debilitadas».[56]

Tres lustros después, en su conferencia a los psiquiatras franceses de 1926, Bleuler no vaciló en afirmar, sin aportar prueba alguna, 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». Sin embargo, unas líneas más abajo vuelve a confundirnos cuando afirma con la misma contundencia: «No sabemos nada seguro de la naturaleza del proceso orgánico que está en la base de la esquizofrenia».[57] Estas afirmaciones y otras que podrán encontrarse en sus textos alejan a Bleuler de cualquier vinculación con Freud. Su posición es la más común dentro del discurso psiquiátrico de las enfermedades mentales y la encontramos en autores de muy diversas raigambres, todos ellos coincidentes en la siguiente consideración: los síntomas primarios son siempre una consecuencia directa del proceso orgánico generador, mientras que los síntomas secundarios, los que colorean el cuadro clínico, dependen de la «personalidad» o de la «psique». No obstante, a diferencia de J.-P. Falret, Jackson o Clérambault, Eugen Bleuler se sirve de los mecanismos freudianos (condensación y desplazamiento) para

explicar el sentido y la formalización definitiva de muchos de los síntomas accesorios, es decir, se vale de algunos mecanismos patogénicos para intentar dilucidar las reacciones y respuestas concretas de cada individuo al enigmático proceso orgánico, aún hoy en día desconocido.[58] El hecho de incorporar estos elementos aporta a su concepción una dimensión psicopatológica de la que adolecen muchas obras coetáneas.

La definición bleuleriana del «grupo de las esquizofrenias» aproxima su posición a la de los defensores de la *Einheitspsychose* (Zeller, Griesinger y Neumann); por eso mismo la aleja también de los nosógrafos que, como Kraepelin, pretendieron aislar entidades específicas y más discretas. Esto implica, evidentemente, una generalización abusiva del uso y diagnóstico de la categoría esquizofrenia, ya que es definida por algunos autores echando mano de criterios tan imprecisos como elásticos: repliegue interior, introversión, o pérdida del contacto con la realidad.[59] Cuando a la falta de fronteras nosográficas precisas se suma el estigma social que implica el diagnóstico de esquizofrenia, se comprende el perjuicio que acecha a los sujetos así catalogados, tal como pusieron de manifiesto R. D. Laing y los llamados «antipsiquiatras»: «No existe ninguna determinada "condición" que sea específicamente "esquizofrénica" —escribió Laing—, pero la etiqueta es un hecho social y el hecho social es un *acontecimiento político*, que, si se da en el orden cívico de la sociedad, impone definiciones y consecuencias a la persona así clasificada. [...] La persona "entregada", calificada de paciente, y concretamente de "esquizofrénica" queda degradada de su *status* legal y existencial como humano operante y persona responsable, y no está ya en posesión de su propia definición de sí misma, [...]. Esta persona queda anulada como ser humano, de modo más completo y radical que en cualquier otra parte de nuestra sociedad. Permanecerá en el hospital mental hasta que se le quite la etiqueta o hasta ser calificada de "recuperada" o "readaptada". A pesar de ello, existe una tendencia a considerar siempre al "esquizofrénico" como enfermo "esquizofrénico"».[60] Incluso H. Ey, tan poco sospechoso de simpatizar con los anteriores, advirtió del menosprecio implícito en ese concepto: «Se comprende que muchos psiquiatras hayan intentado retener la noción de esquizofrenia sobre el sesgo fatal de su desvalorización, ya sea acentuando el criterio deficitario, ya sea considerándola como una afección genotípica».[61] Otra línea de argumentación crítica contra la esquizofrenia es la que destaca los escasos resultados de las investigaciones biomédicas y denuncia el voluminoso negocio que en ella ha hallado la industria farmacéutica, tal como sostiene John Read: «La idea de que "una enfermedad mental es

una enfermedad como cualquier otra", que fue promulgada por la psiquiatría biológica y la industria farmacéutica, ya no está respaldada por la investigación, y resulta extremadamente dañina para quienes son etiquetados con unos calificativos psiquiátricos tan estigmatizantes».[62]

Como cualquier generalización, la esquizofrenia sin límites fomentó una clínica sin matices que ha seguido fagocitando otros terrenos de la patología mental. Se ha justificado esa extensión sacando a colación conceptos tan espurios como «reacción esquizofrénica», «carácter» o «biotipo esquizofrénico», «personalidad esquizoide», etc., taxonomías en las que se incluyen a sujetos caracteriales no psicóticos, histéricos belicosos o disociados, graves obsesivos, fóbicos sociales y un largo etcétera. Por este camino se llega de nuevo, como mostraremos detenidamente al final del capítulo, al punto de partida: del «grupo de las esquizofrenias», fundado por Eugen Bleuler, a los actuales dos tipos de esquizofrenias descritos por Timothy J. Crow, a la «variabilidad» esquizofrénica reasaltada por C. D. van der Velde, a la «esquizofrenia kraepeliniana» y a la «no-kraepeliniana» de R. Keefe, etc., o simplemente a «lo esquizofrénico».[63] Así planteadas las cosas, no resulta extraña la denuncia de artificialidad y heterogeneidad aireada por I. Brockington respecto al concepto de esquizofrenia.[64]

Una de las posibles salidas de este galimatías es recuperar la psicopatología que surge del trato con el psicótico.[65] Esta opción implica dejar a un lado los parapetos de las escalas de medición y los equívocos criterios diagnósticos cuantitativos. Supone, además, alejarse en lo posible de aquellos prejuicios teóricos que, dando por hecho la existencia de las llamadas enfermedades mentales, concluyen ratificándolas sin haberse cuestionado en ningún momento los fundamentos que las sostienen. Basta con hablar con los locos para darse cuenta de que no todo el mundo delira o alucina, de que no todo el mundo tiene más o menos esquizofrenia, incluso de que volverse loco no es cosa fácil. La psicopatología debe ser en esto absolutamente taxativa e intransigente, es decir: debe buscar en un primer momento las demarcaciones, las discontinuidades, las fronteras y las oposiciones entre estructuras y entre tipos clínicos; el segundo paso, para no perderse y estancarse en filigranas nosotáxicas, requiere precisar los mecanismos genéricos que determinan las oposiciones estructurales mínimas, ésas con las que se pueda edificar un saber psicopatológico; por último, después de desprenderse de los conocimientos más o menos seguros que procura la clínica general o estructural, el psicopatólogo tiene que asumir el reto de despejar las particularidades de cada caso, uno por uno. Sólo cuando se

llega a este último paso la clínica puede enriquecerse, pues cualquier progreso vendrá siempre de la mano de los casos que no se amoldan a la doctrina general. Todos los grandes clínicos coinciden en la importancia de esos casos «inclasificables»,[66] como se dice en estos días en la orientación lacaniana, o «innombrables»,[67] por usar un término de Kraepelin; todo el asunto está en si se les margina de la investigación o si al tomarlos en consideración se asume el reto de modificar la doctrina general.

LA PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA DE G. BALLET

Otra versión distinta del desgarramiento de la identidad, en esta ocasión mucho menos penetrante y rigurosa que la anterior, fue la promocionada en Francia por Gilbert Louis Ballet (1853-1916) con la denominación *psychose hallucinatoire chronique*. Dos fueron las razones esenciales que empujaron a la creación de la categoría mencionada, clínica una, patriótica la otra. La primera estuvo determinada por el interés lícito de agrupar las características comunes de un gran número de formas de locura básicamente alucinatorias; la segunda surgió, simple y llanamente, como respuesta chovinista a las creaciones de Kraepelin y de Bleuler, las cuales amenazaban con extenderse y anegar gran parte de la cosecha nosográfica tradicional francesa.

A diferencia de Bleuler, quien había atisbado la *Spaltung* del funcionamiento mental a través de los trastornos formales del pensamiento, Ballet se aproximó al desgarramiento siguiendo las pesquisas de la alucinación, el fenómeno psicótico por antonomasia. Como es sabido, gracias a su sensibilidad semiológica y descriptiva, los clínicos franceses lograron edificar en el siglo XIX un conocimiento detallado de la fenomenología de las alucinaciones: J.-E-D. Esquirol propuso la definición que todavía se divulga («percepción sin objeto») y perfiló las diferencias con otros fenómenos parecidos;[68] J. Baillarger aportó un sustancial progreso al diferenciar las alucinaciones psico-sensoriales de las alucinaciones psíquicas;[69] el gran J. Séglas observó y describió la xenopatía más invisible de las alucinaciones psicomotrices verbales y las vinculó con el lenguaje (patología del lenguaje interior);[70] por último, alrededor de los años veinte del pasado siglo, G. G. de Clérambault alcanzó a avistar los fenómenos elementales automáticos del Síndrome de Pasividad, asunto del que más adelante nos ocuparemos en detalle.[71] Pese a estos incuestionables progresos, en el terreno nosográfico se mantenía cierta confusión, pues

los cuadros esencialmente determinados por alucinaciones no habían sido conjuntados en categorías estables y autónomas.

Tomando como referencia los concienzudos trabajos de Jules Séglas sobre las alucinaciones, Dide y Gassiot presentaron en la Societé de Psychiatrie sus observaciones sobre un cuadro al que llamaron *psychose hallucinatoire chronique*, atribuyendo la originalidad de esta categoría a Séglas. Destacaron en dicho cuadro cuatro características: en primer lugar, los fenómenos alucinatorios son capaces de interesar a todos los sentidos, pudiendo coexistir y asociarse en un mismo sujeto; en segundo lugar, no se presentan signos de confusión; en tercer lugar, por lo general faltan las interpretaciones delirantes y cuando aparecen no consiguen sistematizarse; por último, el cuadro evoluciona sin que se comprueben los rasgos demenciales característicos.[72] Aunque estos autores pretendieron, en señal de agradecimiento, nombrar a estos cuadros *psychose de Séglas*, el gran alienista de Bicêtre y la Salpêtrière rechazó los honores en aras de no incrementar aún más la abigarrada nomenclatura.

Frente a estas descripciones, E. Dupré logró reunir y presentar seis casos de alucinados que manifestaban todos ellos un funesto pronóstico;[73] esta apreciación contradecía las numerosas observaciones de Séglas, quien había defendido siempre —contra el insigne Magnan— que los cuadros alucinatorios podían desarrollarse a lo largo de numerosos años sin exhibir signos de deterioro, es decir, manteniendo la integridad intelectual y afectiva. Cuando se estudian en detalle, resulta evidente que los casos examinados por Séglas y los presentados por Dupré son demasiado heterogéneos: los del primero son básicamente alucinados, mientras los del segundo son sobre todo delirantes.

Atascados en estas polémicas sobre las relaciones posibles entre la alucinación y el delirio, enfrentados por la defensa del prestigio de sus respectivas escuelas, la Salpêtrière (Séglas) y la Enfermería especial (Dupré), el profesor Gilbert Ballet presentó, en el momento oportuno, sus dos artículos sobre la psicosis alucinatoria crónica; después de estas publicaciones su apellido permanecerá indisolublemente ligado a la *psychose hallucinatoire chronique*.[74] Ballet parecía ser el más indicado para elevar este tipo de psicosis a la categoría de estandarte francés frente a la colonización de la clínica alemana. Parecía serlo, en efecto, porque atesoraba una sólida formación neurológica adquirida como jefe de clínica a las órdenes de Charcot y había dirigido, entre otras muchas publicaciones, la edición del célebre *Traité de pathologie mentale*; además, desde sus primeras investigaciones se había visto atraído por los trastornos del lenguaje.[75] En el

momento que vieron la luz sus dos artículos fundacionales, ocupaba la titularidad de la Cátedra de enfermedades mentales. Su meritoria vida profesional estuvo ligada veinte años a la Salpêtrière; una vez cumplidos los cincuenta, se hizo cargo del Hôtel-Dieu (1902-1909) y concluyó su carrera clínica y docente en Sainte-Anne. Sus estudios sobre la psicosis alucinatoria están fuertemente ligados a su trabajo en el Hôtel-Dieu, hospital que, debido a su céntrico emplazamiento, acogía a muchos trastornados agudos y alucinados. Fue asimismo, junto con Régis, uno de los precursores de la implantación de la psiquiatría en los hospitales generales.

Su artículo «La psychose hallucinatoire chronique», publicado en noviembre de 1911 —es decir, en el mismo año que la monografía de Bleuler pero antes de que ésta fuera conocida en Francia—, presenta una aproximación descriptiva al problema, que tiene en Magnan y en Kraepelin las dos referencias críticas a superar. El segundo artículo, publicado en 1913 con el título «La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité», introduce dos innovaciones decisivas respecto al precedente: la primera consiste en la inclusión de un apunte de teoría patogénica y la segunda propone un cambio substancial respecto a la jerarquía de los síntomas que componen el cuadro clínico; ambas variaciones tenían como objetivo elaborar una solvente réplica a la noción *Schizophrenie*.[76]

Cuando en 1911 surgió la propuesta de Ballet, la nosografía de la psicosis era ya suficientemente alambicada. De manera que la creación de una nueva categoría pasaba inevitablemente por hacerse un espacio en los sistemas clasificatorios vigentes, es decir, en el de Valentin Magnan —el psiquiatra francés que emanaba un mayor número de influencias entre sus compatriotas— y en el de Emil Kraepelin —sin duda, el mayor exponente de la psiquiatría de su tiempo—. Si se tiene presente lo anterior, se comprenderá que el texto de Ballet se inicie con críticas a las elaboraciones etiológicas y nosográficas de Magnan y de Kraepelin: «En suma, Señores, me parece que Magnan y sus alumnos han *disociado* en exceso, separando en dos grupos distintos hechos que no me parecen nosológicamente separables; y que, por el contrario, Kraepelin y sus seguidores han *sistematizado* en exceso, fusionando la demencia paranoide con la hebefrenia y la catatonía».[77]

Respecto a la nosología de corte etiológico pergeñada por Magnan, G. Ballet denunció la artificialidad de la bipartición de los delirios crónicos alucinatorios: el *délire chronique à évolution systématique* (inicio en edad tardía y evolución lenta; herencia psicopática

poco determinante; no degenerativo) frente a los *délires des dégénérés* (estigmas precoces y groseros de degeneración; polimorfismo y evolución brusca).[78] A su juicio, el «delirio crónico» representa meramente un esquema muy depurado de los delirios crónicos alucinatorios, «pero es preciso reconocer que es muy raro»;[79] además, casi nunca sigue la evolución que se le asigna en la teoría, ya que en algunas ocasiones esos delirantes se deterioran demasiado pronto y en otras no lo hacen jamás; asimismo, muchas veces la megalomanía precede a la persecución, en otras ocasiones la aparición de las alucinaciones se anticipa o pospone a las secuencias evolutivas en las que deberían aflorar, etc. Por su parte, los *délires des dégénérés* tampoco representan una entidad bien establecida: ni exhiben el aludido polimorfismo, pues al fin y al cabo todos los temas delirantes se reducen a la persecución y la megalomanía, ni obedecen a un criterio etiológico hereditario que se haya comprobado.

En relación a la clasificación de los delirios crónicos establecida por Kraepelin, Ballet volvió a reafirmarse, una vez más, en la posición comúnmente asumida por sus compatriotas y por él mismo desde hacía una década. En su opinión, la reunión de la catatonía y la hebefrenia con la demencia paranoide («nuestra psicosis alucinatoria crónica») no se sustenta en criterios clínicos, ni mucho menos en figuraciones etiológicas.

Congruente con los argumentos críticos esgrimidos, Gilbert Ballet se centró primeramente —al más puro estilo de los clínicos de la Salpêtrière— en la discriminación de los aspectos semiológicos del cuadro clínico; realizada esta tarea, investigó la evolución. En sus palabras: «Buscando lo que reconcilia y lo que separa los casos a los que hemos pasado revista en las últimas lecciones, dichos casos se me muestran como constituyendo un grupo autónomo. Se enlazan unos con otros por analogías evidentes de los síntomas y del pronóstico. Las diferencias de evolución y de terminación, que son reales, no bastan para permitir la disociación de ese grupo».[80]

Siguiendo esta perspectiva sintomatológica, examinó desde un ángulo parcial la *psychose hallucinatoire chronique*, enfocando en especial el estado cenestésico molesto basado en una inquietud vaga. Dicho estado conduce y condiciona la producción de ideas explicativas de persecución y de ambición, las cuales se alternan, reemplazan y asocian de forma rápida o lenta, y se unen siempre a alucinaciones de diversos sentidos que por su constancia parecen condicionarlas. El estado cenestésico molesto y la inquietud son síntomas «constantes», es decir, están presentes en todos los casos. Una y otra vez el autor defendió que el trastorno intelectual (delirio) está determinado primariamente por la

alteración cenestésica,[81] y que la inquietud debe ser considerada como un trastorno afectivo y no intelectual: «el enfermo que la experimenta no es únicamente un sujeto *pensante*, es un sujeto *sufriente*; sobre él van a recaer sus errores del juicio: no son los otros, es a él a quien van a atribuir honores y fortuna».[82] El trastorno cenestésico se coliga presto a las ideas de persecución y a las alucinaciones de los diversos sentidos, en especial a las auditivas. Frente a estos síntomas reiterados, Ballet juzgó que las ideas ambiciosas, por no formar parte necesaria del cuadro clínico, no eran más que un síntoma «inconstante».

Al margen de las características sintomatológicas y los antecedentes familiares morbosos, los casos estudiados ponen de relieve, ante todo, los antecedentes personales enfermizos y los trastornos del carácter que preceden al surgimiento del delirio: la tristeza, la timidez, la emotividad, la inquietud, el humor sombrío, la gallardía, los celos, la vanidad y el orgullo. Ballet observó asimismo en sus casos la versatilidad imprevisible de la evolución, subordinándola al estado mental subyacente y previo a la psicosis; de esta manera estimó que la evolución se muestra en ocasiones «caprichosa», con remisiones y recaídas, pero progresando siempre con paso firme hacia un debilitamiento intelectual de mayor o menor cuantía. Por todos estos motivos, el pronóstico es grave y sombrío.

Apenas dos años después, en 1913, el profesor Ballet publicó el segundo de los artículos sobre la psicosis alucinatoria crónica. Su título, «La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité», refleja con claridad el nuevo derrotero a seguir con dicha enfermedad. También en ese mismo año, pero al otro lado del Rin, Emil Kraepelin había concluido la redacción de la parte correspondiente a las *endogenen Verblödungen* (*Dementia praecox* y parafrenias) de su *Lehrbuch*.[83] «Quiero mostrarles hoy, de una manera más explícita a como lo hice anteriormente, que la psicosis alucinatoria crónica se caracteriza por una *disgregación* [*désagrégation*] *inicial y persistente de la personalidad*, lo que basta para explicar la gravedad de la afección».[84] En esta nueva remodelación, la sintomatología adquiere una nueva jerarquía: las alucinaciones son la parte integrante y «necesaria en un cierto período», mientras que las ideas de persecución o de ambición son «secundarias y contingentes», ya que muchas veces sólo aparecen muy tardíamente o ni siquiera llegan a desarrollarse. La presencia de alucinaciones señala por sí misma que la personalidad está disgregada, pues ellas constituyen una de las manifestaciones de ésta: «Disgregación de la personalidad, y como

consecuencia de dicha disgregación, fenómeno del eco del pensamiento y alucinaciones, eso es lo que se encuentra en la base de toda psicosis alucinatoria crónica, [...]».[85] A modo de ilustración de estas consideraciones, Ballet presentó el caso de la alucinada Sra. J., pero sus comentarios se limitan tediosamente a repetir las conclusiones ya apuntadas: los pensamientos de la enferma se traducen en alucinaciones, piensa «en alucinaciones»; «a veces —añade la paciente— cuando ellos dicen algo, es necesario que eso venga a mí y que lo repita»; la víctima de las alucinaciones —apostilla Ballet— busca generalmente una explicación delirante a esos fenómenos que le son tan extraños.

Estas reflexiones sobre la edificación de las psicosis alucinatorias no aportan novedad alguna ni sobre los fenómenos elementales inmediatos o previos a la ruptura psicótica, ni tampoco sobre el fundamento psicológico o neurológico de la *désagrégation*. Ballet se conforma con anotar de nuevo cuanto había advertido Baillarger y sobre todo Séglas, pero tan pronto como se anima a explicar las razones de la disgregación, se desentiende del asunto indicando que gran parte de los procesos psíquicos son arrojados fuera del campo de la conciencia y relegados al *subconsciente*. Referencias tan pertinentes como la de Bleuler y la de Freud están sospechosamente ausentes.

Una vez que se han expuesto los fundamentos clínicos de la *psychose hallucinatoire chronique* creada por Ballet, podemos hacer balance de su enjundia nosológica y de su pertinencia nosográfica. En nuestra opinión, exceptuando el nombre tan sugestivo que se le confirió,[86] el escaso soporte descriptivo y el prosaico fundamento de la *désagrégation* nos conducen a localizar los determinantes de su invención fuera del ámbito propiamente clínico. En este sentido examinaremos ahora la coyuntura en la que se gestó a fin de robustecer la segunda de las razones antes apuntadas, la razón patriótica y narcisista; la denominamos así porque consiste en una reacción de reafirmación de la propia identidad de la escuela francesa frente a la amenazante invasión de la nosografía alemana (Kraepelin) y suiza (Bleuler). Henri Grivois ha llamado agudamente la atención sobre este mismo hecho y no ha mostrado el menor rubor al denunciar que el cimiento de la psicosis alucinatoria crónica obedece más a razones políticas que a hechos clínicos; a renglón seguido, este autor la ha calificado psicosis *nationale*, epíteto que «atestigua la resistencia francesa a la penetración de las ideas alemanas en vísperas de la Gran Guerra».[87]

En la época de Ballet no eran las compañías aseguradoras médicas, ni tampoco la industria farmacéutica, las instancias que favorecían o determinaban, a su conveniencia,

la creación de categorías nosográficas; esos propósitos obedecían sobre todo a rivalidades entre escuelas psicopatológicas. En su primer artículo, las críticas se reparten por igual entre Magnan y Kraepelin, pues las obras de ambos habían cubierto todos los huecos del mapa nosográfico de las psicosis donde presumiblemente podría insertarse una nueva enfermedad. La psicosis de Ballet ocupó un espacio dentro del espectro descrito por Magnan y dentro también de la sistemática de Kraepelin: la mayoría de sus casos habrían sido considerados por Magnan un *délire chronique* y los menos una *psychoses des dégénérés*; todos ellos sin excepción habrían sido asimismo incluidos, en 1911, en la *Dementia paranoides* (*mitis* o *gravis*) kraepeliniana, mientras que en 1913 algunos encajarían en esa forma de demencia precoz y el resto se reubicarían en las parafrenias. Conforme a estas referencias, en el primero de los artículos bastaba a los propósitos de Ballet con sostener la posición tradicional de sus compatriotas, criticando la extensión desmesurada que Kraepelin había otorgado a la *Dementia paranoides* y resaltando las diferencias entre ésta y las otras dos formas demenciales, la hebefrenia y la catatonía. De esta manera se ganaba la aquiescencia general de sus colegas, ávidos de argumentos para combatir la sistemática kraepeliniana. Por el contrario, las reprimendas a Magnan sólo le granjeaban los parabienes de quienes se mantenían distantes del maestro de Sainte-Anne.

Apenas dos años después, en 1913, el panorama había cambiado ostensiblemente. A la vez que la imponente obra de Emil Kraepelin iniciaba su declive, la monografía de Bleuler ganaba cada vez más simpatizantes entre los autores de lengua alemana. Al darse esta nueva situación, los clínicos franceses dejaron a un lado a Kraepelin y tomaron la esquizofrenia de Bleuler como referente crítico principal. Como es natural, este nuevo reparto de influencias afectó directamente a la descripción de la psicosis alucinatoria crónica. Tal fue la incidencia que G. Ballet reorganizó por completo la primera versión y, dos años después, ofreció una nueva, en la cual la cenestesia cede su posición central a las alucinaciones y la *désagrégation*.

Frente a la esquizofrenia, los psicopatólogos franceses echaron mano del argumento que denunciaba su extensión desproporcionada. ¿Cómo salvaguardar si no el patrimonio de los delirios crónicos? Pues bien, la salida que hallaron consistió en recuperar la antaño denostada *Dementia paranoides* kraepeliniana, convenientemente redefinida por Séglas.[88] Aunque resulte chocante, los psicopatólogos de este lado del Rin tendieron la mano a Kraepelin —tan vilipendiado unos años antes— para oponerse frontalmente a Bleuler. Fruto de tan singular coyuntura, muchos clínicos franceses se volvieron más

papistas que el Papa, es decir, más kraepelinianos que los propios alemanes.[89] Pronto tendremos oportunidad de mostrar una coyuntura tan llamativa y paradójica como la que se acaba de describir; en efecto, investigando los mismos hechos clínicos, Clérambault desconocerá sistemáticamente todos y cada de los trabajos del profesor Gilbert Louis Ballet.

Siguiendo la perspectiva que proponemos, el atento análisis del proceso de edificación de las categorías clínicas nos advierte de la artificialidad de muchas de ellas. Y no sólo por las rivalidades más o menos encubiertas, sino por someter la observación y la teoría a prejuicios e ideales que condicionan los resultados y hallazgos. No extraña ahora tal desproporción de visiones sobre hechos y trasfondos siempre idénticos, asunto éste que puede disculparse por la complejidad que entrañan. Pero pretender convertir dichas visiones en «enfermedades mentales» es algo que espanta cuando se conocen los entresijos de su construcción. El autor que nos disponemos a examinar a continuación incide igualmente en esta denuncia epistemológica, valiéndose para ello del más contundente de los argumentos: la clínica, sólo la clínica de observación.

LAS LOCURAS DISCORDANTES DE CHASLIN

Philippe Chaslin (1857-1923) fue ante todo un gran semiólogo, un captador y registrador de signos.[90] Dotado de unas cualidades poco comunes para la observación, conocedor como pocos de los fundamentos de la clínica mental, eligió una posición decididamente crítica respecto a la aureola de autosuficiencia que envolvía el discurso psiquiátrico de su época. Alejado por decisión propia de los cantos de sirena que animaban a las especulaciones teóricas, orientó sus pesquisas hacia el ámbito más directo e insoslayable de la observación aséptica de los trastornos mentales. En esas condiciones pudo aprehender la semiología clínica, a la que dio nombres populares tomados de su propia lengua, y establecer la jerarquía de los fenómenos que constituyen los cuadros clínicos. Consumado lector, estudioso de las matemáticas, defensor y promotor de un lenguaje tan claro como preciso, autor de unas cuarenta publicaciones de su especialidad, su nombre se recuerda actualmente al evocar la *confusion mentale primitive* y las *folies discordantes*. Pero además de estas contribuciones a la clínica mental, en estos días que corren debería ser recordado por el tono crítico, bien fundamentado, con el que combatió

contra la infatuación de la que hacía gala el saber psiquiátrico.[91] En lo que sigue nos ocuparemos sobre todo de mostrar sus hallazgos relativos a las locuras discordantes y recuperaremos su acendrada pasión por la fenomenología descriptiva.

Ya en su descripción de la *confusion mentale primitive*,[92] ampliamente desplegada en su monografía de 1895, Chaslin limita su quehacer a precisar el conjunto sintomatológico, entendido cuando más como un «síndrome», aunque en ocasiones no se atreve a tanto y usa la expresión *le symptôme confusion*. Y es que nuestro autor fue ante todo, incluso en su primer período, muy cauto respecto a las grandes teorías etiológicas explicativas; al apartarse de ellas, su interés se centró en describir los relieves y detalles de las manifestaciones morbosas, tan característico de sus descripciones clínicas.[93] Según Chaslin resulta impropio hablar de «enfermedades» por el simple hecho de no poder precisar su etiología, aunque esa perspectiva permanezca como un objetivo a conquistar: «La vía etiológica es probablemente la única a seguir si se quiere llegar a conocer verdaderamente las enfermedades nerviosas en su naturaleza. El descubrimiento de la causa específica es de una importancia capital; ello permite elevar realmente un complejo sintomático al rango de enfermedad y separarla de otras, [...]».[94] Fue asimismo muy crítico con los recursos fáciles y falaces a la etiología hereditaria, como propugnaba la teoría de la degeneración de Morel, pues a su juicio encubrían el desconocimiento alardeando de una terminología presuntamente científica.

La mayor de las aportaciones a la psicopatología realizadas por Chaslin llegó con las casi mil páginas de sus *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, publicado en 1912. El propósito de este texto no era otro que mostrar un material objetivo, compuesto esencialmente de observaciones clínicas y transcripciones de entrevistas con pacientes, a los que añadía sus comentarios pero sin entrar en discusiones teóricas; la semiología se encumbra allí como el arte de la clínica por excelencia. «Quisiera, mostrando continuamente al enfermo tan "vivo" como sea posible, indicar con el dedo, por así decir, los signos a investigar y a apreciar, y guiar de esta manera al principiante en el arte difícil del diagnóstico. Y todo eso de la forma más sencilla, la más simple y con las menos palabras técnicas, sin tratar por nada del mundo de hacer una psicología patológica: nada que no sea la clínica; pero la más clásica [...]».[95] El estilo de Chaslin revela en este punto su pasión por el lenguaje matemático y el sello propio de los alienistas de la Salpêtrière, amantes de la clínica de la observación antes que de las engoladas síntesis teóricas al estilo de Magnan.[96]

Dicho estilo de exposición expresa igualmente la forma sencilla y efectiva con la que nuestro autor procedía ante los enfermos: anotaba todas y cada una de las palabras de la conversación, detallaba todo cuanto sus ojos y sus oídos eran capaces de registrar, esto es: la mímica, el lenguaje, el comportamiento, los antecedentes, los escritos si los hubiera y el estado somático general.

A partir de las coincidencias y de las divergencias aprehendidas en sus observaciones, Chaslin procedía a conformar una nosografía operativa, siempre preliminar, en la que separaba en primer término los trastornos mentales de causa conocida y los de causa desconocida, como había hecho Magnan; los primeros eran ordenados en función de sus causas, mientras que los segundos simplemente eran enumerados: desequilibrio mental, tendencias anormales, falsedad de juicio, impotencia psíquica (neurastenia), histeria, melancolía, manía, locura maníaco-depresiva, locuras sistematizadas crónicas, locuras agudas, «grupo provisional de las locuras discordantes» y tipos clínicos de expectación. De entre todos estos tipos clínicos, la mayor originalidad del autor se aprecia en el concepto de *discordance* y en la agrupación que de éste dimana, *les folies discordantes*.

No existe a lo largo de su texto ningún desarrollo teórico que glose el concepto *discordance*, ni tampoco ninguna penetración psicológica que le dé pie a elucubraciones teóricas como hace tímidamente, por ejemplo, Eugen Bleuler con la *Spaltung*.[97] Chaslin se limita a nombrar la discordancia en los comentarios de algunas de sus numerosísimas ilustraciones clínicas. Pero, como veremos, eso no quiere decir que sus observaciones no contengan más interés que el meramente ilustrativo. La primera enseñanza clínica que extrae de la discordancia es que no se presenta en cuadros agudos, tipo *bouffées délirantes* de Magnan; por el contrario, su presencia indica cronicidad o advierte del inicio de un cuadro que perdurará.

La discordancia aparece mencionada por primera vez en los comentarios del caso de la enferma Sra. L., una loca discordante paranoide (delirio incoherente, polimorfo) cuyo delirio de envenenamiento se acompañaba sorprendentemente de una mímica y una sonrisa irónicas.[98] Chaslin señala a este respecto la *discordance*, es decir, el desacuerdo existente entre el humor, la mímica y los contenidos delirantes.

Ciento sesenta páginas más adelante hallamos de nuevo el término en cuestión, en esta ocasión al comentar el caso Giv., extensamente examinado más adelante, en el capítulo XIII. Se aprecia aquí, no obstante, un matiz diferente pues la discordancia se sitúa entre la inteligencia y el lenguaje. Giv., cuyo caso expondremos más adelante con mayor

detenimiento, presenta una locura discordante verbal manifestada sobre todo por un lenguaje automático, a veces sumamente incoherente, que impresiona por la ausencia de concordancia entre una morfología y una sintaxis impolutas y, al mismo tiempo, la imposibilidad de captar de qué está hablando el paciente; dicho de otro modo, la discordancia se establece entre el lenguaje correctamente ordenado y la ausencia de significaciones inteligibles.[99]

A partir del signo *discordance* nuestro autor se aventuró a organizar el grupo de las locuras discordantes. Aunque guarda una estrecha relación nosográfica con la demencia precoz kraepeliniana, este tipo de locuras se enmarcan en un espacio propio. En efecto, Chaslin no incluye en ellas todos los casos de locuras con delirio sistematizado alucinatorio, ni tampoco las formas auténticas de demencias juveniles en el sentido de Morel y Hecker. Por otra parte, mientras Kraepelin se reafirmó una y otra vez en considerar sus categorías clínicas como «enfermedades mentales», Chaslin se mostró al respecto mucho más comedido, como no podía ser de otro modo dado el total desconocimiento etiológico. «Se pueden distinguir tres *tipos* principales de esas locuras discordantes en el período de estado —escribió Chaslin—, ya que en el período de demencia las apariencias de los tipos se aproximan unas a otras; yo añadiría una cuarta, la locura verbal: la hebefrenia (que *parece* ser un tipo mixto); la locura paranoide, delirante (llamada demencia paranoide); la locura verbal; la locura motriz o catatonía. La palabra *tipo* tiene la ventaja de no precisar nada nosográficamente. No sé, en efecto, si dichos tipos, aunque tengan, como se verá, un síntoma general común, la discordancia, son realmente formas de una misma afección o afecciones diferentes».[100]

De estos cuatro tipos clínicos descritos, Chaslin subrayó las manifestaciones discordantes. Conforme a sus observaciones, la falta de armonía entre los síntomas era tan llamativa que, hasta cierto punto, da la impresión de que son independientes unos de otros.[101] Reprobó con firmeza que se asignara a la demencia —como se acostumbraba a hacer con tanta ligereza— un papel decisivo en estos cuadros discordantes. En su opinión, el hecho de que los síntomas «simulen» a menudo la demencia no quiere decir que realmente la haya. «Para mí, no hay demencia en tanto no se dé disminución de la memoria y del juicio, debilitamiento intelectual; pero eso no es todo, pues aún se requiere que ese debilitamiento no sea consecuencia de la confusión, de la estupidez o de la depresión. Es preciso que sea *puro* para que adquiera toda su significación de debilitamiento intelectual definitivo».[102]

A partir de cinco observaciones seleccionadas (Cap. , hebefrenia atenuada; Cou., hebefrenia; Der., hebefrenia seudo-melancólica; Bel., hebefrenia en su inicio; J., hebefrenia seudo-maníaca) emprendió Chaslin la descripción de la *hébéphrénie*. Todas ellas muestran, quizás con más nitidez que los tipos clínicos restantes, la «verdadera ensalada de síntomas» que constituye la manifestación más evidente de las discordancias, en este caso entre los síntomas. El inicio, brusco o bien insensible, se sitúa entre los ocho y los treinta años y se caracteriza por el cambio de carácter (pereza, indiferencia, lentitud en las tareas, oposición, cólera y tristeza); también en ocasiones aparecen excitaciones sin motivo, fugas, tics, risas, muecas, actitudes extravagantes pasajeras, puerilidad, ideas delirantes vagas, terrores, onanismo y quejas sobre la salud. Por lo general el joven suele sentirse enfermar, mientras que los maestros o la familia achacan el cambio a su haraganería y a su mala voluntad. En el período de estado, todos estos síntomas se acentúan y adquieren aspectos diferentes: depresión y tristeza, excitación con parloteos, ideas de persecución o de grandeza. «Todas esas ideas delirantes, esos trastornos emocionales y motores, cambian, se entremezclan generalmente o predominan más o menos con un sesgo extraño y desordenado. Pero lo más destacado es que todo eso es generalmente *muy superficial*. Con motivo de esos síntomas surge frecuentemente una *indiferencia* completa, una apatía que no cesa de acrecentarse y que puede además entrecruzarse con accesos emotivos, con negativismo, con un corto período de estupor más o menos rico en fenómenos llamados catatónicos [...]».[103] Todas estas manifestaciones se despliegan coexistiendo con la conservación de la inteligencia, del juicio y la memoria, a veces también de la atención, la orientación en el tiempo y en el mundo exterior. Dicho estado puede prolongarse durante años sin que la verdadera demencia se instale; también sucede, en ocasiones, que ésta se instaura rápidamente al cabo de unos meses (*démence précoce vraie*). Cuando la demencia es poco acentuada, se puede emplear al paciente en trabajos que no entrañen demasiadas complicaciones. Son muy pocos los trastornados de este tipo que pueden desempeñar algún cometido en la sociedad, y de ser así «no serán ya lo que fueron»; en esos casos podría hablarse de una curación relativa.

La *hébéphrénie atténuée*, por su parte, evoca de lejos a la neurastenia, pero en este caso la indiferencia es extrema y la pereza patológica, amén de la cohorte de síntomas que recuerdan mucho a la hebefrenia: gestos extraños, actitudes singulares de fuga, tics,

muecas, risas, puerilismo; en una palabra, los signos de la hebefrenia completa, pero en forma atenuada.

La *folie paranoïde* (*démence paranoïde* de Kraepelin), tal como la concibe Chaslin, es menos frecuente que el tipo precedente. Su descripción se desarrolla a partir de los comentarios de cuatro observaciones: Sra. L. (locura paranoide típica), Fri., Lev. y Delo. Entre las características generales destaca el delirio con marcado polimorfismo e incoherencia (ideas delirantes multiformes —con o sin alucinaciones— de persecución, de grandeza, hipocondríacas, de negación, de transformación corporal, de imaginación, etc.). Son precisamente las características apuntadas las que determinan la imposibilidad de que el delirio sea relatado como una historia ordenada; además, se añaden las estereotipias, algunos elementos del negativismo y las alteraciones afectivas, pero sin que llegue a consumarse una verdadera afectación de la inteligencia. En esta forma de locura discordante, la *discordance* se comprueba de manera especial en la conservación de algunas facultades frente a la absurdidad e incoherencia delirante, y también en la falta de armonía existente entre unos síntomas y otros. El inicio se produce por lo general en la juventud, a veces incluso en la edad adulta. Más tarde la agitación y las reacciones emocionales se disipan, el delirio se vuelve extravagante, absurdo, móvil, difuso y contradictorio. Los pacientes se muestran ordinariamente indiferentes o eufóricos, su mímica es irónica y su palabrería incoherente. Al mismo tiempo que se aprecia una conservación de la inteligencia y de la memoria, se desarrollan, de manera más o menos completa, algunos signos de emancipación motriz: en unas ocasiones, signos catatónicos como estereotipias, tics, actos extraños, coleccionismo, monólogos, palabras fabricadas; en otras, un seudo-estupor con mutismo en el que el enfermo permanece inmóvil; puede darse, incluso, una mezcla de mutismo y de monólogo.

La *folie discordante verbale* nombra una variedad original de Chaslin.[104] Se trata de un tipo poco frecuente y de larga duración, «que no es propiamente delirante, pero que presenta una incoherencia verbal extraordinaria».[105] En los casos puros, tras un inicio más o menos análogo a las formas precedentes, este tipo de locura se compendia en un lenguaje completamente incoherente, con continuas palabras inventadas, conservación sólo aparente del sentido, entonaciones, risas, sonrisas y gestos. Esencialmente la discordancia se produce entre la conservación de la mímica del discurso y la completa incomprensibilidad del sentido. «Sin embargo, de tanto en tanto, una frase sensata, sobre todo al inicio de una conversación, nos indica que puede ser que la inteligencia

propiamente dicha esté menos tocada que el lenguaje y que el desorden de éste impida pensar (?)».[106] El paciente conserva intactos el juicio, el razonamiento, la memoria y la orientación, y todo ello al mismo tiempo que prosperan la incoherencia verbal, los retruécanos y los neologismos, cuyo contraste con la morfosintaxis correcta resulta muy llamativo.

Ilustraremos estas pinceladas descriptivas con un pasaje de la entrevista que Chaslin mantuvo con su paciente Giv.:[107]

«[...] Pregunta. ¡Háblenos de sus viajes!

Respuesta. Es la charca en todo caso.

P. ¿Ha estado usted en América del Sur?

R. No.

P. ¿En Alaska también?

R. Sí, ya veremos eso más tarde. ¡Me enrolé como ayuda de campo veterano!

P. ¿Qué es eso?

R. Eso es asunto suyo ¡Es la charca en *simée* mirarse en una charca, si yo me meto en vuestros asuntos! Ayuda de campo, es la charca *simée*; la *azene*, usted le manda a paseo, siempre a correr, sin embargo a alojarse en algún sitio, si hace usted correr la arcilla, él se alojará en la *azene*.

P. ¿Qué es eso de la *azene*?

R. Es la *abanazene*, el ayuda de campo como veterano.

P. ¿Qué es esto (Se le muestra el protector de la chimenea)?

R. Es algo de metal (respuesta exacta).

P. ¿Cómo lo nombra usted a eso?

R. Metal frito.

P. ¿Qué es eso?

R. Es un protector contra el fuego (exacto).

P. ¿Qué hora es?

R. Son las diez menos cinco.

P. ¿Conoce usted a este señor? ¿Cómo se llama?

R. *Sténos*.

P. ¿Se llama Sténos este señor? ¿Qué es eso?

R. El tabaco me gusta; ¡no me lo quieren dar! [...]».[108]

Por último la *folie discordante motrice* (*catatonie*) —cuya descripción retoma de L. Kahlbaum— destaca por la importancia de las letanías declamatorias, el estupor, el negativismo, la capacidad de sugestión y las estereotipias gestuales y verbales. Tal como se pone de manifiesto en sus casos ilustrativos (Pat., y sobre todo Geo.), Chaslin sitúa la discordancia entre la capacidad de sugestión y el negativismo, entre el estupor y la agitación, entre la verbigeración y el mutismo. Como en los tipos precedentes, el inicio es lento o repentino. Los períodos de estupor y de excitación catatónica se mantienen a lo largo de lapsos de duración variable, a veces con remisiones más o menos persistentes. Se observan de igual modo algunas ideas delirantes o alucinaciones raras y pasajeras. Entre la lista de los «signos llamados catatónicos», que no son ni mucho menos patognomónicos, destaca nuestro autor los siguientes: estupor, catalepsia, rigidez muscular, flexibilidad cérea, docilidad automática, eco de gestos; eco de lenguaje, mutismo, negativismo, respuestas embrolladas e inexactas dichas adrede (*Vorbeireden*); rechazo del alimento y comidas a escondidas; palabras fabricadas, habladurías y letanías, retahíla declamatoria; escritos con las mismas características pero asombrosamente razonables; estereotipias de actitud, estereotipias de movimientos, manierismos y muecas; impulsiones; automutilaciones. Aun en los momentos de recrudecimiento del estupor, el enfermo conserva frecuentemente toda su atención y su memoria, capta bien las impresiones aunque parece que no las utiliza para un trabajo intelectual a causa de una indiferencia absoluta y de una apatía soberana. Así y todo, una vez que se decide a realizar una tarea sólo encuentra dificultades en los movimientos. «Por tanto no habría "inhibición", enlentecimiento del curso de las ideas por obstáculo. La lentitud de la respuesta o el acto vendrían de la *asociación por contraste*, lo que Kraepelin llama *Sperrung* por oposición a *Hemmung* (esto es una simple hipótesis)».[109]

LA CLÍNICA DE LA OBSERVACIÓN

Una vez expuestas las características semiológicas de las locuras discordantes verbales, de las que hemos soslayado por su extensión los aspectos del diagnóstico diferencial, conviene ahora extraer algunas consideraciones particulares sobre este tipo de locuras y otras más generales sobre la clínica de las llamadas «enfermedades mentales». Siempre nos ha atraído la humildad respecto al saber de la que hizo gala Chaslin. En nuestra

opinión, gracias a esa posición consigue hacer de la clínica algo similar a un arte. Ese arte de la clínica consiste ante todo en saber observar y escuchar sin prisas, apreciar los signos mínimos y particulares de cada enfermo, situar las correlaciones y diferencias de esos signos respecto a otros muchos observados en multitud de pacientes. De esta forma, nuestro autor propinó un varapalo inesperado al homogéneo conjunto de los «delirios crónicos». En este sentido, a decir de George Lantéri-Laura, Chaslin se presenta como un *diabolus in musica*, pues «ni interpretación, ni alucinación, ni pasión, ni automatismo: los mecanismos delirantes se encuentran aquí ausentes, incapaces de dar cuenta del conjunto de los delirios crónicos».[110] En efecto, no encuentra nuestro autor ningún mecanismo esencial que jerarquice este tipo de delirios; tan sólo constata la incongruencia entre los signos, entre los temas y el humor, entre la pulida sintaxis y la total falta de sentido, etc. Al contrario que la omnipresente *Verblödung* de Kraepelin o la imprecisa *Spaltung* de Bleuler, el único signo común que une a todos estos cuadros clínicos es precisamente la *discordance* de sus manifestaciones.[111]

A sabiendas del desconocimiento mayoritario de las causas físicas de la patología mental, Chaslin prefirió hablar simplemente de «tipos clínicos» y no de «enfermedades», tal como había enseñado Charcot. Criticó con vehemencia entre líneas a muchos de sus petulantes colegas que, por creerse en posesión de un saber inconmovible y haciendo alardes de una terminología médica, estaban aproximando la psiquiatría a la metafísica.[112] Coherente con tales planteamientos, prefirió el modesto término *folie*, repudiado por los discursos grandilocuentes, para evitar así fomentar la visión de hipotéticas demencias o de «enfermedades mentales» en sentido estricto.

Podría parecer que la clínica defendida por Chaslin se ahoga en sus propias miras de pulcritud semiológica, o que se limita sin más a una crítica certera pero improductiva. Pero ese empeño prudente y sencillo, aunque a todas luces incompleto, tiene el mérito de barrer de un escobazo la palabrería infundada de tantas y tantas concepciones teóricas rutilantes; esas concepciones que se alimentan de referencias falaces a la neurología o a la psicología, alternativamente, pues cuando una no sirve a sus propósitos se recurre raudo a la otra sin mayores escrúpulos, y si éstas no bastan se reclaman no se sabe qué factores ambientales o sociales; incluso, cuando conviene al caso, se acepta sin el mayor escrúpulo un poco de cada cosa. A la angosta perspectiva propugnada por Chaslin no le quedaron muchas más salidas que valerse de la precisión que procura la semiología, descarnada en todo lo posible de prejuicios teóricos. Tan coherente como siempre se

mostró respecto a sus proposiciones, este alienista amante de las matemáticas promovió, finalmente, la elaboración de un lenguaje psicopatológico «bien hecho», un lenguaje riguroso y asequible, necesario si se pretende apartar a la clínica mental de tanta palabrería inane. «Para traducir los registros de datos —escribe Daumézon—, Chaslin se confía a un vocabulario simple, no por el gusto de la simplicidad, sino por el deseo de ser exclusivamente descriptivo. Ahí, sin duda, encontramos la nostalgia de las matemáticas. En efecto, el psiquiatra es "naturalista", debe pues registrar y describir los hechos, desconfiar de su imaginación y razonamiento, pero no obstante, debe usar en sus descripciones una *langue bien faite* [...]».[113] Con el ánimo de finiquitar esta «psiquiatría anárquica» y procurar que la medicina mental francesa se convirtiera en una «ciencia bien estudiada» y en una «lengua bien hecha», Chaslin promocionó tres propuestas. En primer lugar, el uso de un vocabulario que fuera exclusivamente francés, lo que implicaría renunciar a engolados términos griegos o latinos y sustituirlos por otros más precisos, específicos y populares («mentismo» por «tormenta de ideas», «mitomanía» por «manía por la mentira», «ideas hipocondríacas» por «ideas de enfermedad», «cenestopatía» por «sensaciones extrañas», y un largo etcétera). En segundo lugar, la delimitación precisa y detallada de los perfiles de los síntomas y de los síndromes, describiendo para ello las cosas tal como son. Finalmente, la adopción de una clasificación empírica basada en tipos clínicos: «Me inclino por una clasificación a-etiológica cuando en la experiencia clínica desconocemos las causas».[114]

Con el paso de los años, el lenguaje psicopatológico francés terminó por traicionar las precisiones y disquisiciones semiológicas de nuestro alienista. La tradición francesa ha conservado el término *discordance* pero desvirtuando su significación: unos lo han empleado para evitar en lo posible la utilización del término «esquizofrenia» y otros lo han convertido en un sinónimo de la *Spaltung*; las tradiciones extranjeras, por su parte, lo han ignorado casi por completo.

Todos sabemos que la teoría es absolutamente necesaria, que no hay clínica sin teoría. Pero mientras algunos elaboran las teorías al margen de la clínica y se valen de esas invenciones para explicar los casos, otros, por el contrario, parten sin más de lo que ven y de lo que oyen, y componen la teoría a partir de lo que esos casos enseñan. A este escéptico del cientificismo que fue Chaslin, la clínica le mostró la discordancia. Es verdad que no supo, o quizás tampoco lo pretendió, explicar ni su fundamento ni su alcance

teórico. Se consoló, y eso no es poco, arguyendo: «Podemos estar tranquilos; las teorías mal fundamentadas pasarán, pero la clínica permanece».[115]

Con estas palabras despedimos la semblanza de este hombre y sus *folies discordantes* para ocuparnos de la más aguda de las miradas clásicas sobre el desgarramiento psicótico de la identidad, la de Clérambault sobre el Automatismo Mental.

CLÉRAMBAULT, EL PERSONAJE Y SU LEGADO

Pocas son las enseñanzas de psicopatología de la psicosis que resisten la comparación con las que legó G. G. de Clérambault. Su vida, desbordada de una pasión contagiosa para unos pocos y deleznable para la mayoría, ha sido objeto en los últimos años de panegíricos dignos de un personaje de leyenda, rayanos algunos de ellos en exultantes hagiografías; su enseñanza, su «Dogma», sus escasos e incompletos escritos y sus numerosísimos «certificados» han cautivado como pocos lo hicieron antes y, quizás, pocos lo conseguirán. Siete décadas después de su muerte, las instantáneas que su penetrante mirada captó de los fenómenos cuasi invisibles del desgarramiento inicial que supone la psicosis siguen siendo emblemáticas. Porque no podemos escapar a su hechizo, a su pasión escoptofílica por la microfenomenología de la locura, acompañaremos nuestros comentarios sobre el Automatismo Mental de algunos apuntes sobre el personaje Clérambault, pues su vida y su obra, enlazadas sin fisura por la mirada curiosa de unos ojos mancillados finalmente por cataratas, corrieron indudablemente parejas.[116] De no haber estado tan embelesado por los drapeados, los brillos y los pliegues, los vuelos y las caídas de las vestiduras que cubren y esconden cuerpos de mujeres, seguramente no habría sido capaz de ver lo invisible del Síndrome de Pasividad. Su obra está hoy en día más viva que nunca,[117] más incluso que en aquellos años en los que reinó y combatió desde su despacho de la Enfermería especial de la Prefectura de policía de París. Una de esas sonadas paradojas de la historia quiso que fuera precisamente un psicoanalista, Jacques Lacan, alumno suyo en los años de formación psiquiátrica, quien consiguiera resucitar el nombre de Clérambault y situarlo en el firmamento de la clínica mental junto a los grandes nombres de la psiquiatría.

Con el fin de bosquejar una primera aproximación a tan controvertido autor, citaremos tres pasajes muy expresivos que le dedicaron, respectivamente, H. Ey, P. Bercherie y el

propio J. Lacan. «Desde 1920 a 1933 —escribe Ey— la Enfermería especial de la Prefectura de policía de París estuvo animada por el que se revelará probablemente como una de las figuras psiquiátricas más grandes de comienzos del siglo XX en Francia. Era un espectáculo bastante extraño y muy emocionante el de sus conferencias del viernes, donde su magnífico espíritu clínico se desplegaba en el lugar más exiguo, más sombrío y más antiguo. [...] Su verbo prodigioso, la concisión sustantiva de su pensamiento, la perfección de sus fórmulas, el arte de "maniobrar" a los enfermos y el de vestir sus gestos, sus palabras, en las líneas más exactas y rígidas de sus famosos certificados, parecidos a estatuas, deslumbraban el espíritu de los jóvenes oyentes. Cautivaba por un verdadero genio clínico, por sus excepcionales dotes de observación y perspicacia [...]. Un hombre tan digno de estima y admiración, aislado por su propio genio. [...] Este gran clínico aparecido en la época donde la inspiración mecanicista de las doctrinas reinantes constituía la tradición clásica, no supo encontrar la vía de su "revolución" más que en el exceso mismo de su clasicismo. Su espíritu, comprometido en esta vía, no pudo hacer otra cosa que no fuera llevar hasta sus más extremas consecuencias las doctrinas mecanicistas y atomísticas que su notable espíritu clínico hubiera podido hacerle rechazar. Contribuyó así, mediante sus teorías, y a pesar de su propio genio, a desechar la Psiquiatría que él sabía, no obstante, hacer tan viva. [...] Pero el hombre, su talento, su mérito clínico, los excelentes análisis estructurales que, a despecho y como a traición a su sistema le debemos, no podrían impedirnos el exponer y criticar este monumento al mecanicismo que constituye, sin disgustar al Sr. Guiraud, su obra teórica, el "Dogma" como se decía en términos de la escuela del *Dépôt*».[118] Como puede apreciarse, el ambivalente Henri Ey, entre la admiración y la alabanza, no vacila en asestar una crítica muy contundente al mecanicismo y al atomismo del maestro de la Enfermería, abundando en el mismo filón que sus numerosos detractores han explotado para relegar sin más el conjunto de su obra.

Un cariz bien distinto tienen las palabras laudatorias de Paul Bercherie: «Un estilo lapidario, fascinante por su concisión y eficacia, un verdadero genio de la observación analítica, el gusto y el talento para las grandes síntesis y visiones de conjunto, una cultura psiquiátrica enciclopédica y constantemente presente en su mente, un carisma personal evidente, aumentado por un sentimiento seguro de su superioridad, tales son los elementos que nos quedan para comprender la fascinación que ejerció Gaëtan Gatian de Clérambault sobre sus contemporáneos y las pasiones, a menudo hostiles, que suscitara

como persona en el pequeño mundo de la psicopatología francesa. Treinta años antes hubiera sido el par de Kraepelin, pero más allá incluso de su trágico fin que le impidió escribir cualquier obra de importancia, Clérambault llegaba demasiado tarde: verdadero anacronismo viviente, el último y el más brillante sin duda de los clásicos, comenzaba su obra en la hora de los cuestionamientos. Veremos que, sin embargo, los problemas que abordó eran de todos modos los de su época».[119]

Por su parte, Jacques Lacan, quien lo reconoció como su «único maestro en psiquiatría»,[120] reclamó de los psicoanalistas que lo seguían en los años cincuenta la máxima atención para esta obra que «independientemente de sus objetivos teóricos, tiene un valor clínico concreto: es considerable el número de síndromes clínicos delimitados por Clérambault de manera completamente original, y que están integrados desde entonces al patrimonio de la experiencia psiquiátrica. Aportó cosas preciosas nunca vistas antes y nunca retomadas después; habló de sus estudios de las psicosis determinadas por tóxicos. En una palabra, en el orden de las psicosis, Clérambault sigue siendo absolutamente indispensable».[121] Asimismo, en una conferencia pronunciada en el Centro hospitalario del Vinatier, en Lyon, precisó: «Clérambault me aportó cosas. Me enseñó simplemente a ver lo que tenía delante de mí, un loco. [...] Naturalmente, sobre el automatismo mental, como él lo llamaba, no olvidé la lección».[122]

LAS ASPEREZAS DE SU PERSONALIDAD Y LA ENFERMERÍA ESPECIAL

¿Quién fue Clérambault, qué descubrimientos hizo este «genio»?[123]

Gaëtan-Henri-Alfred-Edouard-Léon-Marie Gatian de Clérambault nació en Bourges el 2 de julio de 1872, en el seno de una familia de provincias noble y acomodada. De abolengo distinguido (su padre descendía por línea directa de la madre de René Descartes y su propia madre contaba entre sus ancestros al dramaturgo Alfred de Vigny), los Clérambault habían ocupado destacados cargos en la magistratura. El joven Gaëtan destacó pronto por su inclinación a la lectura y su deleite con las formas artísticas. Tras emprender estudios de Artes Decorativas, el designio paterno lo empujó a la carrera de Derecho. Una vez concluida la licenciatura, emprendió su formación en Medicina con el único propósito de estudiar Psiquiatría.[124]

En su edad adulta Clérambault vivió en soledad, rodeado de sus libros, sus medallas de

guerra y sus numerosas fotografías de mujeres árabes. Su vida discurrió entre la observación de pacientes y la enseñanza, dispensada tanto a jóvenes psiquiatras como a estudiantes de la Escuela de Bellas Artes. Su docencia psiquiátrica se desarrolló especialmente en las presentaciones de enfermos: los lunes se reunía con sus colegas en la Societé clinique de Médicine mentale, en el Service des admissions de Sainte-Anne; los viernes por la tarde, entre 1920 y 1934, exponía sus lecciones clínicas en L'Infirmerie spéciale. Hace unos años, gracias a M. Gourevitch y F. Estévez, supimos que dedicaba algunas horas a consultas privadas, en las que presumiblemente se limitaba a «valoraciones y certificados sobre la integridad mental de personas, tal vez funcionarios de cierto nivel de la administración».[125]

Bajo, macizo, moreno de tez y áspero de ceño, en su rostro sin relieves se insinuaban, tras las lentes, unos ojos inquisidores. Su aspecto de Hércules de feria contrastaba con la voz de barítono, acompañada de gestos meditados que aportaban un atractivo especial a sus disertaciones. Según recuerdan quienes le conocieron, era implacable con su verbo; «su franqueza era cruel».[126] De trato difícil por su inquebrantable altivez, tenía a gala mostrarse duro y porfiado con las «mediocridades triunfantes», por ejemplo con el profesor Henri Claude, de quien comentaba con desprecio: «Tenemos aquí a un señor que quiere hacerse un apellido [*nom*] con dos nombres de pila [*prénoms*]».[127] Misógino convencido, se negaba a admitir mujeres entre sus alumnos, a quienes exigía adoración sumisa.[128] Sus numerosos enemigos le temieron tanto como le despreciaron. La aspereza de su personalidad atenuó seguramente la brillantez de sus contribuciones. Con excepción de su tesis doctoral, jamás escribió un libro. Después de su trágica muerte, algunos discípulos reunieron sus artículos y apuntes de clase, material con el que se compondría su *Obra psiquiátrica*.

Todas sus contribuciones psiquiátricas están ligadas al lugar en el que desempeñó su trabajo, *L'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police*, «*mon poste d'observation*».[129] En 1905 fue nombrado médico-adjunto; a partir de ahí, se sucedió una carrera psiquiátrica vertiginosa culminada con su nombramiento de médico-jefe de la Enfermería especial, cargo en el que sucedió a Dupré en 1920.

La Enfermería especial ocupó desde su creación un lugar privilegiado en la clínica francesa de las psicosis. Creada por Lasègue en 1850, servía de depósito [*dépôt*] para albergar a gentes de mal vivir y a enfermos agudos enviados desde las comisarías, las prisiones y las calles parisinas.[130] Allí eran meticulosamente observados, interrogados,

encuestados y valorados, y desde allí se los remitía nuevamente a otros servicios asistenciales, a la calle o a la prisión. Muchos de estos enfermos eran forzosamente llevados a la Enfermería especial con motivo de sus recaídas o de sus primeras crisis o brotes: recidivas agudas, intoxicaciones por alcohol, cocaína, cloral, éter, hachís, etc., cuadros alucinatorios descontrolados y problemas médico-legales; éstos eran los trastornos más habituales de la práctica diaria.[131] Las patologías debutantes fueron las preferidas por Clérambault; ni siquiera a sus colaboradores más cercanos confiaba los primeros exámenes: pretendía, con su «ojo de águila», ver y asistir a la génesis y a los primeros pasos de la edificación de las psicosis, para así descubrir los *mécanismes générateurs*.[132] El maestro de la Enfermería especial se convierte de este modo en el fotógrafo de las primeras manifestaciones de la discontinuidad existencial con las que principia cualquier nacimiento a la locura.[133]

Desde este mirador excepcional se han descrito algunas de las páginas más clásicas de la fenomenología de la psicosis y de las intoxicaciones.[134] Todos sus médicos-jefe fraguaron allí sus obras más destacadas: Lasègue (1950-1883), el delirio de persecuciones, los delirios alcohólicos y el exhibicionismo; Legrand du Saulle (1883-1886), las repercusiones médico-legales de la parálisis general y la incapacitación de los enfermos; Garnier (1886-1905), las borracheras patológicas; Dupré (1905-1920), la patología de la imaginación y de la emotividad; Clérambault (1905-1934), las intoxicaciones por drogas, los delirios colectivos, las psicosis pasionales, el Automatismo Mental y la paranoia.[135] Más que coincidencias teóricas que los hermanen a todos ellos en unas directrices de escuela, es su práctica clínica común la que los identifica.[136] La práctica habitual que se desarrollaba en ese *quartier général de la folie* —como gustaba llamarla a Dupré— seguía la ley de la rapidez. Los *présumés* (sujetos ingresados por orden judicial en alguna de las dieciocho celdas) eran examinados y diagnosticados con un ritmo frenético: «Comprendan ustedes, señores, que en tales condiciones la ley que domina aquí toda nuestra actividad médica es la ley de la *vitesse* (celeridad). [...] Necesitamos ir rápido en nuestro proceder, sin que no obstante olvidemos nunca que es preciso ir al grano y hacerlo bien».[137] Ir al grano, a lo esencial, extraer al precio que fuera[138] la *formule du délire* —como decía Garnier—, incluso mediante la coerción,[139] consistía principalmente en determinar a qué entidad mórbida pertenecía el enfermo, en qué momento evolutivo se hallaba y cuál sería su ulterior desarrollo. El sentido y la función de los síntomas, el valor del delirio y de las alucinaciones en la economía de la

psicosis y los recursos subjetivos para atemperarla, no tenían cabida alguna en este tipo de concepciones desarrolladas en un medio a caballo de los servicios sanitarios de urgencias y el entramado policial. Los logros psicopatológicos conseguidos por la escuela del *Dépôt* son correlativos a los estragos causados por ese tipo de práctica en muchos de los trastornados que dieron con sus huesos en la *Tour pointue* de *L'Île de la Cité*.[140]

SU OBRA Y SU ESTILO

La búsqueda de los mecanismos generadores de las psicosis y la reducción fenomenológica a una quintaesencia primera y originaria están siempre presentes en los distintos ámbitos psicopatológicos sobre los que Clérambault fijó su mirada. No se trata simplemente de una reorganización sintomatológica y de la producción subsiguiente de nuevas entidades clínicas; por el contrario, y en esto radica su valor, se trata de despejar la estructura basal fenoménica de los distintos tipos clínicos de psicosis.

A lo largo de toda su obra se aprecia siempre el mismo esfuerzo por reducir la patología mental a síndromes elementales, basándose para ello en la disección fenomenológica de las formas de inicio o prodrómicas y en la importancia otorgada a los pequeños signos, muchos de los cuales apenas son perceptibles por el observador bisoño, más acostumbrado a las macrovisiones de los grandes temas delirantes. Es de sobra conocida su ideología mecanicista y su empeño por desalojar y excluir los factores psicológicos de la patogenia mental. Su pretensión última no fue otra que reducir la clínica mental a la neurología. Este propósito, defendido para desgracia de sus adversarios con un ardor rayano con el paroxismo, no debe confundirnos sobre el valor indudable de sus constataciones. Ni su mecanicismo exultante ni su excesivo atomismo nosográfico, ni tampoco su empeño tendente a quintaesenciar la semiología clínica, deben inclinarnos a soslayar una obra de tan hondo calado, la cual nos proponemos glosar con la máxima fidelidad y detalle, respetando sus términos y su grafía.

Reunidas por J. Fretet, bajo los auspicios de algunos amigos y alumnos, y con un prólogo de P. Guiraud, el conjunto de sus publicaciones psiquiátricas que componen su *Obra* puede agruparse en siete grandes bloques: Delirios colectivos. Psicosis tóxicas y trastornos mentales consecutivos a intoxicaciones crónicas. Epilepsia. Psicosis pasionales. Automatismo Mental. Cuestiones de psiquiatría diversas (parálisis general, locura de

doble forma, obsesiones, etc.). Administración, legislación y asistencia a los alienados.[141] Amén de algunos estudios etnográficos y estéticos, sus contribuciones psiquiátricas se hallan igualmente en sus cerca de quince mil «certificados», algunos de ellos incluidos en determinados pasajes de su *Œuvre Psychiatrique*. Todos sus textos y «certificados» clínicos están marcados por un sello inequívoco: un estilo fulminante, gongorino, extremadamente preciso y sumamente detallado cuando la ocasión lo requiere; una prosa telegráfica de «una concisión entomológica»,[142] salpicada de neologismos a los que recurría cuando el vocabulario le parecía inespecífico: «el desarrollo de la idea se persigue con un rigor matemático [...], cada palabra encuentra en la frase su lugar justo e indispensable y contiene en sí misma la completud parcial de un todo; en una reunión de la *Société Médicale*, se le señaló un día que determinada palabra que él empleaba en una publicación no formaba parte del Littré, y Clérambault respondió: "¡que el Littré no la recoge!, pues yo lo amplío"».[143] En dichos «certificados» nuestro autor fotografía no sólo los dichos, los silencios, las vacilaciones y las conductas sobresalientes o anodinas, sino también los más mínimos detalles del vestuario, de la faz y de los gestos. Y si el paciente no colabora en la exploración, Clérambault lo conmueve contra su voluntad, lo solivianta, lo irrita, lo «manipula» hasta hallar los signos sutiles de la xenopatía, las confesiones erotomaníacas, los detalles y matices de las experiencias perceptivas de los intoxicados, etc.

Tras estas apreciaciones sobre su prefulgente mirada, las características de su lugar de trabajo y el estilo comprimido de sus «certificados» y artículos, nos adentraremos ahora en su «Dogma» del Automatismo Mental. Al igual que en otras patologías por él estudiadas, la metodología empleada parte de los siguientes principios nosológicos: oposición entre el proceso psicótico generador y los productos delirantes sobreañadidos; reducción de la fenomenología a sus signos mínimos («trastorno molecular del pensamiento elemental»); separación entre los casos «puros» y los «mixtos»; atomización nosográfica basada en los distintos mecanismos generadores de las psicosis (Automatismo Mental, Postulado, «Pseudo-Constatación Espontánea Incoercible», etc.).

Siguiendo el mismo procedimiento simplificador con que analizó psicopatológicamente las psicosis pasionales —de las que nos hemos ocupado en el capítulo II— y buscando los mecanismos generadores de las psicosis alucinatorias crónicas, Clérambault investigó su estructura basal, mínima y elemental. La observación de este tipo de psicosis en su fase prodrómica, en su período previo a la aparición de los fenómenos llamativos, le

mostró inmediatamente la oposición «genética» respecto a las psicosis pasionales y las paranoias. Ya desde 1905 encontramos en los «certificados» menciones lacónicas al Automatismo Mental,[144] aunque la elaboración del «Dogma» sólo se materializó de forma sistemática entre 1919 y 1927.

La primera comprobación necesaria para entender la arquitectura teórica y sintomatológica del Automatismo Mental proviene del análisis de los *délires collectifs*: «En el estudio de la Locura Colectiva no se distingue lo suficiente la Psicosis del Delirio, y el Delirio de los Temas Idéicos. 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 [...] Los Temas Idéicos están por tanto lejos de ser la Psicosis, son producciones secundarias, secundarias en los dos sentidos de la palabra. Son productos intelectuales sobreañadidos. En el caso de las Psicosis Alucinatorias Crónicas, su conjunto forma una novela, y no tiene más interés que el de una novela».[145] Coherente con esta proposición, Clérambault sentenció que los delirios, es decir, las convicciones y los sentimientos, se transmiten; sin embargo las psicosis, definidas como los mecanismos genéticos de dichos delirios, jamás se contagian.[146]

Esta separación entre delirio y psicosis —actualmente decimos, siguiendo los desarrollos lacanianos, entre «trabajo de la psicosis» y estructura psicótica— permite captar el sesgo de originalidad desarrollado en su doctrina del Automatismo Mental.[147] Su concepción es por completo personal,[148] aunque muchos de los fenómenos por él estudiados ya eran sumamente conocidos desde los trabajos de Baillarger sobre las alucinaciones psíquicas, y los de Séglas sobre las alucinaciones psicomotrices verbales y el *délire d'influence*; no obstante, 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 *phénomènes à la fois idéiques et verbaux*, y a menudo tardíos respecto a otros más elementales.

En eso precisamente radicó la genialidad de Clérambault. Su gran e intemporal contribución consistió en desvelar los fenómenos iniciales del mentismo y de la xenopatía hasta entonces «dejados en la sombra».[149] A pesar de la intrínseca dificultad que entraña, logró reunirlos en un mismo síndrome (*Petit Automatisme Mentale*), atribuirles un origen común, diseccionarlos fenomenológicamente (*phénomènes subtils-phénomènes grossiers*), jerarquizarlos siguiendo un proceso de edificación (desde el *Syndrome de*

passivité hasta, eventualmente, el *Triple Automatisme Mental*) y perfilar las consecuencias de su implantación (*scission du moi*, *formation de la personnalité seconde*); en definitiva, 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 gobernarlo.

ARQUITECTURA DEL AUTOMATISMO MENTAL

Convencido de la oposición entre delirio («superestructura») y psicosis («estructura»), Clérambault precisó: «El Automatismo es hasta tal punto el Fenómeno Primordial que, sobre esta misma base, pueden edificarse Delirios Secundarios muy variados. Con ocasión de un mismo síndrome de Automatismo, tal enfermo hará por interpretación un delirio de desconfianza, otro por imaginación hará un delirio megalomaníaco, otros harán delirios místicos o eróticos, o bien una mezcla de ellos. En esta concepción, la parte Alucinatoria (sensitiva, sensorial, motriz) de los Delirios llamados de Persecución es fundamental, primitiva. Las Ideas de Persecución son un trabajo sobreañadido, el enfermo sólo es perseguido secundariamente. [...] Se puede decir que en el momento en que el delirio aparece, la psicosis ya es vieja. El Delirio no es más que una Superestructura».[150]

A medida que fue desarrollando su «Dogma», también la porción alucinatoria —en el sentido con el que se definen las alucinaciones desde Baillarger y Séglas— será considerada tardía, secundaria y añadida. Y bien, puesto que se consideran secundarios los delirios y las alucinaciones, ¿cuáles son los microfenómenos que definen este amplio grupo de psicosis alucinatorias? Aparte de que le disgustara el término «esquizofrenia»,[151] la diferencia fundamental con Bleuler y su teoría de los «síntomas fundamentales» radica en que *Monsieur* Clérambault destacó una matriz autónoma y generadora, bien es cierto que casi invisible. No obstante, la captó y le dio nombres que sugieren imágenes tan penetrantes como precisas: «Por Automatismo Mental entiendo los fenómenos clásicos: 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; 3) Su rol inicial en el principio de las psicosis».[152]

Conviene detenernos en estas tres características generales que constituyen por sí mismas los *phénomènes subtiles*, siempre presentes en el inicio de cualquier psicosis alucinatoria crónica, es decir, en el *Petit Automatisme Mental* o *Syndrome de Passivité* o *Syndrome S*. El carácter esencialmente *neutre* alude tanto a las ideas como a los afectos:[153] es, por una parte, «anidéico», atemático, y consiste sólo en el desdoblamiento del pensamiento; es también «neutro» respecto a los afectos («no comporta por él mismo hostilidad»),[154] y con ello nos precisa Clérambault que el núcleo de estas psicosis no concuerda con los afectos del sujeto, a diferencia de lo que ocurre en las psicosis pasionales. Por otra parte, su carácter *non sensoriel* indica que el pensamiento, experimentado como extraño para el sujeto, no le llega inicialmente de forma sensorial, sino de la manera más ordinaria del pensamiento, es decir, de una forma indiferenciada constituida por una mezcolanza de tendencias y abstracciones; los mecanismos más delicados del intelecto serían los primeros afectados en la génesis de la psicosis y de manera paulatina aparecerían los trastornos propiamente sensoriales. Por último, con su consideración de *rôle initial* remarca que esos pequeños signos son los primeros datos aprehensibles de la psicosis; el delirio y las alucinaciones *stricto sensu* son siempre secundarios y añadidos: «El delirio propiamente dicho no es más que la reacción obligada de un intelecto razonante, y frecuentemente intacto, a los fenómenos que surgen de su subconsciente, [...]».[155] Estas tres características de los fenómenos iniciales de intrusión promueven una *scission du moi*, un sentimiento subjetivo de extrañeza y de perplejidad: «Las sensaciones alucinatorias, 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».[156] Según lo perfilado hasta aquí, el *Petit Automatisme Mental* consiste en un desgarramiento consecutivo al desdoblamiento del pensamiento «elemental», en 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».[157]

Contando con las dificultades que conlleva, expondremos a continuación los fenómenos más sutiles, elementales, prodrómicos y precursores de los más llamativos; se

trata de los fenómenos que componen el *Petit Automatisme Mental* o *Syndrome de Passivité*, el cual, de seguir progresando la psicosis, se transformará en el gran síndrome de Automatismo Mental o *Triple Automatisme Mental*.[158] El Pequeño Automatismo Mental se descompone en fenómenos sutiles, los cuales pueden ser positivos, negativos o mixtos, y en fenómenos ideo-verbales.

Los fenómenos sutiles se caracterizan por implantar interferencias, vacías de contenido y «anidéicas», que perturban el curso del pensamiento; se trata de «procesos de intrusión» tales como psitacismo, «sierras verbales», juegos de palabras, entonaciones bizarras, ideorrea, flujo incoercible de representaciones visuales, falsos reconocimientos, sentimientos de extrañeza o de *déjà vu*, sentimientos de revelación inminente, emociones sin objeto, etc. Clérambault, movido por un excesivo atomismo, los subdivide en *Processus Positifs Subcontinus* y *Processus Positifs Épisodiques*. Entre los primeros destacan la «Emancipación de los Abstractos» (emancipación del pensamiento bajo una forma indiferenciada, o totalmente muda; es una alucinación estrictamente «psíquica» en el sentido de Baillarger, Séglas y Kandinsky, para la que Clérambault propone el término *Hallucination Abstraite*), el «Devanado mudo de los Recuerdos» (relacionado también con las alucinaciones «psíquicas», este proceso 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»). Diferentes a los anteriores, los *Processus Négatifs* consisten en inhibiciones del pensamiento acompañadas de sentimientos intelectuales: «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», de manera que el enfermo no puede entrever pensamiento alguno), «Aproxesia» (pensamiento disperso; imposibilidad de pensar determinadas cosas, a veces porque el pensamiento es demasiado rápido; cuanto más trata el paciente 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 o 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»).[159]

El segundo grupo está constituido por fenómenos a la vez idéicos y verbales (ideo-verbales), todos ellos mejor conocidos que los anteriores merced a los trabajos de Séglas; todos ellos son también neutros y «atemáticos». «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».[160] 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);[161] además, otros más oscuros y puramente verbales: palabras explosivas, juegos silábicos, kiries de palabras, absurdos y sinsentidos; otros aún puramente psíquicos: intuiciones abstractas, veleidades abstractas, interrupciones del pensamiento abstracto, devanado mudo de los recuerdos (*dévidage muet des souvenirs*). Tales son, por lo general, las formas iniciales del Automatismo Mental (*Petit Automatisme Mental*); otros procesos ideo-verbales, a menudo más tardíos, son los comentarios sobre los actos y los recuerdos, las preguntas, los pensamientos que se responden, etc.

De manera progresiva aumenta la tendencia a la verbalización: 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. «Cuando las Voces se vuelven temáticas, los temas le son aportados por tres fuentes. En primer lugar, reflejan las tendencias del sujeto: satisfacción, hostilidad, erotismo, misticismo, etc. (esas voces defensivas no tienen otro origen que un cierto grado de optimismo). En segundo lugar, se resienten de los caracteres especiales del Automatismo sensitivo (eventualmente también, Motor), que acompañan al Automatismo Mental; las sensaciones agradables, soportables o intolerables, traen consigo naturalmente ideas optimistas o pesimistas; matices inseparables de esas mismas sensaciones harán optar al sujeto por tal o cual categoría de explicación, por ejemplo enfermedad o persecución, posesión interna o externa, etc.».[162]

Una de las dificultades mayores que se encuentran en la práctica clínica reside en saber diferenciar esos fenómenos «intrusivos» y parásitos de 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, como es natural, 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».[163]

Conforme a lo dicho, no existen unas diferencias fenomenológicas sobresalientes 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 propio de la fenomenología, incluso de su mecanicismo, y guiado por los comentarios sobre una paciente llega a proponer 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».[164] A

juzgar por estas palabras, cabe colegir que no se trata tanto de las características 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 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.[165]

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, el enfermo afectado de automatismo se constituirá en un perplejo receptor de fenómenos elementales que, pese a no tener en un principio significación alguna, 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. Dicho síndrome constituye el exponente más álgido de la fenomenología psicótica, el ejemplo por excelencia del determinismo del lenguaje en el sujeto. Ese triple Automatismo se caracteriza por 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.), automatismos motores y sensitivos (manierismos, ecopraxias, cenestesias, estereotipias motoras, espasmos, tics, agitaciones, etc.) y «voces» propiamente dichas.[166]

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 Clérambault a propósito de las alucinaciones se extiende 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».[167]

En cualquiera de sus formas (ideo-verbales, sensitivas y motrices), las alucinaciones deben ser consideradas y estudiadas en bloque pues se producen por el mismo mecanismo y obedecen a la misma causa; causa «histológica»,[168] repitió en algunas ocasiones, «secuela remota de procesos tóxicos o infecciosos», en otras.[169] Clérambault argumentó esta causalidad apelando a la ausencia de organización temática de los fenómenos iniciales, apoyándose asimismo en su aparición brusca en un psiquismo intacto[170] y recurriendo también al carácter mecánico que sorprende a los enfermos hasta el extremo de sumirlos en la perplejidad. Tanto el origen como la evolución del Automatismo Mental dependen de tres factores: *Loi de l'âge*, *Loi de la massivité* y *Loi de la latence*. Estas «leyes» indican, por una parte, que cuanto más joven es el sujeto, más profundas y globales serán las alteraciones neurológicas; por otra, que la «masividad» y la rapidez de invasión se suceden en paralelo. En ese sentido, las infecciones lentas producirán psicosis insidiosas cuyo Automatismo Mental se caracterizará por fenómenos más tenues (eco del pensamiento, especialmente); estas formas insidiosas son más frecuentes en los adultos.[171] 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*). Mediante esta «metáfora» denominó Clérambault a 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. 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».[172] 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 extravagante de ellos acaba por dominar al otro merced a su mayor sagacidad y tenacidad.

EL CENIT DE LA CLÍNICA DE LA MIRADA

La ideología mecanicista de Clérambault tiene el gran inconveniente de desentenderse del sujeto. Todos los fenómenos posibles son descritos hasta sus últimos matices y ordenados de acuerdo con una jerarquía, pero el psiquiatra no consigue —tampoco lo pretende— articular los fenómenos automáticos y xenopáticos con el sujeto que los produce y que es al mismo tiempo pasto de ellos. Descuartizado en su identidad por el retorno real de los fenómenos xenopáticos significantes (el Otro me habla, me manipula, me induce sensaciones), el sujeto se ve compelido a reconstruirse, mediante el trabajo delirante, precisamente con esos significantes xenopáticos.

En ninguna otra forma de alienación mental se pone de relieve con tanta claridad como en el Automatismo Mental el sometimiento y la tiranía del significante sobre el sujeto, la consustancialidad del ser y el lenguaje, entendido 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—, 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».[173] En este punto, la coincidencia de las descripciones y constataciones de Clérambault se articulan sin fisuras con las elaboraciones de Freud y los desarrollos teóricos de Lacan desde su *Seminario* sobre Schreber. En ese límite casi transfenoménico donde Clérambault se detuvo, Lacan desarrolló el fundamento estructural que ha posibilitado introducirse en otras perspectivas mucho más penetrantes y resolutivas de la clínica de la psicosis.[174] «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—, 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. [...] Las emergencias xenopáticas se fundan en la estructura, si la estructura quiere que toda palabra se forme en el Otro. La pregunta ya no es más "qué es un loco", sino "cómo se puede no ser loco"?».[175]

Contemplando la historia de la psicopatología, el Automatismo Mental se nos muestra como una concepción de transición entre la psiquiatría clásica —la que promocionaba los síndromes y las entidades clínicas como compartimentos cerrados— y «una psiquiatría dinámica estructural y evolutiva fundada sobre procesos psicopatológicos sacados de sistemas dinámicos que se sitúan en las antípodas de una nosografía criteriológica, como la que realizan los DSM».[176] Su influencia en la doctrina lacanina clásica es innegable, seguramente tanta, si no más, que la procurada por la lingüística y la antropología estructuralistas.

Clérambault murió de la misma manera trágica que vivió. Al final de su vida, el más sagaz de los observadores se vio privado de la visión. Su mirada perdió así parte del brillo gozoso de tiempos pasados. En 1934 fue operado de una catarata doble por Barraquer en Barcelona, experiencia que él mismo puso por escrito.[177] Pasó sus últimos días casi ciego, artrítico y sumido en la melancolía.

El Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault se descerrajó un tiro en la cabeza el 17 de noviembre de 1934 con el mismo estilo que había cultivado en vida: un disparo tan certero, tan instantáneo y fulminante, como lo habían sido el proceder de su observación y la prosa gongorina de sus certificados clínicos; la ley de la celeridad (*vitesse*) que había hecho famoso su lugar de trabajo presidió también su último acto. Aislado en su casa de la calle Danicourt, en Malakoff, el médico jefe de la Prefectura de Policía del Depósito se suicidó rodeado de sus innumerables libros, sus medallas de guerra, sus cuadros, sus fotografías de mujeres norteafricanas y el muñeco de madera articulado que empleaba para sus clases de Bellas Artes. Poco antes disparar su viejo revólver de las triunfantes campañas de guerra, se había acomodado en un butacón frente a un espejo para captar su último lamento, antes de que la muerte lo silenciara para siempre.

Esa misma mañana, el maestro de la Enfermería especial había redactado de su puño y letra un testamento, que comienza así: «Yo expío la única falta de mi vida».[178] Cuando se lee con atención, el testamento hológrafo nos evoca instantáneamente los momentos agudos del drama melancólico: la culpabilidad oceánica y asfixiante polarizada en un motivo inane (el robo de una tela pintada por Caillebotte); una falta banal que azuza el

fuego de una autoacusación delirante y despiadada que sólo la muerte logrará apagar. Haciendo gala de un tacto y un respeto encomiables, Renard abordó en su tesis este suicidio, cuyas características le hicieron pensar también en «un episodio final de una crisis de melancolía».[179]

Tanto sus devotos como sus numerosos enemigos, que no vacilaron en tildarlo de paranoico o de maníaco-depresivo, pudieron leer el 4 de diciembre de 1934, en *Le Figaro*, un artículo de Joseph Kessel que trataba de restaurar su mancillada memoria. Se notificaba que el Dr. de Clérambault había muerto, que se había matado en su casa sita a las afueras de París; se le elevaba con palabras engoladas al firmamento de la Psiquiatría y se parangonaba su genio con el del propio Freud. Sus admiradores justificaron el suicidio aduciendo que se estaba quedando completamente ciego. Esa era precisamente la mayor desgracia que podía sobrevenir a alguien que había hecho de la mirada el vehículo de su goce y la fuente de sus descubrimientos clínicos.

Atrás dejaba una vida orientada por la exaltación escoptofílica gracias a la cual pudo ver lo invisible de la psicosis. Dejaba también sus fotografías de túnicas que cubrían a mujeres norteafricanas, los cursos en la Escuela de Bellas Artes, sus estudios etnográficos sobre el vestido, sus trabajos fascinados sobre el fetichismo por la seda en algunas mujeres,[180] la Cruz de la Legión de honor y la Cruz de guerra por su valentía en combate. Como no podía ser de otro modo, Clérambault dejó sus ojos para que fueran estudiados: «Ponemos nuestros ojos a disposición de cualquier colega que quiera examinarlos», había escrito en la narración de su operación de cataratas. Y es que Clérambault representa en la historia de la psicopatología el cenit de la clínica de la mirada.

FREUD Y LA ESQUIZOFRENIA

A muchos kilómetros de la Enfermería especial, apartado de los movimientos psiquiátricos en los que se estaba gestando, desde los albores del siglo XX, este nuevo saber sobre el desgarramiento de la identidad propio de la psicosis, el profesor Dr. Sigmund Freud (1856-1939) proseguía, en el número 19 de la Berggasse vienesa, sus investigaciones y su práctica psicoanalítica especialmente con pacientes neuróticos. Con el correr de los años, los descubrimientos clínicos y técnicos de este médico judío

especialista en Neurología confluyeron en el movimiento de elaboración de la noción de *Schizophrenie*.

Sin embargo, el punto de partida de Freud no fue la locura sino la histeria. Tan pronto como comenzó a investigar las parálisis y las anestesias histéricas, se percató de que esas manifestaciones, más que guardar una correspondencia con leyes anatómicas, estaban determinadas por las «representaciones» que los histéricos tenían de ellas. Ahí se muestra ya, si bien de forma rudimentaria, esa vinculación consustancial que une al sujeto con el lenguaje, la cual se convertiría a la postre en uno de los elementos centrales de toda su elaboración doctrinal. Al concebir esa vinculación del ser y el lenguaje como constitutiva de la esencia de lo humano, como el tejido del alma, Freud consideró los síntomas como hechos de lenguaje. En este sentido, en la conferencia conmemorativa del centenario del nacimiento de Freud, Jacques Lacan afirmó: «En la perspectiva freudiana, el hombre es el sujeto capturado y torturado por el lenguaje».[181] De esta manera aparece en la escena de la clínica mental un nuevo protagonista, el sujeto dividido, el sujeto que habita más allá de la conciencia y que no coincide con el Yo.

Aunque partiendo de distintos puntos, a finales del siglo XIX las investigaciones de las alucinaciones y las de la histeria confluyen mostrando una nueva visión del hombre, pensado cada vez más como un extranjero de sí mismo. De acuerdo con lo que se ha señalado anteriormente, la diferencia fundamental que separa a Freud de Bleuler y otros pensadores de la psiquiatría es que para él la división o *Spaltung* afecta a todos los sujetos, cosa que Bleuler limita a los esquizofrénicos. Como es natural, Freud mostró que esa división, aunque constitutiva, se pone de manifiesto de formas muy diferentes en las distintas estructuras clínicas. Lo mismo sucede también con la relación del sujeto y el lenguaje que, como se verá, en el caso del sujeto esquizofrénico tiene unas características específicas.

Incurriendo en grave error, durante años se ha banalizado el interés de Freud por la psicosis y, en especial, por la esquizofrenia. De esta forma se pasaron por alto las aportaciones que, aunque escasas, consiguen quintaesenciarla. «Veo casos de *Dementia praecox* muy de vez en cuando y otras idiocias casi nunca»,[182] escribió en 1907. Opiniones como ésta han favorecido el desinterés de los propios psicoanalistas por las contribuciones de Freud a la esquizofrenia. Tiene razón Vicente Palomera cuando afirma, en su tesis doctoral, que los propios psicoanalistas han contribuido a malinterpretar el período de los «pioneros de la época freudiana» en materia de psicosis. Como se

desprende de esta investigación, la posición de Freud en el tratamiento de la psicosis se caracterizó por una cierta reticencia, lo cual no quiere decir que lo rehusara: «Parece que, probablemente, Freud pensaba que en tiempos futuros la psicosis sería accesible a la técnica psicoanalítica, pero si bien deseaba que otros psicoanalistas la abordaran, no deseaba participar él mismo en ese trabajo. Analistas como Landauer, Nunberg, Tausk, Weiss, Deutsch y Mack Brunswick, entre otros, siguieron este *Wunsch* de Freud. Freud los conocía a todos. Pero lo que Freud no sabía era que el receptor de esta expectativa sería, un día, alguien que no conocía, el doctor Jacques Lacan».[183]

Las divergencias de Freud respecto a los cuatro autores que han ocupado los comentarios del presente capítulo son notables; más aún, ellas indican un corte epistemológico que se traduce en una doctrina psicopatológica nueva y en una concepción de la clínica que, aun siendo heredera directa de la psiquiatría clásica, no tiene parangón alguno con la de sus coetáneos. Por una parte, Freud no era psiquiatra ni había ejercido en ningún Servicio psiquiátrico, de manera que su conocimiento directo de la psicosis era escaso; por otra, anclado en un clasicismo nosográfico, desde sus primeros bocetos psicopatológicos había erigido la paranoia en modelo de psicosis y así lo mantendría en detrimento de la esquizofrenia. Pese a estas limitaciones, exponer aquí sus apreciaciones está plenamente justificado si se tiene en cuenta el valor que atesoran. Llama la atención que lograra plasmar, en los pocos escritos que le dedicó, la quintaesencia de la esquizofrenia, como mostraremos a propósito de sus tesis sobre el lenguaje esquizofrénico.

A diferencia de otros conceptos y categorías clínicas, el de esquizofrenia se nos presenta en la obra de Freud sin el acostumbrado análisis sistemático. Tratada casi siempre como reverso de la paranoia, la noción de esquizofrenia aparece con frecuencia para terciar en las contribuciones de sus alumnos. Tampoco es investigada de manera directa, sino cuando le sirve para fundamentar algunos conceptos de la metapsicología, lo que por otra parte contribuirá a precisiones muy loables y nunca antes consignadas respecto a la relación del esquizofrénico con el lenguaje y el cuerpo. Estas particularidades hacen más compleja la tarea de exponer la enseñanza contenida en los comentarios que Freud dedicó a este trastorno, pues cuando intentamos seguir sus pesquisas nos vemos conducidos muy a menudo fuera de los escritos incluidos en la *Standard Edition*. Ello nos obliga a contemplar la periferia de la producción freudiana,[184] esto es, la correspondencia con Jung, Abraham, Ferenczi, Pfister y otros, la Actas de la

Sociedad Psicoanalítica de Viena,[185] los casos publicados por los primeros psicoanalistas en el *Jahrbuch* y en otras revistas, en especial los casos de Alphonse Meader, el «caso Emma A.» de Victor Tausk, el de Karl Landauer sobre la curación espontánea de un caso de catatonía y los casos de Hermann Nunberg.[186]

PARANOIA Y ESQUIZOFRENIA

Las contribuciones freudianas a la esquizofrenia pueden, en nuestra consideración, dividirse en cuatro períodos. En el primero de ellos, previo a los fructíferos intercambios con la escuela psiquiátrica de Zúrich, hallamos un desinterés radical por la demencia precoz y frecuentes referencias al escaso beneficio que este tipo de pacientes pueden obtener del tratamiento analítico.[187] En el segundo período, comprendido entre los años 1906 y 1911, destacan los continuos intercambios epistolares y las publicaciones que se suscitaron a raíz del interés que Jung y Bleuler mostraron por los trabajos de Freud; en su conjunto, la correspondencia pone de relieve el enfrentamiento entre dos posiciones ya establecidas de antemano: el modelo freudiano de la paranoia frente al paradigma de la esquizofrenia defendido por los suizos y las divergencias relativas a la etiología de la psicosis. El tercer momento, síntesis de las propuestas surgidas en los debates anteriores, concierne a los ensayos de Freud sobre Paul Schreber (1911) y el narcisismo (1914); se advierten en estos textos dos innovaciones de hondo calado: la articulación de la esquizofrenia y la paranoia bajo la rúbrica «parafrenia» y la introducción del narcisismo para fundamentar la psicogénesis de la psicosis. Finalmente, el cuarto período reúne referencias explícitas a la esquizofrenia destinadas a afianzar algunos conceptos de la metapsicología del sueño y de lo inconsciente. En lo que sigue, examinaremos con mayor detalle los tres últimos períodos que acaban de enumerarse.

A finales de 1906 Freud y Jung iniciaron una intensa relación epistolar en la que vemos germinar las construcciones teóricas que darán cuerpo al ensayo sobre Schreber y la teoría del narcisismo. «No he adoptado aún —escribe Freud en diciembre de 1906— un punto de vista definitivo acerca de la separación entre aquélla (la demencia precoz) y la paranoia».[188] Sin apenas experiencia en el tratamiento de sujetos psicóticos pero valiéndose de los conceptos de represión y regresión, conseguirá Freud progresivamente marcar las diferencias entre ambos trastornos. Guiado por el conocimiento de la

paranoia, de la que estaba convencido de poder explicar su génesis psicológica,[189] nuestro autor se propuso caracterizar la demencia precoz: «En pocas palabras: la demencia corresponde al logro de esta regresión, la paranoia al fracaso de la misma, es decir: al retorno de la libido a partir de las percepciones. Aquí hay todo género de transiciones. La regresión al autoerotismo sería en realidad tan aniquiladora para la integridad de la persona como sospecha usted».[190] Con estas palabras resume Freud sus planteamientos psicogenéticos contrarios a la hipótesis de la toxina (Jung) o de la alteración cerebral (Bleuler).

Tan sólo un mes más tarde Freud amplía de este esquema, en el que incluye ahora la demencia precoz, la demencia precoz paranoide y la paranoia. Siguiendo su hipótesis genuina de los dos tiempos de la represión (represión como tal y retorno de lo reprimido), establece las tres posibilidades que dan origen a esas formas clínicas. Echa mano en esta ocasión de tres coordenadas cuya conjunción determinará el tipo de trastorno: la eficacia de la represión, el alcance de la regresión y la posibilidad de construir un delirio a partir del retorno de lo reprimido. Primera posibilidad: cuando el mecanismo de la represión consigue actuar de una manera totalmente efectiva, la «libido desemboca definitivamente en el autoerotismo» y, por consiguiente, la probabilidad de edificar un delirio se torna ínfima; es el caso de la demencia precoz. Segunda: en el supuesto de que la represión aporte una solución incompleta, una parte de la libido que retorna derivará hacia el autoerotismo y la otra buscará un nuevo objeto, lo que permitiría la formación parcial de un «delirio dirigido contra el deseo de objeto proyectado»; es el caso de la demencia precoz de tipo paranoide, el más frecuente de todos ellos. Tercero: de llegar a producirse un fracaso completo de la represión, «la libido que acude de nuevo busca el objeto convertido ahora en percepción, constituye las ideas delirantes más intensas, la libido se transforma en convicción, se establece la modificación secundaria del Yo;[191] ello da lugar a la paranoia pura, en la que no llega a constituirse el autoerotismo».[192] A tenor cuanto se ha expuesto en los dos primeros supuestos, incluso en los casos más puros de *Dementia praecox*, Freud defiende que el conjunto de las manifestaciones demenciales son siempre virtuales («funcionales»).[193]

El esquema hasta aquí apuntado, en el que hemos seguido las coordenadas que nos parecen constituir su soporte (eficacia de la represión, alcance de la regresión y posibilidad de restablecimiento mediante la edificación del delirio), será paulatinamente matizado y complementado en el siguiente período. Sin embargo, mientras el

autoerotismo se revelará inapropiado para explicar el anclaje libidinal de la paranoia[194] —razón por la cual Freud tuvo que crear la noción de narcisismo—, la construcción de un sistema delirante se convertirá a la postre en la «tentativa de curación»[195] más característica de los paranoicos. Un destino bien distinto acompañará a la noción de represión (*Verdrängung*), pues a lo largo de toda su obra jamás conseguirá precisar del todo las características esenciales que diferencian este mecanismo en la neurosis y en la psicosis.

Concluye así este período tan fructífero de intercambios entre Freud y la escuela psiquiátrica de Zúrich, entre el psicoanálisis y la psiquiatría. Nunca dejó el creador del psicoanálisis de reconocer sus muchos méritos a tan renombrados psiquiatras,[196] cosa que tampoco le amilanó cuando tuvo que mostrar sus desacuerdos irresolubles. En efecto, más allá de la disconformidad relativa al modelo de psicosis y de la disputa sobre la etiología de la esquizofrenia, Freud se resistió a extrapolar directamente a la psicosis los mecanismos que rigen las formaciones del inconsciente y la neurosis, como tan a la ligera pretendieron Bleuler y Jung.[197] «A diferencia de Bleuler y sus asistentes de Zúrich —escribe Palomera—, Freud no traslada, de un modo mecánico, el esquema de la neurosis a la psicosis. Para Freud, el objetivo era explicar de qué modo una representación de deseo (*Wunschvorstellung*) puede aparecer como procediendo del exterior (alucinación) y desprovista, a diferencia de la neurosis, de afecto, pero caracterizada a través del despliegue del delirio por una neta hostilidad».[198]

Basándose en el esquema prefijado en el período anterior, el ensayo de interpretación de las *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* de Paul Schreber contiene los tres corolarios fundamentales de la demarcación entre paranoia y esquizofrenia: éxito de la represión, regresión autoerótica y patogenia principalmente alucinatoria en la esquizofrenia[199] *versus* éxito de la reconstrucción delirante, regresión narcisista y mecanismo de la formación del síntoma esencialmente proyectivo en la paranoia.[200] Pero al mismo tiempo que Freud propone estas diferencias, su tesis nosográfica central y definitiva es —en nuestra opinión— proclive a una concepción unitaria, es decir, que resalta ante todo los «vínculos de la paranoia y la demencia precoz». Esta articulación halló en el concepto de parafrenia su expresión más decidida, pese a que tal concepto carece de uniformidad semántica en los textos posteriores:[201] «Entiendo que lo más adecuado es bautizar a la *Dementia praecox* con el nombre de "parafrenia", que, siendo en sí mismo de contenido indeterminado, expresa sus vínculos con la paranoia (que

conservaría su designación) y además recuerda a la hebefrenia incluida en ella».[202] En este sentido, algunos pasajes dedicados al diagnóstico de Schreber lo califican ocasionalmente de «demente paranoide», ya que conjuga las alucinaciones y el mecanismo proyectivo que posibilita la edificación delirante. Y, en efecto, no le falta razón a Freud al resaltar esa parte esquizofrénica de la paranoia del magistrado Paul Schreber, cuyas manifestaciones clínicas más conspicuas hallamos en la proliferación de «hombrecillos» que pueblan el mundo schreberiano. Conforme a las precisiones que desarrollaremos en el siguiente capítulo, esos «hombrecillos» u «homúnculos» muestran con suma nitidez el desgarramiento y la atomización de la identidad de Schreber, puesto que ellos no son otra cosa que imágenes de sí mismo; sin embargo, el magistrado es esencialmente paranoico dado que su locura se enmarca dentro de la referencia continua a la presencia de un Otro (Dios) malvado y el conjunto de su delirio es un intento de sostener una relación con ese Otro caprichoso, al que pretende completar desde su posición de objeto. De la manera que acabamos de exponer, el caso Schreber se engrana a la perfección con las formas principales que Freud destacó de la paranoia (delirio de persecución, erotomanía, delirio de celos y megalomanía), las cuales dimanan de las contradicciones posibles al enunciado «*Yo* [un hombre] *lo amo* [a un hombre]», es decir, de esa peculiar captura del sujeto por su Otro.

Una pregunta, que atañe por igual a las tres coordenadas que nos han servido para resumir el esqueleto doctrinal freudiano, aguarda aún mayores concreciones: ¿cuál es el destino de la libido sustraída a los objetos en la esquizofrenia por la acción de la represión? Con esta cuestión arranca el ensayo *Introducción del narcisismo*, publicado en 1914 en el *Jahrbuch*, un texto que sirve a Freud para marcar de manera definitiva sus diferencias nosológicas y etiológicas con Jung. Mientras en las «neurosis de transferencia» (fobia, histeria y obsesión) 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 fue conducida al yo, y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo»[203] (secundario). Paranoia y esquizofrenia-demencia precoz coinciden ambas en el mismo mecanismo patológico represivo (retirada de la libido de las personas y cosas del mundo), pero del mismo modo que la primera evidencia una regresión a un tipo de elección de objeto narcisista, la regresión característica de la segunda consiste en una identificación más arcaica[204] con el objeto autoerótico, es decir, exclusivamente 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 está en condiciones de proseguir sus pesquisas para caracterizar precisamente a la esquizofrenia en relación al cuerpo.

EL LENGUAJE DE ÓRGANO

A esa misma relación le conducen también los trastornos del lenguaje tan llamativos en los estados iniciales de la esquizofrenia, cuyas conclusiones desgrana Freud en la sección VII de su escrito metapsicológico «Lo inconsciente», publicado en 1915. En estas páginas, que contienen las mayores contribuciones freudianas a la esquizofrenia, comienza resaltando las continuas referencias del lenguaje de los esquizofrénicos a órganos o inervaciones del cuerpo: «El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido *lenguaje de órgano*». Freud explica este proceso argumentando que en la esquizofrenia las palabras son sometidas al mismo proceso primario (*Primärvorgang*) que rige la creación de las imágenes del sueño a partir de los pensamientos oníricos. Su lenguaje tan característico, en este sentido, muestra hasta qué punto el esquizofrénico trata las palabras como si fueran cosas.[205] En ocasiones, este proceso que combina condensaciones y desplazamientos puede llegar hasta un extremo tal que una sola palabra logre subrogar por sí misma toda una cadena pensamientos.[206] Esta primacía absoluta que adquieren las palabras sobre las cosas, este aplastamiento del significado por el significante[207] que define el dicho esquizofrénico (*schizophrene Rede*) halla una nítida explicación en los comentarios que Freud realizó del caso de la señorita Emma A., una paciente de Victor Tausk:[208] «Una de las enfermas de Tausk, una muchacha que fue llevada a la clínica después de una querella con su amado, se queja: *Los ojos no están derechos, están torcidos* [*Die Augen sind nicht richtig, sie sind verdreht*]. 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* (*ein Augenverdrehen*; 'simulador'), él le ha torcido los ojos, esos ya no son más sus ojos, ella ve el mundo ahora con otros ojos". [...] Una segunda comunicación de la misma enferma: "Ella está en la iglesia, de repente le da un sacudión, *tiene que ponerse de otro modo* (*sich anders stellen*), *como si alguien la pusiera, como si fuera puesta*". Y ofrece luego el análisis de eso mediante una serie de

reproches contra el amado, "que es ordinario, y que a ella, que por su cuna era fina, la hizo también ordinaria. La hizo parecida a él mismo, porque le hizo creer que él era superior a ella; ahora ella se convirtió en lo que él es, porque creía que sería mejor si se le igualaba. Él ha *falseado su propia posición* (*ver*stellen),[209] ella es ahora como él (¡identificación!), él le ha *falseado la posición*"».[210]

Este fragmento clínico contiene los elementos más significativos de la llamada *Organsprache* («lenguaje de órgano»): 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*). La segunda comunicación, relativa al sentimiento de cambio de posición, es explicada por Freud mediante los reproches que Emma A. dedicaba a su amado: es un ordinario y la ha hecho ordinaria a ella; él ocupa una posición que no le corresponde (*er hat sich verstellt*) y, por identificación, ella es ahora como él; él es quien la ha colocado en una posición que no le corresponde (*er hat sie verstellt*). Tausk y Freud coinciden en remarcar que el movimiento de «ponerse-de-otro-modo» es una representación del giro «falsear la posición» (*sich stellen*, «ponerse» o «colocarse»; *verstellen*, «fingir») y de la identificación con el amado.[211]

Como ya ocurriera unos años antes con la investigación sobre el narcisismo, para el discernimiento de lo inconsciente Freud ha recurrido de nuevo a la enseñanza de la psicosis,[212] en esta ocasión al lenguaje esquizofrénico. Además de mostrar las características del «dicho esquizofrénico» (*die schizophrene Rede*), el «caso Emma A.» le ha ratificado una vez más la relación consustancial que liga el inconsciente y el lenguaje, cuyas implicaciones lógicas habrían de servir a Lacan —quien asimismo se sirvió del Automatismo Mental clérambaultiano— para edificar uno de los pilares de su doctrina: «lo que yo digo es que el lenguaje es la condición del inconsciente».[213]

Si bien el grueso de las aportaciones freudianas sobre la esquizofrenia ya se ha consignado a lo largo de estas páginas, cabe aún mencionar dos referencias basadas en casos clínicos. La primera versa sobre el «caso Marie N.»,[214] de Karl Landauer, que «corresponde —escribe Freud— a la *regresión* desde un tipo de elección de objeto al narcisismo originario».[215] Tras diagnosticarla de «esquizofrenia», Freud perfila algunas

consideraciones sobre la identificación en las «afecciones narcisistas»: mientras en la melancolía la identificación se establece con el objeto narcisista (perdido) y en la esquizofrenia la identificación se produce con el objeto autoerótico, en la paranoia, en cambio, más que la referencia permanente al objeto hallamos siempre la presencia de un Otro perfectamente constituido (el perseguidor, el amador, etc.).

El segundo de los casos, conocidos por las iniciales A. B., fue tratado por Freud entre 1925 y 1927. Se trata de un «joven americano» que llega a su consulta remitido por su discípulo Oskar Pfister. Tras sus primeros encuentros, Freud muestra sus reticencias a proseguir el análisis: «El pobre muchacho comenzaba a darme lástima».[216] Con el paso de los meses el paciente empeora: «Mi convicción médica de que se encuentra en los límites de una demencia paranoide se ha robustecido. Estaba a punto de dejarlo otra vez, pero me ha detenido algo conmovedor que hay en él y ante la amenaza del derrumbe se ha vuelto nuevamente amable y dócil, de modo que estamos otra vez en buenas relaciones. [...] Lo que me preocupa en este caso es la convicción de que todo resultará muy mal si no resulta bien. Es decir, que el muchacho se eliminará sin más ni más del mundo. *Por eso no omitiré esfuerzo alguno para evitar esta solución*».[217] Dicho empeoramiento había sobrevenido a consecuencia de las palabras de su analista acerca del «secreto» de su trastorno. Once meses después de iniciado el análisis, Freud se muestra más satisfecho y optimista: le ha tomado afecto personal y ha logrado sacar a la luz ciertos fragmentos oscuros de su historia. Sin embargo, el diagnóstico sigue presentándole problemas: a veces considera que «está en vías de pasar de la neurosis obsesiva a la paranoia»; otras, cuando se manifiesta una resistencia, «pienso que se trata de una esquizofrenia». Pese a estas vacilaciones diagnósticas, el tratamiento está totalmente justificado a condición de que A. B. se muestre dúctil: «No es menos importante la impresión de que su persona es digna de toda clase de esfuerzos».[218]

Hasta aquí las consideraciones de Freud sobre la esquizofrenia. Es evidente que este término siempre le disgustó.[219] En su opinión «mente dividida» y «escisión mental» no dicen nada esencial sobre este tipo de trastorno pues pueden aplicarse a cualquier estructura clínica;[220] además de eso, el término estaba preñado desde sus inicios de una visión abiertamente organogenética. Aunque los comentarios que dedicó a la esquizofrenia fueron contados y muy pocos los pacientes que trató, sus elucidaciones sentaron las bases para que sus seguidores pudieran desarrollar nuevas investigaciones psicopatológicas y encarar con dignidad y rigor el tratamiento de este tipo de sujetos.

Bleuler, Ballet, Chaslin, Clérambault y Freud aportaron cinco visiones sobre ese desgarramiento de la identidad que se ha dado en llamar esquizofrenia. De admitir que ésta surgió con las nuevas formas de presentación de lo Real que trajo la modernidad, valdría la pena investigar ese tipo de locura como un síntoma de la ciencia, síntoma rebelde que frustra las expectativas de explicación elaboradas por la psiquiatría de las enfermedades mentales. De los errores históricos que dieron pie a la construcción de la noción de esquizofrenia y de sus consecuencias actuales tratarán las páginas que cierran este capítulo. Qué razón tiene Antonio Colodrón cuando afirma: «Parece ser el sino de la psiquiatría superar unas arbitrariedades sustituyéndolas por otras».[221]

ESQUIZOFRENIA Y HETEROGENEIDAD: DOS CRÍTICAS CLÁSICAS AL ARTIFICIO KRAEPELINIANO

La historia de la clínica y la propia clínica parecen coincidir en los mismos términos fundamentales que les sirven a una y otra de asiento. Ciertamente, la homogeneidad que ha presidido la descripción fenomenológica de la paranoia y su causalidad psíquica coincide con la homogeneidad y la reunificación que conforma la personalidad del propio paranoico. Y lo mismo podríamos afirmar de la esquizofrenia, salvo que es preciso emplear con ella otro término. La historia de la clínica de la esquizofrenia es francamente heterogénea,[222] tan heterogénea como la sintomatología, la etiología, la evolución y la terminación con las que se pretende caracterizar ese desgarramiento moderno de la identidad. La clínica y la historia se dan así la mano para confluir en sus conceptos centrales. En lugar de dos ámbitos de saber separados, una y otra discurren por el mismo cauce.

Debido a su particular invención, con el correr de los años la heterogeneidad se ha convertido en uno de los nombres de la esquizofrenia. Curioso balance, sin duda, el aportado por la historia a esta enfermedad que ha sido, desde Bleuler, bandera de la psiquiatría biológica y también —por lo que se ve— su propio síntoma.[223] Por esta razón examinaremos la raigambre de esa heterogeneidad, lo que nos retrotraerá hasta el artificio kraepeliniano. Lo analizaremos a partir de aquellos argumentos críticos que, ya en su tiempo, se opusieron a la unidad nosológica de la demencia precoz. A medida que se aclare la artificialidad del *morbus Kraepelin* podrá entenderse la repetición que se ha adueñado de las actuales visiones de *las* esquizofrenias.

Como mostramos en el capítulo tercero, el ideario seguido por Kraepelin para construir la demencia precoz se apoyaba sobre todo en el concepto genérico de enfermedad (*Krankheitsbegriff*). Heredero de los antiguos presupuestos anatomoclínicos modificados por J.-P. Falret, esa concepción se apuntalaba en la delimitación de entidades nosológicas autónomas e independientes: similitud —incluso completa coincidencia— en la expresión de los trastornos, en el curso evolutivo, en la causa orgánica que los originaba y, sobre todo, en las formas clínicas de terminación. Siguiendo este modelo médico, en 1899 reunió bajo el término *Dementia praecox* un conjunto realmente dispar de cuadros clínicos, cuyo denominador común creyó encontrar en el marcado debilitamiento o deterioro psíquico (*Verblödung*) ineluctable y en la evolución deficitaria terminal, más precoz o menos, pero siempre demencial. A resultas de este presupuesto básico surgió una complicación difícilmente resoluble, pues todos sus posibles desarrollos nosográficos se condicionaron a criterios tan relativos e intangibles como son los grados de deterioro que menoscababan a los enfermos. Tras la aparición del libro de Bleuler sobre las esquizofrenias, Kraepelin matizó en 1913 su visión de la *Dementia praecox*. En esta ocasión, el profesor de Múnich reunió en el grupo de las «deterioros endógenos» (*endogenen Verblödungen*) a la demencia precoz y a las parafrenias. El grupo en cuestión se caracterizaba, como antaño, por los trastornos de la afectividad y la voluntad, signos morbosos a los que añadió la disgregación psíquica (*Zerfahrenheit*), un remedo lejano de la *Spaltung* bleuleriana. La complejidad de su nosotaxia, sin embargo, continuó aumentando en la misma proporción que se acrecentaba la dificultad de calibrar los grados de debilitamiento que separaban todos esos trastornos, en especial los relativos a la separación entre las parafrenias y las dos formas de la demencia paranoide, las más frecuentes de la agrupación. Mediante la introducción del análisis psicopatológico, Eugen Bleuler incorporó a su vasta noción de esquizofrenia todo ese conjunto heterogéneo de casos que Kraepelin había reunido, ampliándolos aún más con esas formas imperceptibles a las que denominó «esquizofrenia latente». De esta manera, su propuesta siguió lastrando esa mezcolanza de formas clínicas aglutinadas en una agrupación que él mismo nombró en plural: las esquizofrenias.

Dejando al margen las afirmaciones no demostradas sobre la etiología de la demencia precoz, conviene desempolvar de nuevo los aspectos nosográficos que despertaron tantas polémicas en aquellos años y que, de una manera u otra, siguen presentes en nuestros días aunque se desconozca que el meollo del problema proviene de aquellas artificiales

elaboraciones de Kraepelin y de Bleuler. La historia de la psicopatología muestra que los antiguos errores no superados se sustituyen por otros de idéntico trasfondo y diferente nombre.

Con el fin de cuestionar la invención kraepeliniana retomaremos dos de los argumentos críticos más sugerentes y mejor fundamentados. El primero de ellos proviene de un clínico eminente, Jules Séglas, y se centra en la clínica diferencial de la *paranoïa* y la *démence paranoïde*. El segundo fue desarrollado por un teórico más bien mediocre, aunque su agudeza está fuera de toda duda cuando señala los defectos ajenos; se trata de Henri Claude, de quien evocaremos sus contribuciones destinadas a distinguir la demencia precoz-hebefrenia de la esquizofrenia. Después de familiarizarnos con las apreciaciones y sugerencias de Séglas y Claude, echaremos un vistazo a la actual discusión sobre los llamados «síntomas positivos» y «síntomas negativos» de la esquizofrenia. Confiamos en que el resultado de este recorrido aporte algunos indicios para recelar de lo que se nos presenta como novedosas aportaciones al conocimiento de las enfermedades esquizofrénicas. Desde luego, si todo este problema, aparentemente tan actual, no fuera otra cosa que un nuevo parche para ocultar las grietas del edificio nosológico kraepeliniano y las de sus innumerables continuadores, sería de mucho provecho ponerlo finalmente en cuestión.

La tendencia actual de la psiquiatría anglosajona parece, en principio, repetir el mismo gesto de Kraepelin. Según se nos advierte, la esquizofrenia no es una única enfermedad. A partir de esa conclusión se separan sus subtipos clínicos (esquizofrenias tipo I y tipo II, positivas y negativas, no demenciales y demenciales, etc.), taxonomías que llaman la atención porque unos subtipos son el reverso de los otros, encumbrado más si cabe la heterogeneidad como el rasgo definitorio por excelencia.[224] Al conceder a la historia de la clínica el valor que merece, se tiene la impresión de que esos estudios tropiezan con la misma piedra que Emil Kraepelin, pues todos ellos se empeñan con parecida terquedad en reunir hechos tan diversos como los comprendidos en la hebefrenia y en la paranoia antigua. El tiempo dirá si la poderosa orientación neo-kraepeliniana no se verá abocada a dinamitar definitivamente este sistema seudonaturalista de las enfermedades mentales, regresando al mismo punto del que Kraepelin partió, por ejemplo desplazando la discusión a si la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva son tan independientes como se viene diciendo.

El alienista de la Salpêtrière Jules Séglas, seguramente por su enconada rivalidad con

Magnan, frecuentó a los clínicos alemanes y se mantuvo al corriente de sus publicaciones, importando a su país algunos de sus conceptos, entre ellos el de paranoia. Es éste un concepto central en la elaboración del saber psicopatológico, tanto más cuanto que de él depende en gran medida el resto de categorías nosográficas. Recordaremos brevemente el marco y los fundamentos clínicos que Séglas le atribuyó: la paranoia o *folie systématisée primitive* agrupa un número importante de casos, sean agudos o crónicos, siempre enraizados en un sentimiento hipertrofiado de la personalidad; dicho trastorno consiste en una desviación de las funciones intelectuales, hecho que se acompañaba en todos los casos de ideas delirantes más o menos sistematizadas y permanentes, con alucinaciones frecuentes y sin evolución hacia a una decadencia profunda.[225] Secundada por muchos de sus compatriotas, esta definición contradice las tesis de Kraepelin, cuando menos porque éste no admitía en la paranoia las formas agudas y las alucinatorias.

Una tal concepción de la paranoia afectaba, como es natural, a la definición de la demencia paranoide. A decir de Séglas, la *démence paranoïde* nombra un trastorno de rápido desarrollo cuyo inicio está marcado por la aparición de alucinaciones e ideas delirantes polimorfas que se traducen en discursos extravagantes, sibilinos e incoherentes, y un humor en el que se alterna la excitación, la depresión y la ansiedad. Con el paso del tiempo, por lo general, el enfermo se muestra indiferente e incluso satisfecho y ufano. Sin embargo, enseguida aparecen otros signos de cronicidad y de debilitamiento demencial: actos barrocos e inmotivados, tics, estereotipias, ecomimia, negativismo, desaliño en el vestir, soliloquios, neologismos, verbigeración. «Pero el síntoma que más impacta es, sin duda, la incoherencia del lenguaje, esta dislogia particular, [...], que convierte su discurso en una especie de frases deshilvanadas, casi incomprensibles, recitadas de la manera más neutral, con un aire incluso de satisfacción, sin que sea posible ni por un instante obtener la menor frase correcta y con sentido. Posteriormente, el lenguaje y los actos se vuelven cada vez más incoherentes; la demencia progresa siguiendo una marcha uniforme, a veces entrecortada por remisiones, para volverse completa en un lapso de tiempo que puede variar entre unos meses y uno o dos años».[226]

Aunque se ha resumido en exceso, es posible apreciar ya las diferencias entre Séglas y Kraepelin: a juicio del primero, sólo está justificado hablar de demencia paranoide en aquellos casos de profundos trastornos del lenguaje que evolucionan inevitablemente

hacia una merma de las funciones psíquicas; ese lugar correspondería en la sistemática kraepeliniana únicamente a las formas más desorganizadas de la *Dementia paranoides gravis*.

Con formulaciones y apoyaturas muy distintas a las de Séglas, basadas en este caso en la siempre frágil teoría de las constituciones, Claude trató asimismo de dinamitar el grupo de la *Dementia praecox* kraepeliniana. Lejos del exquisito rigor semiológico de Séglas, Henri Claude se propuso trazar una raya divisoria entre la demencia precoz de Kraepelin y la esquizofrenia de Bleuler, tal como ésta había sido incorporada a la clínica francesa por E. Minkowski. Según esta concepción, el término kraepeliniano debía nombrar únicamente los casos de auténticas demencias precoces que manifestaban una total fidelidad al paradigma hebefrénico; según su parecer, todos los casos en ella incluidos se debían a una causalidad orgánica con probable substrato anatomopatológico. El resto de formas, las llamadas *esquizoses*, agrupaban al conjunto de afecciones surgidas de una psicogénesis reactiva que no presentaban una completa afectación de las facultades mentales.[227]

Los trabajos de Claude y sus colaboradores partieron de la evidente diferencia clínica que separa 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 se extendía gradualmente desde las simples manifestaciones de la constitución esquizoide hasta la esquizofrenia, pasando por el terreno intermedio de esquizomanía. Siguiendo una orientación diferente a la de Kraepelin, para Claude y su grupo no se trata de calibrar los grados de debilitamiento; al contrario, lo que interesa es apreciar la deformación y exageración de una constitución que puede llegar a convertirse en un auténtico trastorno esquizofrénico. Evidentemente, la *constitution schizoïde* es el concepto central que organiza toda la argumentación psicopatológica y determina las variantes nosográficas. Dicha noción se caracteriza por la tendencia a reaccionar frente a las dificultades afectivas mediante la huida de la realidad y el refugio en la ensoñación.[228] Cuando por su gran intensidad alcanzan una graduación superior, estas reacciones de huida y refugio en la vida interior se convierten en *schizomanie*. En este estado, los pacientes se sumergen en la ensoñación con el fin 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 sus compromisos con la realidad.[229] Por último, en el extremo más grave de esta progresión se encuentra la esquizofrenia. En ella el enfermo ha perdido completamente el contacto con la realidad y 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 ausencia de manifestaciones afectivas indican la disociación completa entre el núcleo de la personalidad —hundida en un autismo compensador— y las relaciones con la realidad.

En oposición a esta exageración de las tendencias de la constitución sitúa Claude la hebefrenia-demencia precoz, argumentando para ello que la indiferencia afectiva y el debilitamiento intelectual constituyen sus manifestaciones primarias. Por el contrario, en la esquizofrenia propiamente dicha la indiferencia y el debilitamiento son el resultado secundario de una predisposición que ha alcanzado su grado más álgido y más patológico.

Aunque sean muy criticables porque no perfilan diferencias de estructuras sino simples graduaciones difícilmente aprehensibles, los desarrollos nosológicos de Claude han llegado a penetrar lo suficientemente en la ideología del pensamiento psiquiátrico como para servir de coartada a los trastornos de la personalidad. Más importante que esta deriva es la propuesta que entrañan, la cual defiende la división interna del heterogéneo y desmesurado grupo compuesto por la demencia precoz y la esquizofrenia. Este intento, como tantos otros que se han pergeñado, fortifica sus argumentos desempolvando la evidencia clínica antaño denunciada por Vladimir Serbski.[230] Se trata, por encima de cualquier otra consideración, de la lejanía clínica que existe entre el polo deficitario de la hebefrenia y el polo productivo de los delirios paranoicos. Su reunión en una misma categoría autónoma resulta para sus críticos completamente improcedente, razón por cual urge un cambio radical en el enfoque nosológico y en los repartos nosográficos. Afirmándose en un punto de vista contrario, aquellos que la defienden se topan de continuo con la problemática inherente a cualquier categoría definida por la heterogeneidad, escollo que tratan de paliar mediante ligeros y superficiales reajustes basados en algunos datos procurados por las nuevas tecnologías.

HETEROGENEIDAD: SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS; ESQUIZOFRENIAS TIPO I Y II

Por más que se haya fortalecido la alianza entre la tecnología bio-médica, la industria farmacéutica y los consensos taxonómicos internacionales durante las últimas décadas, aquellas categorías psicopatológicas antaño forjadas sobre frágiles y espurios planteamientos clínicos siguen mostrando las mismas inconsistencias que concurrieron en el acto de su creación. La heterogeneidad histórica y clínica de la esquizofrenia ha desembocado en los últimos treinta años en un sinfín de investigaciones sintomatológicas y un creciente número de hipótesis etiológicas. Sólo algunas, en concordancia con el desconcierto de los hechos, insinúan críticas globales al modelo de las enfermedades mentales. La inmensa mayoría, por el contrario, ni siquiera columbra la artificiosa invención y el inconsistente fundamento psicopatológico, cosa que se rubrica cuando se pretende encumbrar la variabilidad y la heterogeneidad como uno de sus rasgos esenciales de la esquizofrenia[231] o se reconoce abiertamente, como hace Chinchilla, que «hasta el momento han fracaso todos los intentos de diferenciar subtipos o variedades, bien diferenciados entre sí, de lo que llamamos esquizofrenia».[232]

La unidad nosológica que los clásicos pretendieron conferir a este grupo de psicosis, al menos en el plano teórico, ha sido sustituida paradójicamente por la «variabilidad». Han cambiado las fórmulas y los términos, pero el enfoque sigue siendo el mismo y el problema, inevitablemente, también. Un buen número de estudios recientes coinciden en destacar las diferencias que numerosos clínicos establecen en su práctica entre los síntomas positivos y los negativos en la esquizofrenia, aunque suele admitirse también que los pacientes presentan una mezcla de ambos.[233] La oposición sintomatológica negativo-positivo cuenta en su haber con una larga historia de contribuciones que se remontan hasta nuestros clásicos (Jackson, Ribot, Clérambault, von Monakow, Ey y, por supuesto, Emil Kraepelin).[234] Para este último, dada su perspectiva longitudinal, los síntomas deficitarios (deterioro afectivo, volitivo e intelectual) constituían en sí mismos las manifestaciones características y permanentes de la demencia precoz, cuyo resultado evolutivo cristalizaba en la *Verblödung* terminal; en oposición a estas manifestaciones «permanentes» se hallaban otras «pasajeras» (delirios, alucinaciones, trastornos psicomotores, etc.).

La psicofarmacología se ha convertido hoy día en una de las puntas de lanza de la investigación en psiquiatría, hasta tal punto que el destino de esa especialidad se halla en manos de los intereses de las multinacionales farmacéuticas. Esta orientación decididamente pragmática ha logrado invertir, en muchas ocasiones, la indagación

estrictamente psicopatológica. Cada día son más frecuentes las publicaciones que tratan de organizar la clínica mental psicótica en relación a la respuesta de los esquizofrénicos a los neurolépticos.[235] Esta vía de conocimiento converge hasta fundirse con las elaboraciones psicopatológicas, animándose recíprocamente a perseverar en nuevos estudios sobre los síntomas productivos y los deficitarios. Generalmente suele considerarse, siguiendo la definición operativa de Andreasen y Olsen, que los síntomas negativos corresponden a la ausencia de una conducta o función que se encuentra habitualmente presente en las personas supuestamente sanas, y que los síntomas positivos se definen por la presencia de conductas o funciones que no están presentes en las personas sanas;[236] a los primeros se adscriben la alogia, el aplanamiento afectivo, la anhedonia-asocialidad, la abulia-apatía y el deterioro de la atención, mientras que las alucinaciones, los delirios, el trastorno formal positivo del pensamiento (incoherencia, falta de lógica) y las conductas extrañas o desorganizadas se incluyen entre los positivos.[237] Evidentemente, el *D.S.M.-IV* se ha hecho eco de esta dicotomía, otorgando una importancia mayor a los síntomas negativos que la que le habían concedido las versiones anteriores del *D.S.M.-III*, de 1980, y el *D.S.M.-III-R*, de 1987.[238]

Partiendo de las comprobaciones de Johnstone y su equipo, T. J. Crow consideró que existían dos procesos patológicos distintos dentro de la esquizofrenia, uno caracterizado por los síntomas positivos (esquizofrenia tipo I) y otro por los negativos (esquizofrenia tipo II).[239] Crow no innovó nada en materia nosográfica pues su propuesta se había debatido hasta la saciedad en los intercambios entre la escuela clínica francesa con Kraepelin y después con Bleuler. Pero el desconocimiento de la historia de la clínica hizo que estas hipótesis recorrieran el mundo como si se tratara de una conquista novedosa. El propio Crow suavizó algunos años después su posición al considerar que ambos procesos eran «relativamente independientes», es decir, que podían coexistir en un mismo paciente aunque con diferentes evoluciones.[240] Con esta matización se venía abajo su hipótesis inicial tendente a establecer una escisión radical en el marco de la esquizofrenia y de nuevo se retrocedía al *statu quo ante*.[241] Mayor fue aún la rotundidad con la que Carpenter describió la «esquizofrenia no deficitaria» y la «esquizofrenia deficitaria», para la que Fenton y McGlashan propusieron una «probable» etiopatogenia distinta.[242] La hipótesis inicial de Carpenter sostenía que los síntomas negativos no constituían una categoría homogénea, razón por la cual propuso diferenciarlos en

negativos primarios (intrínsecos a la esquizofrenia) y negativos secundarios (asociados con otros síntomas psicóticos).[243]

La mayoría de los autores de esta orientación neurobiológica suelen coincidir en que los síntomas negativos son más crónicos, más persistentes y más resistentes a los neurolépticos.[244] Dada esta correspondencia, inmediatamente se señala la mayor probabilidad de padecer un trastorno cognitivo y se insinúa la existencia de atrofia cerebral detectable con tomografía computerizada. A partir de este conjunto de consideraciones relativas a los síntomas negativos, algunos autores los consideran esenciales, máxime cuando —según su opinión— su presencia es casi universal y su persistencia les parece fuera de todas duda. Este énfasis reiterado en favorecer los síntomas negativos o deficitarios en detrimento de los productivos propende a la formulación de algunos modelos explicativos en los que se adivinan precisamente los efectos desconcertantes de lo que hemos denominado el artificio kraepeliniano. En el marco de esta promoción de los síntomas negativos han surgido algunos modelos de nuevo emparentados con los más puros lineamientos nosológicos organicistas de E. Kraepelin: Keefe, por ejemplo, propuso la separación entre una esquizofrenia kraepeliniana y otra no kraepeliniana[245] y Pantelis, más extremado, quiso cumplir el ideario kraepeliniano al defender que la esquizofrenia es una forma de demencia *stricto sensu*.[246]

Muchos de los trabajos que acaban de mencionarse, en especial los de Nancy Andreasen, han derivado en la construcción de escalas y pruebas para evaluar los síntomas esquizofrénicos.[247] Todas estas escalas tienen la pretensión de ahorrar al «técnico» —ya no se dice «clínico»— la valoración fenomenológica surgida del trato con el loco, pues al fin y al cabo el paciente sólo cuanta en tanto que emisor de respuestas previamente tipificadas y recogidas en los catálogos o escalas. Mediante este procedimiento se aspira a toman decisiones «seguras» acerca del diagnóstico diferencial, de las características prodrómicas, de las indicaciones de hospitalización o de tratamientos farmacológicos, de la planificación de estrategias preventivas de recaídas en los crónicos, etc.[248] Si se contempla desde esta perspectiva «científica»,[249] uno puede caer en la cuenta de que la psiquiatría se ha elaborado para no hablar con los locos.

El brillo de la clínica de la mirada, con todas sus complicaciones intrínsecas, se pierde en favor de la cuantificación de las manifestaciones de la esquizofrenia, precisamente por la heterogeneidad con la que se define este trastorno según la psicopatología psiquiátrica.

En lugar de fundamentar la llamada esquizofrenia desde el punto de vista psicopatológico, se inventan pruebas «objetivas» para mantener un concepto que ha dado pruebas más que suficientes de inconsistencia. Así y todo, desde más de un siglo se alberga la esperanza de que llegue, por fin, la solución definitiva.[250]

La clínica y la historia nos invitan a pronosticar sobre este particular la presta escisión de la esquizofrenia y su desplazamiento hacia posiciones marginales. De ser así, la geografía de la psicosis cambiaría otra vez sus fronteras. Que esa transformación suponga un progreso dependerá de si se elabora o no sobre ese pilar de granito en el que se compactan las enseñanzas de los sujetos trastornados y los fundamentos psicopatológicos más sólidamente establecidos.

V

LA LOCURA DESDE DENTRO: LAS ENSEÑANZAS DE PAUL SCHREBER, PROFESOR DE PSICOSIS

> Queda para el futuro decidir si la teoría contiene más delirio del que yo quisiera o el delirio más verdad de lo que otros hallan hoy creíble.
>
> S. FREUD
> *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente. Caso Schreber* (1911)

SUMARIO Schreber y Freud, un encuentro que ha determinado nuestros conocimientos sobre la psicosis. El padre de Schreber, la madre, los hermanos y la esposa. ¿Quién fue el *Senatspräsident* Dr. Paul Schreber y qué vida llevó? ¿Cuándo enloqueció, cuántas crisis psicóticas tuvo y qué remedio encontró merced al *Wahnbildungsarbeit*? Las *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. Arquitectura del delirio schreberiano: la certeza o el axioma delirante; el delirio primario y sus ramas temáticas; la función y las conquistas del delirio. La interpretación freudiana y su teoría de la paranoia: ¿homosexualidad o procreación? Función del padre y psicosis; la *forclusion du Nom-du-Père*. Nexo común de las coyunturas precipitantes de las crisis. Sobre el diagnóstico de Paul Schreber: ¿melancolía, paranoia, esquizofrenia, psicosis única?

En los capítulos precedentes se han mostrado algunas de las líneas de fuerza más vigorosas que resultaron determinantes para la elaboración de la psicopatología psiquiátrica; se han plasmado también las visiones fenomenológicas y sus respectivos soportes teóricos, los cuales han parcelado o conjuntado el campo de la patología que coincidimos en denominar psicótica.[1] Sin embargo, a cierta distancia de tales visiones y construcciones bulle soberana la experiencia concreta de la locura. A ella se dedica gran parte del presente capítulo, cuyo protagonista no puede ser otro que Daniel Paul Schreber, nuestro profesor de psicosis.[2] El examen de sus *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* (*Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios*)[3] nos introducirá en el «mundo milagroso» en el que se asienta y discurre su drama personal. Como esperamos mostrar, ese elegante relato de la locura desde dentro, tan intenso como escalofriante, no es sólo un testimonio de primera mano que contiene prácticamente el conjunto de la psicopatología psicótica. Si lo limitáramos a su expresión fenomenológica, soslayaríamos sus principales e inmemoriales méritos, como son la precisión exquisita y el rigor inigualable con que detalla las coyunturas precipitantes de las crisis, los pormenores del trágico desmoronamiento de su universo subjetivo y, sobre todo, la lógica que preside la estabilización de su locura merced al trabajo delirante.

Nuestro interés por investigar este testimonio de la experiencia de la locura está destinado a enjuiciar el grado de artificialidad que contienen los conocimientos de la psiquiatría de las enfermedades mentales anteriormente expuestos. A nuestro parecer, el modelo médico de las «enfermedades mentales» parece quebrarse cuando se lo confronta con este caso paradigmático, cuyos avatares biográficos y particulares trastornos psicopatológicos indican, más bien, que es el sujeto quien participa en el desencadenamiento del trastorno y gestiona su evolución. De ser esto así, estaríamos en condiciones de afirmar que tampoco en la psicosis está todo determinado por la «enfermedad»; por el contrario, como sucede en otras estructuras clínicas, también aquí son las maniobras y respuestas del psicótico las que orientan tan accidentada singladura pues, con más o menos dificultades, es él quien lleva el timón. Por todo ello, las enseñanzas transmitidas por el juez Dr. Schreber siguen siendo hasta la fecha una de las principales vías de acceso al conocimiento de la psicosis.

Tantas son las publicaciones aparecidas en las últimas décadas sobre Daniel Paul

Schreber, su familia y las *Denkwürdigkeiten* que, debido a su heterogeneidad, nuestra labor se complica.[4] Las hay de todo tipo: unas inciden en la abigarrada fenomenología del caso, de cuyo análisis se extraen conclusiones muy divergentes, incluso sobre el diagnóstico; otras van más lejos y se permiten reconstruir el famoso capítulo no publicado, con lo que las conclusiones de estos exégetas discrepan en puntos tan cruciales como la etiología, la patogenia, los factores determinantes de las crisis, el valor de la edificación delirante y también el diagnóstico estructural. Pareciera entonces que nos enfrentamos a un fárrago de proporciones descomunales. Y sin embargo hay un camino, un único y sencillo camino, que consiste en seguir paso a paso la materia prima significante que el propio Schreber fue desgranando en su delirio, para cuya elaboración se sirvió de la escritura. También, para facilitar nuestra tarea, echaremos mano de las fidedignas investigaciones históricas sobre los Schreber que han aparecido en los últimos tres lustros, en especial las de Han Israëls y Zvi Lothane. En las interpretaciones ofrecidas por los diversos comentaristas se verá resurgir un tropel de discrepancias respecto a los dos ejes que, a nuestro juicio, han estado presentes en todas y cada una de las construcciones psicopatológicas que han dado pie a los capítulos precedentes, principalmente las relativas a la unidad o la multiplicidad de la psicosis y al predominio del componente intelectual sobre el afectivo, o viceversa.

SCHREBER Y FREUD

Fue en 1903 cuando el editor Oswald Mutze, especializado en publicaciones parapsicológicas de dudosa valía, publicó en Leipzig las *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, la extensa obra que el magistrado Dr. Schreber había redactado unos años antes, cuando estaba sumido en el período más álgido de su locura. A pesar de las precauciones que adoptaron sus familiares para que el libro no se difundiera, por ejemplo comprando una buena parte de los ejemplares editados, la obra no pasó desapercibida en los ambientes psiquiátricos.[5] Las miras originarias de su autor se vieron ya entonces ineluctablemente desvirtuadas. Como advierte en diversas ocasiones, él quería que su libro sirviera de fundamento textual de un nuevo sistema religioso; pretendía asimismo familiarizar a su mujer y a sus allegados con sus ideas tan poco comunes; y aunque resulte chocante, también se sirvió de esas páginas para probar su cordura y elaborar el

alegato destinado a conseguir la salida del manicomio. Desde que inspirara el ensayo de Freud, en cambio, esa excelsa y laboriosa creación de su delirio se ha convertido en la fuente más visitada por los investigadores de la psicopatología de la locura.[6]

Aunque ninguno de nosotros llegamos a conocerlo, Paul Schreber nos resulta entrañablemente familiar.[7] La pintura de A. Richter y algunas fotografías nos lo muestran a lo largo de toda su vida: Paul en su niñez, junto a sus padres y hermanos; el juez Dr. Schreber a los treinta y cuatro años, apuesto, con rostro hierático adornado con un elegante y prominente mostacho; ya en su locura, tras haber conseguido gracias a sus incuestionables conocimientos jurídicos ser dado de alta en el asilo, lo vemos sentado junto a su hija adoptiva Fridoline, tocado con un bombín, austero, enigmático, decididamente orgulloso. Conocemos las ideas políticas que defendió, su trayectoria profesional, las casas y los manicomios en los que habitó y las ciudades donde residió. Podemos leer asimismo tanto su prosa elegante y exquisitamente precisa como sus escasos pero emotivos versos. Tenemos también constancia de sus gustos musicales y de algunos de los libros que frecuentó con más delectación.[8] Y otro tanto puede decirse, aunque en menor medida, de su familia y sus allegados: sus padres, Moritz y Pauline, sus hermanos Gustav, Anna, Sidonie y Klara, su esposa Sabine, su hija adoptiva Fridoline, sus médicos Paul Flechsig y Guido Weber.[9] Hace casi un siglo que murió *Herr Senatspräsident Doktor* Paul Schreber, aquel sajón de Leipzig de porte donoso, cuya prometedora y vertiginosa carrera jurídica hizo augurar a sus colegas y conciudadanos su nombramiento de Ministro de Justicia de Sajonia. Sin embargo, su locura tardía, elaborada y expresada en los *Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios*, ha desembocado finalmente en una auténtica «industria Schreber».[10]

Nada de esto hubiera ocurrido si su libro no hubiera encontrado un lector a la altura de sus méritos. Cuando a finales de la primera década del pasado siglo cayó en manos de Sigmund Freud, comenzó a escribirse una de las páginas más hermosas, profundas y subversivas del pensamiento psicopatológico; sucedió, como dijo Lacan, «un encuentro excepcional entre el genio de Freud y un libro único».[11] Tal embeleso causó en Freud que, sin sentir gran inclinación por la locura, ese libro le dio pie a reformular parte de su doctrina y a elaborar su teoría de la psicosis. Más aún, en franca correspondencia con la calidad del texto schreberiano, Freud albergó para su propio ensayo de interpretación los anhelos y expectativas más elevados. Convencido del alcance de su monografía sobre Schreber, escribió a Jung: «plantea el golpe más atrevido contra la psiquiatría [...]».[12]

En ese escenario y con esos protagonistas, Sigmund Freud convirtió a Paul Schreber en el omnipresente «caso Schreber». Ambos compartieron la misma época y la misma lengua, pero jamás se encontraron. Tampoco Freud hizo intento alguno para verse con su inspirador o por someter a su consideración alguna de las elaboraciones psicoanalíticas. Ni siquiera nutrió sus elucidaciones con el estudio del historial clínico o con otras informaciones aportadas por alguno de sus médicos. Sin embargo le admiró como a pocos. Alabó sus vastos conocimientos, se fascinó con la consistencia de sus argumentos y la inusual capacidad de analizar, de conceptualizar y transmitir los procesos psicológicos sobre los que germina y se desarrolla la psicosis, en especial la relación con el lenguaje, el narcisismo y el goce. Y así lo hizo constar cuando escribió: «al igual que al maravilloso Schreber, al cual deberían haber nombrado profesor de psiquiatría y director de un centro psiquiátrico».[13] Por si fuera poco, el ensayo que le dedicara concluye con una llamada al futuro, donde se decidirá qué proporciones de delirio y de verdad contienen sus propias consideraciones y las del sistema delirante de Paul Schreber.[14]

Comoquiera que son muchos los ámbitos clínicos y éticos explorados en las *Denwürdigkeiten* [*Hechos dignos de ser recordados*] y ubérrimos también los estudios que los glosan, nos limitaremos a mostrar en especial dos de ellos: la perspectiva unitaria de la psicosis y la estabilización que puede procurar el trabajo delirante. En ambos casos se evidencia con claridad al sujeto maniobrando en el cataclismo de la locura, defendiéndose e ingeniándoselas para hallar una salida. Mientras Kraepelin —el representante más egregio de la psiquiatría de las enfermedades mentales— achacaba al psicoanálisis el error de confiar en los testimonios de los enfermos, pues al fin y al cabo están locos, a partir de Freud el conocimiento de la psicosis y el trato con el alienado implican el respeto y la atenta escucha de su palabra. De esta divergencia de orientaciones derivan dos tipos de doctrinas y prácticas cuando menos disimétricas si no asintóticas. Por esta razón, al conceder crédito al loco y valor a su palabra, la experiencia de la locura se aleja con paso firme de las explicaciones acordadas por la psiquiatría de las enfermedades mentales.

EL PADRE DE PAUL SCHREBER

Antes de desgranar los hitos más relevantes de la existencia de Paul Schreber, los

períodos más críticos de su psicosis y algunos contenidos fundamentales de las *Denkwürdigkeiten*, resulta obligado que nos detengamos a bosquejar ciertos datos relativos a la familia Schreber, sobre todo los que atañen a su padre, Moritz. Tal es el propósito apuntado ya en el ensayo del propio Freud, aunque hubo que esperar hasta los trabajos de William Niederland para que esa tarea comenzara a realizarse con cierto rigor.

Paul Schreber vino al mundo en Leipzig el día 25 de julio de 1842, en el seno de una familia acomodada. Los Schreber, hasta donde se conoce su abolengo,[15] habían vivido siempre en Leipzig, una pequeña ciudad del reino de Sajonia que contaba por aquellos días con unos cincuenta mil habitantes. Los padres de Paul, Moritz y Pauline, se habían casado allí el 22 de octubre de 1838 y residían en una gran casa sita en la Zietzerstrasse. En esta vivienda pasaría Paul parte de su vida junto a sus padres, sus cuatro hermanos, el personal del servicio, la media docena de jóvenes pacientes internos de la clínica ortopédica dirigida por su padre, y muy probablemente Fanny Haase, la hermana pequeña de la señora Schreber.

Daniel Gottlob Moritz Schreber (1808-1861), al que sus allegados llamaban Moritz, era el *paterfamilias*. Médico de profesión, Moritz Schreber se había especializado en ortopedia y rehabilitación de enfermedades de la columna vertebral, si bien el marco de su trabajo trascendía la mera especialidad clínica y se extendía al terreno educativo de niños y jóvenes. Esta conjunción de la medicina rehabilitadora, las prácticas ortopédicas y la singular filosofía educativa, a lo que se añade cierto avatar traumático de su existencia del que pronto nos haremos eco, han dado pie a un sinfín de publicaciones asombrosamente desiguales. A este respecto, Han Israëls escribió: «la literatura sobre Moritz Schreber corresponde a dos corrientes distintas: el género hagiográfico del primer período, más o menos relacionado directamente con la tradición asociativa de los jardines, los *Schrebergärten*, y los escritos de los psiquiatras contemporáneos en los que las ideas de Moritz Schreber sobre el arte y la forma de educar a los niños se engloban dentro del método represivo».[16]

La vida de Moritz transcurrió principalmente en Leipzig, donde había nacido el 15 de octubre de 1808. Fue allí donde, gracias a una beca, estudió medicina entre 1826 y 1831; también en esa Universidad obtuvo el título de doctor en 1833 con una tesis dedicada a un remedio antiinflamatorio para la bronquitis. Son numerosas las descripciones que pueden leerse sobre el aspecto físico del joven Moritz, asunto al que se le ha atribuido gran importancia. Se dice de él que era enfermizo, de pequeña estatura y enjuto;[17] pero

no hay sobre ello pruebas concluyentes. No ha faltado quien ha inferido que tal debilidad constitucional fue la causa determinante de la intensa dedicación a la práctica metódica de la gimnasia, coligiendo incluso que esa debilidad había sido originariamente el motivo de su obra pedagógica.[18]

Una vez doctorado en medicina, Moritz aceptó la propuesta de un aristócrata ruso llamado Stakovitch para convertirse en su médico privado. Por este motivo el Dr. M. Schreber abandonó temporalmente Leipzig para seguir los pasos del aristócrata por tierras rusas hasta el otoño de 1836. Ese empleo le permitió aumentar su preparación científica en Viena, Praga y Berlín. Instalado de nuevo en su Leipzig natal, Moritz Schreber comenzó a desarrollar su actividad profesional en varios frentes: emprendió su práctica médica privada, inició su actividad literaria y ocupó un cargo de *Privatdozent* en la Facultad de medicina entre 1836 y 1854. Y fue precisamente con una hija del *Rector Magnificus* de la Universidad de Leipzig, uno de sus antiguos profesores, con quien contrajo matrimonio el 22 de octubre de 1838. Su esposa, Louise Henriette Pauline Haase, Pauline para sus próximos, provenía de una familia cultivada y de larga tradición melómana. Establecidos cómodamente en la Zeitzerstrasse, Moritz y Pauline tuvieron cinco hijos (Gustav, Anna, Paul, Sidonie y Klara), nacidos todos ellos entre 1839 y 1848.

Amén de sus actividades profesionales pero en una estrecha relación con ellas, Moritz Schreber perseveró en su empeño de fortalecer la salud física y mental por medio de la disciplina gimnástica. Junto con otros dos adeptos a la causa *mens sana in corpore sano*, los profesores Bock y Biedermann, creó en 1845 la Sociedad Gimnástica (*Turnverein*), cuyo eco social fue notable pues entre sus afiliados se contaban personalidades muy honorables de la ciudad de Leipzig.[19] La disciplina gimnástica fue asimismo la base de sus tratamientos ortopédicos, que consistían en esencia en una combinación de ejercicios con aparatos y gimnasia sueca. En su libro más famoso escribió: «El hombre encierra en sí dos naturalezas: una material y otras espiritual. Tiene, pues, la precisa obligación de ejercitar recíprocamente sus fuerzas intelectuales y sus fuerzas físicas: tal es el fin que tiene invariablemente su organización. [...] Las pasiones y los instintos animales se desencadenan cuando la razón no tiene aún dominio bastante para dominarles y dirigirles».[20] Muchos de sus escritos transmiten su convencimiento de que numerosas enfermedades y vicios que padecía la sociedad alemana se debían a la escasa robustez del cuerpo, lo cual era consecuencia de la falta de actividad en la primera infancia y del quietismo de la vida burguesa.

La vida de Moritz transcurrió sin que se conozcan mayores sobresaltos hasta 1851, año en el que se produjo el tan comentado accidente en el gimnasio. Sucedió, simple y llanamente, que una pesada escalera de hierro le cayó sobre la cabeza. Sin embargo, las consecuencias anímicas ocasionadas fueron poco menos que devastadoras.[21] Poco tiempo después comenzó a sufrir fuertes dolores de cabeza que se convertirían a la postre en una cefalea crónica y determinarían un cambio de comportamiento notable e inexorable en los diez años que le restaban de vida. Que sepamos, nadie ha aclarado hasta la fecha si la etiología de esa cefalalgia debe atribuirse al mencionado traumatismo, o bien si tales dolores corresponden a una de las manifestaciones de un estado de profunda depresión.[22] Sea cual fuere, el golpe de la escalera sobre su cráneo marcó una inflexión definitiva en la vida de Moritz. No sólo dimitió paulatinamente de sus funciones oficiales, hasta el punto que en 1859 Carl Hermann Schildbach se hizo cargo de la dirección de su clínica ortopédica, sino que se apartó por completo de la vida social, aislándose días enteros en una de las habitaciones de la mansión familiar. Empero, su encierro le sirvió para intensificar su actividad intelectual y literaria, pues fue precisamente en este período cuando escribió la mayor parte de su obra.[23]

El retiro voluntario de Moritz tras el accidente ha fomentado ciertas elucubraciones psicopatológicas sobre su persona que difícilmente pueden probarse. Se le ha tildado de tirano doméstico, de sádico, de manifestar «representaciones obsesivas con impulsos asesinos» (*Zwangsvorstellungen mit Mordtrieb*), según la opinión de Franz Baumeyer.[24] No se queda atrás William Niederland, quien jamás albergó duda alguna respecto a la patología de Moritz: «El doctor M. Schreber era un hombre enfermo»; y también: «A pesar de que la regimentación autoritaria de los niños, con un acento puesto en las medidas disciplinarias coercitivas, probablemente era típica del país y de la época en que el doctor Schreber vivía, existen testimonios de que las correas, los cintos y otras formas de sujeción mecánica fueron de su propia invención. Obviamente, se originaban en su propia patología [...]».[25] Una opinión similar manifestaron Ida Macalpine y Richard Hunter, aunque expresada de forma lapidaria: «Publicó un gran número de libros, cuyos títulos, dejando de lado su contenido, nos indican inmediatamente que se trataba de un excéntrico, por no decir un chiflado».[26] En su libro sobre el *self*, Heinz Kohut, dando una vuelta más de tuerca, opinó que Moritz estaba «gravemente enfermo» y presentaba una «especial estructura psicótica del carácter», comparando su «psicosis cicatrizada» con la Hitler.[27] Y más contundente aún si cabe fue Octave Mannoni: «Si leemos los

escritos del doctor Schreber padre, se advierte que él era el verdadero paranoico de la familia».[28] Al hilo de éstas y otras opiniones parecidas, conviene recordar un párrafo muy esclarecedor a este respecto de H. Israëls: «Que el detestable doctor Schreber que se nos presenta no sea más que la hipóstasis de la tiranía odiosa para los americanos, por fraguado que esté el personaje, éste resulta más accesible al público que la compleja verdad histórica de una familia burguesa alemana del siglo XIX. Dado que los glosadores no se molestan en absoluto en dotar a los otros miembros de la familia (la madre, el hijo que se volverá loco, las hijas, los criados) de una psicología de *faire-valoir* que les hace reaccionar justamente según la ideología actual, nos son presentados como lloricas y aterrorizados bajo el yugo. Sería infinitamente más enojoso reconocer que en aquellos tiempos la desigualdad y la autoridad del padre eran aceptadas como el estado normal de las cosas».[29]

Entregado a la redacción de sus libros vivió Moritz sus últimos años. En noviembre de 1861 se le declaró una afección abdominal que lo llevaría fulminantemente a la tumba; el día 10 de ese mismo mes murió de una apendicitis aguda, mientras su hijo Paul, que contaba diecinueve años, cursaba el segundo año de sus estudios universitarios.

El paso inexorable del tiempo ha perpetuado de ese personaje, tantas y tantas veces evocado con un aroma avinagrado y quién sabe cuántos rasgos insanos del carácter, única y exclusivamente su nombre (*Schrebergärten*, Jardines Schreber; *Schrebervereine*, Asociaciones Schreber; *Schreberplatz*, Espacios Schreber;[30] *Deutsche Schreberjugend*, Juventud alemana Schreber), como bien ha argumentado Han Israëls.[31] Contrariamente a las especulaciones desmedidas de algunos comentaristas, en especial Morton Schatzman, ni la obra pedagógica ni la obra médica de Moritz Schreber han tenido tanta repercusión en los ámbitos especializados. En vida, su fama apenas franqueó las lindes de su Leipzig natal, cosa que cambió tras su muerte. Tres años después del deceso, Ernst Innocenz Hauschild fundó la primera de las Asociaciones Schreber, que poco a poco fueron adquiriendo terrenos y extendiéndose por el territorio alemán. Aún hoy en día, los lugares de recreo para la práctica de la jardinería y la gimnasia siguen conservando el nombre de *Schrebergärten*, y en el paisaje de los alrededores de Leipzig permanecen esas minúsculas parcelas rectangulares que sirven de entretenimiento a los aficionados a la horticultura. Ése es el recuerdo que pervive de aquel médico y pedagogo de Leipzig, exceptuando, por supuesto, la inusitada fama que ha alcanzado por ser el padre del loco

más estudiado de la historia reciente. Ésa es la única razón por la que, desde hace cinco décadas, se ha venido escudriñando su obra y su persona.

Los artículos de William Niederland, en los que se investiga la causa de la psicosis de Paul Schreber en relación con su padre, han contribuido empero a propalar una figura de Moritz Schreber tiránica, trastornada y represiva, como si sólo este tipo de características pudiera contribuir o determinar la psicosis de la fratría; a este respecto escribió: «[...] resulta obvio, sin embargo, que la psicopatología del padre, tal como se demuestra en sus escritos, debe haber provocado un impacto directo y presumiblemente de gran fuerza no sólo sobre el público [...], sino en especial sobre su propia familia».[32] Sus conclusiones se apoyan también en el examen de los instrumentos ortopédicos, a los que considera artefactos de tortura y vincula con los «milagros» sufridos años después por Paul: «Algunos "milagros divinos" —escribió Niederland en 1960— que ocurren en el cuerpo del autor de las *Memorias* durante su enfermedad, especialmente donde su cuerpo era atado, amarrado, asegurado y comprimido como en una presa, etc., parecen representar una elaboración delirante de los cintos, cuerdas, aparatos de sostén ortopédicos y otros recursos coercitivos utilizados por el padre».[33] Aunque formulada con cierto recato, esta sugerente hipótesis de Nierderland alcanzaría con el libro de Morton Schatzman unas proporciones descomunales. Cuando este autor examinó los «milagros» narrados por Paul Schreber, de inmediato, aunque de manera *sui generis*, los relacionó con los métodos terapéuticos, el instrumental ortopédico y los discursos del padre. Llegó a aseverar, sin otro fundamento que no fuera su propia imaginación, que había aplicado esos métodos coercitivos también a sus propios hijos.

Comoquiera que sus consideraciones han alcanzado cierta notoriedad, vale la pena analizar esta hipótesis con más detalle, cosa que haremos en referencia a la famosa «máquina de comprimir cabezas» de la que habla Paul Schreber en sus *Denkwürdigkeiten*. Pues bien, Schatzman asegura que esa máquina es una reproducción alucinatoria del *Kopfhalter* (mentonario, barbillera o casco de cuero para sujetar el mentón) descrito y empleado por Moritz Schreber, pese a que no hemos hallado ese término en el texto de Paul Schreber. Afirma, en definitiva, que las experiencias narradas por Paul (en este caso: tirones repentinos en la cabeza, unidos a desgarramientos de sustancia ósea del cráneo) no eran otra cosa que reminiscencias alucinatorias del *Kopfhalter* que su padre le había aplicado en la infancia: «Es posible que al oír un ruido,

[Paul] volviera la cabeza hacia donde provenía y reexperimentara o recordara el tirón del *Kopfhalter* cuando volvía la cabeza siendo niño».[34]

Sin embargo, como puede apreciarse en los textos de Moritz Schreber, dicho instrumental ortopédico se empleaba en contadas ocasiones y conforme a indicaciones muy específicas: «Entre las mandíbulas puede desarrollarse a veces una disparidad —escribió Moritz Schreber—, debida al crecimiento excesivo del maxilar inferior. He tenido oportunidad de observar el caso de una niña de ocho años, cuyo ejemplo puede ilustrar sobre dicha particularidad dado que su defecto era notorio [...]. A tal fin encargué la confección de una barbillera de cuero flexible [...]; tal aparato se le aplicó durante la noche a lo largo de un período de veinte meses; su aplicación sólo se evitó en algunas noches estivales demasiado calurosas; por otra parte, la mencionada niña nunca se quejó de ello lo más mínimo».[35] A la luz de estas palabras parece tendencioso inferir, como hizo Schatzman, que el desalmado Dr. Schreber se dedicaba a torturar a sus hijos —al menos a Paul— con todos esos artefactos. Mas Schatzman no se detiene ahí, pues sostiene que la filosofía educativa contenida en las obras del médico ortopedista estaría, nada más y nada menos, en la base del surgimiento del nazismo: «Las ideas del Dr. Schreber son precursoras de las de los nazis, manifestadas ochenta años después, que mataban a la gente en nombre de la "higiene" y la "salud de la raza"».[36] Este autor llega a tales consideraciones retomando los sobrios comentarios de E. Canetti sobre las relaciones de la paranoia y el poder, aunque se extralimita en sus conclusiones.[37] Más aún, olvida lo esencial: más allá del tipo de educación recibida, la insuficiencia paterna no está en los métodos estrictos sino en la relación del propio Moritz Schreber con la ley, con la que parecía plenamente identificado.

Mucho distan estas consideraciones de las opiniones de los especialistas y comentaristas de su tiempo, quienes mayoritariamente coincidieron en señalar que Moritz suprimió de su clínica los «aparatos de tortura» tradicionalmente destinados al uso de la medicina ortopédica.[38]

LA MADRE Y LOS HERMANOS

La vida de *Frau* Schreber no ha concitado tantas y tan profundas investigaciones como la de su marido. Un retrato extenso y emotivo de su longeva existencia fue trazado con

motivo de su noventa cumpleaños por su hijo Paul, una vez que éste había conseguido la libertad tras el sobreseimiento de la causa por la que había permanecido ingresado contra su voluntad en el manicomio de Sonnenstein. En dicho poema son evocados, sin un orden cronológico estricto, algunos de los pasajes más relevantes de la vida de su madre: su nacimiento en el *Feurkugel*, un considerable conjunto de viviendas coloradas que Goethe había habitado cincuenta años antes; el ambiente melómano que se respiraba en el domicilio paterno; la llegada del pretendiente con quien se casaría;[39] el nacimiento de los hijos;[40] la muerte de los padres; la enfermedad crónica del marido y el sufrimiento que este hecho deparó a la familia; la muerte de su primogénito Gustav y, apenas insinuada, su propia psicosis.[41]

Tras la muerte de su marido, Pauline consintió en la utilización del apellido Schreber para nombrar a las asociaciones (*Schrebervereine*) que progresivamente fueron creándose. Puso como única condición, eso sí, que se honrara periódicamente la memoria de su esposo. Más adelante examinaremos con detenimiento el devenir de estas Asociaciones Schreber para comprobar hasta qué punto el litigio por el uso del nombre del padre determinó la tercera y última crisis psicótica de Paul.

Al igual que ocurriera con su marido, también Pauline ha sido objeto de algunas valoraciones psicológicas y psicopatológicas demasiado contundentes si se tiene en cuenta la escasez de datos clínicos que las fundamentan, máxime cuando ninguno de los improvisados exégetas ha considerado el mencionado poema. Como es natural, la mayorías de estas apreciaciones —como las formuladas a propósito de Moritz y del propio Paul— tienen más que ver con las posiciones fantasmáticas de los comentaristas que con los hechos históricos. Franz Baumeyer, basándose en la contemplación de dos fotografías de Pauline, la recreó de la siguiente guisa: «La madre de Schreber era, en efecto, una mujer pasiva y sufría una grave depresión. Se hallaba completamente oprimida por su esposo».[42] Robert B. White, un analista kleiniano que fue el primero en interesarse por *Frau* Schreber, apoyándose en lo que consideró una de las máximas de la filosofía educativa de M. Schreber (el fomento de la renuncia), imaginó a Pauline pidiendo permiso a su esposo para darle el pecho a Paul. Y no sólo eso, también concibió al «tirano» Moritz prohibiendo terminantemente satisfacer esa demanda. En su opinión, el Dios schreberiano consiste en una confusión de las imágenes del padre y de la madre, dado que el padre había invadido el rol de madre en la temprana infancia de Paul.[43] Por

último, J. Chasseguet-Smirgel llegó a la conclusión de Pauline era alguien sin existencia propia.[44]

Moritz y Pauline tuvieron, como ya se ha dicho, cinco hijos: Daniel Gustav (1839-1877), Anna (1840-1944), Daniel Paul (1842-1911), Sidonie (1846-1924) y Klara (1848-1917); dos de ellos —Gustav y Sidonie— murieron solteros, otros dos —Paul y Klara— se casaron pero no tuvieron descendencia sanguínea, y sólo Anna y su marido Carl Jung tuvieron seis hijos (Heinrich, Friedrich, Helene, Paula, Carl Wilhelm y Felix).

Algunos hitos de la existencia del primogénito Gustav, así como la coyuntura de su suicidio, nos parecen sumamente útiles para aclarar las tres crisis psicóticas sufridas por su hermano Paul. Estudió Gustav inicialmente Ciencias químicas y se doctoró en Filosofía. Se sabe que compró su dispensa para no acudir al servicio militar, pero entre 1861 y 1865 ni siquiera Han Israëls ha podido seguirle la pista y recopilar alguna información. En 1866 montó un pequeño negocio de fabricación de productos químicos, convirtiéndose así en el primer Schreber que se dedicó a actividades comerciales.[45]

Siguiendo probablemente la estela de su hermano pequeño, en 1867 abandonó su actividad comercial y su profesión de químico, matriculándose en Derecho. Terminados sus estudios, ingresó en la Magistratura en Leipzig en 1869 o 1870, ascendiendo con rapidez todos los escalafones profesionales hasta llegar a Consejero en el Tribunal de Distrito de Dresde, aunque destinado por un tiempo en Bautzen. Su prometedora carrera terminó bruscamente tras descerrajarse un tiro en la cabeza el 8 de mayo de 1877. Estaba soltero, tenía treinta y ocho años, era doctor en Derecho y Juez Real en Bautzen.[46] La misma tarde del suicidio, Gustav había escrito a su madre para advertirle de su presto viaje a Leipzig, y dada la hora tardía de su llegada le solicitaba que le facilitara la llave de la puerta de la casa familiar.[47] Entre los extractos que F. Baumeyer transcribió del historial clínico de su hermano Paul, puede leerse: «Un hermano paralítico, que se suicidó».[48] Esta información sobre la parálisis general de Gustav, sea o no cierta, ha contribuido sin duda a cerrar las puertas a posibles investigaciones psicopatológicas sobre su persona. Sin embargo, existe un dato altamente llamativo recogido por Israëls que no debe ser pasado por alto. Se trata de una carta de Troitzsch, «uno de los más venerables informadores», en la que se puede leer: «Pauline Schreber contó a mi madre que Gustav (que era, como su hermano pequeño, un jurista de primer orden) había sido nombrado para un puesto muy elevado en Berlín cuando se suicidó».[49] Puesto que la coyuntura del desencadenamiento de la gran crisis psicótica de Paul

Schreber puede ubicarse con precisión —como hizo Freud y se ha aceptado mayoritariamente— en relación al nombramiento para una instancia judicial superior, la información de la que acabamos de hacernos eco debe ser cuando menos considerada y valorada.

Con todas las cautelas que la clínica mental requiere, nos atrevemos no obstante a sugerir que probablemente Gustav era también un psicótico. Nos llama la atención la precariedad de su identidad, manifestada de forma muy clara en el tipo de identificaciones imaginarias que le aportaban cierta consistencia, identificaciones que pudieran explicar los cambios tan variados de ocupación y lugar: fabricante de productos químicos como su cuñado Carl Jung; más tarde juez como su hermano pequeño. Nos sorprende asimismo que fuera el primer Schreber que emprendiera actividades comerciales. Nos guía por último el paso al acto suicida, el cual se produce inmediatamente después de recibir el nombramiento para un cargo muy importante en la judicatura y después de esa petición a la madre en la que hablaba del regreso a la casa familiar, a la que ya no llegó.

También Paul intentó en varias ocasiones suicidarse, pero siempre fue sorprendido y apaciguado; también a Paul le supuso un verdadero cataclismo el más elevado de sus nombramientos y se le diagnosticó al principio una parálisis general.[50] No obstante, Paul Schreber pudo elaborar un delirio y reducir así la furia del paso al acto.

PAUL SCHREBER

El pequeño de los hermanos varones, Paul, comenzó sus estudios de Derecho en la Universidad de Leipzig en 1860, concluyéndolos con la calificación de «Excelente». Durante su periplo universitario perteneció a la sociedad juvenil de estudiantes *Wartburg*, cuyas simpatías nacionalistas y pro-prusianas eran bien manifiestas. Paul había nacido en el período de hegemonía prusiana y vivió en su juventud las décadas del militarismo germánico de Otto von Bismarck. La mayor parte de su carrera profesional se desarrolló durante el II Reich (1871-1890), es decir, la confederación de veinticinco Estados bajo la hegemonía prusiana.[51]

El 3 de diciembre de 1863, una vez concluida su preparación académica, fue admitido en el despacho del abogado Moritz Hennig con vistas a su formación práctica.[52] Tras

aprobar el examen *pro praxi juridica* y el pertinente informe favorable de Hennig, Paul preparó la prueba práctica para su ingreso en la carrera judicial. El 20 de junio de 1865, poco antes de cumplir los veintitrés años, el Ministerio de Justicia le informó por carta que había pasado dicho examen con la calificación de «Muy bien». Apenas unos meses después, el día 1 de noviembre de ese mismo año, comenzó su fulgurante y prometedor ejercicio judicial en el *Landesgericht Chemnitz* (Tribunal de Distrito de Chemnitz), ascendiendo gradualmente en los cargos e instancias que se contemplaban en aquellos días en tales desempeños: Secretario judicial, Juez pasante, Juez asesor, Juez suplente, etc.

Destinado en su Leipzig natal en 1869, Paul Schreber se instaló en el domicilio familiar junto a su madre y sus hermanos solteros: Gustav, que por aquellos días preparaba igualmente su ingreso en la magistratura, Sidonie y la pequeña Klara. Con ellos convivió hasta 1878, año en el que contrajo matrimonio, mientras proseguía su ejercicio en Leipzig.[53] Durante esos nueve años, la carrera judicial del joven Paul continuó viento en popa: se doctoró en Derecho el 1 de octubre de 1869, obtuvo el diploma de Estado (*juristische Staatsprüfung*) en 1870 y consiguió el nombramiento de «Juez con categoría de consejero en la Corte de apelación» en el *Landesgericht* de Leipzig.

El 5 de febrero de 1878, Paul Schreber y Ottilie Sabine Behr contrajeron matrimonio en Leipzig. Dieciséis años más joven que Paul, Sabine había nacido el 19 de junio de 1857 en dicha ciudad y provenía de una familia bien distinta a la de los Schreber. Su padre, Heinrich Behr, había sido cantante y en ese momento era uno de los directores artísticos del teatro municipal de Leipzig; su abuelo materno, Roderich Benedix, un afamado dramaturgo. ¿Cómo podía imaginar esa joven oronda, rubia y de ojos claros, que el apuesto y renombrado juez con el que acababa de contraer matrimonio terminaría por convertirse en el caso más célebre de la psiquiatría y el psicoanálisis? ¿Acaso supuso que aquellos males de los que Paul se quejó en el momento del evento nupcial eran el sordo aviso de la brutal psicosis posterior?[54]

El 1 de octubre de 1879 el matrimonio Schreber se instaló en Chemnitz, la primera ciudad industrial de Sajonia, donde Paul había sido destinado en el Tribunal de Distrito. Su buen hacer jurídico y su verbo envolvente lo propulsaron, cinco años más tarde, a la candidatura para las elecciones al *Reichstag* por la Unión de conservadores y nacional-liberales. Tuvo por contrincantes al abogado Harnisch y sobre todo al socialista Geiser, que partía como claro favorito puesto que esa ciudad obrera era desde tiempo atrás un

feudo de los socialistas. En cualquier caso, Schreber era popularmente considerado un «hombre digno de presentarse» al cargo. La prensa alababa sus honestas convicciones y la gran lealtad que profesaba a su patria.

Quizás por primera vez Schreber tuvo que batirse abiertamente contra un semejante para acceder a un cargo muy notorio. La campaña fue dura e intensa y, como veremos, dejó secuelas indelebles en el prometedor candidato conservador. El credo político de Schreber, defendido con un talento de orador altamente elogiado, salvaguardaba la fidelidad al *Kaiser* y al Imperio, sin renunciar empero a la independencia de Sajonia, «nuestra propia patria».[55] *Herr Doktor* Schreber, que contaba cuarenta y dos años, fue derrotado por una amplia mayoría que prefirió de nuevo al candidato socialista.

LA PRIMERA CRISIS

Al día siguiente de las elecciones, extenuado, partió en compañía de su joven esposa en dirección al balneario de Sonneberg (Thuringia), dirigido por el Dr. Richter, donde esperaba recuperarse presto del malestar que le aquejaba. Tras cuarenta días de estancia no halló alivio, razón por la cual el 8 de diciembre regresó nuevamente a Leipzig para ingresar en la clínica universitaria del afamado neurólogo y neuroanatomista Prof. Dr. Paul Flechsig, donde permanecería hasta el 1 de junio de 1885. Años más tarde Paul Schreber evocó con las palabras que siguen su «primera enfermedad nerviosa»: «Estuve, pues, enfermo de los nervios dos veces, cada una como consecuencia de un agotamiento intelectual. La primera vez durante mi candidatura al *Reichstag*, cuando era presidente del Tribunal de Primera Instancia del Land en Chemnitz; [...] La primera de las dos enfermedades se declaró durante el otoño de 1884, pero me curé completamente a finales de 1885, de modo que el 1.º de enero de 1886 pude retomar mis funciones de presidente del tribunal de Primera Instancia de Leipzig adonde me habían trasladado en el ínterin».[56]

En el historial clínico difundido por Baumeyer se recogen los siguientes datos relevantes: en el balneario de Sonneberg —Baumeyer equivoca el lugar y escribe erróneamente Sonnenstein, que es el manicomio en el que pasaría Paul los años más tormentosos de su locura— se había tratado a Schreber con varias drogas: los bromuros, usados como sedantes y ansiolíticos, el hidrato de cloral, la morfina y el yoduro de

potasio, un antisifilítico. Las medicinas y el descanso no consiguen mejorarlo: «Se cree incurable. Mostraba retardo al hablar y labilidad emocional. Había intentado suicidarse dos veces en el Asilo. Grave hipocondría. Se le administró yoduro de potasio porque se sospechaba sífilis. Su esposa había sufrido dos abortos».[57]

Al no mejorar del insomnio y persistir las ideas hipocondríacas, los Schreber consultan con el neurólogo Prof. Dr. Paul Flechsig en la Clínica universitaria de Leipzig, una «mazmorra con celdas, barrotes, camisas de fuerza», donde los pacientes estaban atemorizados.[58] En el momento del ingreso, su estado general era bueno, aunque seguía convencido de que moriría de un ataque al corazón. Las ideas hipocondríacas y el humor depresivo subsistían. Además, la historia clínica menciona: disforia, hiperfagia, astenia; nuevo intento de suicidio el 30 de enero de 1885; hiperestesia auditiva; «desea fotografiarse seis veces (por razones desconocidas)» el día 6 abril; vuelve a insistir en que «se cree incurable» el 17 de abril. Poco después, el 1.º de junio de 1885, parte para Illmeau; cree haber perdido entre quince y veinte kilos de peso, aunque en realidad ha engordado dos, y se queja de estar siendo engañado «intencionadamente».

La dolencia fue diagnosticada por Flechsig de «hipocondría crónica», aunque sospechaba que ese estado podía deberse, al menos en parte, al exceso de medicación prescrita en Sonneberg. Posteriormente los comentaristas han valorado estos datos fenomenológicos de manera harto heterogénea. La principal discrepancia es la que atañe al diagnóstico, en especial al hecho de considerar si esa primera crisis constituye el inicio clínico de la psicosis o es un mero episodio depresivo con síntomas hipocondríacos. Maurits Katan, el más precoz de los comentaristas schreberianos, consideró que este primer trastorno debía enmarcarse en lo que llamó la «fase prepsicótica».[59] Bien distinto es el parecer de P. Racamier y J. Chasseguet-Smirgel, quienes, destacando la agitación ansiosa, las tentativas suicidas, las ideas de ruina corporal y la negación de órganos, concluyeron que el diagnóstico más apropiado es «estado depresivo-melancólico».[60] O. Mannoni, por su parte, no albergó mayores dudas a la hora de considerar esta primera crisis hipocondríaca como una manifestación estrictamente psicótica[61]. Distinta es la opinión de Zvi Lothane, para quien el Dr. Schreber padecía una «enfermedad depresiva de grado moderado-severo que no habría remitido cuando fue dado de alta».[62]

Amén de las posturas doctrinales en las que se enmarca cada autor, las desavenencias relativas al diagnóstico de esta primera crisis se deben básicamente a los escasos y taquigráficos datos contenidos en la historia clínica, así como a la diferenciación que el

propio Paul Schreber estableció con respecto a su gran locura de octubre de 1893: «La primera enfermedad evolucionó sin que sobreviniera ningún episodio con implicaciones sobrenaturales» [p. 52]. Y ciertamente, en esa primera crisis de 1884 ni se aprecia una fenomenología ostensiblemente xenopática, es decir, un Automatismo Mental en cualquiera de sus presentaciones posibles, ni tampoco se deja entrever con claridad la matriz paranoica de la relación de Schreber con su Otro, en el sentido de haber emergido ya la figura de un perseguidor. Sin embargo, se informa de la existencia de algunos fenómenos sutiles que conciernen al desmembramiento de la imagen del cuerpo: por una parte, la convicción relativa a una irreal pérdida de peso de unos quince o veinte kilos; por otra, las súplicas de hacerse fotografiar, hecho que nos parece indicar la experiencia de fragmentación corporal, ante la cual busca Schreber algún tipo de completitud o unidad mediante las imágenes que podrían procurarle las instantáneas. Si a esto se añade la convicción de haber sido mentido «intencionadamente»,[63] si se valora también el paso al acto suicida, así como la insistencia en la incurabilidad y la inminencia de la muerte subjetiva, podemos advertir ya ahí ese germen de certeza que tomará la consistencia del axioma delirante característico de su segunda gran crisis. Son precisamente esas respuestas de Paul Schreber ante los fenómenos hipocondríacos y melancólicos lo que nos anima a considerar que esa primera crisis supuso ya su nacimiento clínico a la psicosis. Que no hubiera «implicaciones sobrenaturales» nada objeta a nuestro parecer, pues es de sobra conocido que la psicosis puede haberse iniciado aunque el delirio no se haya constituido aún.

Contemplando el conjunto de la existencia de Paul Schreber, parece pertinente atribuir a esos fenómenos relativos al cuerpo el valor de manifestaciones psicóticas iniciales, resurgidas más tarde en las coyunturas vitales en las que se arriesgaba su identidad. En ese sentido, consideramos adecuado poner en serie los fenómenos hipocondríacos iniciales de las dos primeras crisis, sobrevenidos también en el momento de contraer matrimonio, con la posterior espiral del delirio que —como pronto mostraremos— girará por completo en relación a esa certeza de tener que ser transformado en mujer con el correr de los años, quizás de los siglos. La importancia que Schreber confirió en la trama de su delirio al profesor Flechsig estuvo mediatizada por esos primeros encuentros, por esas palabras piadosas y esperanzadoras que el neurólogo le dispensó con ánimo tranquilizador. Ya desde el inicio de la relación con Flechsig se aprecia un tono ambivalente que deja entrever una profunda desconfianza, al tiempo que no ahorra

manifestaciones de gratitud. Cuesta imaginar que, de haberse tratado de una simple depresión con síntomas hipocondríacos, el papel que Flechsig habría de desempeñar en el devenir existencial de Schreber no hubiera ido mucho más allá de ciertos reproches o ambiguos agradecimientos.[64]

Recuperado de la crisis, «pasé con mi esposa ocho años de felicidad en todo sentido, ocho años llenos de honores, oscurecidos solamente cada tanto por la frustración de la esperanza que teníamos de ver bendecida nuestra unión con el nacimiento de un hijo» [p. 53].[65] Instalado con su esposa en la Harkortstrasse de Leipzig, el Dr. Paul Schreber reemprendió sus funciones en el Tribunal del Land de Leipzig. Su carrera profesional seguía una progresión inusual. Así, el 1.º de octubre de 1889 fue nombrado *Präsident* del *Landesgericht* de Freiberg, en Sajonia; finalmente, el 5 de julio de 1893 recibió esa gran noticia que tan funestas consecuencias le depararía: el Ministro de Justicia en persona, el Dr. Schurig, le anunció su inminente nombramiento de *Senatpräsident* (Presidente de la Cámara en la Corte Suprema del Land de Dresde), la instancia judicial más alta del país. Schreber contaba únicamente cincuenta y un años.[66]

LA SEGUNDA CRISIS

Tras el anuncio de la nominación tuvo Schreber algunos sueños a los que no quiso dar más importancia, aunque jamás los olvidaría: «A veces soñaba que recomenzaba mi enfermedad de los nervios, y lógicamente en sueños me sentía tan desdichado como feliz una vez despierto, cuando me daba cuenta que todo no había sido sino un sueño. Un día sin embargo, una mañana —todavía no me había levantado (no sé si estaba dormido o ya despierto)— tuve una sensación que, cuando volví a pensar en ella totalmente despierto, me perturbó de la manera más extraña. Era la idea de que, a pesar de todo, sería algo muy hermoso el hecho de ser una mujer en el momento en que es penetrada por el hombre.[67] Era una idea tan extraña a toda mi naturaleza que, si se me hubiera ocurrido en estado plenamente consciente, la habría rechazado con indignación.[68] Teniendo en cuenta las cosas que viví desde ese momento, no puedo descartar la posibilidad de que haya actuado una influencia exterior que me impuso esa representación»[53]. En efecto, contemplando su experiencia posterior y considerando todas y cada una de las relaciones con las gentes y cosas que pueblan el mundo, resulta

inevitable engarzar todo cuanto Schreber vivió en adelante con esa fantasía hipnopómpica, matriz primordial de todos sus desarrollos delirantes y de todas sus vivencias xenopáticas.

El 1.º de octubre de 1983 asumió las funciones de *Senatspräsident*, viéndose de inmediato inmerso en un trabajo desbordante. A esto hay que añadir, tal y como él mismo anotó, que: «Esta tarea era tanto más pesada y me imponía exigencias tanto mayores en la discreción a observar en mis relaciones personales por cuanto los miembros del Consejo (compuesto de cinco jueces) cuya presidencia yo debía asumir, eran casi todos mayores que yo y considerablemente (hasta casi veinte años de diferencia); además, estaban más familiarizados que yo en ciertos aspectos con las tareas prácticas del tribunal al que yo acababa de entrar. Por esta razón, después de algunas semanas sentí los síntomas del agotamiento mental» [p. 54].

Comenzó primero a padecer de insomnio. Esta molestia se acompañaba de un «fenómeno notable», concretamente de una intrusión de tipo xenopático,[69] y de inmediato el trastorno cobró «un carácter amenazador». Paul Schreber consultó al Dr. O., quien le recomendó solicitar una baja laboral de una semana. Tan pronto le fue posible, acompañado de su mujer, visitó de nuevo al profesor Flechsig. Con la elocuencia que le caracterizaba, éste le habló de los progresos realizados por la psiquiatría desde su primera enfermedad, recomendándole una cura de sueño inducido por uno de los somníferos que habían sido descubiertos recientemente. Paul y Sabine se instalaron en casa de Pauline Schreber, en Leipzig. La cura prescrita, empero, no produjo el efecto esperado.[70] Advertido Flechsig de la gravedad de su paciente, decidió ingresarlo inmediatamente en su Clínica universitaria, ingreso que se realizó el 21 de noviembre de 1893. Al ser admitido, Paul Schreber manifestó ideas hipocondríacas («un reblandecimiento cerebral»), ideas de persecución (habían conseguido volverlo loco), alucinaciones aterradoras e hiperestesia.[71] Los cuatro o cinco días siguientes Schreber permaneció en cama, insomne, «en medio de una tristeza infinita» y albergando casi exclusivamente pensamientos de muerte. Una vez más volvió a intentar ahorcarse con una sábana colgada de la cabecera de la cama: «Me dominaba completamente la idea de que el suicidio era lo único que le quedaba a un hombre que jamás podría recuperar el sueño, ni siquiera con todos los recursos del arte médico» [p. 58].

En esta ocasión, Paul Schreber permaneció ingresado medio año en la Clínica Psiquiátrica y Neurológica de la Universidad de Leipzig. Inaugurada dos años antes, el

también sajón profesor Flechsig (1847-1929) había tomado posesión de esta cátedra con un discurso inaugural sobre las bases corporales de las perturbaciones mentales.[72] Más interesado en el microscopio y en la mesa de disección que en la observación y en el tratamiento de los trastornos mentales, la orientación científica de Flechsig se inscribía de lleno en la corriente organicista que tanto auge alcanzó a partir de 1880 en las cátedras universitarias alemanas.[73] Persuadidos muchos de estos investigadores y profesores de la incurabilidad de las enfermedades mentales, su interés por la clínica y la terapéutica dejaba mucho que desear.[74] Así, mientras Paul Schreber se abismaba en el período más esquizofrénico de su psicosis sin otras ayudas que los narcóticos y algunas palabras piadosas, su médico Paul Flechsig preparaba el discurso del Rectorado de la Universidad de Leipzig.[75] Convertido con el paso de los años en su más célebre contribución a la neurobiología, *Gehirn und Seele* (*Cerebro y alma*) es un intento de desentrañar la implicación del cerebro en las manifestaciones psíquicas y también una arenga dirigida a sus colegas para animarlos al conocimiento certero del órgano del alma (*Seelenorgan*). Flechsig desarrolla a lo largo de este texto las relaciones entre la maduración mielínica —él usa el término «médula» (*Mark*) y no «mielina», que fue introducido por Virchow— y la génesis de las manifestaciones conductuales, prosiguiendo de este modo los estudios sobre la mielogénesis,[76] los cuales había iniciado en 1872 con el descubrimiento de una banda blanca que partía de las zonas talámicas posteriores en dirección a la cara interna del lóbulo occipital. Tales eran, *grosso modo*, los intereses científicos del primer médico de Schreber; su consideración nos allanará, sin duda, el camino para explicar los términos y desarrollos delirantes orquestados a partir de la inicial «anexión de nervios» tramada contra el inocente juez.

Durante los meses que permaneció ingresado en la clínica del profesor Flechsig, Schreber recibía «regularmente» las visitas de su esposa. «Una nueva depresión nerviosa, y que marcó un período importante de mi vida, se produjo alrededor del día 15 de febrero de 1894, cuando mi mujer, que hasta ese momento pasaba varias horas por día en la clínica e incluso almorzaba conmigo, emprendió un viaje de cuatro días a Berlín, a casa de su padre, para tomarse unos días de descanso que necesitaba sobremanera» [p. 60]. Fue a partir de ese momento cuando Paul trató de evitar sus visitas, pues los cambios radicales que se produjeron en su entorno alcanzaron tan importantes dimensiones, que su mujer, como el resto de los mortales, dejó de ser quien había sido para convertirse en una «de esas formas humanas enviadas allí por milagro»,

una «imagen humana construida a la ligera». «Una noche en particular fue decisiva para mi derrumbe espiritual; durante esa sola noche tuve una número totalmente inusitado de poluciones (sin duda media docena)» [p. 60]. A partir de ese momento comenzaron las primeras manifestaciones «de choques con fuerzas sobrenaturales, y sobre todo de una conexión de nervios que el profesor Flechsig había establecido en mí, de modo que él hablaba por medio de mis nervios sin estar personalmente presente. También a partir de ese momento sentí que las intenciones del profesor Flechsig para conmigo no eran puras» [pp. 60-61].

Ése es el instante en el que arranca la edificación del gran delirio schreberiano relatado en los *Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios*; ahí se sitúa el primordio de la conexión nerviosa con Flechsig, la eclosión de las alucinaciones auditivas y el proceso *ad calendas graecas* de mudanza en mujer (*Verweiblichung*) o emasculación (*Entmannung*). En efecto, 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— Paul Schreber apostó por el trabajo de edificar un delirio explicativo y a la postre estabilizador; como se verá, a la par que éste se construía, la perplejidad enigmática inicial se atenuaba.

Comoquiera que la enfermedad no remitió en medio año, plazo que se consideraba suficiente para valorar la cronicidad, Flechsig lo consideró «incurable».[77] Por esta razón, Paul Schreber fue trasladado el 29 de junio de 1894 al manicomio de Sonnenstein, pasando en el ínterin una breve estancia en la clínica del Lindenhof, sita en Coswig. Como él mismo indicó, Schreber acogió con manifiesta satisfacción la salida de la clínica del profesor Flechsig.[78] Ocho años pasó Paul en la Casa de Salud Real de Sonnenstein. Situada en Pirna, muy cerca de Dresde, la antigua fortaleza de Sonnenstein había albergado en sus primeros años a criminales y locos furiosos; poco después se destinó, durante un breve período de tiempo, a enfermos mentales incurables, y posteriormente se reconvirtió en un centro especializado para pacientes agudos. Alabado sin excepción por sus novedosas iniciativas terapéuticas y orgullo sanitario del estado de Sajonia,[79] el manicomio de Sonnenstein había abierto sus puertas en 1811. Su primer director, Ernst Pienitz, había conseguido infundir en la institución un aire humanitario y liberal, adquirido quizás en su período de formación con Pinel, Esquirol y J. P. Frank. Antes que un centro de reclusión, el Sonnenstein estaba orientado esencialmente a tareas

terapéuticas; entre sus instalaciones contaba, amén de las salas de duchas e hidroterapia, con una sala de billar, jardines, una habitación con tres pianos para interpretar y escuchar música y una pequeña biblioteca.

Durante los años que permaneció Schreber ingresado, la Casa de Salud Real de Sonnenstein estuvo dirigida por Guido Weber (1837-1914), psiquiatra y experto forense de los Tribunales de la pequeña Sajonia. Conforme a sus funciones, el Dr. Weber informaba periódicamente, a petición del Ministerio de Justicia, del estado y de las capacidades mentales y laborales de su paciente. El primer informe de Weber, fechado el 21 de noviembre de 1894, enfatiza sobremanera el estado alucinatorio y delirante de su paciente en el momento de su ingreso: se consideraba muerto y en estado de putrefacción; se figuraba que su cuerpo era objeto de toda suerte de abominables manipulaciones que lo habían transformado en mujer; pasaba las horas completamente inmóvil, en estado de estupor, perplejo y petrificado; progresivamente, el delirio fue adquiriendo un carácter místico y religioso (estaba en continua relación con Dios, oía «música celestial» [*heilige Musik*], tenía «visiones milagrosas» [*Wundererscheinungen*]). Al principio de su estancia en Sonnenstein, Schreber permanecía inaccesible, rechazador y encerrado en sí mismo; también se negaba a alimentarse. Más tarde fue saliendo de su ensimismamiento y comenzó a relatar algunos aspectos de su sistema delirante «verdaderamente fantástico»: albergaba la convicción de que algunas personas a las que conoció en el pasado estaban allí, en el asilo; estaba convencido de que el mundo había sufrido una completa transformación; exigía que se restaurase la «paz de Dios» (*Gottesfreide*), etc. Todos los fenómenos descritos, concluye Weber, se engloban dentro del *hallucinatorischen Wahnsinn*.[80]

A diferencia de Flechsig, Weber consideraba que en ese momento el pronóstico «de esta forma de enfermedad, no obstante, es dudoso, [...] pero sobre todo mientras que las ideas delirantes (*Wahnideen*) no se fijen todavía y se elaboren en un sistema cerrado, uno se puede agarrar a la esperanza de que el proceso de la enfermedad pueda tomar una solución favorable, pero en todo caso no puede afirmarse en el momento presente que la reincorporación a sus plenas funciones esté lisa y llanamente (*schlechthin*) excluida en el caso del Señor Presidente de Cámara Dr. Schreber».[81] Por su parte, Paul Schreber resumió este primer período calamitoso en su nuevo manicomio con las siguientes palabras: «Durante el primer año de mi internación en Sonnenstein, los milagros eran de

un carácter tan inquietante que constantemente estaba preocupado por mi vida, por mi salud o por mi razón» [p. 155].[82]

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, accedió a la reconciliación (*Versöhnung*)[83] con ese destino sacrificial que su Otro divino le exigía para saciar su sed de goce. Este cambio de posición, esa aceptación de cuanto «el destino me otorgase», como veremos, le conduciría ulteriormente a la estabilización. 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. Y fue de este modo como pudo taxativamente afirmar que el mes de noviembre de 1895 «marca una alternativa capital en la historia de mi vida; [...]» [p. 179]. Sin poner ya impedimentos, todo el proceso se encaminaba hacia la feminización, ahora aceptada. No hay más solución que «hacerse a la idea de ser transformado en mujer» [p. 180][84] con vistas a ser fecundado por los rayos divinos y procrear una nueva raza. Esta salida paulatina de Paul Schreber del período de mayor estupor y más característicamente esquizofrénico, inmediato al desencadenamiento de su segunda gran crisis psicótica, coincide en el tiempo y es lógicamente consustancial al trabajo de formación del delirio (*Wahnbildungsarbeit*), materializado esencialmente en la planificación y posterior redacción de sus *Denkwürdigkeiten*. Las notas y los pequeños apuntes que plasmaban sus vivencias y glosaban su certeza persecutoria se convirtieron, a partir de 1897, en un detallado diario de su extraordinaria experiencia; el grueso de ese material sirvió de ingrediente básico para afrontar, en 1900, la redacción definitiva, añadiendo y modificando a lo largo del propio proceso de escritura algunas conquistas delirantes que le permitirían a la postre una estabilización temporal de su psicosis.[85]

A diferencia de otros géneros literarios, las memorias permiten a su autor y protagonista trenzar un relato en primera persona de determinadas vivencias de un período concreto de su existencia, admitiendo asimismo a lo largo del autorretrato la interpolación de disquisiciones que no supongan digresión; de igual modo, las memorias admiten que su narrador imponga su perspectiva y su selección de los hechos relatados. Pero en este caso no se trata de cualquier tipo de hechos: sólo interesan aquéllos que son «memorables» o «dignos de ser recordados» (*Denkwürdigkeiten*). Ése fue el género elegido por Paul Schreber para dar testimonio de sus extraordinarias experiencias xenopáticas, de sus revelaciones religiosas, de su mantenida titanomaquia con el

mismísimo Dios y de sus reacciones contra el destino impuesto por el que debía transformarse en mujer en un futuro siempre lejano. Más de quinientas páginas, en la edición original, precisó el magistrado Schreber para plasmar todos esos avatares y jerarquizar, ordenar y glosar la totalidad de su delirio.

En su conjunto, los *Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios*[86] se componen del relato de los hechos memorables —expuestos a lo largo de veintidós capítulos [pp. 21-289]—,[87] el prefacio [pp. 11-13], la «Carta abierta al profesor Flechsig» [pp. 16-19] y dos nutridas series de «Complementos» [pp. 290-470]. El orden lógico que Paul Schreber estableció en su libro no se corresponde con la cronología en la que fueron redactadas las distintas partes.[88] Es menester asimismo señalar algunas variaciones que se produjeron entre 1895 y 1903, período que abarca la planificación, redacción y publicación de las mencionadas *Denkwürdigkeiten*. En primer lugar, a medida que Schreber edificaba el delirio, conseguía modular la relación con su Otro malvado, lo que rebajó mucho el horror de las manifestaciones xenopáticas de las que en todo momento era objeto. En segundo lugar, tanto los lectores potenciales como los objetivos de la publicación se renovaron notoriamente a lo largo de esos años: en un principio parece que animó a Paul Schreber el anhelo de convencer a los médicos y a sus colegas de que su estado era del todo compatible con el desempeño de sus responsabilidades profesionales y personales; una vez conseguido el sobreseimiento del proceso por el que había sido internado,[89] su mujer, su familia y el público en general fueron los destinatarios virtuales de sus escritos.

EL DELIRIO

El sistema delirante edificado por el Dr. Schreber resulta, en las primeras aproximaciones, ciertamente complejo. Su extremado rigor y su inigualable profundidad han sido unánimemente ensalzados por todos sus comentaristas.[90] Conscientes de esta dificultad, nos proponemos ofrecer, en primer lugar, una exposición sucinta de los grandes temas del delirio tal como aparecen plasmados y organizados a lo largo de las *Denkwürdigkeiten*; después intentaremos averiguar y valorar la certeza inaugural de la que parten, se despliegan y articulan los distintos contenidos; por último, trataremos de transmitir los pasos lógicos y cronológicos de su construcción.

Dos son, a primera vista, los temas esenciales del delirio de Paul Schreber: «El Sr. Schreber está bajo el dominio de un delirio. Se considera llamado a redimir el mundo, y llamado a devolverle la beatitud perdida. No obstante, no podrá hacerlo a menos que se transforme de hombre en mujer. Sobre este tema de la metamorfosis sexual, el enfermo delira y se figura que es el objeto continuo de milagros divinos; sostiene que oye hablar a los pájaros y al viento, cosas que confirman su creencia en los milagros».[91] Tal es la reducción temática propuesta por Guido Weber, su psiquiatra en Sonnenstein: un delirio megalomaníaco de redención y un delirio de transformación en mujer; por este orden.

El sistema delirante, en su conjunto, fue expuesto por Weber en los siguientes términos, que citamos íntegramente pese a su extensión: «El sistema delirante del paciente culmina con el hecho de redimir al mundo y devolver a la humanidad la beatitud perdida. Según él, esta misión le había sido confiada por una revelación divina que le habrían hecho directamente, a la manera de las que inspiraban a los profetas. Los nervios que, como los suyos, fueron sometidos durante tanto tiempo a un influjo excesivo de excitaciones, tendrían en particular la virtud de atraer a Dios hacia sí, pero son cosas que, o bien no pueden expresarse con acentos humanos, o bien sólo podrían serlo con la dificultad más extrema, pues esas cosas permanecen más allá de toda experiencia humana y sólo le han sido reveladas a él. Lo esencial de su misión redentora, ante todo y en primerísimo lugar, residía en el *cumplimiento de su transformación en mujer*. No es que él *desee* esta transformación en mujer, más bien se trata de una «necesidad» inscripta en el orden mismo del Universo y de la cual simplemente no puede sustraerse. Él preferiría desde todo punto de vista seguir manteniendo la posición de hombre lleno de honores que le tocó en su existencia; pero para él como para el resto de la humanidad, el Más Allá sólo podrá ser reconquistado a ese precio, al precio de esa transformación en mujer que lo espera, que se producirá por vía de milagro divino y que tardará tal vez años o decenas de años en producirse. Schreber es el objeto exclusivo de los milagros divinos, está firmemente convencido de ello, lo cual lo convierte en el hombre más singular que jamás haya vivido sobre la Tierra; desde hace años, a toda hora y a cada minuto, experimenta esos milagros en su cuerpo, los considera reales y las voces que le hablan se lo confirman. Durante los primeros años de su enfermedad se le habrían destruido algunos órganos de su cuerpo, lo que hubiera provocado en cualquier otro hombre una muerte rápida; habría vivido durante un buen tiempo sin estómago, sin intestinos, prácticamente sin pulmones, con un esófago hecho jirones, sin vejiga, con las

costillas partidas y tragando a veces una parte de su faringe, etc.; pero los milagros divinos (los "rayos"), siempre habrían regenerado lo que había sido destruido, de tal modo que la muerte, mientras siga siendo hombre, no tendría efectos sobre él. Actualmente, según él, estos epifenómenos de carácter amenazador han desaparecido desde hace tiempo; en cambio, ocupa el primer plano su "feminización", proceso evolutivo que se producirá en decenas de años si no en siglos, y que seguramente ninguno de nuestros contemporáneos podrá ver cumplido. Tiene la sensación muy precisa de que muchos "nervios femeninos" han penetrado en masa en su cuerpo, el cual está fecundado por Dios para engendrar un nuevo linaje de seres humanos. Sólo entonces podrá morir de muerte natural, y habrá recuperado para él y para todos los humanos la beatitud perdida. Mientras tanto, el Sol le habla, y no solamente el Sol sino los árboles y los pájaros que son en cierta medida los vestigios de antiguas almas humanas "suscitadas aquí abajo por medio de milagros". Sí, los pájaros le hablan con acentos humanos y por todas partes a su alrededor se producen prodigios».[92]

Bien es cierto que el delirio megalomaníaco de redención y el delirio de transformación en mujer son las dos ramas temáticas que orquestan el conjunto de la formación delirante. Sin embargo, la lectura atenta de las *Denkwürdigkeiten* nos induce a considerar provisionalmente —siguiendo la interpretación de Freud— que el delirio primario no es otro que la transformación en mujer y que sólo más tarde se añadió a éste el delirio de redención universal: «Nos enteramos de que la mudanza en mujer (emasculación) fue el delirio primario, juzgado al comienzo como un acto de grave daño y de persecución, y que sólo secundariamente entró en relación con el papel de redentor. [...]: un delirio de persecución sexual se transformó en el paciente, con posterioridad, en el delirio religioso de grandeza. E inicialmente hacía el papel de perseguidor el médico que lo trataba, profesor Flechsig; más tarde Dios mismo ocupó ese lugar».[93] Al desarrollar su análisis, Freud partió del interrogante sobre la lógica implícita en el hecho de que la recomposición delirante del mundo tuviera como requisito un cambio de la identidad sexual. La respuesta a esta pregunta abrió un campo nuevo a la investigación que habría de culminar con la tesis que propone la causalidad libidinal en el desorden psicótico.

En efecto, el delirio de mudanza en mujer (eviración o emasculación) queda así ensartado a aquella representación hipnopómpica —la revelación del fantasma de ser la mujer de Dios— que asaltó a Paul Schreber en los momentos de incubación de la psicosis, antes incluso que afrontara la sobrecarga de trabajo tras su nombramiento en

Dresde.[94] Más aún, ese fantasma determinó todo cuanto ulteriormente elaboró en la creación delirante, hasta el punto de que el delirio no es otra cosa que una traslación al plano real de lo que en origen había sido el fantasma rudimentario del sujeto; a este respecto, escribe J.-A. Miller: «el fantasma invadiendo todo el campo de la significación para el sujeto, convirtiendo toda la vida del sujeto en una significación única. Así, aparece una perspectiva de realización del fantasma, éste deviene real y, progresivamente, Schreber cree que su propio cuerpo puede sufrir una transformación real en mujer».[95]

Es asimismo posible articular —ésa es nuestra opinión— el conjunto de las manifestaciones psicóticas de cariz hipocondríaco y melancólico, las que precedieron a la gestación definitiva del delirio, con la irrupción en estado de duermevela de ese fantasma, tan contrario a su moral personal, por el que sería muy hermoso ser una mujer que sucumbe al acoplamiento sexual; en otros términos, el Otro le exige su transformación en mujer para satisfacer así su goce inveterado. Tal es su axioma o certeza delirante, la matriz de su goce y de su calvario.[96] Una vez que dicho fantasma irrumpió en la conciencia, la existencia de Paul Schreber no volvería a ser jamás la que había sido anteriormente; su identidad se desgarró por completo y su pequeño mundo se transformó en un universo milagroso cuyo carácter amenazador se revela en cada uno de los fenómenos narrados en las *Denkwürdigkeiten*. Esa identidad desgarrada o esquizofrénica sólo lograría su reunificación mediante el delirio, pues en éste se sitúa como único y exclusivo objeto del goce divino. Ahí radica el polo paranoico de la psicosis de Schreber, precisamente en el hecho de identificar el goce en ese Otro y posicionarse como su objeto de goce, tal como Lacan resumió la paranoia.[97] En ese sentido, como tantos otros psicóticos, Schreber encontró una salida al período esquizofrénico mediante una paranoidización.

Siguiendo el relato de Paul Schreber, la confusión introducida por G. Weber respecto a la jerarquía de su entramado delirante se disipa completamente. Fue en noviembre de 1895 cuando nuestro delirante estableció el nexo entre la mudanza en mujer y el delirio de redención plasmado en la generación de una nueva raza: «Pues bien, indudablemente ya había tomado conciencia de que, lo quisiera o no, la eviración era un imperativo absoluto del orden del Universo y, *procurando un compromiso razonable*, no me quedaba otra solución que hacerme a la idea de ser transformado en mujer. La consecuencia de la eviración debía ser nada menos que mi fecundación por los rayos

divinos para generar una nueva raza de hombres» [p. 180]. Así pues, casi dos años después del desencadenamiento de su gran psicosis, Paul Schreber había logrado variar su frontal oposición inicial a ser mudado en mujer y se había reconciliado con ese imperativo por ser acorde al orden del Universo. Surge en este punto el delirio de redención, cuya quintaesencia última estriba —no hay que olvidarlo— en la problemática de la filiación; volveremos más adelante a ocuparnos de esta trascendental cuestión.

Otra prueba más para defender que la arquitectura de esta psicosis tiene sus cimientos en la idea delirante de la mudanza en mujer (*Verwandlung in ein Weib*) puede apreciarse con claridad si seguimos los pasos de nuestro genial paranoico algunos años después. En efecto, Paul Schreber había conseguido salir del asilo de Sonnenstein ciertamente mejorado, excepto, eso sí, en lo que concernía al reducto último de su certeza: «*Lo único* —escribió Schreber el 23 de julio de 1901— que puede pasar ante los ojos del prójimo como una extravagancia es esa circunstancia que el Sr. experto tampoco deja de recordar: que a veces me han sorprendido ante el espejo o en alguna otra parte, con la parte superior del cuerpo semidesnuda, cubierto de atuendos femeninos (pulseras, collares de fantasía, etc.). Eso, por otra parte, no ocurre más que cuando *me hallo solo*, y en la medida que puedo evitarlo, nunca en presencia de nadie. [...] En cuanto al comportamiento en sí, por tonto o por despreciable que pueda parecer, tengo muy buenas e importantes razones para no abandonarlo. Pues, en los momentos cuando mi espíritu necesita paz [...], eso permite moderar de manera apreciable los accesos de alaridos tan molestos para mí mismo y para los que me rodean» [p. 396].

La idea delirante primigenia de transformación en mujer y las ideas delirantes sobreañadidas de redención mantienen entre sí al menos dos nexos genéricos. El primero, certeramente señalado por Freud, perfila una posición común de Schreber respecto a ambas, en la medida en que él se sitúa como objeto de goce del Otro divino; en otros términos: tanto las ideas delirantes de la mudanza en mujer como el vínculo privilegiado con Dios «están enlazadas en su sistema mediante la actitud femenina frente a Dios».[98] El segundo, que Freud desatendió debido a su obcecación con la supuesta causalidad homosexual, sitúa desde el principio a Schreber frente a la problemática de la filiación y la paternidad, tratadas delirantemente en su metamorfosis sexual destinada a procrear «una nueva raza hecha de hombres de espíritu Schreber» [p. 124], y, en caso de no producirse la fecundación, su propio nombre se inmortalizaría.[99]

En este sentido que acabamos de apuntar, y separándonos en este punto de la

interpretación freudiana, podría defenderse que únicamente existe un contenido delirante, cuyas dos ramas temáticas (mudanza en mujer y generación de una nueva raza) no son otra cosa que la expresión manifiesta de un cambio en su posición subjetiva: en primer lugar, el rechazo inicial a la transformación en mujer y, en segundo lugar, su aceptación mediante la idea delirante de ser la mujer con la que Dios procreará una nueva raza. Así pues, todo el gran edificio delirante schreberiano, asentado sobre la certeza inaugural —esa revelación hipnopómpica del fantasma— según la cual se situaba como objeto femenino del goce del Otro, habría de adquirir sus coloraciones temáticas en función de las dos posiciones que Schreber fue adoptando respecto de esa primera matriz de su psicosis, a la que llamamos el axioma de la certeza.[100]

UN DIOS SEDIENTO DE GOCE

Las relaciones de Paul Schreber y su Dios están sintetizadas especialmente en los dos primeros capítulos de las *Denkwürdigkeiten*; en ellos se expone, además, el conjunto de su sistema teológico-psicológico mediante los conceptos de «nervios», «beatitud» o «bienaventuranza», «jerarquía divina», «propiedades de Dios» y «orden del Universo».[101] El alma del hombre —comienza advirtiendo Schreber— está contenida en los nervios, de cuya excitabilidad depende la vida espiritual de los hombres. Dios es sólo nervio, infinito y eterno; sus nervios pueden transformarse en todas y cada una de las cosas del mundo, y en esas funciones se les denomina «rayos». Ese Dios, más que omnipotente y bienintencionado, es débil e incapaz de aprender de la experiencia,[102] a veces incluso ridículo;[103] también sucumbe a la atracción de los nervios de algunos humanos muy dotados,[104] pero sobre todo —como ya se ha repetido— es un Dios sediento de goce. Un vínculo muy íntimo une a Dios con el cielo estrellado y el Sol.

Desde la creación del Universo y antes de producirse su cataclismo, Dios solía permanecer al margen del gobierno del mundo, pues el hecho de establecer cualquier «conexión nerviosa» con algún viviente le suponía una amenaza para su propia existencia. De acuerdo con el orden del Universo,[105] Dios se mantenía a una distancia inconmensurable y limitaba su trato básicamente a los cadáveres.[106] Cuando un ser humano fallecía, su alma sufría un proceso de purificación en cuyo transcurso aprendía la lengua divina; esa lengua, a la que las «voces» llamaban «lengua fundamental»

(*Grundsprache*), consistía en un alemán algo anticuado, aunque lleno de expresividad, que se caracterizaba por una gran riqueza de eufemismos.[107] Las almas purificadas de toda contaminación terrena accedían a la bienaventuranza o beatitud, forma de goce ininterrumpido vinculado a la contemplación de Dios;[108] dichas almas perdían paulatinamente su autoconciencia y se mezclaban en las antecámaras o «vestíbulos del cielo». Por encima de estos vestíbulos planeaba Dios mismo, «que para distinguirse de esos "Reinos Divinos anteriores" era designado con el nombre de "Reinos Divinos posteriores". Los Reinos Divinos posteriores estaban sometidos (y lo siguen estando) a una bipartición singular, a consecuencia de la cual podría distinguirse un Dios inferior (Arimán) y un Dios superior (Ormuzd)» [pp. 36-37]. Así las cosas, el conjunto del orden del Universo se manifestaba como una «construcción prodigiosa» (*wundervoller Aufbau*).

Sin embargo, una crisis de consecuencias inusitadas sacudió los pilares de tan maravillosa y homeostática construcción. Como no podía ser de otro modo, el inocente Schreber se vio inmerso inevitablemente en el cataclismo: «Ahora bien, en esta "construcción prodigiosa" se produjo recientemente una falla que presenta una relación muy estrecha con mi destino personal. [...] Para comenzar debo añadir a propósito de la génesis de toda la historia, que sus primitivos orígenes se remontan muy atrás, tal vez al siglo XVIII. El partido que se jugó en torno a los nombres de Flechsig y de Schreber (probablemente estos apellidos no especificaran a ningún individuo particular de esas familias) se remonta pues a hace más de un siglo; el concepto de *asesinato del alma* (*Seelenmord*) iba a desempeñar en él un papel primordial» [p. 39].[109]

Aunque Schreber no elucida con precisión el origen del asesinato del alma ni localiza tampoco a su instigador original,[110] el papel de los Flechsig —sobre todo el del neurólogo Dr. Flechsig— se le muestra incuestionable; tras Paul Flechsig, por supuesto, se insinúa la mano negra del propio Dios: «Que Dios haya deseado establecer precisamente una anexión nerviosa en una persona que ejercía la neurología, es fácil de comprender, porque primeramente se necesitaba a una persona de espíritu elevado [...]; y luego, porque Dios se interesa particularmente en todo lo que en el hombre se relaciona con la vida de los nervios, pues sabe por instinto que la recrudescencia de la *nerviosidad* entre los hombres puede constituir una amenaza para los Reinos Divinos» [p. 42].

Una conjura se urdió entre Flechsig y ciertas entidades procedentes de los Reinos Divinos anteriores contra el linaje de los Schreber, «sin duda para evitar a este linaje toda

posteridad, o por lo menos negarle la elección de ciertas profesiones que, como la de especialista en enfermedades de los nervios, habrían podido conducir a relaciones más íntimas con Dios. [...] Los conjurados [...] lograron calmar sus eventuales escrúpulos, y de este modo establecieron conexiones nerviosas en miembros de la familia Schreber en momentos en que su espíritu estaba distraído, [...]. Y fue así que desde el comienzo no se pudo reprimir con firmeza este tipo de intentos inspirados por la ambición y el deseo de dominación, intentos cuyas consecuencias muy bien pudieron conducir al asesinato del alma —suponiendo que haya habido algo de este tipo—; o en otros términos, conducir a que un alma sea entregada a otra alma, la cual se atribuiría así una vida terrestre más larga, se apropiaría de los esfuerzos intelectuales de la víctima e incluso se aseguraría una especie de inmortalidad o cualquier otra ventaja que uno pudiera imaginar» [pp. 43-44].

La transferencia inicial entre Paul Schreber y Paul Flechsig determinó que el neurólogo ocupara originariamente el papel de perseguidor, siendo más tarde sustituido por Dios, aunque ocasionalmente se alternaron. En su conjunto, la gran psicosis schreberiana puede entenderse como una «lucha del hombre Schreber contra Dios, en la cual sale triunfador el débil humano porque tiene de su parte el orden del Universo».[111] Toda la política de Dios, desde el momento infausto de la «anexión nerviosa» que despertó su ansia de goce, estuvo destinada a la destrucción de la integridad física e intelectual de Schreber. Los nervios de Dios frecuentaban el cuerpo de Schreber, pues ahí creían encontrar «un sustituto absoluto o aproximado de la beatitud celeste que habían perdido, y que probablemente había consistido en un goce voluptuoso del mismo tipo» [p. 182].

Ahora bien, mientras Schreber opuso una resistencia frontal al imperativo de la transformación en mujer, su cuerpo y su pensamiento fueron pasto de toda suerte de malévolos «milagros». Como consecuencia del trabajo delirante, la inicial captura en las fauces del Otro gozador se moduló en favor del propio Schreber, «produciéndose un trastorno radical en la situación del cielo» [p. 182]. Schreber inventó en su delirio una divergencia radical entre Dios y el «orden del Universo».[112] Amparándose en la legalidad última representada por el «orden del Universo», por encima incluso de su Dios caprichoso, encontró nuestro paranoico una posibilidad de maniobrar respecto a la posesión a la que éste le sometía muy a su pesar.

Ésa fue su gran conquista delirante, pues en adelante dejó de resistirse a la mudanza en mujer. Tal es lo que puede leerse en el último capítulo: «In der That erachte ich es

auch jetzt noch für unzweifelhaft, daß eine solche Lösung an sich als die dem innersten Wesen der Weltordnung am meisten entsprechende anzusehen sein würde»; es decir: «De hecho, hasta hoy día considero indudable que la solución [de una eviración real: *wirklichen Entmannung*] me parece la más acorde con la esencia íntima del orden del Universo [*Weltordnung*]». Después de un tiempo de comprobar cómo menguaba la política destructiva de Dios, Schreber pudo cantar su triunfo: «Ha sido para mí una victoria, que por cierto no estuvo exenta de amargos sufrimientos y privaciones, el hecho de haber salido indemne de este combate desigual entre un hombre débil y solo, y el propio Dios, lo cual demuestra que el orden del Universo está de mi parte» [p. 77].[113]

Esta variación tan sustancial en la evolución del cuadro clínico no pasó desapercibida a la atenta lectura de Freud, quien, en un nuevo gesto de inusitada perspicacia, sentó las bases de una nueva concepción del delirio al definirlo esencialmente por su función,[114] hecho que habría de determinar una oposición irresoluble entre quienes secundan esa tesis y los partidarios del delirio como mero signo de la enfermedad psicótica; tal caracterización ha supuesto una de las más notorias divergencias de Freud y el psicoanálisis con la clínica psiquiátrica clásica, más acusadas aún respecto a la psiquiatría actual: «Y el paranoico lo reconstruye (el mundo), claro que más espléndidamente, pero al menos de tal suerte que pueda volver a vivir dentro de él. *Lo edifica de nuevo mediante el trabajo de su delirio. Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento [ist in Wirklichkeit der Heilungsversuch], la reconstrucción*».[115]

Al tiempo que se consolidaba esta mejoría sobrevenida a consecuencia del trabajo delirante, Paul Schreber comenzó a pergeñar las líneas expositivas del proceso que habría de sacarlo finalmente del manicomio. Se valió para ello de las únicas armas de las que disponía, aquéllas que en otro tiempo le había llenado de honores profesionales. Entregado a tan noble causa, preparó concienzuda y personalmente los medios de apelación legal para el sobreseimiento de su internamiento. A resultas de un arduo y complejo proceso, el 14 de julio de 1902 la Corte de apelación Real de Dresde resolvió a favor del demandante, a pesar de la opinión contraria manifestada en los peritajes por su psiquiatra y experto forense de los Tribunales Dr. Guido Weber. De haber primado las consideraciones de éste, de haberse tenido en cuenta únicamente el diagnóstico de paranoia crónica y las aciagas suposiciones relativas al pronóstico,[116] Paul Schreber

jamás hubiera conseguido abandonar, como hizo, el manicomio de Sonnenstein en diciembre de 1902.

Según el peritaje de Weber, la incurabilidad de la paranoia se fundamentaba en el hecho de que las ideas delirantes ya se habían organizado en un sistema estable y fijo; era en ese momento cuando la paranoia dejaba de ser aguda, es decir, sujeta a variación, y se constituía en una patología crónica. Parece evidente que la locura de Schreber contradice punto por punto esta consideración en la medida que, sin dejar jamás de delirar, el Dr. Schreber consiguió una reconciliación con su perseguidor divino. Pocos años después, Weber se lamentó de que su distinguido paciente hubiese recobrado la libertad, lamentación que hizo extensible a la publicación de su libro. Avalan nuestras palabras unas inequívocas declaraciones pronunciadas por este psiquiatra en el curso de la reunión del 23 de abril de 1903 de la *Forensisch-psychiatrische Vereiningung* de Dresde. El Dr. Guido Weber evocó en esa ocasión el caso Schreber —al que refiere con el sudónimo «Señor N.»— y volvió a desgranar sus antiguos argumentos de incurabilidad. Recordó además que los parientes habían declarado en el juicio haber percibido cierta mejorías en las últimas visitas al manicomio; mas eran tales los «deseos» de N. por recobrar la libertad y la capacidad legal, que ocultó «hasta cierto punto sus ideas enfermizas hacia el exterior», lo que contribuyó de forma determinante al levantamiento de la interdicción. Sin embargo, Weber advirtió que la paranoia crónica de N. (Schreber) «no se había desarrollado de manera típica», es decir, «a causa de una predisposición hereditaria», sino más bien a consecuencia de «un estado agudo». Weber trató de convencer a los jueces y psiquiatras participantes —entre los que se hallaba el Dr. Ganser— de que aunque sea cierto que los paranoicos «puedan resolver a menudo sus asuntos, llegará el día en el que se produzcan conflictos en la vida diaria. Tampoco puede excluirse que algún día los trastornos perceptivos de ese tipo de enfermos puedan ejercer una influencia nefasta. En su opinión, tampoco en este caso puede excluirse esta posibilidad».[117]

Pese a las dificultades que acaban de apuntarse, cumplidos los sesenta años y jubilado de la magistratura, este hombre solitario, sin amigos,[118] con su carrera profesional arruinada y temido incluso por su propia mujer, dejó tras de sí los corredores, los patios y la celda de aislamiento en la que aullaba e intentaba dormir cada noche.

Tan pronto abandonó Sonnenstein, Schreber se instaló provisionalmente en el domicilio de su madre, en Leipzig. Poco después se trasladó a Dresde junto a Sabine y

Fridoline, una jovencita de trece años que entretanto su esposa había recogido del orfanato y que más tarde adoptarían.[119] Sabine se reencontraba nuevamente con su marido, un hombre demasiado distinto al que había conocido en su juventud.[120] Excepto Zvi Lothane, los investigadores han desatendido por lo general la evolución de las relaciones del matrimonio Schreber. A decir de este autor, el *happy marriage* comenzó a evidenciar sus primeras dificultades a mediados de febrero de 1894, tras la visita que Sabine realizó a su padre en Berlín, quien no veía con muy buenos ojos al loco de su yerno. Tres meses después de esa visita, Schreber se negó a firmar los recibos para que su esposa cobrara sus honorarios de juez. Ella se quejó al jefe de su marido, el presidente del *Oberlandesgericht Dresden* Carl Edmund Werner, quien le aconsejó que podía demandarlo judicialmente e iniciar los trámites para su incapacitación; pero Sabine no emprendió ningún proceso, pese a contar con el apoyo incondicional de su padre, el juez y Flechsig, quien le prohibió que frecuentase tanto a su marido en el manicomio. Aun dándose estas desavenencias, Paul Schreber jamás solicitó el divorcio, lo que le hubiera permitido —sugiere Lothane— unirse a una mujer más joven y sana[121] que le hubiera posibilitado tener hijos.[122]

LA ÚLTIMA CRISIS

En Dresde, el matrimonio Schreber se hizo construir una casa en la que juntos vivirían hasta finales de 1907, año en el que se precipitó la última crisis.[123] A lo largo de estos años, Paul no volvió a hablar más de sus delirios aunque las voces jamás le abandonaron; tampoco desapareció el continuo zumbido en la parte posterior de la cabeza, «como si se lo manejara con un hilo».[124] «El último de los ataques —escribió Baumeyer en 1956— se produjo luego de la muerte de su madre y de la grave enfermedad de su esposa. Por entonces era ya un hombre de sesenta y cinco años que había perdido su posición y que no tenía herederos».[125] Estos dos acontecimientos, la muerte de la madre —sobrevenida el 14 de mayo de 1907 cuando contaba noventa y dos años— y el ataque de apoplejía de Sabine —justo seis meses después—, se han barajado repetidamente como motivos del desencadenamiento de la última crisis que le llevaría al asilo de Dösen, muy próximo a Leipzig, el 27 de noviembre de 1907.

Al primer evento luctuoso respondió Schreber con un insomnio «pasajero». Sabemos

también que después del ataque apopléjico de su esposa pasó algunas noches en vela, se mostró muy intranquilo, temió una recaída, volvió a escuchar vigorosamente los «ruidos» y empeoró rápidamente: «durante los primeros días de la enfermedad también tenía mayor sensibilidad a los ruidos, estuvo más melancólico, pero se recuperó completamente de esta depresión».[126] Paul Schreber pidió de nuevo ser ingresado. En cambio, a diferencia de sus dos crisis psicóticas anteriores, no quiso volver a ser tratado por Paul Flechsig. Este dato, del que Freud no tuvo noticia, puede interpretarse en favor de nuestros argumentos contrarios al énfasis atribuido al papel causal de la homosexualidad en la paranoia. De ser eso cierto, Schreber hubiera preferido reunirse otra vez con su neurólogo, es decir, con «la persona antes amada» que el delirio había transformado en perseguidor.[127]

Baumeyer no pasó por alto un hecho que, a la luz de los nuevos descubrimientos historiográficos, habría de revelarse determinante. Después de la muerte de su madre, Paul se sumió hasta el agotamiento en abundantes cálculos relativos a los muchos legados familiares. Gracias a la pericia investigadora de Isräels y Devresse, contamos actualmente con la documentación necesaria para valorar la coyuntura y el factor determinante del desencadenamiento de la última crisis. Pauline Schreber, en un testamento poco claro, legó tras su muerte quinientos marcos a cada una de las Asociaciones Schreber. Pero se dio el caso que en su testamento únicamente se mencionaba a las Sociedades pertenecientes a la Federación de Asociaciones Schreber de Leipzig, dirigida en aquellos días por Siegel. En consecuencia, las otras sociedades que habían sido excluidas impugnaron la declaración de herederos. Siegel contraatacó con vehemencia en las páginas del *Freund der Schrebervereine* contra las Asociaciones usurpadoras, negando a sus adversarios el uso del nombre Schreber por considerar que no seguían el ideal educativo representado por dicho significante: procurar a las personas la salud, el bienestar y la felicidad mediante el cultivo del cuerpo y del espíritu. Todo el empeño de Siegel radicó en establecer de manera tajante una separación entre «las asociaciones auténticas y las que usurpan ese nombre».[128] No satisfecho con su campaña de desprestigio, Siegel llevó esta disputa fratricida por la legitimidad del uso del nombre de su mentor tan lejos como le fue posible, apelando incluso a la propia familia Schreber para que legitimara su posición.[129] De igual modo, también las Asociaciones excluidas del legado protestaron ante los herederos.

En esta rancia y odiosa atmósfera emanada de un litigio en el que se ventilaba la

legitimidad del uso del nombre de su padre, Paul Schreber se vio conminado a intervenir. Él era el único varón de los hermanos; más aún, era doctor en Derecho y juez jubilado. El 1.º de noviembre de 1907, es decir, veintiséis días antes de su ingreso definitivo, Schreber se sintió apremiado a redactar una declaración sobre las disputas de las Asociaciones Schreber. En ella matiza y desmiente ciertas noticias aparecidas en la prensa local, en las cuales se recogían algunas informaciones «inexactas» sobre la posición de los herederos respecto a las cuantías económicas que debían percibir, según disponía el legado, las distintas Asociaciones. Tras desmentir su partidismo por algunas de ellas, Schreber concluye su *Erklärung* así: «Ich habe daher gegen die durchaus einseitige Färbung, welche meinen Erklärungen gegeben worden ist, Widerspruch zu erheben», es decir: «Por ello, yo elevo mi protesta contra la interpretación unilateral que se ha dado a mis declaraciones».[130]

La clínica de Dösen albergó a Paul Schreber los últimos tres años y medio de su vida. Su hija adoptiva y su esposa le visitaron apenas en un par de ocasiones. Él se negaba a que le vieran en el estado tan deplorable en el que se encontraba. La historia clínica recoge las siguientes informaciones: en el momento del ingreso, «sorprende sobremanera su extremada inaccesibilidad [...], está tendido en la cama y recogido sobre sí mismo [...]»; cuatro días después murmura algo así «como "olor a cuerpo muerto, descomposición", de lo que se puede deducir que se encuentra bajo la total influencia de sus delirios»; el 20 de diciembre de ese mismo año: «Algunas noches se ensucia con orina, se unta con sus heces y relaciona esto con sensaciones desagradables en el ano. Sólo con la mayor dificultad se logra que se lave diariamente, [...]»; abril de 1908: «Ingiere muy poca comida», sostiene que «no puede hacerlo» porque no tiene estómago y no puede digerir; el 22 de julio de 1908, le dice al médico: «¿Por qué no vienen también los otros satanes? ¿Por qué solamente usted?». «No se le puede persuadir de que hable. Pronuncia sólo sus "ja-ja"»; 1.º de febrero de 1909: «Está continuamente en la cama. [...] de tanto en tanto escribe con letra apenas legible "Milagro" (después de que se le preguntó la causa de sus quejidos) o "Tumba" o "Comida no"»; abril de 1909: «Está acostado en la cama continuamente; [...] Gime incesantemente, a menudo hasta entrada la noche, su sonoro "ja-ja", y traga tanto aire que su estómago y sus intestinos están siempre completamente distendidos. Necesita purgas»; abril de 1910: «De tanto en tanto escribe algo en su cuaderno de notas; sus garabatos se asemejan sólo remotamente

a letras»;[131] 14 de abril de 1911: «Muere con síntomas de disnea e insuficiencia cardiaca».[132]

Así concluyó el calvario del juez Dr. Paul Schreber. Entre las últimas letras que garabateó puede leerse subrayado «*Unschuldig*» (inocente), el mismo término con el que había descrito su posición frente a la persecución al inicio de su delirio. Su esposa Sabine, aunque era mucho más joven, apenas le sobreviviría un año. No tuvieron hijos carnales, pero sus *Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios* siguen ocupándonos más de un siglo después de que fueron escritos.

LA PARANOIA COMO DEFENSA

Expuestos todos estos datos sobre el protagonista de este capítulo, nos adentraremos a continuación en la interpretación que Freud trenzó del delirio schreberiano; a ella seguirá una somera exposición sobre la teoría de la paranoia contenida en el ensayo sobre Schreber. Este pequeño recordatorio actualizará los desarrollos que han dado pie a una fecunda discusión en el seno del movimiento psicoanalítico, en especial respecto al papel de la homosexualidad en la etiología de la paranoia; por último, centraremos nuestras miras en establecer un nexo entre las coyunturas de los desencadenamientos de las tres crisis psicóticas de Paul Schreber.

Según nuestro parecer, cabría considerar de entrada que la elaboración teórica desarrollada por Freud a propósito de la psicosis dista mucho de ser homogénea, cosa que no debe inducir a considerarla contradictoria. Esa relativa heterogeneidad obedece a la amplísima investigación proseguida durante casi medio siglo, esto es, desde los «Manuscritos» dirigidos a W. Fliess y las propuestas psicopatológicas relativas a las neuropsicosis de defensa, hasta los comentarios últimos sobre la escisión del Yo. A lo largo de tan extenso período, siempre la paranoia tuvo para Freud un trato de favor. Naturalmente, el momento cumbre de esta elaboración es fruto del encuentro con el libro de Schreber.

Por otra parte, aunque pueda invitar a la controversia, consideramos que las propuestas presentadas paulatinamente por Freud no siempre supusieron un perfeccionamiento de las anteriores. La sin par originalidad que atesora su modelo de las neuropsicosis de defensa, mejorado con los desarrollos sobre el narcisismo y los

mecanismos patogénicos especificados en el análisis del texto schreberiano, contienen, según nuestra opinión, un mayor alcance heurístico que cuantas contribuciones habrían de elaborarse a partir de las nociones surgidas de la segunda tópica.

Es sobradamente conocida la teoría definitiva de Freud que relaciona en términos de causalidad la paranoia y la homosexualidad reprimida. Quienes hayan frecuentado los textos freudianos sobre la paranoia anteriores al «caso Schreber», habrán tenido la ocasión de apreciar que dicha teoría se origina en un período concreto, cuando la extensión del psicoanálisis pasaba por las relaciones con los psiquiatras zuriqueses Bleuler y Jung, y con sus discípulos Abraham y Ferenczi.[133] Los primeros bocetos psicopatológicos de Freud sobre la paranoia son bastante anteriores, pues se remontan a su intercambio epistolar con W. Fliess.[134] Sin ánimo de ofrecer una visión exhaustiva, recordaremos fugazmente algunas ideas vertidas en el «Manuscrito H» (25 de enero de 1895), el «Manuscrito K» (1 de enero de 1896), las «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896) y las cartas 57, 61 y 91 dirigidas a Fliess. En ninguno de esos textos Freud alude a la homosexualidad para explicar la paranoia, ni cuando trata de la causa ni cuando menciona sus características. En cambio, siguiendo su hipótesis inaugural la considera como el resultado de un proceso defensivo puesto en marcha por el sujeto: «De hecho, esto es así: la paranoia crónica en su forma clásica es un *modo patológico de la defensa*, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. Uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera, suponiendo que posea la predisposición psíquica peculiar para ello».[135]

A la hora de argumentar el modo particular de defensa paranoica, los términos a los que confía su elucidación son: «proyección», «autorreproche», «desconfianza» y «alucinaciones auditivas»; de todos ellos, sólo el primero mantendrá un lugar privilegiado en el ensayo sobre Schreber y en la teoría posterior de la paranoia. En este primer período psicopatológico,[136] Freud considera que la paranoia es una forma de defensa frente a una representación sexual inconciliable con el Yo, defensa que se vale de una estrategia consistente en una proyección «hacia el mundo exterior del sumario de la causa que la representación misma establece»;[137] en otros términos: la defensa específica de la paranoia radica en la peculiar modalidad del retorno de lo reprimido desde el exterior. Como el resto de neuropsicosis de defensa, la paranoia está sujeta a una fórmula canónica que se desarrolla según los pasos típicos del proceso de enfermar,[138] pero mantiene asimismo su propia particularidad que la diferencia del resto de neuropsicosis:

«La vivencia primaria parece ser de naturaleza semejante a la de la neurosis obsesiva; la represión acontece luego que este recuerdo, no se sabe cómo, ha desprendido displacer. Pero no se forma ningún reproche luego reprimido, sino que el displacer que se genera es atribuido al prójimo según el esquema psíquico de la proyección. *Desconfianza* (susceptibilidad hacia los otros) es el síntoma primario formado. Así se deniega la creencia a un eventual reproche».[139] Al haber sido proyectado el afecto penoso junto con su representación, el retorno de ésta se produce al modo de un pensamiento en forma de ocurrencia, o como una alucinación visual o sensorial; por contra, el retorno del afecto penoso sucede siempre en forma de alucinaciones auditivas. La denegación de la creencia en el reproche primario deja a éste disponible para la formación de los síntomas de compromiso. El Yo responde a la aparición de éstos mediante la explicación delirante, es decir, produciendo un «delirio de asimilación» que supone el inicio de la «alteración del Yo».

Todas estas consideraciones serán ampliamente expuestas en el artículo de 1896 «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa». En este breve pero profundo texto, Freud nos presenta el análisis de una mujer paranoica de treinta y dos años, la Sra. P., que presenta un cuadro persecutorio con alucinaciones conspicuas. Para fundamentar una explicación de los mecanismos patogénicos en juego, recurre a las manifiestas diferencias con la neurosis obsesiva: «Una parte de los síntomas brota igualmente de la defensa primaria, a saber: todas las ideas delirantes de desconfianza, la inquina, la persecución de los otros. [...] En la paranoia, el reproche es reprimido por un camino que se designa como *proyección*, puesto que se erige el síntoma defensivo de la *desconfianza hacia los otros*; con ello se le quita reconocimiento al reproche, y como compensación de esto, falta luego una protección contra los reproches que retornan dentro de las ideas delirantes».[140]

DEBATES SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD

En este breve recordatorio, como habrá podido apreciarse, no aparece ninguna mención a la homosexualidad en relación con la psicosis paranoica. Sin embargo, en 1908 Freud estableció definitivamente una consustancialidad entre ambas, y lo hizo precisamente al evocar su antigua relación personal con el otorrinolaringólogo W. Fliess: «La forma

paranoide está determinada quizá por la reducción a los componentes homosexuales. También mi antiguo análisis (1896) [se refiere al caso de la Sra. P.] muestra el comienzo con alienación con respecto a las *hermanas* del sujeto. Mi amigo de entonces, Fliess, ha desarrollado una hermosa paranoia una vez que se desprendió de una no escasa inclinación hacia mí. [...] A él, es decir, a su comportamiento le tengo que agradecer esta idea».[141]

Después de una intensa relación epistolar con el psiquiatra C. G. Jung[142] a propósito de Schreber y apoyándose en un lectura minuciosa de las *Denkwürdigkeiten*, Freud trata de identificar al perseguidor originario en la trama delirante. En ese papel sitúa acertadamente a Paul Flechsig, su neurólogo, sustituido después por Dios.[143] Colige Freud a partir de este dato que la persona ahora odiada y temida a causa de su persecución es alguien que alguna vez fue amado y venerado, de manera que el delirio sirve sobre todo para justificar la transformación afectiva en el interior del enfermo.[144] Esta concreción clínica servirá a la postre para sostener uno de los pilares de la tesis freudiana de la paranoia como defensa ante un empuje homosexual inconsciente; el otro pilar lo hallaremos en la noción de «narcisismo». De este modo, Freud sitúa en el origen de la paranoia de Schreber la relación con su primer médico, el Dr. Flechsig: «Un avance de libido homosexual fue entonces el ocasionamiento de esta afección; es probable que desde el comienzo su objeto fuera el médico Flechsig, y la vuelta contra esa moción libidinosa produjese el conflicto del cual se engendraron los fenómenos patológicos».[145] Esta es, en resumen, la tesis esencial de la paranoia concebida como defensa contra una moción homosexual inconsciente; el rechazo a tal empuje homosexual se lleva a cabo, en este caso, al precio del delirio de eviración o de transformación en mujer.[146]

Es de lamentar que Freud jamás se desdijera de esta tesis, la cual defendió con una contumacia inusual. Por el contrario, la forzó en ocasiones hasta extremos que rebasan toda evidencia clínica y la justificó apelando al mismo argumento: la persona antes amada es siempre del mismo sexo que el delirante, cuya defensa consiste en transformar en perseguidor al amado para ocultar así la inclinación homosexual inicial. Idéntica lógica hallamos en la interpretación vertida en los artículos «Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica» (1915) y «Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad» (1922). En el primero de ellos, una joven se presenta en la consulta del profesor Freud por consejo de su abogado. De acuerdo con su relato, el perseguidor es el amante, cosa que no convence a Freud. A través de diversas

pesquisas, localiza un perseguidor femenino originario, la madre, supuesto que le permite corroborar su tesis: la joven ha elaborado un delirio de persecución para librarse de su ligazón homosexual.[147] Otro tanto leemos cuando acomete la explicación de los celos delirantes: «También éstos provienen de anhelos de infidelidad reprimidos, pero los objetos de tales fantasías son del mismo sexo. Los celos delirantes corresponden a una homosexualidad fermentada y con derecho reclaman ser situados en las formas clásicas de paranoia».[148]

A fin de sostener esta conclusión, Freud se apoyó en principio, como ya hemos mostrado, en la interpretación de la relación entre Schreber y su médico. Pese a concluir con una tesis cuando menos discutible, para defenderla se vio obligado a formular el concepto de narcisismo, noción que habría de adquirir un indudable valor en las posteriores elucidaciones de la psicosis. De esta noción se valdrá para afianzar su concepción tradicional que liga consustancialmente la sexualidad y la causalidad psíquica;[149] asimismo, echará mano de ella a la hora de precisar el alcance de la regresión y separar así la demencia precoz de la paranoia.[150]

Ampliamente desarrollado en su obra de 1914 *Introducción del narcisismo*, el concepto de *Narzissismus* aparece ya bosquejado en el ensayo sobre Schreber, donde nombra el estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor objetal. Freud advierte que para acceder a un objeto de amor, el sujeto se toma previamente a sí mismo como tal objeto. De acuerdo con esta lógica, cualquier forma de acceso a la heterosexualidad pasaría primeramente por una elección homosexual de objeto. De esta manera, paranoia, narcisismo y homosexualidad compondrán esa terna de conceptos imprescindibles a partir de la cual Freud construirá su interpretación de Schreber y de la paranoia en general: «Diríamos que el carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona, precisamente, con un delirio de persecución de esa clase».[151]

A la terna antes apuntada se añaden dos conceptos más, proyección y negación, los cuales le permitirán discriminar los cuatro tipos posibles de psicosis paranoica: el delirio de persecución, la erotomanía, el delirio de celos y la megalomanía. Se advierte en este ensayo nosográfico una diferencia radical con el proceder de la psicopatología psiquiátrica, pues Freud redujo los tipos clínicos de paranoia siguiendo un criterio *gramatopatológico*, es decir, conforme a una gramática de las pulsiones. A esta perspectiva se suma su original consideración de la función del delirio y tiene en cuenta

también la peculiar relación del sujeto con su Otro. De las contradicciones posibles que pueden darse respecto al verbo o al sujeto —sea mediante la negación o la proyección— del enunciado *Yo, un hombre, lo amo (a un hombre)*, derivan las cuatro formas posibles de paranoia: el perseguido negará el verbo (*no lo amo, lo odio*) y lo proyectará en su Otro (*él me persigue*); el erotómano transformará el enunciado configurando un semblante de heterosexualidad, pero al precio de ser objeto de un amor-goce inquebrantable (*el Otro*, siempre del sexo opuesto, *me ama*); el celoso delirante borrará su empuje homosexual endosándoselo por proyección a su cónyuge (*es ella quien lo ama* y no yo); finalmente, el megalómano contravendrá el conjunto del enunciado (*no amo a nadie, sólo me amo a mí*). Vemos pues de qué manera el paranoico restablece un semblante de heterosexualidad mediante la contradicción del enunciado: el celoso contradice al sujeto, el perseguido al verbo, el erotómano al objeto y el megalómano al enunciado completo.[152]

La firmeza con que Freud defendió los argumentos que acaban de exponerse se contrapone con la vacilación manifiesta a la hora de precisar un mecanismo inmanente a la estructura psicótica. Queriendo asegurar la consistencia del edifico teórico, junto con el pilar de la teoría libidinal Freud trató de despejar un mecanismo genérico capaz de explicar el conjunto de la estructura psicótica, un mecanismo homólogo a la *Verdrängung* de las neurosis. Eso que Lacan situó y desarrolló como nadie había hecho hasta entonces mediante su concepto de *forclusion*, halla en Freud distintos anclajes conceptuales muy evidentes. Por una parte, en el modelo de las neuropsicosis denomina *Verwerfung* (del verbo *verwerfen*: 'desechar' [una idea]) a un mecanismo de defensa radical cuyo fracaso implica que cuanto se rechazó se le presenta al sujeto desde lo Real: «Ahora bien, existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa que consiste en que el yo desestima (*verwirft*) la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido».[153] Asimismo, al definir la proyección en el ensayo sobre Schreber, incidirá en la misma problemática: «No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia afuera; más bien inteligimos que lo cancelado adentro retorna desde afuera ["wir sehen vielmerh ein, daß das innerlich Aufgehobene von außen wiederkehrt"]».[154] El mismo hecho es aprehendido, finalmente, al tratar de explicar la alucinación del dedo meñique cortado, en el caso del Hombre de los Lobos: «[...] la tercera corriente, 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 [...]»,[155] añadiendo en otro pasaje del mismo texto: «eine Verdrängung ist etwas anderes als eine Verwerfung», es decir, «una represión es otra cosa bien distinta a un rechazo».[156]

Las indagaciones sobre el mecanismo genérico de la estructura psicótica, junto con los debates sobre el papel de la homosexualidad y sobre el estatuto específico de la función paterna en la psicosis, han aportado las mayores innovaciones a la clínica psicoanalítica de la psicosis. Todos estos aspectos aparecerán religados en nuestros próximos comentarios que parten de la siguiente pregunta: ¿la psicosis de Schreber consiste en una defensa delirante contra la pulsión homosexual o en una búsqueda delirante de procreación?

Fueron Ida Macalpine y Richard Hunter los primeros en criticar abiertamente la tesis freudiana que atribuye un valor causal a la homosexualidad en la paranoia.[157] Advertíamos anteriormente que Freud se había manifestado contrario a la interpretación que Guido Weber había realizado del delirio schreberiano: no se trata de un delirio de redención universal sino que el delirio primario radica en la transformación en mujer, lo que supuestamente daría cuenta de la persecución homosexual de la cual Schreber se siente objeto. Esta interpretación de Freud descuida, tal y como hemos apuntado anteriormente, un hecho esencial: la transformación en mujer está consustancialmente ligada en el delirio a la procreación de una nueva raza; tal es, por encima de cualquier otra, su finalidad. Éste es el argumento cardinal que sirvió de fundamento a las críticas de Ida Macalpine y Richard Hunter, traductores al inglés de las *Denkwürdigkeiten* de Schreber: «El sesgo freudiano de la homosexualidad le había conducido a la interpretación de las angustias de castración de la enfermedad de Schreber, basadas más en ideas preconcebidas teóricas que en material real».[158] Para ellos la psicosis de Schreber obedece principalmente a la búsqueda de la procreación, pero de una procreación asexual o delirante.[159]

No les falta razón a Macalpine y Hunter si leemos las *Denkwürdigkeiten* desde esa óptica, pues en ellas apreciamos la confluencia en un mismo núcleo de ciertos temas más o menos reiterativos: la reconstrucción delirante de la genealogía de la familia Schreber perseguida por el complot de los Flechsig;[160] la identificación con la figura del Judío Errante [p. 71]; la incapacidad para dar cuenta de por qué alguien se apellida Schneider [pp. 231-232], la «generación espontánea» o «creación por vía de milagro» [p. 250]

referida en el capítulo XIX; en definitiva, la tendencia asintótica del delirio que se dirige a la procreación de una nueva raza.[161] Hay, en fin, un buen número de referencias inexcusables y lógicamente articuladas a la idea delirante de transformación en mujer que nos animan a considerar la procreación, la genealogía y el linaje en el lugar central que Paul Schreber le otorgó en su edificio delirante.

Ahora bien, nosotros consideramos que la certeza de mudanza en mujer y el tratamiento delirante de la procreación, por estar tan íntimamente ensartados, responden a la misma desorganización simbólica causante de la psicosis. A ello conviene añadir, a propósito de la supuesta causalidad homosexual, que ni la mudanza en mujer ni la procreación tienen por qué estar vinculadas con la homosexualidad. Por el contrario, si hay algún núcleo invariable a lo largo de toda la locura schreberiana es precisamente la problemática del goce: él es el objeto exclusivo del goce divino, él es el encargado de aportar a su Dios el goce que éste ha perdido. Esta posición de objeto de goce del Otro aparece referida en las *Denkwürdigkeiten* en multitud de ocasiones, y no sólo en relación a sus grandes perseguidores Flechsig y Dios: «Dios *exige un estado constante de goce*; es entonces mi deber ofrecerle este goce, en la medida de lo posible en las condiciones actuales atentatorias contra el orden del Universo, y ofrecérselo en forma del mayor despliegue posible de voluptuosidad del alma» [pp. 280-281]. En la misma línea de lo anterior: «Así se preparó el complot dirigido contra mí (aproximadamente en marzo o abril de 1894), cuyo objetivo era, una vez reconocido o admitido el carácter de mi enfermedad nerviosa, entregarme a un hombre de manera que mi alma le sea abandonada mientras que mi cuerpo cambiado en cuerpo de mujer [...] habría sido entregado a ese hombre para que abusara sexualmente y luego simplemente lo "dejara tirado", es decir, sin duda abandonado a la putrefacción» [p. 72]. A tenor de lo expuesto nos parece oportuno enfatizar que, si bien algunos paranoicos se figuran a través de la persecución homosexual ese goce del Otro, Schreber más bien lo divisa a través de la mudanza en mujer (transexualismo).

Mucho dista de estas apreciaciones el soporte argumental de Macalpine y Hunter, quienes sitúan el fantasma de embarazo schreberiano en el período preedípico. En su opinión, se trata de un fantasma de embarazo sin referencia alguna al padre y a la castración, razón por la cual se conforma un delirio de gestación asexuado. También advierten que las temáticas principalmente exploradas a lo largo del delirio son en esencia tres: la procreación, el cambio de sexo y la relación con Dios; Macalpine y Hunter

aseguran asimismo que: «Schreber cayó enfermo cuando una fantasía de deseo de que podría tener, tendría o debería tener niños se hizo patógena. Tuvo al mismo tiempo dudas sobre su propio sexo. Sus *Memoirs* podrían llevar por título *¿De dónde viene la vida*?».[162] Finalmente, después de dar algunos palos de ciego, introducen una precisión que juzgamos muy ajustada a los hechos: «La transformación en mujer no era la castración como castigo por los deseos homosexuales prohibidos, ni tampoco era el medio para lograr esos deseos. [...] Lejos de significar castración, es decir, esterilización, "desvirilización" quería decir transformación en mujer para ser fértil».[163]

SCHREBER VISTO POR LACAN

Merced a los trabajos de Maurits Katan, William G. Niederland, Franz Baumeyer y los recientemente recordados Ida Macalpine y Richard Hunter, resurgió en la década de los años cincuenta un interés sin precedentes por el «caso Schreber». A esta primera oleada de investigaciones se sumó Jacques Lacan, quien a la postre se revelaría como el más conspicuo y el mayor innovador de la teoría y de la clínica de la psicosis. Avalado como pocos por sus trabajos anteriores sobre la paranoia y la causalidad psíquica, dotado como ninguno de una capacidad de integración de los discursos más relevantes de su tiempo, Lacan organizó los argumentos centrales de su *Seminario III* (1955-1956) hasta conseguir aportar el necesario rigor al estatuto de la función paterna en la psicosis; en paralelo, aportó una solución al problema pendiente de Freud relativo al mecanismo específico de la estructura psicótica.

En este *Seminario* Lacan investiga sobre todo cuatro ámbitos de la psicosis.[164] En primer lugar, examina los aspectos fenomenológicos y su vinculación con la estructura, en especial los trastornos del lenguaje (neologismos, intuiciones delirantes), los fenómenos elementales, la certeza, la función del delirio y la estructura de la alucinación (ejemplarmente ilustrada mediante el estudio de la alucinación verbal «Marrana»). En segundo lugar, precisa las coyunturas del desencadenamiento. En tercer lugar, analiza la cuestión de la prepsicosis, lo que le permite introducir una de sus tesis principales, la relativa a las psicosis no desencadenadas. En cuarto lugar, argumenta la estabilización a través del delirio, es decir, la que trata una falla simbólica valiéndose precisamente de lo simbólico, tal como enseña el caso Schreber. En quinto lugar, tras darle muchas vueltas

aunque siguiendo siempre una orientación precisa, Lacan formula su gran contribución conceptual relativa a la forclusión: «No retorno a la noción de *Verwerfung* de la que partí, y para la cual, luego de haberlo reflexionado bien, les propongo adoptar definitivamente esta traducción que creo mejor: la *forclusión*».[165]

Aunque el *Seminario* se titula *Las psicosis*, trata básicamente de la paranoia, cuya guía encuentra en Paul Schreber. El método de investigación empleado por Lacan es definido por él mismo en los siguientes términos: «El único modo de abordaje conforme con el descubrimiento freudiano es formular la pregunta en el registro mismo en que el fenómeno aparece, vale decir en el de la palabra».[166] A partir de esta orientación, por lo demás completamente original, Lacan intentará explicar los problemas que la psicosis le plantea conforme a su concepción de las estructuras clínicas, esto es, las cuestiones clínicas, nosográficas y terapéuticas.[167]

Desmontado convenientemente el artificio de la causalidad homosexual, en adelante reducida a «un síntoma articulado en su proceso»,[168] limitado también el valor inusitado que los autores precedentes habían conferido a la noción de proyección en la psicosis, Lacan se centró en argumentar su hipótesis de una causalidad significante en la psicosis. La *forclusion du Nom-du-Père* (forclusión del Nombre-del-Padre) es precisamente la expresión concentrada de esa hipótesis que sitúa la causalidad de la psicosis en su relación con el significante; en ella se reúnen y articulan al mismo tiempo las dos indicaciones inconclusas de Freud: tanto el estatuto concreto de la función del padre en la psicosis, como el mecanismo específico que conforma por entero la estructura y la lógica de la psicosis.

Ahora bien, advirtamos presto que la forclusión en sí misma no es aprehensible sino transfenomenológica.[169] Y no podía ser de otro modo dado que opera en los más silenciosos mecanismos intrapsíquicos. Son los efectos clínicos concretos y perfectamente detectables de esta carencia del significante Nombre-del-Padre —capital en la arquitectura del orden simbólico por ser precisamente su «sostén» y por nombrar a la ley del deseo en tanto sexual— los que nos permiten establecer un diagnóstico estructural. Dichos efectos, tan instantáneos y abruptos como fácilmente reconocibles, pueden oscilar entre los fenómenos xenopáticos más mínimos o elementales y los más estruendosos o llamativos de la psicosis. El defecto simbólico de la forclusión es el agente primero que desorganiza o desanuda la estructura tripartita borromea, esos tres registros de la experiencia humana que Lacan llamó Simbólico, Imaginario y Real. La forclusión

induce así, en el desencadenamiento de la psicosis, una desorganización o «disolución imaginaria» caracterizada por lo que se ha dado en llamar la «regresión tópica al estadio del espejo» o, lo que es lo mismo pero en términos schreberianos, el «crepúsculo del mundo». Vemos emerger, en el marco de esta disolución, los fenómenos de despersonalización, de transitivismo, de agresividad hacia los semejantes; en una palabra, el desmembramiento del esquema corporal que se extiende hasta la descomposición del conjunto del Universo. Asimismo, en el registro Real, los efectos inmediatos de la forclusión se localizan en cualquiera de los posibles retornos o filtraciones de ese incesante Real que, por no haber accedido jamás a la simbolización, se le presenta al sujeto bajo la forma de intromisiones xenopáticas —tanto en el plano del pensamiento como en el del propio cuerpo—, en las experiencias de certeza y de inefabilidad, y en la presencia bruta de la pulsión. Todos estos fenómenos de disolución imaginaria y de presencia e invasión de lo Real tienen, de igual modo, un correlato de manifestaciones propias del registro simbólico: en especial, los trastornos del lenguaje (estribillos, frases interrumpidas, neologismos, etc.) o, como gustaba tanto repetir a Clérambault, el «trastorno molecular del pensamiento elemental», también los trastornos relativos a la desorientación espacial y temporal, etc.

Ese pequeño «matema» del Complejo de Edipo freudiano[170] que es la metáfora paterna y los operadores que la componen (el Nombre-del-Padre, el Deseo de la Madre, el significado al sujeto, el Otro y el Falo) permitirán, mediante la función metafórica introducida en el lenguaje, la cristalización de la significación fálica y la inscripción definitiva del sujeto en el mundo del deseo, pues ese grillete al que se acostumbra a llamar «significación fálica» tiene por función someter el deseo del hablante a la castración.[171] Todo este proceso de la metáfora paterna, que de llevarse a término garantiza la conformación de una estructura psíquica no psicótica,[172] depende en gran medida del siguiente hecho: «[...] no es sólo de la manera en que la madre se aviene a la persona del padre de lo que convendría ocuparse, sino del caso que hace de su palabra, digamos el término, de su autoridad, dicho de otra manera del lugar que ella reserva al Nombre-del-Padre en la promoción de la ley».[173] De fracasar la metáfora paterna, es decir, de fracasar la simbolización del significante Nombre-del-Padre, el sujeto psicótico puede decidirse por restañar ese defecto orquestando una «metáfora delirante»;[174] en eso consiste precisamente uno de los posibles recursos estabilizadores, aunque no es el único. Tal fue el arduo y laborioso camino elegido por Paul Schreber en su particular

calvario del empuje hacia la mudanza delirante en mujer (*Entmannung* o emasculación), más concretamente en *la* mujer de Dios,[175] con vistas a la procreación de una nueva raza de «hombres de espíritu Schreber».

Seguramente lo que más llama la atención del análisis de Lacan es la vinculación que establece entre la psicosis de Schreber y el lenguaje: «El delirio de Schreber es, a su manera, un modo de relación del sujeto con el conjunto del lenguaje».[176] Después del desencadenamiento de la gran crisis psicótica, Schreber dialoga con un *partenaire* muy singular, el Otro del delirante, esa figura persecutoria encarnada por Dios, a la que Lacan distingue de una construcción mística o de una elaboración teológica. Conforme a los desarrollos propuestos en el *Seminario III*, Lacan atribuye al símbolo de la procreación un papel fundamental entre los elementos que ordenan nuestra realidad discursiva, es decir, los elementos que fundan la subjetividad. En relación al símbolo de la procreación, sitúa el significante del Nombre-del-Padre, anclaje que imprime orden a las generaciones porque representa, en lo simbólico, esa ley de humanización del deseo que Freud dedujo del inconsciente de los neuróticos bajo la rúbrica del Complejo de Edipo. De manera que esa función ordena las significaciones del deseo, las identificaciones y la elección de los objetos, funcionando también como garantía de verdad.[177]

Cuando se comparara la estructura del deseo característica de la neurosis con el testimonio de Schreber, se pone de manifiesto en éste la falta de la estructuración que cabe esperar del Edipo, lo cual viene aparejado de fenómenos de disolución y fragmentación de la alteridad. Dios-padre no funciona como garante de la función simbólica en la filiación, hecho apreciable en el Dios schreberiano —ese ser que desconoce a los vivos y sólo se relaciona con cadáveres—, el cual se manifiesta en su faz de Creador produciendo continuos «milagros». En estas condiciones Schreber se ve forzado a garantizar el orden del discurso, ímproba tarea que le obliga a un incesante trabajo de pensamiento, a un denodado esfuerzo de interpretación. Más aún, el Dios schreberiano no es fiable, pues ni garantiza la función de la palabra ni tampoco la posición viril del Dr. Paul Schreber, dando lugar a un trastorno en el orden del deseo y de la identidad sexual que alcanza su expresión en el transexualismo delirante.

Quienes estén al corriente de los posteriores desarrollos de Lacan sobre la psicosis, habrán observado que este modelo de la forclusión se aviene a la perfección con aquellas psicosis basadas en la discontinuidad de la experiencia, razón por la cual explica, como ningún otro modelo psicopatológico, las coyunturas del desencadenamiento y las

estabilizaciones a través del delirio (Schreber) o del paso al acto (Aimée). Durante la primera enseñanza de Lacan, el Nombre-del-Padre es el significante por excelencia que produce un efecto de sentido real; es el nombre del significante que da un sentido al goce. «Sin el Nombre-del-Padre —señala Miller— no hay más que caos. Caos significa fuera de la ley, que hay caos en lo simbólico. Sin el Nombre-del-Padre no hay lenguaje, sino sólo *lalengua*. Sin el Nombre-del-Padre no existe propiamente cuerpo, hay sólo lo corporal, la carne, el organismo, la materia, la imagen».[178]

A partir del Seminario *Los Nombres del Padre*, del cual sólo dictó la primera lección (20 de noviembre de 1963), Lacan comienza a elaborar una remodelación teórica basada en la pluralización del concepto Nombre-del-Padre, un camino que culminará con la noción de *sinthome*.[179] Estos aspectos fueron analizados en la Conversación de Arcachon, donde la discusión sobre los casos inclasificables dio pie a sentar las bases de la última clínica de Lacan. El interés que antaño suscitara la psicosis de Schreber (*forclusion* del Nombre-del-Padre) se ha desplazado a la locura de Joyce (*sinthome*)[180] y a esas formas discretas de psicosis a las que llamamos «ordinarias»[181] o «normalizadas».[182] Esta nueva clínica pone de relieve cómo algunos psicóticos se valen de anudamientos eficaces sin el recurso al Nombre-del-Padre, puesto que la función que a éste compete puede realizarse mediante el síntoma. A este respecto, Miller señaló: «[...] noten que si Lacan acentuó *el saber arreglárselas con el síntoma*, no reclama otro estatuto para el Nombre del Padre, ya que habla de *valerse de él*. Y bien, *saber arreglárselas con el síntoma* es equivalente *a valerse del Nombre del Padre*. Es decir: es del orden del instrumento».[183]

LAS COYUNTURAS DE LAS CRISIS

De acuerdo con los rudimentos de la teoría lacaniana de la psicosis que acaban de apuntarse, nos proponemos ahora dar una explicación cabal de los desencadenamientos de las tres crisis psicóticas que sufrió el Dr. Schreber. Que sepamos, ninguna crisis psicótica se produce por casualidad sino por causalidad. Cuando rastreamos las pesquisas de la fenomenología psicótica hasta el instante en el que se produjo la primera y definitiva discontinuidad de la experiencia, nos parece hallar en todas las ocasiones una coyuntura característica, esto es, la presencia de un conjunto de elementos cuya

disposición se repite. A buen seguro que al investigar tales coyunturas estaremos en condiciones de valorar el soporte teórico con el que nos representamos esa estructura, así como su hipótesis causal y el conjunto de las manifestaciones clínicas.

Como cualquier estructura, también la psicótica consiste en una organización sólida y establemente cuajada en la que coexisten y se articulan sus elementos constitutivos (Nombre-del-Padre, Deseo de la Madre, Falo, Deseo, Identificaciones, Síntomas, Pulsión y Goce, son sólo algunos de los hasta aquí nombrados). Dichos elementos no tienen en sí mismos un valor intrínseco; por el contrario, su valor se define exclusivamente en función de las relaciones que cada uno de ellos guarda con el resto.[184] Esta estructura asintomática —o al menos carente de fenómenos ciertamente ostensibles — puede permanecer anudada y estable mientras no salte el resorte que reordenaría instantáneamente, como si aplicásemos un movimiento brusco a un calidoscopio, el conjunto de los elementos que la integran. Pero bien, dado que la estructura psicótica tiene un defecto singular, bastaría que se apelara o que se hiciera comparecer a ese elemento que falta por definición y que es el responsable de su conformación genérica. A juzgar por lo expuesto, en la crisis psicótica no se trataría ni de una amplificación ni de una reducción cuantitativas, sino de un reajuste tan radical, tan brusco y dramáticamente novedoso que el debutante en la psicosis queda generalmente sumido en un estado de perplejidad o vacío enigmático. Es así como el sujeto se abisma en una nueva dimensión de la experiencia en la que ya no existen, ni jamás existirán, casualidades; al contrario, todo cuanto ocurra en su pequeño mundo estará perpetuamente sobredeterminado desde otro lugar, al tiempo que se verá arrastrado a una trama de referencias cuyo centro ocupa.[185]

¿Cómo llega a producirse ese chasquido inicial? ¿Qué dispara el resorte? Más aún, ¿en qué circunstancias vitales podemos localizar el nacimiento a la psicosis? Al formular las preguntas de este modo indicamos una línea de investigación contraria a la de los teóricos de las constituciones patológicas, para quienes al amplificarse los rasgos de determinado carácter morboso se pasaba, siguiendo una graduación imperceptible, de la cordura a la locura. Siguiendo el camino inverso, se trata de saber cuáles son las coyunturas en las que se ha visto inmerso el sujeto en el momento del desencadenamiento, qué malos encuentros han propiciado la emergencia de esa falla simbólica causante de la psicosis.

Sobre este particular encontramos en los textos y la enseñanza de Lacan precisiones reveladoras. El instante de la crisis sobreviene cuando se insta a comparecer al

significante del Nombre-del-Padre, ese significante que en la estructura psicótica se caracteriza por estar ausente: «Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, *verworfen*, recusado (*forclos*), es decir, sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto. Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante».[186]

Las circunstancias en la que se produce ese «llamado» al significante Nombre-del-Padre, ese requerimiento de su presencia, parecen evidenciar siempre una coyuntura idéntica: hallándose el sujeto en una relación dual e imaginaria con un semejante apasionadamente amado u odiado, es sorprendido por la aparición de un elemento ubicado en posición tercera respecto a esa relación dual. Como tantas veces sucede en la vida, se trata también aquí de un encuentro, mejor dicho, de un mal encuentro, en este caso con lo que Lacan denominó *Un-père*: «Pero ¿cómo puede el Nombre-del-Padre ser llamado por el sujeto al único lugar de donde ha podido advenirle y donde nunca ha estado? Por ninguna otra cosa sino por un padre real, no en absoluto necesariamente por el padre del sujeto, por Un-padre».[187]

¿Es este mal encuentro con Un-padre lo que precipitó las crisis psicóticas de Paul Schreber? ¿Se corresponden las coyunturas de sus crisis con el desequilibrio que acabamos de bosquejar? ¿Esta teoría de Lacan, elaborada a lo largo de los años cincuenta, alcanza a explicar también la última crisis de Schreber, de la que el psicoanalista francés apenas tuvo noticia?

Para responder a estos interrogantes, evocaremos sucintamente los hechos acontecidos en esas tres crisis. La primera de ellas, teñida de un humor profundamente melancólico y repleta de ideas hipocondríacas, sobrevino en el otoño de 1884 después de haber sido derrotado en la intensa campaña electoral al *Reichstag*. La segunda, la crisis por excelencia que daría paso a la elaboración del delirio paranoico, se precipitó el día 1 de octubre de 1893, tras recibir el nombramiento de *Senatspräsident* y asumir las competencias otorgadas por su nuevo cargo. La tercera y última, la más estrictamente disgregada, irrumpió a finales de 1907 en el marco de una odiosa disputa fratricida por la legalidad del uso del nombre del padre, para la que se requirió la intervención de Paul Schreber. ¿Qué nexo común entreteje estos tres desencadenamientos?[188] Todos ellos

vienen precedidos de una intensa actividad y de claros síntomas de agotamiento: la campaña electoral de 1884; la asunción de funciones en 1893; y la urgente ocupación en las disposiciones del legado familiar, después de la muerte de su madre en 1907. Parece evidente que el exceso de trabajo no basta por sí mismo para desencadenar una psicosis. Es menester entonces rastrear la dimensión dramática de esas coyunturas. En todas ellas se palpa un estado de tensión y rivalidad exasperante: en la primera crisis, contra el socialista Geiser, su principal contrincante en las elecciones al Parlamento; en la segunda, frente al Consejo de los cinco jueces, sus subordinados, algunos de los cuales por su diferencia de edad podían haber sido su padre;[189] en la tercera, respecto a las fratrías que se disputaban el nombre de su padre, en especial contra el advenedizo Siegel.

Geiser, el Consejo de jueces y Siegel parecen haber servido de detonante (*Un-père*), en las respectivas crisis, para que se produjera ese «llamado» al significante ausente Nombre-del-Padre. Las coyunturas en la que se desencadenan dichas crisis contienen un elemento común, el cual reclama la comparecencia de lo que se ha definido antes como significante Nombre-del-Padre. Sea en un caso bajo la forma de disputarse un cargo político que lo situaría como un personaje público de la vida social (parlamentario), sea en otro el ascenso al estamento más elevado de la jerarquía judicial, sea finalmente el requerimiento directo para legitimar el nombre de su padre,[190] en todas estas circunstancias parece evidente que Paul Schreber experimentó ese «llamado» al Nombre-del-Padre, requerimiento para el que no hay más respuesta que «un puro y simple agujero».[191] Según esta consideración, la manifestación fenomenológica de este mecanismo intrapsíquico (*forclusion*) indujo un desanudamiento de los tres registros cuyas manifestaciones iniciales se aprecian con bastante claridad en la segunda de las crisis, pues es de ésta de la que más datos disponemos. Siguiendo ese esquema, el defecto en el armazón simbólico del sujeto se puso en evidencia a raíz del nombramiento de *Senatspräsident*, lo que produjo un desmoronamiento del registro imaginario manifestado en los sueños sobre la enfermedad y en la fantasía hipnopómpica que tanto le perturbó; a ello se añadieron en el plano real tanto el desbocamiento de la pulsión (un número «inusitado» de poluciones) como las primeras manifestaciones xenopáticas.

SOBRE EL DIAGNÓSTICO

Para concluir el presente capítulo dedicaremos algunos comentarios al diagnóstico de Paul Schreber. La tarea se antoja fácil puesto que contamos con su testimonio escrito, al que se añaden los retratos del cuadro mórbido facilitados por los médicos que le trataron durante toda su psicosis. Sin embargo, a medida que consultamos las opiniones de los comentaristas más eminentes, comprobamos a este respecto un desacuerdo generalizado. Hay quien habla de melancolía, otros de paranoia y los más de esquizofrenia. Si las discrepancias se limitaran sólo a eso, la última lección de nuestro profesor de psicosis no sería acorde al conjunto de su incomparable enseñanza. En cambio, desde nuestro punto de vista, la reflexión sobre el diagnóstico de Schreber invita a reconsiderar el conjunto de las categorías nosográficas establecidas por la psicopatología psiquiátrica. En ese sentido da la impresión de que un solo caso, el más ejemplar, se basta por sí mismo para dar al traste con la sistemática de las enfermedades mentales. Desde esta perspectiva examinaremos la problemática del diagnóstico, la cual se completará en el siguiente capítulo con nuestros argumentos a favor de la visión unitaria de la psicosis.

Como acabamos de anticipar, al diagnóstico de paranoia propuesto por Weber y por Freud, se añaden el de esquizofrenia,[192] parafrenia,[193] melancolía o depresión grave[194] y también psicosis de angustia.[195] Dada la abigarrada fenomenología del caso, los autores que se inclinan por una u otra de estas categorías parecen encontrar en ella las cristalizaciones sintomatológicas que fundamentan su parecer. En efecto, todas esas variantes diagnósticas son posibles si leemos las *Denkwürdigkeiten* desde una perspectiva exclusivamente fenomenológica, a partir de las cual hallaremos períodos de profunda melancolía e ideación delirante hipocondríaca, como también de estupor catatónico, Automatismo Mental persistente, delirios de negación que se ajustan a las descripciones de Séglas y de Cotard, y, por supuesto, un delirio cada vez más sistematizado. Por otra parte, cuando se consideran prioritarios los aspectos evolutivos del cuadro clínico, los seguidores de Griesinger verán en esa locura un buen ejemplo del modelo de la *Einheitspsychose*, pues los trastornos del humor preceden a los de la razón (*Verrücktheit*) y a la demencia final. No obstante, a estos puntos de vista fenomenológicos y evolutivos hay que añadir otro, el más importante, ése que valora por encima de todo la estructura psíquica del sujeto y las maniobras que éste desarrolla en su propia locura. Así pues, el diagnóstico entraña, se quiera o no, una toma de posición ideológica y teórica. Y es justamente ahí donde comienzan las discrepancias.

Acostumbrados como estamos por oficio al malentendido, acogemos sin desconcierto

estas divergencias y nos proponemos examinar algunos de los fundamentos que están en su base. Todas estas disparidades indican las posiciones de salida en las que cada clínico se sitúa frente a este hecho de la modernidad que supone la escucha de la locura. Unos la consideran un defecto orgánico y, conforme a tal *a priori*, sólo ven un desgraciado deterioro donde otros apreciamos una responsabilidad y un trabajo del sujeto mermado simbólicamente. Hay asimismo quienes la contemplan fraccionada en categorías clínicas independientes, mientras que algunos captamos en esa variedad distintas posiciones del sujeto que se acompañan de respuestas características. Por último, un nutrido grupo de especialistas anteponen el determinismo etiológico y patogénico del humor al de la razón, el del afecto a la representación; frente a esta concepción, otros consideramos que el fracaso originario compete al ámbito de las representaciones, el cual determina mayoritariamente las afectaciones del humor.

Es menester reseñar, junto a estas posiciones clínicas, dos grandes vertientes epistemológicas: la primera, representada genuinamente por el discurso psiquiátrico, se caracteriza por aprehender y disolver cada caso particular en el marco de un saber cuantitativo adquirido a través de numerosas observaciones; siguiendo el camino contrario, la segunda, iniciada por Freud y desarrollada especialmente por el psicoanálisis, se construye elevando un caso concreto al estatuto de paradigma de una estructura clínica. En lo que atañe a Schreber, su psicosis se presentaría como «atípica» si pretendiéramos encajarla en la mayoría de las clasificaciones psiquiátricas. En cambio, si seguimos la impronta de Freud, Paul Schreber representaría el ejemplo por excelencia de la paranoia y todos los paranoicos concordarían con él en los aspectos esenciales de la estructura clínica.

Comoquiera que el diagnóstico atribuido por Freud a Schreber ha acarreado no pocas complicaciones a muchos de sus exegetas, conviene analizarlo con buen tino. En ese diagnóstico, a pesar de la aparente contradicción implícita que contiene, creemos hallar una amplia reflexión sobre nosología y nosografía de la psicosis, de la que es posible deducir el modelo psicopatológico que defendió a lo largo de su obra. Las complicaciones antes apuntadas radican en un hecho inaudito, pues el título de su ensayo contiene dos diagnósticos contradictorios sobre un mismo caso: paranoia y, entre paréntesis, *Dementia paranoides*. Curiosa forma de encuadrar a un sujeto en dos categorías tomadas de la taxonomía psiquiátrica que, *stricto sensu*, se excluyen recíprocamente.[196] Pero es justamente tras esta paradoja donde encontramos la enjundia que buscamos.[197] Para

llegar a desvelarla pulsaremos tres coordenadas: primero, la coyuntura en la que Freud redactó y publicó el ensayo sobre Schreber; segundo, la paranoia como modelo de psicosis; finalmente, las relaciones entre la paranoia y la esquizofrenia.

No faltará quien se pregunte si Freud desconocía la nosotaxia kraepeliniana, razón por la cual pudiera haber incurrido en tamaña paradoja, ni tampoco quien le suponga un uso de las categorías nosográficas psiquiátricas al margen de toda ortodoxia, imprimiéndoles incluso un sello particular.[198] Al primero le responderemos negativamente con contundencia, pues a poco que se examine su correspondencia con Jung, Ferenczi y Abraham se podrá concluir que Freud estaba al corriente de las aportaciones psiquiátricas más relevantes en materia de nosografía; al segundo, en cambio, no podemos por menos que animarlo en su suposición, ya que ciertamente Freud hizo uso de la terminología psiquiátrica relativa a la psicosis según convenía a sus desarrollos metapsicológicos.

Una aclaración más nos pondrá directamente sobre la pista que nos permita desentrañar la supuesta contradicción de endosar dos diagnósticos a un mismo sujeto. Se trata de captar las aristas de la compleja coyuntura que animó a Freud a la redacción del ensayo sobre Schreber. A poco que desbrocemos la historia, esa coyuntura se nos revela inseparable de su relación con la prestigiosa escuela psiquiátrica de Zúrich, dirigida por el profesor E. Bleuler y su lugarteniente C. G. Jung. En aquellos años, a ojos de la más pujante psiquiatría, Freud no era más que un marginal neurólogo judío cuyas teorías eran consideradas poco menos que insolentes e intrusas.[199] No obstante, el interés despertado por el psicoanálisis en los médicos del Burghölzli zuriqués hizo albergar a Freud la esperanza del reconocimiento de su obra por la psiquiatría europea. Ésa era la única vía, el único aval que podía introducir al psicoanálisis en las instituciones académicas y sanitarias. Dada la trascendencia que para Freud tenía el refrendo de los psiquiatras suizos, nos permitimos colegir que éste se mostró con ellos tan aquiescente como pudo. Y es en ese punto donde encontramos una de las explicaciones posibles que aclaran la inserción de la coletilla *Dementia paranoides*, es decir, del diagnóstico que Jung y Bleuler atribuían a Schreber. Al tener presente esta coyuntura, consideramos que Freud optó por contentarlos mediante esa solución de compromiso, máxime cuando ese ensayo iba a publicarse en el *Jahrbuch*, la revista que dirigían Freud y Bleuler. Sin embargo, una vez rota la relación con Bleuler y Jung, Freud se refirió a Schreber calificándolo siempre de paranoico: «[...] la del inteligente paranoico Schreber, [...]»;[200] «[...] el sistema

delirante del paranoico *Senatspräsident* Schreber»;[201] «[...] contrajo una enfermedad que presentaba las manifestaciones de una paranoia, [...]».[202]

Y ésa, nos parece, era su idea originaria. Pues se mire como se mire, al contrario que los psiquiatras del Burghölzli, Freud defendió sin vacilación alguna que la paranoia era el mejor modelo de aproximación clínica y teórica a la estructura psicótica. La correspondencia privada con Jung no alimenta la menor de las dudas sobre cuanto se acaba de anotar: «En la paranoia (que continúa siendo el concepto teórico, ya que el de demencia precoz parece ser desde luego esencialmente clínico) [...]»;[203] «(Escribo paranoia y no demencia precoz, pues considero a la primera como un buen tipo clínico y a la segunda como un mal término nosológico)»;[204] «[...] ya que yo reconozco en la paranoia un tipo psicológico-clínico, pero continúo sin imaginar nada preciso bajo la denominación de demencia precoz, y la incurabilidad o el mal pronóstico no se dan con regularidad en la demencia precoz, ni tampoco la diferencia con respecto a la histeria o a la neurosis obsesiva».[205]

Expuesto ya el marco y las coordenadas del debate sobre el modelo de psicosis, es necesario ahora hacernos eco del espectro nosográfico que Freud atribuía a la paranoia. Sobre este particular se muestra nuestro autor profundamente clásico, en la medida en que seguía confiriendo a esa psicosis una extensión comparable a la que le atribuían los clínicos de lengua alemana durante las dos décadas previas a la edificación de la sistemática kraepeliniana; en este sentido, el espectro clínico de la paranoia freudiana es esencialmente pre-kraepeliniano, si bien quedaban fuera de ella los cuadros caracterizados por trastornos del juicio ajenos a la estirpe psicótica y delirante.[206]

De igual modo, en esta amplia concepción nosográfica de la paranoia Freud admitía la inclusión y articulación de momentos y rasgos propiamente esquizofrénicos, ya fuera al inicio o a lo largo de la evolución; esta articulación de la paranoia y la esquizofrenia fue el motivo esencial por el que propuso el término «parafrenia».[207] El caso Schreber ilustra con claridad estas interpolaciones de componentes esquizofrénicos: el «crepúsculo del mundo» al inicio de su segunda crisis; el desgarramiento de la identidad manifestada en todo ese tropel de «homúnculos» u «hombrecillos» que poblaban su Universo, esos jirones de la imagen atomizada de sí mismo; lo mismo sucede con las duplicaciones de Flechsig, de Dios (Ormuz y Arimán), incluso los dos Schreber: el cadáver y el juez loco, la futura mujer de Dios y el propio hombre Paul Schreber.

A pesar de todas estas fragmentaciones, Freud siguió manteniendo su diagnóstico de

paranoia, porque lo que primaba para él era el trabajo delirante de reconstrucción. Tal es, en resumen, la quintaesencia de su concepción de la paranoia: la dedicación del sujeto a la elaboración de un delirio que le procure una salida al cataclismo que le supuso la irrupción de la psicosis, el restablecimiento delirante de la identidad atomizada y la creación de nuevos lazos que lo liguen a su Otro y a sus semejantes. Más allá de cuantos fenómenos esquizofrénicos y melancólicos quieran resaltarse, Schreber es por tal motivo un paranoico ejemplar. Pues a partir de esa posición de desecho, de resto, de carroña (*Luder*),[208] adoptada frente a su Otro divino esencialmente malvado, caprichoso y sediento de goce, pocos como él han logrado trabar y dar cuenta de un delirio que habría de procurarle una estabilización.

Si se tiene en cuenta esta respuesta creativa del sujeto, tanto el diagnóstico de melancolía como el de esquizofrenia nos parecen menos adecuados, a pesar de que existan algunos momentos en su psicosis que, de forma aislada, merezcan ser calificados así con toda propiedad. El primero, basado desde el punto de vista fenomenológico en el profundo e intenso dolor moral y en la «tristeza infinita» con la que principiaron las dos primeras crisis, adolece, no obstante, de lo que juzgamos más esencial en la melancolía, a saber: los sentimientos de autodesprecio y autoacusación, y sobre todo la certeza delirante relativa a la indignidad del ser, la cual se traduce a menudo en una culpabilidad sin límites. Por el contrario, si algo caracterizó la *perfomance* de Paul Schreber fue su infatuación narcisista; además, si hubiéramos de reducir a un único término, de principio a fin, su posición frente al Otro, ese término no puede ser otro que «inocente» (*Unschuldig*), como atestiguan las últimas letras que logró garabatear poco antes de su muerte. Por otra parte, frente al diagnóstico de esquizofrenia se podría alegar la dificultad de aprehender los llamados «síntomas fundamentales» en la locura de Schreber, así como la edad tan tardía en que se desencadenó y el carácter sistematizado del delirio que habría de procurarle una reunificación al inicial desgarramiento de la identidad. A todo ello hay que añadir dos cuestiones más de índole general: en primer lugar, la composición etimológica (*schizein*, «hender», «dividir», y *phrên*, «mente») del término en cuestión no define nada consustancial y privativo de determinado trastorno mental; en segundo lugar, resulta contraproducente mezclar la lógica y el rigor de este caso con las resonancias deficitarias y organogenéticas que se han adueñado de esa categoría nosográfica.[209]

En caso de haber logrado interpretar adecuadamente y de trasmitir sin mayores

traiciones la concepción freudiana de la paranoia, confesamos nuestra plena coincidencia con sus planteamientos sobre la función del delirio y la articulación de la esquizofrenia y la paranoia. Partiendo de esta concreción, el próximo capítulo nos dará pie para exponer con detalle nuestro punto de vista sobre la psicosis única, propósito para el cual echaremos mano de nuevo de las enseñanzas de este caso ejemplar.

Concluye así nuestra exposición sobre la locura del doctor Paul Schreber. De ella nos hemos valido para tratar de mostrar que entre la experiencia concreta de la locura y las construcciones nosológicas fraguadas por los más aventajados psicopatólogos surgen una y otra vez diferencias insalvables. Los edificios del saber psiquiátrico, vertebrados primero en relación al modelo de la «alienación mental» y más tarde conformados en referencia al ideal de las «enfermedades mentales», parecen mostrarse demasiado rígidos para dar cuenta de la quintaesencia de un caso particular. Quizás no se trate más que de un problema que se arraiga en la espistemología de la psiquiatría y de la psicología clínica, cuya muestra más evidente se aprecia en la permanente renovación de las clasificaciones que tratan de reducir a criterios objetivos y a manifestaciones típicas todo cuanto de particular contiene cada caso de locura. Todos los intentos de forjar entidades o categorías clínicas a partir de la síntesis de un buen número de coincidencias fenomenológicas y psicopatológicas tienden inevitablemente a difuminar la esencia de eso que se trata de aprehender. Más aún, resultaría ingenuo considerar que la captación de fenómenos queda por completo al margen de una teoría que los selecciona, ordena y jerarquiza; tan ingenuo como negar que todas esas observaciones están sujetas a la disposición personal del observador y a sus propias limitaciones psíquicas.

Este cúmulo de inconvenientes tiende a aliviarse en ocasiones mediante la adherencia a modelos empíricos. Pero son precisamente estos modelos, calcados de la patología médica, los que terminan por distanciarse de la experiencia concreta de cada psicótico. Cuanto más se afianza y estructura el modelo en cuestión, cuanto más rígidas se tornan las apreciaciones sobre las formas de inicio, los síntomas típicos y los accesorios, las variantes evolutivas y terminales, mayor es el espacio que se abre entre estas construcciones y la lógica interna que comanda cada caso particular. De seguir por esta pendiente, la clínica terminaría por estandarizar y limitar su ámbito de actuación —tanto en materia diagnóstica como terapéutica— a la aplicación de protocolos objetivos que ni

siquiera requerirían la comparecencia del propio paciente. Así llegaríamos, poco más de un siglo después, a la misma cima que coronó Valentin Magnan con su delirio crónico de evolución sistemática: bastaba con localizar exactamente el momento evolutivo en el que se hallaba el trastornado para predecir todo cuanto habría de sobrevenirle en el futuro; claro que, para desgracia de este autor, la locura se negaba a cumplir sus previsiones. Es el mismo punto al que llegó también Kraepelin con su nosotaxia, tan rígida pero al mismo tiempo tan voluble, tanto que en sus sucesivas remodelaciones algunos locos fueron sucesivamente recalificados porque no se amoldaban a las expectativas que la teoría había establecido.

Como tantos otros, el caso de Paul Schreber enseña que en las entrañas de la locura habita un sujeto que es capaz de reorientar su propio destino, un sujeto que no está sobredeterminado por ninguno de los modelos de «enfermedad mental» en el que pretenda encasillársele y que cuenta con algunos recursos para gestionar, con mayor o menor fortuna, su propia alienación. Todas las interpretaciones de este caso, tanto la elaborada por Freud como aquellas otras que hemos sacado a colación en el presente capítulo, están supeditadas a posteriores revisiones. Pero más o menos acertadas, todas ellas tendrán el honor de nutrirse directamente del testimonio de este loco. Ahí reside precisamente la fuente primigenia e irrenunciable del quehacer clínico; tal es el origen de cualquiera de las interpretaciones, construcciones o elaboraciones teóricas que pudieran pergeñarse en el futuro. Mas sean cuales fueren las venideras aportaciones, todas ellas seguirán siendo preliminares, precisamente porque la experiencia de la locura mora en una dimensión extraña a nuestras palabras y modos de conocimiento. Por eso en el ámbito de la locura, más que en ningún otro, las teorías cuentan tan poco en comparación con los testimonios y los hechos dignos de ser recordados.

VI

REFLEXIONES SOBRE LA PSICOSIS A LA LUZ DE LA CLÍNICA Y LA HISTORIA

[...] si se es psicoanalista, se permanece a esa noble distancia de lo que todavía se llama [...] el enfermo mental.

JACQUES LACAN
«Lugar, origen y fin de mi enseñanza» (1967)

SUMARIO Certeza y psicosis. Diferencias entre certeza y creencia. Fenómenos elementales; clasificación. Experiencias de certeza y axioma. Polos de la psicosis: melancolía, paranoia y esquizofrenia. Un modelo unitario de la psicosis. Crítica a la concepción fenomenológica del delirio a partir de la tesis de Freud. Función del delirio.

Asumimos ahora la tarea de matizar nuestros puntos de vista sobre los fenómenos consustanciales a la psicosis y sobre la lógica que preside toda su arquitectura. Conforme a la perspectiva que venimos defendiendo, se trata de una articulación entre las manifestaciones clínicas y la explicación psicopatológica. De esta manera ampliaremos hasta el detalle los principales hilos conductores de la precedente argumentación histórica y doctrinal. Comoquiera que este ensayo aspira a aportar algunas enseñanzas clínicas a partir del estudio de los fundamentos históricos de la psicopatología, en este capítulo analizaremos algunos de los elementos constantes con los que se ha definido la psicosis y trataremos de aportar algunas respuestas a las polémicas que han dividido a nuestros clásicos. Nos parece que de este modo la historia puede servir al presente, es decir, a la clínica y al trato con el loco. Como es natural, la visión que se ofrece a continuación es susceptible de ordenarse conforme a otros criterios lógicos, incluso los conceptos que se espigan y reordenan puede que no sean los más esenciales. Admitiendo de entrada estas objeciones, la perspectiva que desarrollaremos nos parece ajustada a los objetivos de los capítulos precedentes, donde hemos pretendido entresacar un saber aplicable a la clínica cotidiana.

Partiendo de la recíproca relación entre psicosis y certeza, examinaremos los fenómenos elementales y las diferencias entre las experiencias de certeza y el axioma. A continuación se expondrán los distintos polos de la psicosis y se presentará un modelo unitario. Se discutirá después la concepción fenomenológica del delirio en contraposición a la tesis freudiana que resalta su función potencialmente estabilizadora, hito histórico que supuso un corte en la historia de la clínica y dividió la psicopatología en dos orientaciones irreconciliables.[1]

CERTEZA Y PSICOSIS

Basta con ojear cualquiera de los grandes textos de la psicopatología dedicados a esta materia para percatarse de la correlación habitual que se establece entre la psicosis y la certeza. En todos ellos hallamos multitud de coincidencias a la hora de transmitir ciertas experiencias de los alienados en virtud de la convicción o certeza. De ella se nos dice también que resiste, incólume, a cuantos contratiempos o desmentidos le salen al paso.

De acuerdo con esta llamativa característica se han definido los grandes fenómenos psicóticos, en especial el delirio y la alucinación. Ese distintivo nos parece asimismo generalizable a aquellos otros fenómenos mínimos y discretos que están presentes antes del desencadenamiento o de la crisis psicótica.

Según nuestro parecer, esta referencia a las experiencias de certeza testificadas por los psicóticos ha prevalecido como uno de los grandes criterios para diferenciar la locura de la cordura, es decir, para establecer una clínica diferencial. Tan indisoluble vínculo prevalece también en el ámbito del análisis semiológico, cuando se pretende diferenciar ciertos fenómenos atribuibles a la locura. Esquirol, por ejemplo, definía la alucinación subrayando «la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, sin que ningún objeto actúe sobre sus sentidos».[2] De igual modo, pero en el terreno del delirio, Lasègue supo captar con envidiable precisión los dos tiempos que se suceden en la instauración del delirio de persecución: en un primer momento, el estado inicial de perplejidad anterior a la construcción delirante; en un segundo momento, la localización del perseguidor y la cristalización de esa singular «creencia» —Lasègue usa este término — según la cual existe alguien malvado que le acecha y le persigue.[3] Del todo conforme con los desarrollos de Lacan acerca del determinismo del lenguaje y el fracaso del registro simbólico, la observación de Lasègue nos advierte de la lógica interna que subyace en toda psicosis. En efecto, desde un punto de vista lógico resulta pertinente distinguir dos tiempos en su edificación: el primer tiempo se concreta en el vacío de significación o experiencia enigmática; el segundo se caracteriza por las distintas respuestas que el sujeto perplejo pueda construir.

Los señalamientos de Esquirol y Lasègue respecto a la certeza constituyen el denominador común de las descripciones clásicas relativas al delirio y la alucinación, ya provengan de autores afiliados a tal o cual escuela de pensamiento psicopatológico. Tal extremo es confirmado por Targowla y Dublineau después de haber examinado con detalle las opiniones de los tratadistas del delirio: «Todos los autores clásicos reconocen implícitamente su valor fundamental, pues consideran la desaparición de la creencia en la realidad del delirio como el único criterio de curación».[4] De ese vínculo indisoluble se deduce que los sujetos atrapados en una certeza no se afanan en comprobaciones o verificaciones. Para su desgracia, encuentran lo que ni siquiera buscan, pues jamás pueden salir del estrecho círculo al que les constriñe la fórmula contenida en su certeza delirante. Este hecho resulta palmario en el relato autobiográfico *Inferno*, de August

Strindberg. Vaya por donde vaya, el dramaturgo termina siempre por darse de bruces con Orfila, uno de los personajes de su delirio: «Una semana después [de haber hallado un libro de Orfila en una librería], bajando por la calle Assas, me detuve ante un edificio de aspecto claustral. Un gran rótulo me revela la naturaleza de la casa: Hotel Orfila. ¡Otra vez Orfila!».[5] También nos muestra Strindberg con claridad que los psicóticos saben diferenciar, en todo cuanto les acontece, entre aquellas experiencias connaturales a la certeza y aquellas otras intrascendentes y cotidianas: «La presión atmosférica me hizo doblar las rodillas; pero al no escuchar más voz celestial que el estruendo del trueno, tomé el camino hacia mi casa».

La pareja compuesta por la psicosis y la certeza muestra su avenencia indestructible no sólo cuando se examinan los grandes fenómenos como la alucinación o el delirio. También su nexo se expresa en los fenómenos elementales. Así denominamos al conjunto de manifestaciones discretas y minimalistas privativas de los sujetos estructuralmente psicóticos, algunos de los cuales sucumbirán tiempo después al estallido o desencadenamiento de la crisis y algunos otros permanecerán equilibrados de por vida aun siendo psicóticos. El capítulo que se ocupa de estos cuadernos de bitácora de la psicosis ha sido, lamentablemente, bastante descuidado por muchos de los grandes nombres de la psicopatología. Sin embargo, su utilidad diagnóstica y terapéutica está fuera de toda duda, ya que ellos advierten de la psicosis por venir y del posible itinerario que ésta habrá de seguir. Sirva de anticipo a la exposición que sigue un ejemplo de fenómeno elemental narrado por Paul Schreber. Dicho fenómeno se sitúa en los momentos previos a la gran eclosión de su locura, o sea, a la segunda crisis. El Dr. Schreber, que en aquellos momentos contaba cincuenta y un años, acababa de recibir el nombramiento de *Senatpräsident*. Apenas unos días después, insomne, fue sorprendido por la intrusión de un «fenómeno notable», el cual contiene y anticipa con claridad el carácter amenazador que habría de adquirir su psicosis. Se trataba de «un crujido que se repetía a intervalos más o menos largos», un ruido que le despertaba cada vez que estaba a punto de dormirse. Pensó que podía tratarse de un ratoncito que pudiera haberse deslizado hasta la primera planta, aunque —como él observó después— la casa estaba «sólidamente construida». Años después, en plena locura, cuando redactó las *Denkwürdigkeiten*, Schreber sabía muy bien que aquello no era obra de un simple ratón: «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 [...]».[6]

DIFERENCIAS ENTRE CERTEZA Y CREENCIA

Una de las objeciones mayores que salen al paso del argumento favorable a la relación consustancial entre la psicosis y la certeza proviene de la confusión de ésta con las creencias, es decir, las ideas que nos hacemos de que tal cosa sucede o de que algo es de determinada manera. Se trata de un asunto bastante resbaladizo, para cuya clarificación no encontramos auxilio en la filosofía sino en la experiencia del psicótico. Una buena guía para separar, desde el punto de vista subjetivo, certeza y creencia la hallamos en los primeros escritos de Freud. En el «Manuscrito K» nos advierte este autor de la incapacidad que el paranoico tiene para creer, de esa particularidad suya que consiste en rechazar la creencia [*versagen des Glaubens*] mediante la proyección. A través de esa estrategia defensiva por la cual la conciencia se niega a dar crédito al autorreproche, el paranoico atribuye a otro su malestar, movimiento que sirve de caldo de cultivo de la desconfianza y la susceptibilidad.[7] Mediante este rodeo el paranoico reafirma su inocencia al precio de tropezarse con la certeza relativa a la malignidad esencial de su Otro. De hecho, bastaría con que el psicótico pudiera albergar creencias para escapar de la cárcel de la certeza. De ser así dudaría de sus pesquisas, comprobaría sus cuitas y podría dar la espalda a tal creencia para afirmarse en tal otra, es decir, sería tan normal como cualquier otro.

Si algo caracteriza al sujeto creyente es su falta de saber y el empeño en afirmarse mediante las creencias en cierto saber. Así entendemos la máxima de san Anselmo *Credo ut intelligam* («Creo para entender»). Siguiendo con los escolásticos, tan preocupados por estos menesteres, en *Suma Teológica* (2-2 q.1 a.2) santo Tomás estableció una graduación según la cual la creencia se sitúa por encima de la opinión y por debajo de la ciencia (*supra opinionem et infra scientiam*). Esta consideración abunda en la inconsistencia de las creencias frente a la fortaleza de la ciencia, sobre la cual —según nuestro parecer— habría aún de ubicarse, en el peldaño más elevado, la certeza del loco. A menudo los filósofos, al tratar sobre este asunto, tienden a relacionar tanto la creencia como la certeza con la verdad y la falsedad.[8] Poco nos interesa ese criterio en

comparación con la imagen que traza Spinoza cuando habla de la «adhesión del alma» a la certeza.[9] Sabiendo muy bien lo que decía, Friedrich Nietzsche da la clave cuando afirma con rotundidad que no es la duda la que vuelve loco al hombre, sino la certeza.[10]

Quien cree, o dice creer, se esfuerza por convencer y convencerse. Es en ese movimiento apologético donde aspira a reafirmar su creencia, asunto que culminaría con éxito si terminara por creérselo él mismo. Tal es, de no equivocarnos, la razón por la que los creyentes se asocian y hacen proselitismo. También nos parece que todas las creencias se nutren del alimento de la cogitación y del consenso, del recurso a la ciencia o a cualquier discurso al que se le reconozca cierta infalibilidad, pues en el interior de cualquier creyente mora siempre un sujeto vacilante que trata de extirpar la duda reforzando su creencia.[11] En ese sentido se puede concebir la creencia del neurótico como la muestra más plausible de la vacilación y de la indeterminación sobre el Otro, hecho que pone de manifiesto la propia división subjetiva.[12]

En el terreno de la experiencia subjetiva, la creencia y la duda se relacionan según el modelo topológico de la banda de Moebius: aquí falso y allí verdadero, ahora creo y después ya no; en cambio, la certeza semejaría una esfera impenetrable, tanto para el sujeto en ella confinado como para sus semejantes, quienes verán frustradas cualesquiera que fueran sus expectativas de penetrarla. Respecto a la dimensión temporal, todas las creencias están sometidas a la diacronía, al desgaste que supone el paso del tiempo, dándose a menudo el cambio de una creencia por otra o el progresivo mejoramiento de la inicial. Cosa bien distinta sucede con la certeza del psicótico, que consiste —a nuestro modo de ver— en un puro estatismo o instante permanente.

También las diferencias entre certeza y creencia se advierten en ámbitos tan cotidianos como el religioso y el político. Siempre que sepamos cómo conmover al creyente, hallaremos en su fuero interno a un escéptico empeñado en afianzarse en su creencia, para lo cual, en último extremo, siempre cuenta con el recurso a la fe, esa forma de tregua no del todo satisfactoria que tiende a postergar la comezón de la duda.[13] ¿No se capta esto, acaso, cuando determinado creyente fervoroso nos explica que, en los pliegues más recónditos de su alma, siente el tormento de la incertidumbre respecto a la existencia de Dios? De no ser así, ¿a qué se debe el que todas las religiones necesiten de los rituales y de la frecuentación de determinadas prácticas colectivas a las que el fiel se dirige para desalojar cualquier sombra de dubitación? Otro tanto se observa con las ideas políticas, sean más o menos apasionadas.

Nada de esto nos testimonia el psicótico. En las antípodas del escéptico, el psicótico encarnaría la posición estoica más radical, pues «a su modo —escribe Colina—, se confiesa como el dueño más competente de la razón y de la felicidad».[14] Que el psicótico no es un escéptico tiene su prueba más concluyente en el hecho de que nadie logró jamás convencerlo de la irrealidad o de la absurdidad de su certeza. Esa fue una de las razones por las que Lacan asimiló el rigor a la psicosis, cosa por otra parte muy evidente si se tiene en cuenta el amplio número de matemáticos psicóticos.[15] Tampoco el psicótico es alguien que pueda desentenderse de lo que le concierne, virtud de la que los demás disponen para apuntalar un cierto equilibrio saludable: «un sujeto normal se caracteriza precisamente por no tomarse del todo en serio cierto número de realidades cuya existencia reconoce».[16]

Al margen de toda dialéctica, la certeza condena al psicótico a una soledad esencial, proporcional a la imposibilidad de compartir su verdad con el resto de los mortales. El Dr. John Forbes Nash, destacado profesor de psicosis, explicaba este asunto con las siguientes palabras: «Me sentía como un profeta que vagaba solo por el mundo, alguien que tenía una gran verdad que transmitir pero que no encontraba ningún interlocutor». También Nash nos aportaba una clave imprescindible para vislumbrar el apego del psicótico a su certeza, cuando —sorprendiendo incluso a los especialistas— decía que la experiencia de la locura consiste en la plenitud, ya sea el máximo de los horrores o la felicidad suprema.[17]

Al hilo de todas estas consideraciones deducimos que la experiencia de la psicosis guarda poca relación con las creencias, pues el drama del psicótico radica precisamente en soportar una certeza que le compromete. Buena parte de las dificultades con las que la fenomenología se ha topado a la hora de diferenciar la certeza y la creencia residen en esa infame vocación comprensiva que lleva al observador a «ponerse en el lugar» del paciente y a juzgar, conforme a sus propios esquemas y creencias, las experiencias inefables que éste le transmite. Sin embargo, al tratar con el psicótico a una noble distancia y tomarse en serio sus palabras se averigua que la certeza testimoniada no tiene parangón alguno con las creencias, aunque fueran éstas de lo más apasionadas. La densidad de lo Real que ella contiene se advierte incluso en la rotundidad de sus dichos: «La verdad no tiene tratamiento», nos espetó uno de nuestros paranoicos.

A medida que se desarrollan estos argumentos, creemos aproximarnos a un entendimiento cabal de ese hecho clínico que vincula la certeza y la psicosis, cuya prueba

exponía J.-P. Falret con una fórmula directa: si desapareciera la convicción, el delirio estaría curado.[18] Aunque los clásicos de la psicopatología estuvieran al corriente de ello, la explicación de esta conjunción no fue aportada hasta que Freud publicó sus primeros ensayos psicopatológicos. Tal sucedió con la descripción, a finales del XIX, del mecanismo llamado *Verwerfung* (el rechazo radical o la forclusión, como lo tradujo Lacan), de manera que ya desde entonces psicosis y certeza comenzaron a concebirse como términos lógicamente interrelacionados, como el reverso y el anverso de una experiencia común. Esta vinculación indisoluble, que hasta Freud se circunscribía al terreno de los datos observables, fue por él explicada al mostrar cómo eso de lo que el sujeto se defiende de forma tan radical, termina por retornarle mezclado con la realidad, lo que implica que es experimentado como real (alusión, alucinación, revelación, certeza delirante, etc.).[19]

La afinidad entre certeza y psicosis de la que venimos tratando permite también trazar la geografía de la locura. Es un hecho evidente la amplitud de manifestaciones que se observan en la psicosis. A ello se añade, cuando se valora desde el punto de vista de la gravedad, la gran variabilidad que muestran unos locos respecto a otros. Teniendo en cuenta estas diferencias, lo que deberíamos considerar determinante para calificar de «psicóticos» a sujetos tan distintos es, a nuestro parecer, que todos ellos han compartido, comparten o pueden llegar a compartir determinadas experiencias genuinas, todas ellas caracterizadas por la certeza. Si se admite este supuesto, una comunidad de experiencias conjuntaría todas las posibles formas de presentación de la psicosis, sean clásicas o actuales, más locas o más discretas, lo parezcan o no lo parezcan.

FENÓMENOS ELEMENTALES

Si la psicosis y la certeza muestran su fusión en las grandes manifestaciones psicopatológicas, al examinar los pequeños signos de la locura o fenómenos elementales advertiremos igualmente que una y otra están hechas de la misma pasta. No cabe duda de que el interés despertado en los psicopatólogos por los fenómenos elementales ha contribuido de manera decisiva a erigir y consolidar nuestros conocimientos sobre la patología mental. Amén de la extraordinaria textura que los vuelve tan atractivos, esos fenómenos han sido escrutados con el ánimo de elaborar consideraciones generales sobre

la propia esencia invariable de la locura y también sobre su causalidad. Mas las investigaciones de este ámbito de la psicopatología resultan divergentes porque sus vías de desarrollo están sujetas a los diversos modelos con los que se enfoque la locura. Como en seguida mostraremos, mientras algunos autores se decantan por ordenar jerárquicamente la sintomatología del cuadro clínico, otros perseveran en la búsqueda del mecanismo organizador del conjunto de las manifestaciones.

Pese a estas diferencias, a nuestro modo de ver, el estudio de los fenómenos elementales exige al mismo tiempo considerar una dimensión estructural y otra propiamente fenomenológica. En cualquier caso, las mayores aportaciones al conocimiento de estos fenómenos provienen de los clínicos que han estudiado con todo detalle las formas de inicio de la psicosis, sus crisis y discontinuidades; en este terreno los autores franceses fueron al principio a la zaga de los alemanes. Bien es cierto que estos precursores se limitaron exclusivamente al ámbito semiológico, pero así y todo su legado exhibe un amplio muestrario de pequeños signos, a su vez separados de otras manifestaciones más aparatosas y tardías. Haciendo buena afirmación de Foucault según la cual el psicoanálisis es el heredero legítimo de la clínica clásica,[20] Jacques Lacan recogió el testigo de esos pioneros hasta convertir el fenómeno elemental en una referencia inexcusable en la investigación de la psicosis y su tratamiento.

Los fenómenos de los que nos ocupamos se sitúan en la zona más sombreada y evanescente de la clínica de la observación, concretamente en sus márgenes y lindes. Su aprehensión exige al clínico desprenderse de las semiologías más rudas para adentrarse en el territorio de la microfenomenología. Es allí donde habremos de encontrar, en algunos casos, ciertos fenómenos sutiles que son experimentados por el sujeto de una forma particularmente impactante y comprometida. De esta manera, la experiencia subjetiva testimoniada por el sujeto nos advierte de la especial plasticidad que el fenómeno posee y del impacto que éste causa en el sujeto. Quizás por tratarse de un terreno híbrido y relativamente silencioso, las consideraciones vertidas por los expertos sobre este asunto no dejan de mostrar discrepancias, llegando incluso a incurrir en ciertas contradicciones. En este sentido, hay quienes consideran a la alucinación y al fenómeno elemental como homólogos, también hay autores que limitan la presencia de ese fenómeno al desencadenamiento de la locura, y no faltan tampoco los que creen que pueden suprimirlo *ad integrum*. Teniendo presentes estas desavenencias, expondremos nuestra opinión sobre el problema.

Aunque agrupen un conjunto amplio de manifestaciones, todos los fenómenos elementales presentan ciertos rasgos comunes. Los ámbitos de experiencia en los que se captan son esencialmente tres: el pensamiento, la vivencia del cuerpo y los sentimientos, en especial los enigmáticos y de perplejidad, los de inefabilidad y las autorreferencias. Si hubiéramos de establecer una clasificación, nos parece que la más pertinente sería aquélla que los alineara en relación a los tres grandes polos de la psicosis: el paranoico, el esquizofrénico o xenopático y el melancólico-maníaco. De los rasgos comunes, los ámbitos de experiencia y la clasificación trataremos a continuación, evocando las aportaciones de los principales tratadistas conforme a nuestra experiencia clínica.

Partimos del supuesto de que los fenómenos elementales poseen una matriz mínima que revela y contiene la estructura general de la psicosis. Por ser consustanciales a ella, es decir, patognomónicos, su discreta presencia nos indica 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. 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, es decir, en un inquietante vacío de significación. Además, la utilidad clínica de dichos fenómenos no se limita de modo exclusivo al ámbito diagnóstico —por más que sean imprescindibles para detectar una psicosis que aún no se ha puesto en marcha— sino que 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 o mapas en miniatura 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.

Sin ánimo de estudiar exhaustivamente las contribuciones de los clásicos al problema que nos ocupa, es necesario mencionar al silesio Clemens Neisser y su conferencia «Disertación sobre la paranoia desde el punto de vista clínico», dictada en Breslau en 1892. Memorable trabajo, sin duda, donde se pone de relieve el papel determinante de la *krankhafte Eigenbeziehung* («autorreferencia mórbida») en la edificación de la paranoia. Se trata, en efecto, de una experiencia de certeza en la que el sujeto se siente aludido o designado por algo que no alcanza aún a precisar; es un mensaje enigmático dirigido a su

persona. Ahí radica la quintaesencia del concepto, pues tal como subraya Neisser, el inicio de la paranoia no se caracteriza por la presencia de una significación primaria; al contrario, lo que se advierte es un vacío de significación con el que el enfermo se siente comprometido, un enigma que inexcusablemente le concierne, aunque no sepa ni por qué ni cómo. Según Neisser la *Eigenbeziehung*, en su dimensión morbosa o enfermiza (*krankhafte*), es la característica primordial e invariable de todas las psicosis paranoicas. Puede observarse no sólo en los momentos de crisis sino en los períodos de estado más o menos estables. Para él, además, es un mecanismo causal, un proceso mental defectuoso que se especifica por la manera de interpretar los enfermos —al margen de las emociones y sin saberlo ni quererlo— las representaciones que le llegan a su conciencia como algo «especialmente relacionado con su propia persona» (*Beziehung zur eigenen Person*).[21]

También el checo Alexander Margulièss buscó un fenómeno o mecanismo único que fuera capaz de explicar por sí solo el origen y los ulteriores desarrollos delirantes. A diferencia de Neisser, este autor siguió la pesquisa de los afectos en los primeros momentos de la paranoia, llegando a la conclusión de que en ese estadio inicial sobreviene la modificación de algunos afectos, en especial la perplejidad, el sentimiento de una desgracia inminente o la inquietud difusa.[22] Aunque no logró más que pergeñarlo, este conglomerado afectivo se bastaría para provocar una «elevación de la atención» que afectaría bien a la experiencia del propio cuerpo o bien a la realidad exterior; en el primer caso se produciría una hipocondría delirante y en el segundo un delirio de relación. Margulièss advirtió, asimismo, que hay algunos casos en los que todo el proceso mórbido se concentra y reduce a la *krankhafte Eigenbeziehung* descrita por Neisser.

Porque prefiere la referencia de los afectos a la de las representaciones, la aportación de Karl Jaspers en su *Psicopatología general* se aproxima más a Margulés que a Neisser. Aunque escribió esta obra con apenas treinta años y contaba con escasa experiencia clínica, Jaspers acertó a leer lo que convenía. De este modo, al analizar los momentos fecundos del desencadenamiento psicótico tuvo presente a los más preclaros de sus coetáneos y predecesores, formulando así una descripción que aún conviene recordar. Como ya había mostrado Neisser, Jaspers propone que en el inicio de la psicosis se advierte ante todo un vacío de significación, vacío que sólo será colmado posteriormente mediante la adhesión ciega a una idea, la cual se convertirá en idea delirante. A este respecto anotó que los sujetos que debutan en la locura se hallan asaltados por sensaciones primarias, por sentimientos vivaces, por disposiciones del

ánimo y cogniciones. En este magma de sensaciones inquietantes, denominado *Wahnstimmung* o humor delirante, se conforma para el sujeto una significación nueva que llega de la mano de la idea delirante. Las palabras que Jaspers escribió a este respecto merecen ser citadas por su excelencia: «En el temple delirante hay siempre "algo", aunque enteramente oscuro, germen de un valor y de una significación objetivas. [...] Surge en el enfermo un sentimiento de inconsistencia y de inseguridad que le impulsa instintivamente a buscar un punto sólido en el que afirmarse y aferrarse. Este complemento, ese fortalecimiento y consuelo lo encuentra sólo en una idea [...]».[23] En la misma línea se sitúa el memorable artículo del holandés Murk Westerterp sobre el proceso y desarrollo en distintos tipos de paranoia, donde señala que el enfermo percibe que hay algo en los acontecimientos «que le concierne a él, aunque no sabe lo que es».[24]

Advertimos en estas palabras la secuencia temporal que va desde la perplejidad o vacío de la significación hasta la plenitud de sentido o significación delirante. Estos dos tiempos, observables en todos los desencadenamientos de la paranoia o de cualquier psicosis delirante, han sido, de una u otra forma, anotados por aquellos de nuestros clásicos que investigaron los primeros pasos del nacimiento a la locura. Conviene advertir, no obstante, que hasta Lacan poco se había dicho de cuanto precede al momento de perplejidad y menos aún de la relación proporcional que se establece entre ésta y la significación absoluta conocida como «certeza delirante».

La misma secuencia se advierte asimismo en la descripción del Pequeño Automatismo Mental o Síndrome de Pasividad desarrollada, con todo lujo de detalles, por Gaëtan de Clérambault. Su marco de observación, sin embargo, no compete a la paranoia sino a las psicosis a base de automatismo o psicosis alucinatorias crónicas. En este otro polo de la psicosis, como mostramos en el capítulo cuarto, Clérambault —tan amigo del desmenuzamiento semiológico extremo— descompuso en dos grupos diferentes los fenómenos iniciales del Síndrome de Pasividad: los fenómenos sutiles, que pueden ser positivos, negativos o mixtos, y los fenómenos ideo-verbales. Todos ellos ponen de relieve la intrusión y la instauración de interferencias, vacías de contenido y anidéicas, que perturban el curso del pensamiento, que lo desdoblan hasta cuartearlo y consolidar una verdadera xenopatía.[25]

No obstante, Clérambault descuidó en su análisis los fenómenos elementales relativos al cuerpo. Ese tipo de experiencias locas que conciernen al cuerpo consisten en «puro ruido», según la propuesta de un esquizofrénico al que atendimos hace algunos años. Las

primeras palabras que nos dirigió, tras unos minutos de tanteo, fueron: «Tengo un ruido aquí», señalando la zona del estómago. Tuvieron que pasar unos meses para que se sintiera cómodo ante nuestra presencia. Entonces, al preguntarle si ese «ruido» lo oían también sus vecinos o sus compañeros de Facultad, nos miró fijamente, por fin, y dijo: «Sí, ése es mi drama. Apareció hace un año, después de una fiesta en la que conocí a una chica, pero desde hace unos meses ese ruido no me deja parar en ningún sitio. No puedo explicarme qué hace ese ruido ahí, no entiendo cómo pueden oírlo los demás». Un año después de aquellas primeras entrevistas desencadenó una crisis psicótica en toda regla: automatismo mental, alucinaciones psicomotrices verbales, etc., es decir, el ruido se hizo verbo. Tras un reducido delirio erotomaníaco logró una cierta estabilidad que le ha permitido trabajar desde entonces, aunque continúa casi tan solitario y ensimismado. Lo que enseña la dramática experiencia de este hombre es, precisamente, que su fenómeno elemental se limita por completo al puro ruido del cuerpo. Cumple éste todas las características clínicas exigibles para ser calificado como tal, las meramente semiológicas y las estrictamente estructurales; se trata de la presencia real del significante en estado bruto, descarnado de toda significación, que conmociona e interpela al sujeto en la forma de la experiencia enigmática o la perplejidad.

Conforme a nuestra experiencia y a las aportaciones de los maestros de la observación en esta materia, en especial a Clemens Neisser y a Gaëtan de Clérambault, el conjunto de fenómenos elementales posee unas características comunes, observables tanto en los que emergen en el polo más esquizofrénico de la psicosis como en los que se arraciman en el polo más paranoico. En nuestra opinión, cinco son las características que presentan todos estos fenómenos. En primer lugar, introducen una discontinuidad en la experiencia subjetiva, es decir, establecen un corte entre el antes y el después. En segundo lugar, el sujeto los experimenta con una convicción o certeza que, según nos dice, no tiene parangón con sus creencias usuales. En tercer lugar y paralelamente, siempre son vividos como teniendo relación con el propio enfermo, razón por la cual no le resultan indiferentes. En cuarto lugar, están al margen de cualquier significación, al menos en su forma inicial, lo que pone de manifiesto que al principio se trata de un vacío de significación o experiencia enigmática en la cual el sujeto se siente inexcusablemente concernido. Por último, no guardan relación alguna con el humor, en el sentido de una alteración depresiva o expansiva previa («al margen de las emociones», escribía Neisser; y algo similar repetía Clérambault cuando resaltaba la propiedad común de ser neutros

desde el punto de vista afectivo o nulos desde el punto de vista idéico, es decir, atemáticos o muy débilmente temáticos).

Junto a esta orientación de la investigación del fenómeno elemental, principalmente destinada a ordenar jerárquicamente la sintomatología del cuadro clínico, el psicoanálisis se ha esmerado en la búsqueda de un mecanismo que organice el conjunto de las manifestaciones. Como es natural, si se progresa en esta dirección y se acierta a cernir algún tipo de cualidad específica de la experiencia psicótica, ese denominador común estará eslabonado con el mecanismo genérico que conforma tan peculiar modalidad de estructuración psíquica. Esta última perspectiva fue desarrollada por Freud, a quien debemos, sin duda, las primeras concreciones cabales en este terreno. Desde sus primeros escritos psicopatológicos pueden seguirse sus pesquisas dirigidas a la elucidación de un mecanismo específico de la psicosis, un mecanismo defensivo cuyo alcance sea equiparable a la represión neurótica o *Verdrängung*. Conforme a los principios de su psicopatología, dicho mecanismo genuino articula dos dimensiones: por una parte, la movilización de la defensa, cuya efectividad es radical; por otra, el fracaso potencial de esa defensa, hecho que de producirse supone un retorno real de lo que previamente fue rechazado en lo Simbólico (*Verwerfung*). En esta orientación estructural de la psicología patológica, iniciada por Freud y desarrollada por Lacan, hallamos el otro pilar esencial para la investigación de los fenómenos elementales. Conforme a ella, en un primer tiempo situamos el proceso de instauración del mecanismo genérico de la psicosis, que es esencialmente silencioso o transfenomenológico; en un segundo tiempo irrumpirán las manifestaciones clínicas que son connaturales a ese mecanismo, al que Lacan denominó *forclusion*.

Según estas coordenadas, en el Seminario que Lacan dedicó a las psicosis encontramos consideraciones muy explícitas sobre el fenómeno elemental, las cuales, superando la fenomenología, contribuyen a establecer una doctrina de la psicosis. La primera de ellas nos indica que la estructura general de la psicosis está ya contenida en el fenómeno elemental. Se vale para ello de una metáfora según la cual estos fenómenos son elementales de la misma manera que lo es, respecto a la planta, cualquiera de sus hojas, pues en todas ellas los detalles de la inserción e imbricación de las nervaduras revelan el conjunto de la planta.[26] De acuerdo con esta propuesta, al analizar las variantes de una simple hoja descubriríamos, indefectiblemente, la planta a la que pertenece. Pues bien, por el mismo procedimiento pero adentrándonos ahora en el

terreno de la locura, la presencia del fenómeno elemental psicótico nos indicaría la existencia de una psicosis, cuya organización general está quintaesenciada en esa matriz primordial.[27]

Tras esta aproximación, del texto de Lacan se desprende que el fenómeno elemental está unido de forma consustancial al problema de la significación, más en concreto al vacío de significación.[28] No se trata, por tanto, de un sentido o una significación que se impone con brusquedad, sino, por el contrario, de una experiencia inicial de perplejidad, de una suspensión de la significación.[29] De darse más adelante, la sistematización delirante servirá esencialmente para rellenar de sentido ese angustioso vacío inicial de significación. Evidentemente, ese relleno de significación, tan tranquilizador en ocasiones, seguirá el itinerario impreso en ese plano en miniatura de la psicosis que llamamos fenómeno elemental.

Además de la significación enigmática, y concediéndole un valor similar, el otro polo del fenómeno elemental destacado por Lacan se sitúa en la certeza inherente a esa experiencia: «Pero, a diferencia de un sujeto normal para quien la realidad está bien ubicada, él tiene una certeza: que lo que está en juego —desde la alucinación hasta la interpretación— le concierne».[30] Como puede apreciarse, el énfasis de estas palabras no destaca el tema o contenido de la certeza, sino esa dimensión de la experiencia según la cual la única certeza inicial que inunda al sujeto es la de estar concernido por eso que le sobreviene y sorprende, por eso que se filtra desde lo Real y que no encuentra ningún parapeto simbólico que le haga frente.

No conforme del todo con estas precisiones, cuatro años después, en su escrito «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», Lacan retomó los términos anteriores (significación enigmática y certeza) para matizar que en el fenómeno elemental se aprecia siempre la anticipación de una significación, la cual adquiere una dimensión proporcional al vacío de significación inicial. Quiere esto decir que cuanto mayor es la perplejidad o experiencia enigmática o ausencia de significación, mayor densidad alcanzará la certeza de sentirse concernido. Lacan redactó esta ecuación en los siguientes términos de la lógica del significante: «Se trata de hecho de un efecto del significante, por cuanto su grado de certidumbre (grado segundo: significación de significación) toma un peso proporcional al vacío enigmático que se presenta primeramente en el lugar de la significación misma».[31]

A nuestro modo de ver, las referencias textuales que acaban de citarse muestran el

clasicismo fenomenológico de las constataciones lacanianas, a las que aportó, superándolas con creces, una teoría del lenguaje y del sujeto que sirve de apoyo a toda su psicopatología estructural. Esta psicopatología, continuadora de los genuinos desarrollos freudianos, se asienta en la descripción de los mecanismos específicos de cada una de las tres estructuras clínicas, cuya discriminación perfila las posibles sendas por las que puede transitar el sujeto en ellas inscrito. En el terreno de la psicosis, como hemos indicado en el capítulo anterior, el mecanismo genérico es la forclusión del significante del Nombre-del-Padre, piedra angular de todos sus avances teóricos y de todas sus indicaciones para el tratamiento de la locura.

EXPERIENCIAS DE CERTEZA Y AXIOMA

Si hasta ahora hemos diferenciado los fenómenos elementales específicos del polo paranoico de la psicosis y los del polo xenopático o esquizofrénico, conviene también distinguir con precisión entre la certeza y el sistema delirante. La mayoría de los psicopatólogos no ven ahí sino una y la misma cosa, como le sucedió a Robert Gaupp cuando analizó la locura de Wagner considerando un delirio sistematizado lo que era una genuina certeza relativa a la degeneración de su estirpe, fruto de la cual se concretó el postulado «Soy zoofílico». Dicha diferencia se basa en el hecho de que todo eventual desarrollo o sistematización delirante presupone siempre la previa concreción de una certeza originaria, de una fórmula que dé título a la potencial novela delirante. De manera que no habría elaboración delirante sin una certeza inicial que encauce la creación de las nuevas significaciones. Por esta razón nos parece que, mientras el sistema delirante puede quebrantarse o llegar a desaparecer, la certeza perdura para siempre, incólume e invariable en cuanto a su fórmula mínima aunque versátil respecto a la trascendencia que el sujeto le conceda en distintos momentos de su vida. Si se admite esta diferenciación, se podrá también entender que existan psicóticos que, en cambio, jamás desarrollarán forma alguna de resignificación o sistematización delirante. Algunos paranoicos querulantes genuinos y muchos melancólicos que no deliran ilustran a la perfección este último supuesto.

La diferenciación entre la fórmula del delirio y el sistema delirante nos pone sobre la pista de las dos dimensiones de la certeza: se trata, en primer lugar, de las experiencias de

certeza y, en segundo lugar, del axioma, de la fórmula o postulado de la certeza. Esta distinción propedéutica, seguramente un poco forzada, puede contribuir a un conocimiento de la dinámica de la psicosis y a situar con claridad las posiciones de salida con las que el psicótico se dispone a desarrollar su locura. Como cabe suponer por cuanto ya se ha avanzado, en lo que atañe a las experiencias de certeza no hay ninguna forma de psicosis que escape a ellas, puesto que sólo la psicosis posibilita el hecho de que puedan darse experiencias al margen de cualquier vacilación y siempre referidas al sujeto. La cualidad de ser vividas como reales, verdaderas y ensambladas al sujeto viene determinada, como es natural, por la particularidad del mecanismo psíquico que las origina, esto es, por la *Verwerfung* o forclusión. Como hemos apuntado unas páginas más atrás, de este mecanismo derivan dos dimensiones que actúan de forma sincrónica: por una parte, el sujeto no se reconoce autor de eso que rechaza de forma radical; por otra, esas representaciones que no han entrado en el proceso de la simbolización le retornan, siendo experimentadas como proviniendo de otro lugar pero aludiéndole, pues al fin y al cabo son sus propias representaciones. En ese sentido se puede afirmar que todas las experiencias de la certeza son testimonios de primera mano o efectos primigenios del mecanismo causal que constituye la estructura psicótica.

El amplísimo conjunto de experiencias psicóticas se corresponde con lo que antes desarrollamos a propósito de los grandes síntomas de la psicosis y también de los fenómenos elementales, ubérrimas manifestaciones cuyo denominador común radicaría en esa particular forma de vivenciarlas. Aun a riesgo de precipitación, parece cabal proponer una sencilla clasificación de todas ellas conforme a las tres grandes categorías de psicosis: en el caso de la esquizofrenia pura o estado esquizofrénico o Síndrome de Pasividad, resultan características las que atañen a la fragmentación y la atomización del cuerpo y del lenguaje; en la melancolía, sea o no delirante, las relativas a la indignidad, la culpabilidad y el autodesprecio; en la paranoia, las referidas al saber y a la verdad, como son la alusión, la intuición, la interpretación y la revelación. A diferencia de tan amplio muestrario de experiencias, las cuales afectan a todas las variantes de psicosis, el axioma de la certeza sólo se observa, en nuestra opinión, en la paranoia y en la melancolía. El uso del término «axioma» resulta aquí muy apropiado por cuanto refiere una proposición que no necesita demostración, cosa que se corresponde a la perfección con la cualidad que el psicótico le atribuye.

Tomando de nuevo la clasificación antes propuesta respecto a las dimensiones de la

certeza, intentaremos aplicarla a continuación a los momentos iniciales de la psicosis, a esos primeros pasos que conducen al loco a una dimensión de la experiencia donde no existe la casualidad. En esos momentos inaugurales se pueden distinguir con cierta claridad los diversos polos de la psicosis, es decir, las distintas posiciones que el sujeto puede asumir en esa estructura.

POLOS DE LA PSICOSIS

Nuestra indagación se centra ahora en las peculiaridades de cada variedad clínica y en su posible explicación, asunto que examinaremos a partir de los dos momentos lógicos de la instauración de las manifestaciones psicóticas: la perplejidad o vacío y la significación. A este respecto, las diferencias entre el estado esquizofrénico y la paranoia resultan muy evidentes.

En el polo esquizofrénico hallamos en esencia a un sujeto pasivo, es decir, a un receptor que experimenta en su encierro interior el filo cortante de lo Real. La experiencia enigmática es su denominador común, cosa que le sucede mientras asiste al desmoronamiento del lenguaje, a la fragmentación del cuerpo y a los movimientos erráticos del goce. Sumido en la perplejidad más angustiosa, el esquizofrénico puro no fabrica ninguna respuesta explicativa, esto es, no consigue introducir ninguna significación relativa a ese vacío que experimenta. Cuanto más capturado está en el Uno, en la soledad por excelencia, menos columbra la existencia del Otro. A falta de ese Otro exterior, todas sus experiencias se circunscriben a la xenopatía del cuerpo y del lenguaje.[32] Sin la cobertura que aporta la distinción de lo Simbólico y lo Real, el esquizofrénico vive a la intemperie de la xenopatía, donde las palabras se han vuelto literales, cosificadas, pura materia que retumba en su pensamiento o se adensa y circula por su cuerpo.

En estos casos, el estado esquizofrénico se mantiene mientras el sujeto sigue siendo pasto de los retornos de ciertos significantes no simbolizados y mientras no se decida —o quizás no pueda— formalizar alguna explicación, limitándose su locura a una continua experiencia de la certeza de esos fenómenos inefables y de intrusión. Al contrario que en la paranoia, donde la presencia permanente del Otro real se torna asfixiante, en el estado equizofrénico la figura del Otro está totalmente desdibujada. En la misma proporción que

flaquea esa referencia de alteridad, se observa cómo la experiencia xenopática se apodera del cuerpo, lo fragmenta y produce esos fenómenos tan llamativos del «lenguaje de órgano» descritos por Freud, o bien cristaliza en un puro Síndrome de Pasividad clérambaultiano. Al contrario que la personalidad total y sin fisuras que nuestros clásicos han redondeado en los rasgos del «carácter paranoico», el esquizofrénico es alguien completamente desgarrado en su identidad yoica y corporal. A falta de una referencia al Otro, el sujeto sumido en el estado esquizofrénico permanece fijado en un circuito cerrado: sus pensamientos le asaltan como proviniendo de otro lugar, el lenguaje cobra vida propia y habla a través de él,[33] el cuerpo que habita deja también de pertenecerle y adquiere una autonomía propia. Absorto en la perplejidad e invadido por la xenopatía, el esquizofrénico sólo puede testimoniar de la certeza de los fenómenos que experimenta. Ahí precisamente localizamos el llamado autismo o «autoerotismo» del esquizofrénico, confinado tras el muro de la ironía que fortifica su drama solitario. El extremo de este estado lo constituye la hebefrenia, donde el déficit de las funciones neuropsicológicas alcanza tales proporciones que en algunos casos no podemos por menos que interrogarnos sobre su posible organicidad esencial; pero también nos animan en dirección contraria las transiciones que algunos sujetos en estado hebefrénico consumado emprenden hacia el polo paranoico.

El esquizofrénico puede permanecer de por vida en la xenopatía, a no ser que consiga inventar algún axioma o fórmula que le permita delirar, en cuyo caso se desplazaría desde el estado esquizofrénico hacia la paranoia esquizofrénica o, como suele decirse, la esquizofrenia paranoide. Eso sucede a menudo cuando «el Otro se introduce en lo real para dirigirle mensajes».[34] La presencia del Otro, aunque sea rudimentaria, puede añadir a la experiencia xenopática una intencionalidad, favoreciendo con ello algún tipo de explicación loca que siente las bases del posterior trabajo delirante. Toda respuesta que reordene las significaciones destruidas sitúa al sujeto con un pie en la paranoia, es decir, en el polo paranoico de la psicosis. Es frecuente observar cómo la perplejidad inicial se esfuma en un instante, siempre y cuando el sujeto haya logrado cernir un pequeño axioma que condense el texto de su certeza sobre el Otro. Esa fórmula contiene una explicación sobre la falta esencial que constituye a su Otro, falta que se siente llamado a colmar. En esta posición híbrida entre la paranoia y la esquizofrenia, la fórmula del delirio es más imprecisa y el sujeto, si bien localiza a un Otro causante de su xenopatía, necesita entregarse a un trabajo delirante que paulatinamente le ayude a cifrar un axioma más

circunscrito; es el caso de muchas formas paranoides que se edifican mediante interpretaciones delirantes.

En la puerta de la entrada del panóptico invertido donde mora el paranoico puede leerse la máxima de Horacio *Tua res agitur* («De tus cosas se trata», o también «Es de ti de quien se trata»). Vaya donde vaya siempre hay miradas que lo siguen y conversaciones que le aluden. El polo paranoico genuino está habitado por un sujeto activo, esto es, alguien que inventa una respuesta frente al enigma inicial. Cualesquiera sean los fenómenos elementales de la paranoia, siempre encontraremos en ellos la presencia de un Otro. Basta que alguien se sienta aludido —aunque no sepa qué se le quiere decir con eso— para que en su fuero interno ya conciba la existencia de un Otro, pues de algún lugar o instancia que no es él mismo tiene que partir la alusión y la referencia. Se entenderá ahora aquella afirmación antes realizada según la cual el paranoico —a diferencia del esquizofrénico— es capaz de cernir un axioma o postulado que sirva de encofrado al delirio que podría llegar a construir. De esa fórmula del delirio surgirá la materia prima empleada en las ulteriores interpretaciones. Al incluir al Otro, el postulado o axioma de la certeza posibilita la creación de las distintas significaciones tendentes a investigar las causas,[35] las intenciones y las finalidades que mueven a ese Otro en sus propósitos gozadores. El delirio así surgido consiste siempre en una explicación de la maldad del Otro que se ha apoderado del sujeto, ese inocente contra quien se ha trabado la más indigna de las calumnias, la más horrenda de las manipulaciones o la más despiadada e injustificada de las venganzas. Incluso en la erotomanía ese Otro termina por revelar su auténtica esencia de malignidad, su sed de goce, la cual sólo puede saciar mediante alguna forma de usufructo del sujeto loco.[36] En la misma proporción que se constituye, se localiza y se inviste un Otro exterior, aumentan las posibilidades de cicatrizar los desgarrones de la identidad que están en la base del estado propiamente esquizofrénico; a diferencia de este estado de desgarramiento, el polo paranoico de la psicosis se caracteriza por la extrema infatuación y el narcisismo más soberbio. Esta polarización entre atomización y reunión, entre pasividad y producción, está en la base de las numerosas transiciones de uno a otro polo y parece indicar que la paranoia es la salida más frecuente del estado esquizofrénico.

Cuando el paranoico se decide al trabajo delirante, a componer un delirio sistematizado, el clínico debe tener presentes dos aspectos que a menudo indican la buena marcha de su creación loca. Se trata, en primer lugar, del aplazamiento —a veces

indefinido— de la realización de esa violencia esencial del Otro. De especial interés resulta, en segundo lugar, la consecución de algún tipo de reconciliación, entendimiento o pacto con el perseguidor, salutífero resultado que consiguen algunas creaciones delirantes, como la alcanzada por Paul Schreber.[37]

También en la melancolía, la enfermedad por excelencia del deseo, puede observarse en ocasiones la concreción de un axioma.[38] A diferencia del paranoico, el sujeto melancólico configura su axioma de certeza en relación con su propio ser considerado como indigno, razón por la cual son frecuentes las referencias a faltas cometidas que no tiene perdón o a la merecida condenación que le espera; uno de nuestros pacientes melancólicos nos aportó la mejor definición sobre la experiencia melancólica: «Vivo en el corredor de la muerte, a la espera de que por fin me ajusticien por mis imperdonables pecados». En este tipo de axioma el sujeto se trata «como a la hediondez del mundo, como al *kakon* fundamental del universo en el que él localiza el goce malo [...] y en este sentido podemos decir que se identifica con la cosa».[39] Los clásicos llamaron la atención sobre la inoperancia e insalubridad de los delirios melancólicos, tal como recogió hace más de cien años Heinrich Schüle: «La diferencia psicológica esencial entre los dos tipos de ideas delirantes es la siguiente: en el delirio sistematizado, el deliro se establece de golpe (incluso si era general y vago al principio); en la melancolía, por el contrario, el delirio es secundario; en el primero es un elemento esencial e indispensable, mientras que en el segundo es accidental y puede a menudo faltar. Una vez creado, el delirio sistematizado alivia al enfermo gracias a la explicación que aporta; pero en la melancolía esa explicación no hace sino añadir un dolor nuevo».[40] Ese «dolor nuevo» sobreañadido resulta evidente en los monstruosos delirios descritos por Cotard y Séglas en pacientes observados en la Salpêtrière.

PSICOSIS ÚNICA

A partir de las posiciones de salida que hemos esbozado, muchas veces el psicótico tendrá ocasión de enderezar el rumbo de su locura. La clínica nos enseña que los casos más frecuentes son precisamente los mixtos o híbridos entre la paranoia y la esquizofrenia, la paranoia y la melancolía, la esquizofrenia y la melancolía. Resulta asimismo frecuente observar un amplio número de transiciones de un polo a otro de la

psicosis, tal como podemos verificar en algunos de los grandes profesores de esta materia, como Schreber (melancolía, esquizofrenia y paranoia), Wagner (melancolía y paranoia) y Rousseau (paranoia y melancolía).[41]

Al mismo tiempo que damos importancia a estas transiciones o movimientos de uno a otro polo, nos aproximaremos a una concepción unitaria de la psicosis, la cual se sitúa en las antípodas de las que en su tiempo defendieran W. Griesinger o B. Llopis. Tanto más lo está cuanto que, según la visión que proponemos, para nosotros es el sujeto quien tiene en sus manos el timón de su locura, el que dispone de la opción de maniobrar con el fin de hacer más soportable su drama. Por tanto, en este modelo unitario de la psicosis se pretende destacar el papel rector del loco en su locura; en ningún caso debe confundirse esta propuesta con una denuncia de la insuficiencia o de la arbitrariedad de las clasificaciones nosográficas, al estilo de Heinrich Neumann.[42]

Los debates sobre la unidad o la multiplicidad de la psicosis se remontan a los orígenes mismos del discurso psiquiátrico. Doscientos años después, no obstante, esta controversia sigue atrayendo la atención de algunos psicopatólogos que se resisten a admitir la inercia imparable del atomismo nosográfico. Al echar una mirada sobre la historia de la clínica mental se advierten, a este respecto, dos períodos diferentes: uno proclive a las visiones unitarias de la locura y otro a las plurales. En efecto, mientras la primera mitad del siglo XIX estuvo dominada por modelos partidarios de una patología mental única, la segunda mitad acogió con gran entusiasmo la propuesta de enfermedades mentales independientes y autónomas.

En los dos primeros capítulos explicamos este cambio de perspectiva a partir del desmoronamiento de la noción unitaria de *aliénation mentale*. A este hecho contribuyó a la asunción de ideales propios de la medicina interna, los cuales se materializaron en el concepto de «enfermedades mentales». Es de destacar que fuera la discordia introducida por la paranoia el principal detonante que dio al traste con las visiones unitarias, tanto en la clínica alemana como en la francesa. Por esta razón, a lo largo del segundo capítulo hemos extraído algunas conclusiones relativas al papel siempre problemático que la paranoia ha desempeñado en el devenir del discurso psiquiátrico.

Todo ese proceso tendente a relegar las concepciones unitarias guarda, especialmente en Francia, una estrecha relación con la implantación de la «mirada filmográfica» en detrimento de la «mirada fotográfica» de los primeros alienistas; ese cambio de perspectiva estuvo esencialmente determinado por el cúmulo de fracasos que arrojó la

investigación anatomopatológica en sus intentos de descubrir la causa orgánica de la alienación. Esta nueva orientación de la mirada hacia las formas evolutivas se convertiría en la semilla de la que germinarían las obras de los grandes nosógrafos, en especial la de Emil Kraepelin, para quien la psicosis consiste en un conjunto de enfermedades diferentes y perfectamente separadas por sus manifestaciones clínicas, sus formas de inicio, de evolución y terminación, amén de su etiología específica aunque jamás demostrada.

A pesar de la penetración generalizada del pluralismo nosográfico y de sus abigarradas taxonomías, la concepción unitaria ha logrado subsistir en los márgenes de la corriente principal. Sin ánimo de ser exhaustivo, las modalidades de pensar esta visión unitaria de la psicosis pueden resumirse en dos. La primera proviene de una concepción etiológico-evolutiva y está fuertemente enraizada en las teorías elaboradas por W. Griesinger. La segunda se desprende de una orientación bien distinta, la de Sigmund Freud, y se edifica sobre la base de una concepción estructural en la que el conjunto de los tipos clínicos de psicosis se articulan entre sí a partir de un mecanismo causal común, la *Verwerfung*; esta concepción ha sido ampliamente desarrollada y perfeccionada por Jacques Lacan merced a su noción de *forclusion du Nom-du-Père*, actualmente en plena renovación. Los comentarios sobre estas dos concepciones nos permitirán aclarar nuestra perspectiva unitaria.

En su conjunto, los desarrollos nosológicos pergeñados por el discurso psiquiátrico a propósito de la psicosis única tienen en común al menos tres aspectos: primero, la existencia de una comunidad de síntomas propios de la psicosis que se manifiestan en cualquiera de sus formas y estados; segundo, una lógica evolutiva donde los trastornos del humor preceden invariablemente a los de la razón; tercero, la progresión de la enfermedad, tanto en su forma como en su fondo, hacia una gravedad creciente.[43] Estos tres aspectos se conjugan y desarrollan en la concepción más depurada de la *Einheitspsychose* de cuantas se han formulado, la elaborada por W. Griesinger a mediados del anteúltimo siglo. Para este autor existían dos grandes grupos de «estados fundamentales de trastornos psíquicos»: los estados emocionales mórbidos y las lesiones de la inteligencia y de la voluntad; unos y otros se enlazaban siguiendo una secuencia en la que «los del primer grupo preceden, en la gran mayoría de los casos, a los estados del segundo, no siendo estos últimos más que la consecuencia y la finalización de los primeros».[44] Dos párrafos más abajo nos advierte el autor sobre el agravamiento

paulatino que sobreviene en aquellos casos en los que la enfermedad se desarrolla siguiendo su marcha habitual: «la locura (*Irresein*) es una enfermedad que sólo se cura en el primer grupo de anomalías mentales primitivas (afectivas); en el caso de llegar hasta los trastornos secundarios que conforman el segundo grupo se vuelve incurable. La primera clase incluye las formas de la melancolía (*Schwermuth*), de la manía (*Tobsucht*) y de los delirios alucinatorios (*Wahnsinns*); la segunda contiene las formas de la locura sistematizada (*Verrücktheit*) y de las demencias (*Blödsinns*)».[45]

Esta misma lógica evolutiva, que principia con padecimientos emocionales (*Gemüthsleiden*) y evoluciona hacia una enfermedad del entendimiento (*Verstandeskranheit*), se aprecia igualmente en los modelos bosquejados por otros autores menos conocidos; es el caso de la *pazzia* de Chiarugi, de la *frenalgie* de Guislain y de la *Einheitspsychose* de Zeller, maestro de Griesinger. Aunque ninguno de estos autores llegó a elaborarlo, todas estas concepciones parecen apuntar al supuesto de que existe un fondo melancólico en toda psicosis, hipótesis muy sugerente que merece una investigación más rigurosa.

El rígido patrón evolutivo establecido por Griesinger se reveló muy pronto vulnerable a las críticas de los nosógrafos alemanes, tan prolíficos a lo largo de la segunda década del siglo XIX. Y no les faltaba razón, pues parece evidente que muchas psicosis debutan con trastornos de la razón y progresan, en numerosas ocasiones, sin mayor afectación del ánimo y fracaso radical del deseo. Pese a incurrir en un error que pone en riesgo la esencia del modelo, Griesinger describió, como nadie había hecho hasta entonces y como pocos lograrían después, el proceso que siguen la representaciones (*Vorstellungen*) que conforman el Yo aún sano hasta «metamorfosearse» en un nuevo Yo trastornado, espacio en el que confluirán las ulteriores representaciones delirantes incurables.

Estos pasajes de Griesinger fueron atentamente estudiados por Freud,[46] a quien tomamos como referencia válida para argumentar a nuestro modo la unidad estructural de la psicosis. Al margen de todo esquema evolutivo, Freud elaboró una psicopatología estructural en la que las formas clínicas están sobredeterminadas por el alcance de la regresión (autoerótica o narcisista) y por los mecanismos que conforman el síntoma (alucinatorios o proyectivos). Sin embargo, desde el ensayo sobre Schreber se puede deducir que tanto las manifestaciones clínicas como la marcha del trastorno están ocasionadas sobre todo por las respuestas que el sujeto elabora ante el cataclismo que ha supuesto su entrada en la psicosis; esta última sugerencia nos servirá para formular

nuestras apreciaciones. En concordancia con lo expuesto, resulta evidente que para Griesinger la psicosis única no tiene más lógica ni sentido que los efectos mórbidos provocados por la enfermedad cerebral (*Gehirnkrankheit*). Para Freud, en cambio, son las modalidades defensivas adoptadas por cada sujeto las que conforman tanto la especificidad de las manifestaciones concretas como la evolución general de su locura.

Aunque quizás los forzamos en exceso, estos argumentos que entresacamos de los textos freudianos nos animan a considerar la psicosis como un fracaso de las representaciones que conforman la identidad del sujeto, fracaso que se pone de relieve en las relaciones con el lenguaje y con el cuerpo, con el deseo, el goce y la pulsión, así como con las gentes y cosas que pueblan el mundo. En el sentido que lo vislumbramos, sólo habría un fallo simbólico común a todas las formas, tipos, estados y momentos de la psicosis. La fórmula canónica y los argumentos más compactos sobre este fracaso los hallamos en ese conjunto de hipótesis etiológicas y patogénicas redondeadas en el término «forclusión del significante Nombre-del-Padre». De este mecanismo causal dimanan todas y cada una de las manifestaciones clínicas propias de la psicosis, cuya configuración particular depende esencialmente del tratamiento que cada loco dé a esos fenómenos de intrusión que tanto le conmocionan al inicio de la ruptura psicótica. Somos partidarios, en síntesis, de un modelo unitario que se asienta sobre el hecho de un defecto simbólico común a todos los psicóticos. Dicha falla puede o no dar pie al desencadenamiento clínico, lo que depende de ciertos malos encuentros sobrevenidos en coyunturas existenciales particulares, ante las que el sujeto no tiene más recurso que precipitarse a la psicosis. Así pues, la arquitectura de la psicosis podría descomponerse en dos partes: la primera, universal, radicaría en el defecto simbólico que origina un mecanismo psíquico genérico cuyas manifestaciones psicopatológicas más habituales son los fenómenos xenopáticos y la autorreferencia enfermiza (*krankhalfter Eigenbeziehung*); la segunda, particular, correspondería al tratamiento loco, efectivo o inefectivo, al que en mayor o menor medida se entrega cada psicótico tras el desencadenamiento.

Conforme a lo que acaba de apuntarse, nos pronunciamos contrarios a cualquier tipo de explicación de la psicosis o locura basada en un determinismo neurobiológico. El principal argumento que funda la perspectiva de la participación causal del sujeto en su psicosis se halla en el análisis de las coyunturas —tan llamativamente constantes y específicas— en las que se desencadena, así como en las variaciones que se producen

gracias al trabajo delirante o a cualquier otra maniobra de reequilibrio emprendida por el propio loco. Las enseñanzas de Schreber, tal como han sido examinadas en el capítulo anterior, constituyen siempre una guía apropiada para poner en jaque cualquier intento de hacer del loco un mero títere de su enfermedad. En su locura se advierten todos los grandes trastornos de la psicosis: la melancolía y las ideas delirantes hipocondríacas del inicio; la gran crisis esquizofrénica sobrevenida tras el nombramiento, en la cual se observa estupor alucinatorio, automatismo mental, delirios de negación, algunas formas tenues de catatonía, etc.; más tarde, como solución a ese estado de atomización, un delirio paranoico completamente sistematizado; por último, en los momentos postreros de su vida, una mezcla de todo lo anterior (melancolía, esquizofrenia y paranoia). Pero todas esas agrupaciones fenomenológicas están sujetas a la lógica interna que el Dr. Schreber imprimió a su construcción delirante, a su trabajo loco para hacer más soportable el drama que aplastaba su existencia. La locura se nutre, en este sentido, de esa brizna de razón que resiste indemne el agravio de la enfermedad. Tal es el motor de las potenciales reconstrucciones destinadas al reequilibrio. El rigor que caracteriza al dicho psicótico halla una de sus expresiones más elevadas en el hecho de que él mismo emprende la compensación del defecto de su armazón simbólico, para lo que se vale a menudo de las palabras del delirio y de los escritos, pretendiendo suplir así con sus propios significantes aquellos otros que le faltan y que han determinado ese desgarrón definitivo en su acontecer vital.

Cierto que no todos los locos cuentan con los recursos personales del Dr. Schreber; cierto que no todos hacen gala de su catadura moral. Wagner, el asesino paranoico, eligió matar antes que matarse y antes también que delirar. La ética y la patología mental se cruzan en el mismo sujeto a la hora de algunas elecciones, pero ambas se asientan en pilares bien distintos: la paranoia no es la responsable del asesinato, ni el asesinato se puede justificar con la paranoia. Ante una persecución sin piedad, unos pasan al acto, agrediendo o agrediéndose; otros, en cambio, nos piden el ingreso, solicitan más atención, más drogas para frenar su empuje aniquilador. Antes que apelar invariablemente a su estado mental alterado, damos por seguro que estas diferencias deben anotarse en el haber ético de cada sujeto; la responsabilidad del psicótico constituye, en último extremo, la huella más indeleble de la subjetividad, lo que nos hace tan dignos y también tan miserables.[47]

Estos y otros muchos argumentos favorables a la unidad estructural de la psicosis

guardan, en nuestra consideración, una mayor fidelidad a los hechos clínicos. Por una parte, pueden facilitarnos la explicación de cuantas variaciones y transiciones se sucedan en el curso de la psicosis entre los polos del humor y de la razón, o viceversa. Asimismo, la perspectiva unitaria favorece y consolida el binomio esencial de cualquier proyecto psicopatológico, es decir, la oposición entre neurosis y psicosis. Permite también adoptar la distancia adecuada respecto a la proliferación de nosografías demasiado apresuradas y cambiantes, las cuales, más que suponer un progreso, indican la confusión reinante. Finalmente, este tipo de concepciones facilita una mejor aprehensión de la estructura en su conjunto, al tiempo que perfila las posibles oscilaciones comandadas por cada sujeto particular entre los polos de la razón (esquizofrenia y paranoia) y del humor (melancolía y excitación).

Nos parece asimismo que nosotros, los clínicos, tenemos la posibilidad de intervenir a la hora de favorecer o de frenar las respuestas y los movimientos del psicótico, sea para encauzar su creación o para limitarla. ¿No se advierte, acaso, que durante las últimas décadas los psicóticos se parecen cada vez más a los débiles mentales? ¿Tendrá algo que ver eso con los tratamientos farmacológicos abusivamente empleados?

CRÍTICA DE LA CONCEPCIÓN FENOMENOLÓGICA DEL DELIRIO A PARTIR DE LA TESIS DE FREUD

Abundantes en las páginas precedentes, nuestras referencias al delirio han destacado sobre todo la propiedad de recurso subjetivo para inventar nuevas significaciones potencialmente estabilizadoras. Que ese proyecto reconstructivo, mediante el trabajo de la razón, constituya en sí mismo la más loca de las empresas posibles, no empaña en absoluto la decisión inicial de ese sujeto desesperado que pretende edificar una fortaleza precisamente con los cascotes que ha rescatado de su antigua e inhóspita morada. El valor de su edificación significante no debe medirse por sus formas externas, sean centrífugas o centrípetas, expansivas o reductoras, pues también hay delirios minimalistas; de tener algún valor, éste vendrá determinado por la función de cobijo que reporta al delirante. Como cualquier otra formación sintomática, el delirio se especifica por la función que desempeña. Con excepción de la certeza y la función del delirio, el resto de rasgos y características fenomenológicas con que suele describirse son completamente secundarios y cuestionables.

También coinciden en torno al delirio nuestros planteamientos clínicos e históricos: los primeros, merced al papel preponderante que juega en la psicosis; los segundos, porque la teoría freudiana del delirio supuso un antes y un después en el devenir histórico de la psicopatología, ruptura hasta tal punto radical que, desde entonces, sólo cabe posicionarse a favor de Freud o contra él.

Dos siglos después de las primeras aportaciones descriptivas y teóricas surgidas de la fenomenología mental, bien vale el esfuerzo de ponderar el rigor de las definiciones sobre el delirio que se han venido difundiendo en el marco de la psicopatología psiquiátrica. Con Kraepelin y Jaspers se alumbró una descripción de sus características consustanciales que se ha vuelto, para muchos, incuestionable. Dicha visión, capital en la fenomenología de las psicosis, se transmite sin mayores cuestionamientos de una generación a otra.[48] Casi cien años después de los textos de Kraepelin y de Jaspers, las clasificaciones internacionales más extendidas (*D.S.M.-IV* y *C.I.E.-10*), así como la tecnología extraclínica de los *S.C.A.N.*,[49] recogen sobre este particular los mismos argumentos definitorios. Aun dándose toda esa concordancia, nos parece oportuno revisar y valorar la definición tradicional del delirio.

En contraste con los términos y características con que se describe el delirio, en las lenguas principales de la psicopatología existe cierta confusión a la hora de designar los fenómenos delirantes. Cierto es que en las lenguas romances disponemos de un único término (‘delirio’; en francés *délire*) para nombrar síntomas, cuadros y estados bastante heterogéneos, ya sea que aludan a las alteraciones globales de la experiencia perceptiva determinadas por infecciones o por intoxicaciones (la *phrenitis* de los griegos), o bien a las ideas delirantes más o menos organizadas.[50] Conforme a esta vía determinada por el idioma, acostumbramos a diferenciar dichas experiencias subjetivas atendiendo al adjetivo que le añadamos. En cambio, en alemán e inglés se usan dos términos: *Wahn* y *Delirium*, y *delusion* y *delirium*, respectivamente. Por el hecho de existir esta doble opción, se reservan *Delirium* y *delirium* —equivalentes a la mencionada *phrenitis*— para aquellos delirios surgidos en un trastorno de la conciencia, mientras que *Wahn*[51] y *delusion* se emplean para referir las ideas delirantes cuando obedecen a un trastorno del juicio. No todos los autores están, sin embargo, conformes con la distinción apuntada, pues H. Ey, entre otros, considera que para hablar con propiedad de *Wahn* o *delusion* es necesario que se dé un trastorno de la conciencia. De estas discrepancias se colige que el debate trasciende los aspectos meramente terminológicos, ya que ponen de manifiesto

ciertas posiciones doctrinales enfrentadas.[52] Asimismo, fuera del discurso psiquiátrico, algunos psicoanalistas han tratado de afianzar la oposición frontal entre el delirio psicótico y el *delirium* neurótico, cosa de la que nadie duda, aunque el término *delirium* sea, de todos los posibles, el que menos conviene en este caso.[53] Ahora bien, aun teniendo en consideración todas estas disquisiciones terminológicas y semiológicas, con respecto a la esencia misma del delirio las cosas siguen un tanto oscuras.

A lo largo de estos dos siglos de psicopatología, el inicial macroconcepto «delirio» ha ido paulatinamente circunscribiendo parcelas más específicas. Mientras que para Pinel y Esquirol equivalía *grosso modo* a alienación mental, sus sucesores promovieron varias divisiones y oposiciones que siguen utilizándose en la actualidad. Un cambio en la concepción del delirio llegó como consecuencia de la obra de J.-P. Falret, innovación que abrió las puertas a una nueva visión pluralista de la patología mental.[54]

Las oposiciones a las que aludíamos en los párrafos anteriores, es decir, el proceso de transformación de «el delirio» en «los delirios», pueden sintetizarse según las siguientes coordenadas:

1. *La separación entre los delirios crónicos y los delirios agudos*. Frente a aquellos delirios que se caracterizan por la organización estable del cuadro clínico a lo largo del tiempo, como el descrito por Lasègue a propósito de los perseguidos, Georget mostró algunas de las características más relevantes del *délire aigu*.[55] A partir de 1886, la noción de *bouffées délirantes des dégénérés*, creada por V. Magnan, concretó una parcela dentro de ese tipo de delirios agudos. Tales arrebatos o fogonazos delirantes, para los que no se encontraba una causa desencadenante, tenían de particular el polimorfismo,[56] la volubilidad y la exuberancia, además del insomnio, las marcadas oscilaciones del humor y una remisión tan brusca como la que se observaba en su inicio.[57] Diferente a las *bouffées* de Magnan, Chaslin aisló, en 1895, la *confusion mentale primitive*, categoría clínica en la que agrupó un conjunto de trastornos de distinta etiología caracterizados por las alteraciones del pensamiento conceptual, la desorientación en el tiempo y en el espacio, la obnubilación de la conciencia, el estado de perplejidad, la emergencia de delirios, los trastornos de la memoria y los falsos reconocimientos.[58] Distinto, a su vez, de los cuadros que acaban de apuntarse, desde 1893 E. Régis especificó las características clínicas y etiológicas del *délire onirique*, estado en el que confluyen cierta confusión y un delirio de ensueño, como si se tratara de un «verdadero sueño prolongado».[59]

Una especial relevancia contienen las apreciaciones acerca del pronóstico apuntadas

por Chaslin. Según este autor, existe una evidente incompatibilidad entre la discordancia y los cuadros agudos. Quiere esto decir que cuando se advierte *dicordance* —por ejemplo entre los temas delirantes y los afectos en juego— en el inicio de algunos trastornos, lo más probable es que se trate de las primeras fases de algún tipo de delirio crónico.[60]

Por lo que hace a las descripciones y teorías de los autores alemanes, austriacos y suizos, resulta habitual en ellos el empleo del término *Amentia*, propuesto por Theodor Meynert[61] para designar un cuadro de confusión (*Verwirrung*) alucinatoria muy similar a las *bouffées* de los autores franceses. A decir de este autor, la *Amentia* define un déficit de las asociaciones lógicas y una «disociación de la organización afectiva», déficit que origina la confusión alucinatoria puesta en marcha tras un traumatismo psíquico. Por otra parte, aquellos cuadros más parecidos al onirismo de Régis fueron, por lo general, incluidos dentro de las reacciones exógenas descritas por Karl Bonhoeffer.[62]

A pesar de los términos propuestos y de la caracterización de estos delirios súbitos, una cierta confusión siguió reinando a la hora de establecer demarcaciones precisas dentro de este grupo heterogéneo de cuadros agudos.[63] Buena parte de esta confusión radica en el hecho de considerar suficiente el análisis fenomenológico, siempre limitado a la aprehensión de signos realizada por el observador. Si tomamos como referencia, por el contrario, el modelo psicopatológico de las estructuras clínicas e incluimos en nuestro análisis la experiencia subjetiva, esa complicación bien podría evitarse. Conforme a este parecer, resulta legítimo concebir que en algunos casos puedan coincidir una psicosis y una enfermedad orgánica. Cuando se trata de un cuadro orgánico (infeccioso, tóxico, etc.), las pruebas médicas y el estudio anamnésico suelen sacarnos de dudas. En cambio, cuando el cuadro clínico consiste en una formación creada por el sujeto, únicamente la localización de los fenómenos elementales, la xenopatía alucinatoria, la autorreferencia enfermiza, la certeza, la función reconstructiva del delirio y la ausencia de neurosis infantil, nos permiten confirmar el diagnóstico de psicosis o locura. Con todo, las complicaciones diagnósticas más intrincadas suelen presentarse a la hora de distinguir la psicosis de ciertas formas de neurosis histérica de tipo crepuscular o disociativo.[64]

Conforme a lo que apuntaremos a continuación, la relativa confusión respecto a los cuadros agudos contrasta con la uniformidad de las descripciones del grupo de los delirios crónicos pergeñada por la psicopatología francesa.

2. *La demarcación y clasificación de los delirios crónicos en función de sus temas,*

su evolución y sus mecanismos. Tal como advertimos en el capítulo segundo, en virtud de la novedad que introdujo y de la magnífica descripción del sentir y razonar del delirante, el texto de Lasègue sobre el delirio de persecución se convirtió en el referente fundamental para las siguientes generaciones de alienistas. Aunque hoy día nos parezca banal organizar los delirios tomando como único criterio los temas más destacados, lo cierto es que en aquellos años fue la vía por él abierta la que daría pie a otros autores —en especial a A. Foville[65] y a H. Legrand du Saulle—[66] para intentar precisar otras unidades temáticas.[67] Queriendo superar a Lasègue, V. Magnan creó el controvertido *délire chronique à évolution systématique*.[68] Muchos fueron los autores que alabaron la precisión descriptiva y la matizada planificación teórica de los pasos evolutivos de este delirio crónico; también fueron numerosos los que comprobaron su artificiosidad. En esta encrucijada surgió una nueva variante de análisis psicopatológico, la cual acentuaba el mecanismo psicológico más sobresaliente del cuadro clínico. A resultas de esta novedosa metodología habría de construirse otra clasificación de los delirios crónicos. Se trataba en este caso de discriminar, de forma un tanto forzada a veces, si el mecanismo esencial era de tipo interpretativo, alucinatorio, imaginativo o pasional. De hecho, en la actualidad se siguen considerando estas contribuciones como el mayor patrimonio de la psicopatología francesa en lo que respecta a los delirios.[69]

Con el trasfondo de las diferenciaciones que acaban de apuntarse, durante las primeras décadas del pasado siglo se sistematizaron las características principales de los delirios propios de la psicosis. La mayoría de autores suele atribuir a Emil Kraepelin el origen de la actual concepción psiquiátrica del delirio.[70] Aunque sean muchas las opiniones sobre el delirio surgidas en el seno de la clínica francesa y la alemana,[71] en especial las de Séglas[72] y Krafft-Ebing,[73] limitaremos nuestros comentarios a las dos más importantes: la de Kraepelin y la de Jaspers.

Emil Kraepelin definió y delimitó —en especial en las últimas ediciones de *Psychiatrie* —[74] el delirio *(der Wahn)* como un error que se ha engendrado de manera patológica y que resiste cualquier argumentación destinada a probar su falsedad. Tres fueron los elementos que consideró inherentes al delirio; todos ellos han sido en ocasiones criticados, aunque siguen arguyéndose cuando se pretende definirlo: 1, idea errónea; 2, origen patológico; 3, incorregible. Conviene, por el momento, percatarse de la tautología en la que incurren los dos primeros, así como de la precipitación que supone juzgar una

idea como errónea o falsa por el solo hecho de concordar o no con el sentido común; sólo el tercer elemento, la incorregibilidad, se presta a un examen propiamente clínico.

Junto con la aportación de Kraepelin sobre el asunto que tratamos, la de Jaspers constituye con seguridad la que más hondo ha calado en la psicopatología psiquiátrica. De hecho, ambas siguen presentes en la gran mayoría de estudios que se realizan en la actualidad.

Los detalles fenomenológicos descritos por Jaspers —incluso aquéllos que no alcanza a nombrar aunque parece intuir— poseen, en nuestra opinión, un mayor discernimiento que los aportados por el catedrático de Múnich. Parte Jaspers de una afirmación contundente: «el delirio es una *transformación en la vasta conciencia de la realidad* (que se anuncia secundariamente en juicios de la realidad) [...]».[75] Aunque coincide plenamente con Kraepelin cuando subraya que las ideas delirantes son juicios falseados de manera patológica —siguiendo la tradicional indicación de Calmeil—,[76] apunta los siguientes caracteres «externos»: «1, La convicción *extraordinaria* con que se afirma uno en ellas, la *certeza subjetiva incomparable*. 2, La condición de *no influibles* por la experiencia y por las conclusiones irrefutables. 3, La *imposibilidad* del contenido».[77]

Al examinar con detalle esos tres caracteres externos, llega Jaspers a la conclusión de que existen dos tipos de «origen» del delirio, acordando establecer dos grandes grupos, los cuales siguen orientando a muchos clínicos: «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 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*, a los últimos, auténticas *ideas delirantes*».[78]

Pese a haberse convertido en una mala costumbre despachar a Jaspers una vez que se han citado las características «externas», sus aportaciones más substanciosas se pueden leer dos páginas más adelante. En efecto, nos describe ahí el autor ciertos fenómenos elementales que aparecen en los primeros pasos de la enfermedad, sea en la forma de sensaciones primarias, de sentimientos vivaces, de disposiciones de ánimo o de cogniciones; lo cierto es que se produce en el enfermo una transmutación de las significaciones hasta consolidarse una nueva: la idea delirante. En esos primeros momentos fecundos del desmoronamiento psicótico, una transformación radical

conmociona la conciencia de las significaciones que afluyen, hecho que Jaspers trata de perfilar mediante la descripción de tres categorías. En primer lugar, las «percepciones delirantes», esto es, la precipitación repentina de significaciones nuevas, las cuales van desde las más inespecíficas y sombrías hasta el más notorio delirio de observación y autorreferencia. En segundo lugar, las «representaciones delirantes», es decir, los recuerdos de la vida, a veces refulgentes, que aparecen con nuevas coloraciones y significaciones. Por último, las «cogniciones delirantes», forma habitual en la que se producen los contenidos de una vivencia delirante profunda, como por ejemplo el sentirse en posesión de conocimientos de enorme alcance. Tal es la aproximación más específica que realiza este autor cuando intenta describir los modos perceptivos e ideativos, puesto que la experiencia delirante primaria no puede ser aprehendida por el hecho de que sobrepasa nuestra comprensión.

Como habrá podido advertirse, la distinción entre las ideas delirantes auténticas y las ideas de apariencia delirante o deliroides deriva del siempre polémico concepto de comprensión, a su vez vinculado al «desarrollo de la personalidad». Esta construcción conceptual se aprecia de forma diáfana en los historiales clínicos de pacientes afectados de delirios de celos. Al examinar a estos delirantes, advierte Jaspers diferencias radicales entre ellos. En algunos de esos casos el cuadro clínico se caracteriza por las ideas deliroides y porque el observador puede comprender el desarrollo patológico de esas personalidades (casos Fischer y Knopt); pero también existen otros (casos Klug y Mohr) cuyas ideas delirantes auténticas han surgido bruscamente de un «proceso», razón por la cual el clínico sólo podrá dar de ellos una «explicación». A este respecto, el autor anota: «cuando concebimos la vida anímica, podemos hacerlo de dos modos: 1, o bien nos colocamos dentro del otro, lo sentimos, lo "comprendemos", y también consideramos los elementos de los fenómenos psíquicos (que por lo demás tienen que ser siempre considerados simultáneamente desde el punto de vista psicológico desde "dentro") en su correlación y en su secuencia, como datos, y los "comprendemos" (aún sin esta correlación) por una empatía determinada, por colocarse dentro. 2, "Captamos" (*begreifen*) algo a la manera como lo hacemos con las correlaciones del mundo físico, en la medida en que pensamos en un trasfondo objetivo que está en la base de lo "físico, inconsciente" o inanimado, y cuya característica esencial sería que no podemos colocamos dentro de él. [...] El primero nos suministrará el concepto de "desarrollo de personalidad", y el segundo, el de "proceso"».[79]

Al hacernos eco de estas consideraciones pretendemos llamar la atención sobre el uso que algunos clínicos les han dado en su práctica, hecho que posiblemente desborda la propuesta originaria del autor. Si Jaspers partió de disquisiciones psicopatológicas para oponer las auténticas ideas delirantes (surgidas de un proceso y no comprensibles) a las ideas deliroides (debidas al desarrollo de una personalidad y comprensibles), muchos de sus seguidores han venido sustentando tal oposición cuando comprenden o cuando dejan de comprender, invirtiendo así la secuencia: si comprenden, entonces se trata de ideas deliroides surgidas en el desarrollo de una personalidad; ahora bien, cuando no comprenden es que están ante verdaderas ideas delirantes, procesuales, causadas por una enfermedad orgánica.

De siempre ha resultado muy controvertido el concepto de «comprensión», como lo prueba el hecho de que algunos comprenden o entienden la lógica interna de un trastorno (Freud, Bleuler y Binswanger, por citar algunos) y otros no comprenden nada o casi nada de los mismos casos.[80] Por otra parte, si comprender supone identificarse o empatizar con las experiencias del psicótico, tal como se desprende de Jaspers, es necesario estar advertido de los efectos perniciosos que ello puede acarrear sobre el paciente.

Las ideas de Jaspers alcanzaron importantes ecos entre los autores alemanes, en especial entre los psicopatólogos de la Clínica de Heidelberg. Muy próximos a Jaspers, tanto Hans Walter Gruhle como Kurt Schneider aportaron determinadas matizaciones respecto a la transformación vivencial que sufre el psicótico. Extremando incluso los argumentos jaspersianos, Gruhle no dejó de ver en el delirio el resultado de un proceso cerebral ajeno a toda comprensión. Según su parecer, lo esencial del delirio radica en una vinculación anormal e injustificada entre dos acontecimientos que cristalizan merced a una percepción patológica.[81]

Mayor es el interés, desde luego, que posee la amplia obra de Kurt Schneider sobre esta materia. Existen, en su opinión, dos formas fundamentales de delirio: la «percepción delirante» y la «ocurrencia delirante». Consiste la primera en un trastorno del pensamiento que radica en la atribución de un significado anormal a una percepción real, la mayor parte de las veces en el sentido de la autorreferencia, sin ninguna causa comprensible en términos racionales o afectivos; tal forma de delirio es consustancial y propia de la esquizofrenia. Por su parte, las ocurrencias o intuiciones delirantes —equivalentes a las cogniciones en Jaspers— son ideas delirantes súbitas, difíciles de delimitar y en absoluto patognomónicas de esquizofrenia; se trata de ocurrencias como la

vocación religiosa o política, las relativas a poseer dones especiales, a sentirse perseguido o amado, etc.[82]

A renglón seguido asalta al autor una sencilla pregunta que, no obstante, entraña disquisiciones de amplio alcance: cuando se produce una intuición con visos de posibilidad, es decir, acorde con la realidad, ¿cómo distinguirla de una intuición delirante? La respuesta que nos ofrece Schneider se cierra formando un bucle, puesto que no se le ocurre mejor respuesta que apelar al grado de extravagancia y de falsedad.

Bien a las claras se aprecia en esta elaboración, fruto de uno de los más grandes de la clínica de la mirada, los límites de la metodología en que se sustenta. Pues el análisis fenomenológico, por más afinado y concienzudo que sea, rebota siempre en el mismo muro: el del sujeto con quien no se cuenta más que como foco emisor de fenómenos que el observador capta o intuye. En ese permanente rebote que termina por hipnotizar al observador, la fenomenología no consigue relacionar los signos morbosos ni con la afectación que le producen a dicho sujeto, ni con las respuestas particulares que éste potencialmente posee. Queda así el sujeto reducido, para decirlo de manera rápida, a un mero objeto de observación. Se instituye en este paso una perversión en la lógica que debe presidir la clínica o diálogo con el doliente, ya que en lugar de pedírsele cuentas de los fenómenos que produce, es el propio clínico quien desde su subjetividad los pondera y clasifica. Una nueva desnaturalización de la práctica clínica se advierte cuando el observador, sin poder ya echar mano de la guía semiológica, tiene que apelar a la siempre equívoca comprensión o a la supuesta realidad de la que se cree garante, cuando no a la extravagancia y a la absurdidad de las ideas. De esta manera, el proceder que parece imponerse en la discriminación diagnóstica de los fenómenos más enrevesados de la psicosis acaba por desplazarse siempre a otros fenómenos y, al final, el desconcertado observador termina por remitirse a la «totalidad de la experiencia» en tanto que plausible o probable.[83]

Una vez se han expuesto las concepciones del delirio más arraigadas y difundidas —las de Emil Kraepelin, Karl Jaspers y Kurt Schneider—, nos proponemos ahora examinar con detalle dos de los tres criterios utilizados para definir el delirio en la psicopatología psiquiátrica: la incorregibilidad y la imposibilidad del contenido o alteración de la realidad; de la certeza subjetiva incomparable, con la que estamos del todo conformes, ya nos hemos ocupado ampliamente en las primeras páginas del capítulo.

Atribuir al sistema delirante el carácter de inquebrantable es algo absolutamente

desmentido por la experiencia de los psicóticos. Sobre este particular, no sólo el psicoanálisis ha aportado numerosas constataciones al respecto, sino que también la clínica clásica ha puesto de manifiesto frecuentes excepciones, incluso en el terreno de la paranoia. Tan desproporcionada contradicción entre las enseñanzas de la clínica y la inmovilidad teórica requiere un atento examen.

Pero antes de comenzar a hilvanar algunas reflexiones críticas, conviene primero tener presente la diferenciación que antes establecimos entre el sistema delirante y la convicción delirante o certeza. El sistema delirante es el resultado del trabajo desarrollado por un sujeto, siempre motivado por una búsqueda de reequilibrio; la certeza delirante, en cambio, es la matriz mínima que condensa todo potencial desarrollo del delirio, aunque no siempre éste alcance a desplegarse. Conforme a este parecer, resulta evidente que el sistema delirante como tal varía o puede variar, se sepa o no explicar su porqué; pero lo que jamás varía y resulta por completo inquebrantable es la certeza sobre la que se origina todo trabajo delirante.[84] Aun siendo esto evidente, la mayoría de los clínicos mezclan ambas dimensiones, confusión de la que resulta, en buena medida, la afirmación relativa a la incorregibilidad de los delirios.

A esta confusión ha contribuido, desde luego, la teoría de Jaspers. Para este autor, el verdadero delirio es incorregible debido a la «alteración de la personalidad» que le es consustancial, ya que la idea delirante auténtica se compone de dos porciones: la vivencia delirante primaria y la transformación de la personalidad.[85] Ahora bien, aun admitiendo la así llamada transformación de la personalidad, eso no implicaría la incorregibilidad del sistema delirante, a no ser que estimemos que el sujeto permanece congelado en el instante del inicio del delirio. Como es natural, le suceden distintos contratiempos, los cuales tienen a veces efectos que el sentido común calificaría de paradójicos; también interpreta, inventa, crea, se detiene, pasa al acto. Sobre este particular llamó la atención Lacan al afirmar: «el sistema delirante varía, hayámoslo o no quebrantado. [...] La variación se debe a la interpsicología, a las intervenciones del exterior, al mantenimiento o a la perturbación de cierto orden en el mundo que rodea al enfermo».[86]

Que el sistema delirante cambie, se expanda o se reduzca, que el delirante continúe de por vida escribiendo su novela delirante o se jubile del delirio parece un hecho probado cuando se estudian con detenimiento los casos de Wagner, Aimée y Schreber, controversia a la que esperamos haber aportado suficientes elementos para la reflexión en los capítulos precedentes.

Además, para no caer en la simpleza de considerar que sólo en un calmado entorno puede restañarse el alma del delirante, evocaremos a continuación un caso en el que las más adversas circunstancias de la guerra fueron las que favorecieron la brusca caída de un delirio de persecución alucinatorio. Se trata de Auguste, un paciente de Charles-Louis Trepsat,[87] que experimentó en un ambiente de violentas emociones una mejoría de su estado mental, «perdiendo toda convicción mórbida» y reconociendo, incluso, la naturaleza patológica de los trastornos delirantes y alucinatorios que venía presentando, de modo agudo, desde muchos años antes. Trepsat concluye su informe asegurando, con firmeza, que la ayuda prestada a su paciente para que reingresara en la Armada fue, aunque temeraria, la solución definitiva que provocó la desaparición de las convicciones delirantes.

La literatura psicoanalítica aporta sobre este asunto numerosos informes de tratamientos que han culminado en distintas formas de estabilización, a menudo sobrevenidas a consecuencia del trabajo delirante. Este argumento demuestra con claridad que las respuestas del sujeto pueden modificar, reducir o minimizar el sistema delirante. Sólo por el hecho de considerar la función que cumple el delirio para el delirante se abren innumerables posibilidades terapéuticas, en concreto porque eso supone restaurar la confianza en el trabajo del sujeto. No es éste el parecer, lamentablemente, que encarrila la práctica psiquiátrica actual, cuya querencia por dejar sólo en manos de agentes externos —la psicofarmacología— la solución de un drama tan personal, reduce, en nuestra opinión, las posibilidades de reequilibrio.

Expuestos todos estos argumentos, conviene examinar ahora las razones que determinan la obstinación de la que hace gala determinada clínica psiquiátrica cuando, contra toda evidencia, sigue defendiendo el criterio de incorregibilidad, incluso tras el *boom* de los neurolépticos. Aunque pudieran ser otros los móviles, cómo no ver en esta cerrazón —otro tanto sucede con el error del juicio y el trastorno de la realidad— una maniobra para seguir sosteniendo la existencia de enfermedades mentales en el sentido más naturalista. Es precisamente en este punto donde conviene tener presente la derivación de las ideas de Jaspers sobre las auténticas ideas delirantes hacia procesos cerebrales ajenos a toda comprensión, tal como afirmó Hans Gruhle. ¿Qué enfermedad delirante sería aquélla potencialmente quebrantable por la palabra, aquélla que no se edifica sumando errores sino mostrando un «grano de verdad», aquélla que no trastorna la realidad sino que es testigo directo de lo más ominoso de lo Real? Han sido los

psicoanalistas, y muy especialmente Lacan y sus epígonos, quienes, al llevar a cabo largas curas de psicóticos, han tenido ocasión de proponer respuestas plausibles no sólo al porqué del desencadenamiento en tal momento preciso, en tal o cual coyuntura, sino también respecto a las razones que determinan las remisiones y las estabilizaciones.

El otro argumento que se usa para definir el delirio sostiene la imposibilidad del contenido o la alteración de la realidad. Según nuestro parecer, tal argumento lastra un antiguo prejuicio según el cual la idea delirante es, ante todo, una idea falsa o errónea. Parece pertinente que dediquemos unas palabras a este prejuicio antes de examinar la alteración de la realidad en el delirio. En efecto, con demasiada ligereza los autores clásicos unieron la certeza con el error del juicio o la idea falsa. La indignidad que consume al melancólico, la persecución de la que es objeto el paranoico, las maniobras que experimenta en su cuerpo y en su pensamiento el esquizofrénico, todas estas certezas son consideradas ideas erróneas, es decir, irreales. Haciéndose eco de una amplia tradición, Calmeil propuso que el delirio consiste en una asociación de ideas falsas aunque correctamente deducidas. Pero cuando se trata de fundamentar la falsedad de una idea, en lugar de recurrir a la lógica se apela a la evidencia: «La idea falsa se transforma en idea delirante cuando choca con la evidencia».[88] Este argumento simplista se demuestra inexacto en la clínica, en la medida en que una idea ajustada a la realidad común puede también constituir el corazón de un delirio. Por más extravagante, ilógica o errónea que sea, ninguna idea se basta por sí misma para calificar a quien la enuncia de delirante, pues no hay ideas delirantes sino —como acertadamente escribió Maleval— sujetos delirantes.[89]

Al desarrollar este hilo argumental se amplía cada vez más la distancia entre el loco y el ignorante: nada tiene que ver quien no es capaz de reconocer como suyas las propias producciones y quien haciéndolo no discierne, por falta de conocimientos, lo que es falso de lo verdadero. Pero el drama del psicótico no termina en ese desconocimiento, puesto que en la misma proporción que rechaza, lo rechazado se le presenta de una forma inexcusablemente autorreferencial. De manera que todas las certezas tienen siempre el mismo denominador común: más allá de la supuesta falsedad denunciada por el observador, el sujeto se siente concernido, infatuadamente concernido.[90] Ahí radica, a nuestro parecer, el argumento esencial y diferencial del delirante: su certeza subjetiva de estar en el centro de los avatares que le suceden, mientras que el sujeto normal tiene la posibilidad de engañarse respecto a ciertas realidades que le comprometen. A medida que

trasladamos el énfasis de la falsedad del juicio a la certeza, estamos en mejores condiciones de entender aquellas expresiones de Freud: «en todo delirio se esconde un granito de verdad»[91] y «[los locos] aman su delirio como se aman a sí mismos».[92]

Heredero de esta vinculación entre delirio y error, el argumento de que los delirantes están «fuera de la realidad» no deja de ser orientativo en numerosos casos. No obstante, como criterio definitorio deja mucho que desear pues siempre se puede hallar algún ejemplo para objetarlo, en especial cuando observamos algunos delirios que parecen muy apegados a la realidad común o cuando muchas ideas de los sanos se nos antojan auténticas chaladuras. A este respecto las palabras que escribiera F. Leuret son reveladoras: «En una primera aproximación, nada parecía más fácil, al escribir este libro, que redactar un capítulo sobre la falsedad de las ideas [delirantes]: su carácter, evidentemente absurdo, debía en mi opinión ser considerado como uno de los elementos del delirio. Pero a medida que progresaba se me presentaban múltiples dificultades; con trabajo conseguía solventarlas, y he trabajado, pero lejos de avanzar me he confundido cada vez más. No me ha sido posible, pese a mis intentos, distinguir por su sola naturaleza una idea loca de una idea razonable. He buscado, tanto en Charenton, como en Bicêtre, o en la Salpêtrière, la idea que podría parecerme más loca; después, cuando la comparaba con bastantes de las que circulan por el mundo, me quedaba sorprendido, casi avergonzado, por no encontrar ninguna diferencia. ¿Ocurriría lo mismo con las ideas de los sabios? [...]; permítaseme decirlo, pues es cierto: [los sabios] tienen algunas veces ideas locas, tan locas como las de los alienados».[93] Teniendo en cuenta esta observación, cuando se pretende fundamentar la existencia de un delirio en la alteración de la realidad conviene, en virtud del rigor argumental, dejar claro qué se entiende por realidad.

Evidente resulta que juzgamos la realidad de nuestros semejantes en función de nuestras propias coordenadas de realidad: la lengua, la cultura, el medio social, la época y el lugar que nos tocó en suerte. ¿Basta con nuestra propia referencia para considerar «fuera de la realidad» las ideas delirantes? ¿Está al margen de la realidad quien ve, un día tras otro, que el sol sale y se oculta, cuando la ciencia nos enseña que es la Tierra la que gira a su alrededor? ¿Lo estamos nosotros por el hecho de no caer en la cuenta de que este folio está —según indica la física— más hueco que un queso gruyer? Convendremos, al menos, en que hay distintas realidades que coexisten.

La pregunta más osada, desde luego, es aquélla que interroga sobre la posibilidad de que un delirio coincida con la realidad común, es decir, con la del clínico que se arroga la

facultad de enjuiciarlo. A nuestra manera de ver, centenares de ejemplos hablarían en favor de tal coincidencia, cosa que de ser así ocasionaría hondo quebranto a la teoría tradicional y consternaría a muchos especialistas. A este respecto citaremos una embarazosa situación que le sucedió a Kurt Schneider. Se trata del caso de una joven que fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide después de ser exhaustivamente examinada. La razón principal que apoyaba el diagnóstico residía en que ella había declarado que un Príncipe se interesaba por ella y que la observaba. Al final resultó que cuanto contaba la joven se ceñía por completo a la realidad; más aún, tenía un hijo de él.[94]

No pasó desapercibida esta intricada problemática a Freud cuando, en 1924, pretendió discriminar las diferencias entre la neurosis y la psicosis tomando como apoyo la relación del sujeto con la realidad y los nuevos conceptos de la segunda tópica. A juzgar por sus conclusiones, el mencionado argumento no le satisfizo demasiado. Pues, en verdad, antes que diferencias halló Freud ciertas similitudes: tanto el neurótico como el psicótico ponen de manifiesto una rebelión contra la realidad objetiva, si bien el resultado del descontento tiene alcances diversos. Mientras que el neurótico la evita y huye, dejando patente, mediante la represión o la fantasía, que no quiere saber nada de ciertos fragmentos de la realidad, el psicótico la reconstruye delirando y se empeña en modificarla hasta hacerla más soportable. Ilustra Freud estas diferencias recordando el caso de Elisabeth von R., una de las protagonistas de los *Estudios sobre la histeria*: puesto que es una neurótica, nos dice, reprime la exigencia pulsional (amor por el cuñado viudo); por el contrario, la reacción psicótica habría consistido en desmentir la muerte de la hermana. «Así, para ambas —neurosis y psicosis—, no sólo cuenta el problema de la *pérdida de realidad*, sino el de un *sustituto de la realidad*».[95] Realidad alterada, por tanto, en ambas estructuras, pero mientras el neurótico se defiende valiéndose de su fantasma, el psicótico pretende por lo general sustituirla en su conjunto, maniobra que termina por confinarlo en una celda solitaria, tanto más cuanto que su certeza le resulta difícilmente compartible con sus semejantes.[96]

Desde el desengaño de la teoría traumática, Freud venía promoviendo la oposición entre la realidad psíquica (*psychische Realität*) y la realidad material, atribuyendo siempre a la primera, la realidad fantasmática, el papel preponderante en el mundo de la neurosis.[97] Sólo si se tiene presente que la realidad del neurótico está enmarcada por su deseo inconsciente y su fantasma, se podrán explicar determinadas experiencias raras que afectan a sujetos no psicóticos: fenómenos como el *déjà vu*, la despersonalización, el

trance obsesivo del Hombre de las ratas, los viajes marcianos de la visionaria de Th. Flournoy, las visiones demoníacas del pintor Christoph Haizmann, las personalidades múltiples descritas por Morton Prince en la Srta. Beauchamp, las histerias crepusculares de Sigbert Ganser, y un larguísimo etc.[98] Al pensar sobre tales fenómenos, cosa que requiere la atenta lectura de los mencionados historiales, uno cae en la cuenta de lo frágil que resulta definir el delirio apelando a la imposibilidad del contenido o a la alteración de la realidad.

Enfocaremos ahora el problema desde otro costado con el fin de aportar otros puntos de vista que abunden en una reflexión más cabal. Nos referiremos a aquellos casos en los que el delirio coincide con la realidad común. El asunto, desde luego, no es nuevo. Lo sacamos a colación con las palabras que gustaba repetir a Clérambault: «Se puede ser celoso y cornudo al mismo tiempo». Otro tanto se colige de lo que sucede a algunos delirantes hipocondríacos, siempre mascullando monsergas sobre la enfermedad que padecen, en ocasiones la misma que les llevará a la tumba. Más llamativo resulta el caso de los querellantes, esos locos que no dejan de sorprender por lo atornillados que están a la realidad común, sin dejar por ello de delirar, como sucede en el caso R.Q.R. que publicamos recientemente.[99]

FUNCIÓNDELDELIRIO

De entre todas las características fenomenológicas aducidas para definir el delirio, sólo la certeza o convicción delirante nos parece completamente válida; las restantes, pese a servirnos de orientación, deben considerarse conciertas reservas. Mucho nos llama la atención que en ninguna de estas investigaciones fenomenológicas se concediera a la omnipotencia y a la autorreferencia la importancia que atesoran. Restituyéndoles el valor que contienen, tal como hemos subrayado en nuestra descripción de las experiencias de certeza, Fernando Colina escribió: «No es concebible el delirio sin que aparezca pronto el alarde de la omnipotencia. [...] Sin perjuicio no hay delirio [...] la solicitada presencia del otro no sólo viene servida por la persecución, sino también por la impresión de autorreferencia que rodea sin descanso al psicótico. Pues la lógica interna del síntoma transforma de continuo la alusión padecida en merecidad istinción».[100] De esta manera, a decir de este autor, tres son las exigencias discursivas que caracterizan el delirio: «la

construcción en la destrucción, la satisfacción omnipotente en el perjuicio y la autorreferencia en la soledad».[101]

Como se advertía en páginas anteriores, el examen de la certeza se acompaña de no pocas dificultades, en especial cuando se trata de distinguirla de las creencias más arraigadas o de las exaltaciones pasionales. Sin olvidar la omnipotencia ni la autorreferencia, además de la certeza contamos con otro criterio decisivo para no extraviarnos a la hora de captar un delirio: se trata de la función que el delirio desempeña para su creador. Ahora bien, mientras que la certeza puede servirnos de guía para todo tipo de experiencias psicóticas, la función del delirio sólo podrá auxiliarnos en aquellos casos en que se dé la invención de un delirio.

Que no hay edificación delirante sin una «decisión» —término que usaba una de nuestras profesoras de psicosis— predeterminada o forzada previa a delirar es algo que nos enseñan nuestros psicóticos más lúcidos. Su magisterio nos invita a pensar también que no hay formas naturales en la evolución de la psicosis, sino distintas modalidades de respuesta subjetiva ante la ruptura de la continuidad existencial y, evidentemente, distintos efectos de esas respuestas. Las tipificaciones del delirio basadas en su temática, su evolución, sus mecanismos y su morfología, por más perfeccionadas que se pretendan, eluden todas ellas el hecho que nos parece más esencial:[102] en última instancia, la edificación delirante depende simple y llanamente de una decisión en la que, por encima de todo, está comprometida la ética del sujeto. Esa decisión, esa apuesta por la estabilización a través del delirio es la característica clínica esencial de la paranoia frente a la llamada esquizofrenia. Para nosotros, a tenor de lo expuesto, paranoia y delirio son sinónimos; para decirlo con otros términos: todo delirio es en sí mismo paranoico,[103] en la medida en que es un tipo específico de respuesta discursiva de la que el sujeto se vale para explicarse la captura a la que su Otro gozador le somete muy a su pesar.

Dos son las objeciones mayores que pueden argüirse contra la propuesta que acabamos de formular: el delirio en la neurosis y el delirio universal. A las dos responderemos con un mismo argumento: si definimos el trabajo de edificación delirante en relación con su función de reconstrucción radical de la identidad y en relación a las dos dimensiones de la certeza, no cabría considerar ni la existencia de delirios en la neurosis ni tampoco podría sostenerse que todos deliramos. Dado que los mayores logros de la psicopatología se han conseguido merced a la oposición fenomenológica y estructural entre neurosis y psicosis, nos parece más pertinente seguir apostando por esta

vía hasta agotar cuantos resultados pueda aún procurarnos. Pese a que tal vía propicia ciertos forzamientos teóricos y tiende a conformar una estructura como el reverso especular de la otra, eso no impide perseverar en la localización de los fenómenos psicóticos patognomónicos y en el papel que desempeñan en el conjunto de la estructura.

Quienes defienden la existencia del delirio en la neurosis descuidan un hecho estructural básico: esas *imaginerías* —permítasenos el término— no son más que proyecciones fantasmáticas de lo reprimido, como cualquiera de las formaciones del inconsciente que salpican la neurosis. De igual modo, las diferencias fenomenológicas son más que evidentes cuando se las compara con el delirio, pues todas esas «formaciones de compromiso», por más disociadas y espectaculares que nos parezcan, muestran inequívocos destellos de significación fálica por el hecho de estar enmarcadas en la trama edípica; además, la impregnación de lo Imaginario confiere a esas vivencias una coloración específica muy próxima a lo que Régis denominó *onirisme*. En el terreno de la transferencia, finalmente, los efectos innegables de la sugestión no dejan lugar a dudas sobre la matriz tan radicalmente diferente en la que se afianza la relación del sujeto neurótico y la del psicótico con su Otro.

Que todos somos delirantes, que existe una «clínica universal del delirio»,[104] que incluso antes de la crisis hay «un delirio general, una *psicosis universal*, una "psicosis sin lágrimas" que todos de un modo u otro padecemos»,[105] son propuestas demasiado generales que se sostienen únicamente en una perspectiva de defensa universal contra lo Real. En ese sentido, nada pretendemos objetar a estas formulaciones, como tampoco lo haremos si con ellas se recupera el binomio foucaultiano locura-razón. En cambio, a medida que nos adentramos en los intríngulis de la estructura y la fenomenología consustancial de la psicosis, esos planteamientos genéricos vuelven a colocarnos inevitablemente en el *statu quo ante*, es decir, que de nuevo precisamos recurrir a la clínica diferencial con la neurosis o a la oposición psicótico-no psicótico.[106] Definitivamente, sea por uno u otro camino, una argumentación de este estilo volverá a retrotraernos a oposiciones conceptuales mínimas, pues aún tratándose de una defensa universal contra lo Real, el mecanismo que conforma la estructura psicótica (*die Verwerfung*) es por completo específico, al igual que lo son la modalidad del retorno de ese Real experimentado como certeza y autorreferencia, y al igual que lo son los modos característicos de los que dispone cada estructura clínica para tratar ese retorno. Pero bien, más allá de estas puntualizaciones psicopatológicas, la experiencia clínica no invita a

pensar en la universalidad del delirio. La prueba más contundente no la encontramos en las elaboraciones teóricas; la captamos a diario cuando un paranoico franquea la puerta de nuestro consultorio y comienza a desgranarnos su drama.

Toda reflexión acerca de la función del delirio parte de un hecho evidente: los delirantes, a medida que deliran, varían su situación clínica y personal. Algunos empeoran y otros mejoran, pero la mayoría no quieren renunciar al delirio. De hacer caso a lo que nos dicen, el delirio cumple para ellos una función restauradora. Su confianza en sanar delirando es algo que, aunque chocante, no debe desmerecerse. Ellos lo explican de mil maneras, aunque todas suelen coincidir en esto: si enfermé del pensamiento, sólo con el pensamiento me recuperaré. A este respecto, la mejor definición del delirio la aportaba un joven psicótico que se había reequilibrado: «De aquello que llamábamos delirio, estoy bien. Ya no lo necesito».

Tal es la lógica que subsiste al trabajo de construir un delirio. En este punto es obligado establecer una distinción entre el delirio y la alucinación. Conforme a nuestra clasificación de los fenómenos elementales y de los polos de la psicosis, al definir la paranoia y la esquizofrenia hemos hablado, respectivamente, de actividad y pasividad. Naturalmente, hay algo que las une, algo que también es común al delirio y la alucinación, pues ambos se conforman de acuerdo con la estructura y las leyes del lenguaje. Sin embargo, en cierto nivel de análisis cabe diferenciar delirio y alucinación por cuanto el primero es una interpretación y la segunda concierne al campo perceptivo. Coincidimos plenamente con J.-A. Miller cuando propone: «Afirmamos estar ante una verdadera alucinación psicótica cuando lo que aparece tiene el carácter de certeza, y podemos decir que el sujeto es pasivo, en tanto padece la alucinación como independiente de él. El esquema de la vivencia de la interpretación es totalmente distinto: allí el sujeto es activo, no padece sino que actúa y pasa por momentos de duda. La interpretación es del sujeto».[107] Más que de una contradicción, se trata de distintos niveles de análisis: en uno, ambos fenómenos se contraponen; en otro, tienen la misma estructura. Al sacar a colación esta antigua polémica queremos destacar sobre todo el papel activo del delirante, ese exegeta infalible que asume la ímproba tarea de reconstruir con la razón un universo que se ha tornado inhóspito.[108]

El más firme pilar para fundamentar la vertiente reconstructiva proviene del análisis que Freud realizara del libro autobiográfico del Dr. Paul Schreber, donde afirma taxativamente que la formación delirante es el intento de restablecimiento, la

reconstrucción.[109] Conforme a tan luminosa tesis y a las consideraciones anteriormente desgranadas, proponemos las tres últimas consideraciones.

Primera: el delirio es un saber inventado como defensa frente a la intrusión de lo Real, un saber heurístico destinado a limitar y regular un goce mortífero, identificado en el Otro (amador o perseguidor) por el paranoico y soportado en el cuerpo atomizado y automatizado por el esquizofrénico.

Segunda: el delirio es la forma por excelencia del trabajo de la psicosis. A menudo, su materia prima se extrae de las primeras experiencias psicóticas a las que llamamos fenómenos elementales, esos efectos inmediatos de la forclusión.

Tercera: la tendencia del delirio lleva a su creador a conquistar determinadas significaciones que sitúan un marco para su goce y le asignan una posición subjetiva; es en el ámbito de las nuevas significaciones locas donde el delirante encuentra, en ocasiones, el único medio soportable para vivir.

El énfasis que hemos puesto en la función reconstructiva del delirio quizás podría inducir a considerar que no hay más vía que el trabajo delirante para salir del cataclismo inaugurado tras la crisis psicótica. La clínica y la enseñanza de los casos paradigmáticos muestran que no es ésa la única decisión con la que el sujeto psicótico puede comprometerse. Pero la apuesta por el delirio, en definitiva, puede procurar la invención de un saber alienado que favorezca el reequilibrio. Sin embargo, estas estabilizaciones posibles a través de la formación delirante (*Wahnbildung*) no constituyen una máxima que pueda generalizarse; es la clínica del caso por caso la que debe guiar al terapeuta para localizar los soportes, los límites y las posibilidades que en cada caso particular puedan esperarse o pretenderse.

Nuestra manera de concebir el delirio y la paranoia nos aleja por completo de toda ortodoxia de la psicopatología psiquiátrica. De Pinel y Heinroth hasta Kraepelin, y de éste en adelante, toda la historia de la clínica mental puede leerse como el proceso de conquista de un saber que se ha fraguado mediante la erradicación de esa parte de razón que cohabita con la locura. Empero, este trabajo de transformación de la locura en enfermedades mentales ha hallado en la paranoia un escollo indeleble. Ya sea en la forma de la locura parcial de los autores franceses o de las paranoias combinatorias de los alemanes, este polo de la psicosis se ha caracterizado mayoritariamente por la formación delirante, la conservación de las facultades y la psicogénesis. Como hemos detallado sobradamente en el capítulo segundo, la paranoia ha supuesto el más serio revés al

modelo médico extrapolado a la patología mental. Nada nos extraña, en este sentido, la paulatina devaluación, la casi completa aniquilación, a la que ha sido sometida por la clínica psiquiátrica. Por contra, el psicoanálisis se ha servido de ella como modelo de psicosis, delimitando tanto su matriz estructural como los efectos restauradores del trabajo delirante.

De acuerdo con las reflexiones propuestas, finalmente, parece necesario volver a examinar los conceptos más establecidos en nuestra disciplina. Su análisis puede encararse mediante la atenta observación de los fenómenos, hecho que contribuye a perfeccionar la semiología clínica y a facilitar el diagnóstico. De detenernos en ese punto dejaríamos de lado lo más auténtico de la experiencia psicótica y también las posibilidades de trato con esos sujetos. A través de los laberintos de la comprensión, la fenomenología desarrollada por Jaspers ha conseguido desplazar la atención de esas experiencias hacia nuestros propios juicios o sentimientos sobre ellas. Al juzgar al otro desde el patrón propio —sea mediante la determinación de que tal idea es falsa o verdadera, sea considerando que tal juicio dista mucho de la realidad— se suele incurrir, máxime cuando nuestro interlocutor es un loco, en reacciones del todo inapropiadas a la situación, como son la identificación y el rechazo.

Si se quiere revitalizar la investigación psicopatológica es necesario salirse de los equívocos de la comprensión y destituirse de la posición de garantes de la realidad y de las ideas correctas. Para ello se precisa trascender esos fenómenos y seguir la estela del psicótico a una noble distancia, tratando de entender cómo le afectan a él, por qué son esos los que padece y qué le están aportando. El análisis del delirio nos enseña que detrás de esas ideas, tan raras como amadas, alguien bracea para aferrarse a la vida. «Nadie por sí mismo tiene fuerza para salir a flote —escribió Séneca—. Precisa de alguien que le alargue la mano, que le empuje hacia fuera».[110] Nuestro cometido consiste en tenderle la mano e indicarle la buena dirección adonde dirigir sus esfuerzos.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ABRAHAM, K.: «Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz» [1908], en *Psicopatología y sexualidad*, Buenos Aires, Hormé, 1973, pp. 32-52.

ACKERNECHT, E. H.: *Breve historia de la psiquiatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1962.

ALCALDE, R.: «Schreberiana I: nominación, emasculación, visión», *Cuadernos de psicoanálisis*, 1980, n.º 1, pp. 63-93.

ALIBERT, J.-L.: *Physiologie des passions, ou nouvelle doctrine des sentiments moreaux*, t. I y II, París, Béchet Jeune, 1825.

ALLOUCH, J.: *Marguerite ou l'Aimée de Lacan*, París, E.P.E.L., 1990.

ALTHUSSER, L.: *El porvenir es largo*, Barcelona, Destino, 1992.

ÁLVAREZ, J. M.ª: «La construcción del concepto de psicosis por Freud», en VV.AA., *Psicosis y trastornos límite*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1991, pp. 8-20.

—: *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932)*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1992.

—: «La *psychose hallucinatoire chonique*: una reflexión sobre las rivalidades narcisistas en la construcción de las categorías de la clínica mental», *Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental*, 1992, n.º 0, pp. 20-27.

—: «Locuras de amor», *Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental*, 1994, n.º 4, pp. 4-10.

—: «Clérambault, el cenit de la clínica de la mirada», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1994, vol. XIV, n.º 51, pp. 683-686.

—: «De la Locura de doble forma a la Psicosis maníaco-depresiva», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1995, vol. XV, n.º 55, pp. 667-670.

—: «Paranoia y homosexualidad», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1995, vol. XV, n.º 54, pp. 485-488.

—: «De la locura a las enfermedades mentales», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1996, vol. XV, n.º 59, pp. 483-488.

—: «La invención de las parafrenias», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1996, vol. XVI, n.º 57, pp. 75-78.

—: «Dos visiones sobre la esquizofrenia: Kraepelin y Freud», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1996, XVI, n.º 60, pp. 655-662.

—: «Límites de la concepción fenomenológica del delirio», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1996, vol. XVI, n.º 58, pp. 257-276.

—: «Significación personal y xenopatía», *Freudiana*, 1997, n.º 19, pp. 83-91.

—: «De nuevo la paranoia», en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997, pp. 37-80.

—: «¿Qué fue de la paranoia?», en J. M.ª ÁLVAREZ y R. ESTEBAN (dirs.), *La salud mental en los noventa*, Valladolid, Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, 1997, pp. 43-79.

—: «Un apunte sobre W. Griesinger», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, n.º 66, pp. 89-90.

—: «La escuela del *Dépôt* y la otra cara de la psicopatología», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1988, vol. XVIII, n.º 67, pp. 477-482.

—: «Sobre el "caso Wagner"» (Prólogo), en R. GAUPP, *El caso Wagner*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998, pp. 7-20.

—: «Lacan y la Escuela de Tubinga. A propósito del paranoico y asesino Ernst Wagner», *Freudiana*, 2000, n.º 28, pp. 77-87.

—: «Institución y locura», *Colofón*, 2003, 3, pp. 5-8.

—: *Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006.

ÁLVAREZ, J. M.ª, J. BACHS y E. GUILANÁ: «Schreber et le problème de la paranoïa dans la clinique psychiatrique», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE (eds.), *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, Lovaina, Press Universitaires de Louvain, 1998, pp. 43-53.

ÁLVAREZ, J. M.ª y F. COLINA (dirs.): *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997.

—: «Daniel Paul Schreber, profesor de psicosis» (Prólogo), en D. P. SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, A.E.N., 2003, pp. 7-16.

—: «Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia», *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 2007, n.º 6, pp. 4-12.

ÁLVAREZ, J. M.ª, F. COLINA y R. ESTEBAN: «Presentación de *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, de Paul Sérieux y Joseph Capgras», en P. SÉRIEUX y J.

CAPGRAS, *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2008, pp. XI-XXVII.

ÁLVAREZ, J. M.ª, V. COCCOZ y A. GOYA: «Grupo de investigación de la psicosis», en VV.AA., *Investigaciones Clínicas I*, Madrid, NUCEP, 2005.

ÁLVAREZ, J. M.ª y J. DE LA PEÑA: «Sobre el delirio, su función y sus usos en el tratamiento de la psicosis», en A. DÍAZ PATRICIO y R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, Madrid, A.E.N., 2006, pp. 199-240.

ÁLVAREZ, J. M.ª, J. DE LA PEÑA y J. R. EIRAS: «Las otras psicosis. ¿A partir de cuándo se está loco?» (en prensa).

ÁLVAREZ, J. M.ª y J. R. EIRAS: «Sobre la transmutación de la melancolía en depresión y algunas de sus consecuencias», en E. VASCHETTO (comp.), *Depresiones y psicoanálisis*, Buenos Aires, Grama ediciones, 2006, pp. 101-122.

ÁLVAREZ, J. M.ª y R. ESTEBAN (dirs.): *La salud mental en los noventa*, Valladolid, Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, 1997.

ÁLVAREZ, J. M.ª, R. ESTEBAN y A. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004.

ÁLVAREZ, J. M.ª y F. ESTÉVEZ: «Último lamento de Clérambault», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XIX, n.º 71, pp. 457-466.

—: «Las alucinaciones: historia y clínica», *Frenia*, 2001, vol. I, fasc. I, pp. 65-96.

ÁLVAREZ PELÁEZ, R. y R. HUERTAS: ¿*Criminales o locos*?, Madrid, C.S.I.C., 1987.

ÁLVAREZ-URÍA, F.: *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets, 1983.

ANDRÉ, S.: ¿*Qué quiere una mujer*?, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002.

ANDREASEN, N.: «The diagnosis of schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1987, n.º 13, pp. 9-22.

ANDREASEN, N., M. FLAUM y V. W. SWAYZE *et al.*, «Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal», *Archives of General Psychiatry*, 1990, n.º 47, pp. 615-621.

ANDREASEN, N. y S. OLSEN: «Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability», *Archives of General Psychiatry*, 1982, n.º 39, pp. 784-788; «Negative versus positive schizophrenia: definition and validation», *Archives of General Psychiatry*, 1982, n.º 39, pp. 789-794.

ANGST, J.: *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*, Berlín,

Springer, 1966.

A.P.A.: *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995.

ARISTÓTELES: *Problemas*, Madrid, Biblioteca Clásica Gredos, 2004.

ARNAULD, D. L.: «La paralysie générale après Bayle», en H. COLIN y R. CHARPENTIER, (eds.), *Centenaire de la thèse de Bayle (1822-1922)*, vol. 1, París, Masson, 1922, pp. 71-91.

ASCHAFFENBURG, G.: «Reseña sobre *Denwürdigkeiten eines Nervenkranken*, por D. P. Schreber», *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1903, p. 500.

AZOURI, CH.: *J'ai réussi là où le paranoïaque échoué*, París, Danoël, 1991.

BAILLARGER, J.: «Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation», *Bulletin de l'Académie Impériale de Médicine*, 1853-1854, n.º 19, pp. 340-352.

—: «Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qui les caractérisent», *Mémoires de l'Académie Royale de Médicine*, t. XII, J.-B. Baillère, París, 1846, pp. 273-475.

—: «Des symptômes de la paralysie générale et des rapports de cette maladie avec la folie» (Apéndice), en W. GRIESINGER, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, París, A. Delahaye, 1865, pp. 593-736.

—: «Notes» [a la traducción francesa de Griesinger], en W. GRIESINGER, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, París, Delahaye, 1865.

—: *Recherches sur les maladies mentales*, 2 vols., París, Masson, 1890.

BALL, B.: *Du délire des persécutions ou maladie de Lasègue*, París, Asselin y Houzeau, 1890.

—: *Leçons sur les maladies mentales*, Asselin y Houzeau, 1890 (2.ª ed.).

BALL, B. y A. RITTI: «Délire», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, t. XXVII, Primera Serie, *DAT-DEN*, París, Masson y Asselin, 1882, pp. 315-408.

BALLET, G.: *Leçons de clinique mentale. Psychoses et affections nerveuses*, París, 1897.

—: *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, París, F. Alcan, 1888.

—: «Les psychoses», en J. M. CHARCOT (dir.), *Traité de médecine*, t. 6, 1891, París, Masson, pp. 1057-1206.

—: «Aperçu sur l'histoire et l'évolution de la pathologie mentale», en G. BALLET (dir.),

Traité de pathologie mentale, París, Dion, 1903.

—: «La psychose hallucinatoire chronique», *L'Encéphale*, 1911, 2, 20 de noviembre, pp. 401-411.

—: «La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité», *L'Encéphale*, 1913, 1, 10 de junio, pp. 501-508.

—: «Le retour à la médicine mentale française. Lettre ouverte à M. Victor Parant père», *Annales Médico-psychologiques*, 1916, n.º 7, pp. 5-11.

BARCIA, D.: «Clasificación de las psicosis endógenas», *Anales de Psiquiatría*, 1996, vol. 12, supl. 1, pp. 7-14.

—: *Esquizofrenia, cuadros afines y cuadros delirantes*, Madrid, E.L.A., 1997.

—: *Historia de la psiquiatría española/History of Spanish Psychiatry*, Madrid, You & Us/Janssen-Cilag, 1998.

BARTHES, R.: *Essais critiques*, París, Point-Seuil, 1981.

BARTRA, R.: *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*, Barcelona, Anagrama, 2001.

BARUK, H.: «Les délires passionnels», en *Traité de Psychiatrie*, 1959, vol. I, París, Masson, pp. 532-540.

BAUMEYER, F.: «El caso Schreber» [1956]; «Observaciones complementarias al trabajo de Freud sobre Schreber» [1970], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1972, pp. 7-40, 41-44, respectivamente.

BAYLE, A.-L.-J.: *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastro-entérite chronique, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale*, París, Didot Le Jeune, 1822.

—: *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, París, Gabon, 1825.

—: *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, París, Gabon, 1826.

—: «De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale», *Annales Médico-psychologiques*, 1855, n.º 1, pp. 26-27.

—: *Titres et travaux scientifiques*, París, H. Plon, 1856.

BERCHERIE, P.: *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires, Manantial, 1986.

—: *Géographie du champ psychanalytique*, París, Navarin, 1988.

BERNER, P.: «R. Gaupp», en J. POSTEL y C. QUÉTEL, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983, pp. 637-638.

BERRIOS, G.: «Síntomas positivos y negativos: una historia conceptual (I)», *Psiquiatría*

pública, 1992, n.º 4, vol. 4, pp. 175-183; «Síntomas positivos y negativos: una historia conceptual (II)», *Psiquiatría pública*, 1993, n.º 1, vol. 5, pp. 11-18.

—: *The History of Mental Symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

—: «Esquizofrenia: historia conceptual», en M. G. GELDER, J. J. LÓPEZ-IBOR y N. ANDREASEN, *Tratado de psiquiatría*, t. I, Barcelona, Ars Medica, 2003, pp. 677-681.

BERRIOS, G. y F. FUENTENEBRO: «Philippe Chaslin and descriptive psychopathology», *History of Psychiatry*, 1995, VI, pp. 395-405.

—: *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*, Madrid, Trotta, 1996.

BILLION, A. y H. GRIVOIS: «Gilbert Ballet à l'Hôtel-Dieu; un précurseur de la psychiatrie à l'hôpital général», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, París, Masson, 1989, pp. 20-31.

BILLOD, E.: «Discussion sur la folie raisonnante», *Annales Médico-psychologiques*, 1867, n.º 10, pp. 80-90.

—: *Les aliénés en Italie. Établissements qui leur sont consacrés*, París Masson, 1884.

BINET, A. y TH. SIMON: «La folie systématisée», *L'Année psychologique*, 1910, XVI, pp. 215-265.

BLANCHE, E.: *Des homicides commis par les aliénés*, París, Asselin, 1878.

BLACK, D. W. y N. C. ANDREASEN: «Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide)», en R. E. HALES, S. C. YUDOFSKY y J. A. TALBOTT, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Áncora, 1996, pp. 445-446.

BLEULER, E.: «Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen», *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1906, n.º 34, pp. 306-308; n.º 35, pp. 323-325; n.º 36, pp. 338-340.

—: «La schizophrénie», *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXX session*, 2-7 de agosto, París, Masson, 1926, pp. 2-23.

—: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias* [1911], Buenos Aires, Paidós, 1961.

—: *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*, Madrid, Morata, 1969.

—: *Tratado de psiquiatría*, Madrid, Espasa Calpe, 1971.

BLONDEL, CH.: *La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale*, París, Alcan, 1914.

BODEI, R.: *Las lógicas del delirio. Razón, afectos, locura*, Madrid, Cátedra, 2002.

BOLZINGER, A.: *Arcanes de la psychose. Retour au texte de Schreber*, París, Campagne Première, 2005.

BONACOSSA, G. S.: *Sullo stato de'mentecatti e degli ospedali per i medesimi in varii paesi dell'Europa. Narrazione con osservazioni critiche*, Turín, Fratelli Favale, 1840.

BONHOEFFER, K.: «Zur Frage der exogenen Psychosen», *Zentrablatt für Nervenheilkunden*, 1909, n.º 32, pp. 409-505.

BONNET-BRILHAULT, F., F. THIBAUT y M. PETIT: «Bioquímica y esquizofrenia», *EMC. Psiquiatría*, 2001, 37-285-A-17.

BOURDON, I.: «Esquirol», *Annales Médico-psychologiques*, 1847, n.º 9, pp. 312-315.

BOVET, P. y F. SEYWERT: «La schizophrénie et son spectre. Une perspective bleulérienne», *L'information psychiatrique*, 1995, n.º 5, pp. 447-458.

BRASSET, J.: *Presentation de Chaslin*, tesis doctoral, París, 1961.

BREGMAN, L.: «Religion and madness: Schreber's *Memoirs* as personal myth», *Journal of Religions and Health*, 1977, n.º 16, pp. 119-135.

BRIERRE DE BOISMONT, A.: «Discussion sur la monomanie», *Annales Médico-psychologiques*, 1854, n.º 6, pp. 99-118, 273-298, 464-474, 630-644.

—: *De la folie raisonnante et de l'importance du délire des actes pour le diagnostic et la médicine légale*, París, Baillière, 1867.

—: «Guillaume Griesinger. Son esprit et ses travaux», *Annales Médico-psychologiques*, 1872, n.º 7-8, pp. 5-54.

BRIGMANN, F.: «Le groupe des paraphrénies dans sas rapports avec la classification française des délires chroniques», *Analytica*, 1980, n.º 19, pp. 69-100.

BROCHARD, V.: *De l'erreur*, tesis doctoral, París, Benger-Levrault y Germer Baillière, 1879.

BROCKINGTON, I.: «Schizophrenia: yesterday's concept», *Eur Psychiatry*, 1992, n.º 7, pp. 213-220.

BRU, P.: *Histoire de Bicêtre*, París, Lecrosnier y Babé, 1890.

BUMKE, O.: *Tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona, Seix, 1935.

BURGMAIR, W., ENGSTROM, E. y WEBER, M. (eds.): *Emil Kraepelin*, 7 vols., Múnich, Belleville, 2000-2006.

CABALEIRO GOAS, M.: *Problemas actuales de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo, 1953.

—: *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo,

1961.

CAIRE, M.: *Contribution a l'histoire de l'hôpital Sainte-Anne*, París, tesis doctoral de Medicina, 1981.

CALMEIL, L.-F.: *De la folie*, 2. vols., París, Baillière, 1845.

CANETTI, E.: «Poderío y paranoia» [1960], en *Masa y poder*, vol. II, Madrid, Alianza, 1983, pp. 407-461.

CARPENTER, W. *et al.*: «Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept», *American Journal of Psychiatry*, 1988, n.º 145, pp. 578-583.

—: «Treatment of negative symptoms», *Schizophrenia Bulletin*, 1985, n.º 11, pp. 440-452.

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.

CASTILLA DEL PINO, C.: «De la teoría a la praxis: una perplejidad», *El País*, 18 de octubre de 1988, p. 17.

CHABOT, C.B.: *Freud on Schreber: Psychoanalytic Theory and the Critical Act*, Massachusetts, University of Massachusetts Press, 1982.

CHAIGNET, A.: *Histoire de la psychologie des grecs*, vols. I, II, III, IV y V, París, Hachette, 1887-1893.

CHARCOT, J.-M., V. MAGNAN y A. BINET: *Perversiones*, Jaén, Del lunar, 2002.

CHASLIN, PH.: *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, París, Asselin y Houzeau, 1887.

—: *La confusion mentale primitive. Stupidité. Démence aigue, Stupeur primitive*, París, Asselin y Houzeau, 1895.

—: *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912.

—: «Quelques mots sur la psychologie de la mathématique pure», *Journal de psychologie normal et pathologique*, 1922, pp. 673-694.

—: *Essai sur le mécanisme psychologique des opérations de la mathématique pure*, París, F. Alcan, 1926.

—: «Is *psychiatry* a well-made language?» [1914], *History of Psychiatry*, 1995, VI, pp. 398-405.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J.: «A propos du délire trans-sexuel du Président Schreber», *Revue*

française de psychanalyse, 1975, n.º 5-6, pp. 1013-1026.

CHINCHILLA, A.: «Desde lo conceptual esquizofrénico hasta su comprensión y clínica», en A. CHINCHILLA (dir.), *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*, Barcelona, Masson, 2007, pp. 273-342.

CHRISTIAN, J. y A. RITTI: «Paralysie générale», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, Segunda Serie, t. XX, *PAL-PAR*, París, Masson y Asselin, 1884, pp. 716-764; y t. XXI, *PAR-PEA*, pp. 1-38.

CICERÓN: *Del supremo bien y del supremo mal*, Madrid, Gredos, 1987.

—: *Disputaciones en Túsculo*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005.

CLAUDE, H.: «Démence précoce et schizophrénie», *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne)*, París, Masson, 1926, pp 103-153.

CLAUDE, H. y H. EY: «Évolution des idées sur l'hallucination. Position actuelle du problème», *L'Encéphale*, 1932, XVII, n.° 5, pp. 361-367.

CLAUDE, H., P. MIGAULT y J. LACAN: «Folies simultanées», *Annales Médico-psychologiques*, 1931, n.º 1, pp. 483-490.

CLAUDE, H., G. ROBIN y A. BOREL: «La constitution schizoïde et la constitution paranoïaque», *L'Encéphale*, 1923, t. II, pp. 481-493.

—: «Démence précoce, schizomanie, schizophrénie», *L'Encéphale*, 1924, t. I, pp. 145-151.

CLÉRAMBAULT, G. G. DE: *Contribution à l'étude de l'othématome (pathologie, anatomie pathologique et traitement)*, Fac. de París, Vigot Hermanos, 1899.

—: *Œuvre psychiatrique*, 2 vols., París, Presses Universitaires de France, 1942.

—: *El automatismo mental*, Madrid, Dor-Eolia, 1995.

—: «Testamento hológrafo de G. G. de Clérambault», *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XIX, n.º 71, pp. 467-468.

COHEN, C.: *Philippe Chaslin, sa vie et son oeuvre*, Memoria para el CES de Psiquiatría, París VII, 1990.

COLINA, F.: «El vigía de la palabra», en G. G. DE CLÉRAMBAULT, *El Automatismo Mental*, Madrid, Eolia-Dor, 1995, pp. 15-16.

—: *Escritos psicóticos*, Madrid, Dor, 1996.

—: «Locura y enfermedad», *Alisios. Cuadernos canarios de Psicoanálisis*, 1996, n.º 2, pp. 59-69.

—: «Clínica e historia», en J. M.ª ÁLVAREZ, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, 1999, pp. 15-20.

—: «Paranoia y amistad», en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997, pp. 9-35.

—: «Las enseñanzas de Wagner», en R. GAUPP, *El caso Wagner*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998, pp. 227-235.

—: *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001.

—: «Escisión del Yo», en V. MIRA *et al*. (dirs.), *Conceptos freudianos*, Madrid, Síntesis, 2005, pp. 453-459.

—: *Deseo sobre deseo*, Valladolid, Cuatro, 2006.

—: *De locos, dioses, deseos y costumbres. Crónica del manicomio*, Valladolid, Pasaje de las letras, 2007.

COLINA, F. y J. M.ª ÁLVAREZ (dirs.): *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa, 1994.

COLLÉE, M.: «Préface», en P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, Laffitte Reprints, Marsella, 1982.

COLLIN, A.: «Le professeur Gilbert Ballet (1853-1916)», *Annales Médico-psychologiques*, 1916, n.º 7, pp. 301-306.

COLLINEAU: «Du transport des aliénés dans les asiles publiques de la Seine», *Annales Médico-psychologiques*, 1877, n.º 17 y 18, pp. 427-432.

COLODRÓN, A.: *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983.

—: «Esquizofrenia: fragilidad de los criterios», en VV.AA., *XIX Congreso nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría*. Bilbao, 13-14 y 15 de mayo de 1993, E.L.A., Madrid, 1993.

—: *El trastorno esquizofrénico de la acción humana*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1995.

CONDE, V. y J. A. BLANCO: *Esquizofrenias*, Barcelona, Doyma, 1997.

CONDILLAC, E. B. DE: *Lógica*, Barcelona, Orbis, 1985 [1780].

CONOLLY, J.: *The treatment of the insane without mechanical restraints*, Londres, Smith, Elder & Co., 1856.

CONRAD, K.: *La esquizofrenia incipiente*, Madrid, La Alhambra, 1958.

COSENZA, «Il difficile confine normalità/folia: critica della regione clinica», en A. CIVITA y D. COSENZA, *La cura della malattia mentale. vol. I. Storia ed epistemologia*, Milán, B. Mondadori, 1999, pp. 248-291.

COTARD, J.: *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, París, J. Baillière e Hijos, 1891.

CROW, T.: «The two-syndrome concept: origins and current status», *Schizophrenia Bulletin*, 1985, n.º 11, pp. 471-486.

—: «Aetiology of schizophrenia», *Current Opinion in Psychiatry*, 1994, n.º 7, pp. 39-42.

DAGONET, H.: (dir.), *Traité des maladies mentales*, París, Baillière e Hijos, 1894.

DALÍ, S.: *Le mythe tragique de l'Angélus de Millet*, París, Pauvert, 1963.

—: *Sí*, Barcelona, Ariel, 1977.

DALLE, B. y M. WEILL: «Psicoanálisis y esquizofrenia», *EMC. Psiquiatría*, 2001, E- 37-291-A-10.

DANDREY, P. (dir.): *Anthologie de l'humeur noire. Écrits sur la mélancolie d'Hippocrate à l'*Encyclopédie, París, Gallimard, 2005.

DARASZKIEWICZ, L.: *Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form*. Inaugural Dissertation, Dorpat, 1892.

DAUMÉZON, G.: «Ph. Chaslin», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, pp. 27-39.

DAVISON, L. y T. MCGLASHAN: «Schizophrenia: diagnosis and phenomenology», *Current Opinion in Psychiatry*, 1995, n.º 8, pp. 21-24.

DAYRAS, L.: *Les aliénés. Réformes à introduire dans la Loi du 30 de juin 1838*, París, E. Dentu, 1883.

DE FRÉMINVILLE, B. *et al.*: *La passion des étoffes chez un neuro-psychiatre (G. G. de Clérambault, 1872-1934)*, París, Solin, 1990.

DEBRUS, I. y Y. EDEL: «De Clérambault et l'érotomanie "historique"», *Nerveuse*, 1988, n.º 4, pp. 31-40.

DELAYE, J.-B.: *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, París, 1824.

DELGADO, H.: «Psychopathologie des délires», *Discussion Congrès Mondial de Psychiatrie*, París, Hermann, 1952.

—: «Kraepelin y Freud a cien años de su nacimiento», *Revista de Psicología general y aplicada*, 1957, XII, n.º 41-42, pp. 43-47.

DELMAS, A.: «Rapport de Psychiatrie. Le rôle et l'importance des Constitutions en Psychopathologie», *Annales Médico-psychologiques*, 1932, n.º 2, pp. 219-224.

DENY, G. y P. CAMUS: «Délire d'interprétation et paranoïa», *Annales Médico-*

psychologiques, 1906, n.º 4, pp. 96-107.

DESCARTES, R.: *Discurso del método. Meditaciones metafísicas. Correspondencia*, Barcelona, Biblioteca Universal del Círculo de Lectores, 1995.

DESCURET, J.: *La médicine des passions*, París, Labé, 1844.

DESVIAT, M.: *La reforma psiquiátrica*, Madrid, Dor, 1994.

DEVRESSE, D.: «Éléments nouveaux sur Daniel Paul Schreber: sa carrière de magistrat et l'histoire de sa maladie à la lumière de son dossier personnel», en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, París, Seuil, 1986, pp. 147-169.

—: *L'acte manqué paranoïaque. Le délire de Schreber entre les quatre discours universitaires et dans l'histoire allemande de Luther à Bismarck*, París, L'Harmattan, 2003.

DEVRESSE, D., H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN: *Schreber inédit*, París, Seuil, 1986.

D'HOLLANDER, F. *et al.*: «La clinique psychiatrique de Munich», *Annales Médicopsychologiques*, 1907, n.º 5, pp. 58-68.

DI CIACCIA, A. y M. RECALCATI, *Jacques Lacan. Un insegnamento sul sapere dell'inconscio*, Milán, Mondadori, 2000.

DIDE, M. y GASSIOT: «La psychose hallucinatoire chronique», *L'Encéphale*, 1910, noviembre, pp. 492-498.

DIDE, M. y P. GUIRAUD: *Psiquiatría del médico práctico*, Barcelona, Salvat, 1922.

DIDI-HUBERMAN, G.: *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, Madrid, Cátedra, 2007.

DÖRNER, K.: *Ciudadanos y locos. Historia social de la Psiquiatría*, Madrid, Taurus, 1974 [1969].

DUALDE BELTRÁN, F.: «Carta», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, vol. XVII, n.º 63, p. 554.

DUALDE, F. y A. REY: «El concepto de esquizofrenia: aproximación a la evolución histórica del término y de su contenido», *Archivos de Neurobiología*, 1977, 60, 3, pp. 207-228.

DUPRÉ, E.: *Définition médico-légale de l'aliéné*, París, J. Gainche, 1904.

—: *L'Œuvre psychiatrique et médico-legale de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police*, París, Infirmerie Spéciale, 1905.

—: «Revue policlinique des psychoses hallucinatoires chroniques», *L'Encéphale*, 1907, n.º 4, pp. 398-418.

—: *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, París, Payot, 1925.

—: «Préface à la traduction française de la 2.ª édition de l'*Introduction à la Psychiatrie clinique* (1905) d'Emil Kraepelin», *L'Information Psychiatrique*, 1984, vol. 60, n.º 9, pp. 1057-1067.

DUPRÉ, F.: *La 'solution' du passage à l'acte. Le double crime des soeurs Papin*, Toulouse, 1984.

DUVAL, J.: *Gheel ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté*, París, Guillaumin, 1860.

EDWARDS, J. y P. MACGORRY: *La intervención precoz en la psicosis*, Madrid, F.I.T.E.O.P., 2004.

ELKASHEF, A., F. ISSA y R. WYATT: «Las bases bioquímicas de la esquizofrenia», en CH. L. SHRIQUI y H. A. NASRALLAH (eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Madrid, Ediciones médicas, 1995, pp. 3-45.

ELLEMBERGER, H.: *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*, Madrid, Gredos, 1976.

ENGSTROM, E.: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice*, Nueva York, Cornell University Press, 2004.

ENGSTROM, E. y M. WEBER: «Kraepelin's 'Diagnostic Cards': The Confluence of Clinical Research and Preconceived Categories», *History of Psychiatry*, 1997, n.º 8, pp. 375-385.

ESQUIROL, J.-E-D.: *Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, París, Didot, 1805. [Ed. española: *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.]

—: «Délire», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionaire des Sciences Médicales*, t. VIII, *DACDES*, París, Panckoucke, 1816, pp. 251-259.

—: «Mélancolie», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire des sciencies médicales, par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, t. XXXII, *MED-MES*, Panckoucke Éditeur, París, 1819, pp. 147-183.

—: *Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens des les améliorer*, t. II, París, J.-B. Baillière, 1838.

—: *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 2 vols., París, Baillière, 1938. [Ed. española completa: *Tratado completo de las enajenaciones mentales*, 2 vols., Madrid, Imprenta del Colegio de

Sordomudos, 1847; otra parcial a cargo de R. Huertas: *Memoria sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dor, 1991.]

ESTEBAN, R.: «*Kaiser* Kraepelin», en E. KRAEPELIN, *Cien años de psiquiatría*, Madrid, A.E.N., 1999, pp. 7-22.

ESTEBAN, R. y J. CARREÑO: «Para una lectura no morbosa de "Passion érotique des étoffes chez la femme" (1908-1910), de G. G. de Clérambault», *Frenia. Revista de historia de la Psiquiatría*, 2006, vol. VI, pp. 127-139.

ESTÉVEZ, F.: «El debate Lacan-de Clérambault. Encuentro, desencuentro, reencuentro», *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1998, n.º 46, pp. 81-90.

—: *El debate Lacan-de Clérambault. Encuentro, desencuentro, reencuentro*, Memoria para el D.E.A., 1998.

—: *El fenómeno elemental como paradigma del desencadenamiento en la psicosis. Del automatismo mental de Clérambault al fenómeno elemental de Lacan*, tesis doctoral, Universidad del País Vasco (San Sebastián), 1999.

EY, H.: *Hallucinations et délire*, París, Alcan, 1933.

—: «Une théorie mécaniciste: la doctrine de G. de Clérambault», en *Études Psychiatriques*, vol. I, París, Desclée de Brouwer, 1952, pp. 83-102.

—: «Groupe des schizophrénies», *Encyclopedie Médico-Chirurgicale* (París-Francia) *Psychiatrie*, 37281 C10, 1955.

—: «Introduction aux débats. La conception idéologique de *Histoire de la folie* de Michel Foucault», *L'Évolution Psychiatrique*, 1971, XXXVI, 2, pp. 225-226; «Commentaires critiques sur *Histoire de la folie* de Michel Foucault», *L'Évolution Psychiatrique*, 1971, XXXVI, 2, pp. 243-258.

—: *Traité des hallucinations*, 2 tomos, París, Masson et Cie, 1973.

—: *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, Condé-sur-Noireau, Synthelabo (Les empêcheurs de penser en rond), 1996.

—: *Estudios sobre los delirios*, Madrid, Triacastela, 1998.

EY, H., P. BERNARD y CH. BRISSET: *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1969.

EY, H. y P. GUIRAUD: «Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler» [1926], en H. EY, *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, Condé-sur-Noireau, Synthelabo (Les empêcheurs de penser en rond), 1996, pp. 29-37.

FALRET, J.: «Discussion sur la classification de la folie» (Societé médico-psychologique),

Annales Médico-psychologiques, 1861, n.º 7, pp. 456-463.

—: «Du délire de persécution chez les aliénés raisonnantes», *Annales Médico-psychologiques*, 1878, n.º 20, pp. 396-400.

FALRET, J.-P.: «Marche de la folie», *Gazette des Hôpitaux*, 1851, n.º 11, pp. 18-19.

—: *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864.

—: *Clínica de las alucinaciones*, Madrid, Dor, 1997.

FARRAR, CL.: «I Remember Nissl», *American Journal of Psychiatry*, 1954, 110, pp. 621-624.

FENICHEL, O.: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1966.

FENTON, W. y T. MCGLASHAN: «Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficits syndrome in schizophrenia», *American Journal of Psychiatry*, 1994, n.º 151, pp. 351-356.

FERDIÈRE, G.: *L'Érotomanie. Illusion délirante d'être aimé*, París, Dion, 1937.

FERENCZI, S.: *Psicoanálisis*, 4 vols., Madrid, Espasa-Calpe, 1981-1984.

FEUCHTERSLEBEN, E. F. VON.: *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*, Viena, Carl Gerold, 1845.

FINK, M. y M. A. TAYLOR: *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

FINZI, J.: *Breve compendio di Psichiatria*, Milán, Ulrico Hoepli, 1899.

FIRST, M., A. FRANCES y H. PINCUS: *DSM-IV-TR Guía de uso*, Barcelona, Masson-Elsevier España, 2005.

FLAUM, M.: «El diagnóstico de esquizofrenia», en CH. L. SHRIQUI y H. A. NASRALLAH (eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Madrid, Edimsa, 1996.

FLECHSIG, P.: *Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen*. Vortrag gehalten beim Antritt des Lehramtes an den Universität Leipzig am 4. März, 1882, Leipzig, Veit.

—: *Gehirn und Seele*, Leipzig, Veit, 1896.

—: *Anatomie des menschlichen Gehirn und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage*, Leipzig, Thieme, 1920.

—: *Meine myelogenetische Hirnlehre mit biographischer Einleitung*, Berlín, Spinger, 1927.

FLIESS, W.: *Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen*, Viena, F. Deuticke, 1897.

FLOURNOY, TH.: *Des Indes à la planète Mars*, París, Alcan, 1900.

FODERE, F.: *Traité du délire*, 2 vols., París, Crapelet, 1816.

FOUCAULT, M.: *Historia de la locura en la época clásica*, 2 vols., México D. F., F.C.E., 1976 [1964].

— (dir.): *Yo Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano*, Barcelona, Tusquets, 1983.

—: *Enfermedad mental y personalidad*, Barcelona, Paidós, 1984.

—: *La inquietud de sí. Historia de la sexualidad, III*, México D. F., Siglo XXI, 1987.

—: *Discurso y verdad en la antigua Grecia*, Barcelona, Paidós, 2004.

FOURNIER, A.: *La syphilis du cerveau. Leçons cliniques*, París, Masson, 1879.

FOVILLE, A.-L.: «Historique du délire des grandeurs», *Annales Médico-psychologiques*, 1870, n.º 4, pp. 198-214.

—: *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, París, J.-B. Baillère, 1871.

FRANCK, N.: «Neuropatología de la esquizofrenia», *EMC. Psiquiatría*, 2003, E-37-285A-18.

FREUD, S.: *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); para los textos alemanes citados: S. FREUD, *Zwei Fallberichte: 'Schreber' (Paranoia), 'Haitzmann' (Teufelsneurose)*, Fráncfort del Meno, Fischer, 1997; *Zwei Krankengeschichten: 'Rattenmann', 'Wolfsmann'*, Fráncfort del Meno, Fischer, 2000.

—: *Sinopsis de la neurosis de transferencia. Ensayo de metapsicología* [1915], Barcelona, Ariel, 1989.

—: *Correspondencia de Sigmund Freud*, 5 vols. (edición de Nicolás Caparrós), Madrid, Biblioteca Nueva, 1997-2002.

FREUD, S. y C. G. JUNG: *Correspondencia*, Madrid, Taurus, 1978.

FRIEDMANN, M.: «Beitrage zur Lehre von der Paranoia», *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1905, t. XVII, 468-532.

FRITZSCHE, H.: «Aus Dr. Moritz Schrebers Leben», *Garten und Kind: Zeitschrift der mitteldeutschen Schrebergärtner*, 1926, n.º 6, pp. 12-14.

FUENTENEBRO, F.: «Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault: clínica clásica y mirada heterodoxa», en VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de*

Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmerie. Certificateur, Madrid, Extra Editorial, 1995, pp. 269-281.

GANSER, S.: «État particulier d'hystérie crépusculaire», en J. POSTEL (dir.), *La psychiatrie*, París, Larousse, 1994, pp. 373-377.

GARNIER, P.: «Séance du 26 décembre 1887. Du délire chronique», *Annales Médicopsychologiques*, 1888, n.º 7, pp. 280-305.

—: *La folie à Paris*, París, Baillière e Hijos, 1890.

GARRABÉ, J.: «Préface», en G. G. DE CLÉRAMBAULT, *L'automatisme mental*, París, Les empêcheurs de penser en rond, Delagrange, 1992, pp. 9-31.

—: *Diccionario taxonómico de psiquiatría*, México D. F., F.C.E., 1993.

— (dir.): *Philippe Pinel*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1994.

—: *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México D. F., F.C.E., 1996 [1992].

—: «La paranoïa en 1911», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE (eds.), *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, Lovaina, Press Universitaires de Louvain, 1998, pp. 55-64.

GAUCHET, M.: «De Pinel à Freud», en G. SWAIN, *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, París, Calmann-Lévy, 1997 [1977], pp. 7-57.

GAULTIER, J.: *Le Bovarisme*, París, Mercure de France, 1902.

GAUPP, R.: «Paranoische Verlagung und abortive Paranoia», *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1910, n.º 21, pp. 65-68.

—: *Zur Psychologie des Massenmords. Hauptlehrer Wagner von Degerloch* (*Verbrechertypen*, t. I, Helf 3), Berlín, 1914. [Ed. española: *El caso Wagner* (Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998.]

—: «Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner», *Münchner medizinische Wochenschrift*, 1914, n.º 61, pp. 633-637.

—: «Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleichein ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1920, n.º 60, pp. 312-327. [Ed. española: «El caso Wagner. Una catamnesis, a la vez que aportación a la enseñanza de la paranoia», en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA, *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997, pp. 205-229.]

—: «Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den Wahn», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1921, n.º 69, pp. 182-210.

—: «Vom dichterischen Schaffen eines Geisteskranken», *Jahrbuch der Charakterologie*, 1926, n.º 2-3, pp. 199-225 (p. 199).

—: «Krankheit und Tod des paranoischen Massenmörders Hauptlehrer Wagner. Eine Epikrise», *Zeitschrift für gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1939, n.º 163, pp. 48-82. [Ed. española en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, n.º 69, pp. 89-98, y n.º 70, pp. 259-278.]

GAUPP, R. (hijo): «Robert Gaupp (1870-1953)», en S. R. HIRSCH y M. SCHEPHERD, *Themes and variations in european psychiatry. An anthology*, Bristol, John Wright & Sons Lts, 1974, pp. 119-120.

GENIL-PERRING, G.: *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médicine mentale*, París, Albert Leclerc, 1913.

—: *Les paranoïaques*, París, Maloine, 1926.

GEORGET, E.: *De la folie. Considérations sur cette maladie: son siège et ses symptômes; la nature et le mode d'action de ses causes; sa marche et ses terminaisons; les différences qui la distinguent du délire aigu; les moyens de traitement qui lui conviennent; suivies de recherches cadavériques*, París, Grevot, 1820

—: *Examen médical des procès criminels des nommés Léger, Feldtmann, Lecouffe, Jean-Pierre et Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale est alléguée comme moyen de défense*, París, Migneret, 1825.

—: *Discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale, suivi de l'examen du procès criminel d'Henriette Cornier, et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense*, París, Migneret, 1826.

GÉRENTE, P.: *Le délire chronique. Étude clinque*, tesis doctoral, París, 1883.

GIRARD, M.: «Gaëtan Gatian de Clérambault: morceaux choisis pour un parcours historique», en P. MORON *et al*., *Clérambault maître de Lacan*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1993, pp. 11-76.

GONZÁLEZ DURO, E.: *Historia de la locura en España*: t. I, *Siglos XIII al XVII*; t. II, *Siglos XVIII y XIX*; t. III, *Del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de hoy, 1994, 1995, 1996.

GOUREVITCH, M.: «Le síndrome de Xanthippe», en H. GRIVOIS, *Autonomie et automatisme dans la psychose*, París, Masson, 1992, p. 116 y ss.

GRIESINGER, W.: *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, París, A.

Delahaye, 1865, p. 382; esta traducción al francés corresponde a la segunda edición alemana de 1861.

—: «La pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande», *Annales Médico-psychologiques*, 1865, n.º 5, pp. 1-31.

—: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* [3.ª ed.], Sttutgart, 1867; [4.ª ed.] Berlín, F. Wreden, 1871.

GRIVOIS, H. (dir.): *La psychose hallucinatoire chronique*, París, Masson, 1989.

—: «La psychose hallucinatoire chronique», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, París, Masson, 1989, pp. 32-42.

—: *Naître à la folie*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1991.

GROSS, O.: «Über Bewußtseinszefall», *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1904, n.º 15, pp. 46-51.

—: «Zur Nomenklatur *Dementia sejunctiva*», *Neurologisches Centralblatt*, 1906, XXVI, pp. 1144-1146.

GRUHLE, H.: «Über den Wahn», *Nervenarzt*, 1951, n.º 22, pp. 125-126.

GUILAÑÁ I PALANQUES, E.: *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis: Una lectura a través del caso Schreber*, tesis doctoral, Universitat Autónoma de Barcelona, 1997.

GUIRAUD, P.: «Préface», en G. G. DE CLÉRAMBAULT, *Œuvre Psychiatrique*, París, Presses Universitaires de France, 1942, pp. V-XVI.

—: *Psychiatrie Générale*, Le François, París, 1950.

—: «E. Kraepelin», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, p. 83-101.

GUISLAIN, J.: *Sur l'aliénation mentale et sur les hospices d'aliénés*, t. II, Amsterdam, J. van der Hey e Hijos, 1826.

—: *Traité sur les Phrénopathies, ou doctrine nouvelle des maladies mentales*, Bruselas, 1835.

—: *Lettres médicales sur L'Italie, avec quelques renseignements sur la Suisse; résumé d'un voyage fait en 1838, adressé à la Société de Médicine de Gand*, Gante, Gyselynck, 1840.

—: *Leçons orales sur les phrénopathies*, vol. I, París, 1852.

HADOT, P.: *Qué es filosofía antigua*, México D. F., F.C.E., 1998.

—: *Ejercicios espirituales y filosofía antigua*, Madrid, Siruela, 2006.

HALBERSTADT, G.: «L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants.

Le groupe des paraphrénies», *Archives de neurologie*, 1912, pp. 403-417.

—: «Contribution à l'étude des paraphrénies», *Archives de neurologie*, 1913, vol. III, n.º 6, pp. 341-356.

—: «La démence paranoïde. Étude nosologique», *Annales Médico-psychologiques*, 1924, n.º 2, pp. 297-324.

—: «L'oeuvre psychiatrique de Kraepelin», *Annales Médico-psychologiques*, 1927, n.º 1, pp. 336-366.

HARMS, E.: «A fragment of Freud's library», *Psychoanalytic Quarterly*, 1971, t. XL, n.º 3, pp. 491-495.

HECHT, L.: «Maladie», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, Segunda Serie, t. IV, *MAG-MAR*, París, Masson y Asselin, 1871, pp. 231-266.

HECKER, E.: «Die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie», *Virchows Archiv*, 1871, n.º 52, pp. 394-429.

HEGEL, G.W.F.: *Fenomenología del espíritu*, Madrid, F.C.E., 1993 [1807].

—: *Lecciones sobre la filosofía de la historia*, Barcelona, Biblioteca Universal del Círculo de Lectores, 1996.

—: *Enciclopedia de la las ciencias filosóficas*, Madrid, Alianza, 2005.

HEINROTH, J.CH.: *Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens*, Leipzig, Vogel, 1818.

—: *Grundzüge der Criminal-Psychologie; oder die Theorie des Bösen in ihren Andwendung auf die Criminal-Rechtspflege*, Berlín, Dümmler, 1833.

HERSANT, Y. (dir.): *Mélancolies. De l'Antiquité au XXe siècle*, París, Robert Laffont, 2005.

HEUYER, G., J. AJURIAGUERRA y J. M. PIGEM: «El síndrome de automatismo mental de Clérambault y su importancia en psiquiatría» [1937], *Archivos de Neurobiología*, 1977, Suplemento 1 [Edición facsímil 60.º aniversario], pp. 533-566.

HOCHE, A.: «Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1912, n.º 12, pp. 540-551.

—: G. ASCHAFFENBURG y E. SCHULTZE: *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*, 2.ª ed., Berlín, 1909.

—: E. KRAEPELIN y O. BUMKE: *Los síntomas de la locura*, Madrid, Triacastela, 1999.

HUBER, J.-P.: «Aretée de Cappadoce et la psychose maniaco-dépressive», *L'Information Psichiatrique*, 1985, vol. 61, n.º 10, pp. 1375-1386.

HUERTAS, R.: *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, C.S.I.C., 1992.

— (coord.): «El saber psiquiátrico en la segunda mitad del siglo XIX. La somatización de la enfermedad mental», *Historia 16* (n.º especial: *La locura a través de la historia*), 1993, n.º 211, pp. 66-73.

—: «L'alienismo e la mentalitá antomoclinica: L'opera de J.-É.-D. Esquirol», *Medicina nei Secoli*, 1996, n.º 8, pp. 367-380.

—: «Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno al concepto de psicosis única», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XIX, n.º 69, pp. 63-76.

—: «Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias», *Frenia. Revista de historia de la Psiquiatría*, 2001, vol. I, fasc. I, pp. 9-36.

—: *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia. Historia y crítica de la psiquiatría, 2004.

HUNTER, R. e I. MACALPINE: *Psychiatry for the Poor*, Londres, Dawson, 1974.

IBÁÑEZ, N.: *Paranoia y creación: sobre las relaciones entre la paranoia de autocastigo según Lacan y la paranoia-crítica daliniana*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2006.

ISRAËLS, H.: *Schreber, père et fils*, París, Seuil, 1986.

JACKSON, S.W.: *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*, Madrid, Turner, 1989 [1986].

JANZARIK, W.: «Cien años de psiquiatría en Heidelberg», enW. JANZARIK, *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana*, Madrid, Triacastela, 2001, pp. 210-211.

—: *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana*, Madrid, Triacastela, 2001.

JASPERS, K.: *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gredos, 1977.

—: *Psicopatología general*, México D.F., F. C. E., 1993 [1913].

JIMENO, N, M. VARGAS y A. JIMENO: *El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt*, Barcelona, Springer, 1996.

JOHNSTONE, E. *et al.*: «Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia», *Lancet*, 1976, n.º 30, pp. 924-926.

JONES, E.: *Vida y obra de Sigmund Freud*, vol. II, Buenos Aires, Hormé, 1981.

JUNG, C.G.: *Diagnostische Assoziationsstudien: Beiträge zur experimentellen Psychopathologie*, Leipzig, J. A. Barth, 1906.

—: *Teoría del psicoanálisis* [1913], Barcelona, Plaza & Janés, 1976.

—: *Psicología de la demencia precoz*, Barcelona, Paidós, 1987 [1907].

—: «El contenido de la psicosis», en *El contenido de la psicosis. Psicogénesis de las enfermedades mentales 2*, Barcelona, Paidós, 1990 [1908].

JUQUERELIER, P. y R. CHARPENTIER: «Le tréponème pâle est-il l'agent causal de la Paralysie générale?», *Annales Médico-psychologiques*, 1921, n.º 1, pp. 252-261.

KAHLBAUM, K.: *Die Gruppirung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*, Danzig, Kafermann, 1863. [Ed. española: *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dor, 1995.]

—: *Die Katatonie, oder das Spannungsirresein*, Berlín, Hirschwald, 1874.

KAHLBAUM, L.: «Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunke der Psychopathologie», *Sammlung klinischer Vortrage*, 1878, n.º 126, pp. 1127-1146.

KANT, I.: *Antropología*, Madrid, Alianza, 1991.

KAPLAN, H., B. SADOCK y J. GREBB: *Kaplan and Sadock's. Synopsys of Psychiatry. Behavioral sciences/Clinical psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.

KATAN, M.: «El delirio de Schreber acerca del fin del mundo»; «El más allá de Schreber. Su construcción (*Aufbau*) y su caída»; «Las alucinaciones de Schreber sobre los "homúnculos"»; «La fase prepsicótica de Schreber»; «Nuevas observaciones acerca de las alucinaciones de Schreber», en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber* Buenos Aires, Nueva Visión, 1972, pp. 119-125, 45-118, 126-134 y 135-153, respectivamente.

KEEFE, R., C. MOHS, M. DAVISON *et al.*: «Kraepelinian schizophrenia: a subgroup of schizophrenia?, *Psychopharmacol. Bull.*, 1988, n.º 24, pp. 56-61.

—: «Diagnostic issues in chronic schizophrenia: Kraepelinian schizophrenia, undifferentiated schizophrenia, and state-independent negative symptoms, *Schizophrenia Research*, 1991, n.º 4, pp. 71-79.

KÉRAVAL: «Analyse du rapport de Cramer», *Archives internationales de Neurologie*, 1894, 2.ª sem., pp. 140-141.

KIRCHHOFF, TH.: *Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens*, vols. I y II, Berlín, Springer, 1921-1924.

KLAESI, J.: «Eugen Bleuler (1857-1939)», en K. KOLLE (ed.), *Große Nervenärzte*, t. I, Stuttgart, Thieme, 1956, pp. 7-16.

KLEIST, K.: «Psicosis marginales de Kleist» («Über zykloide, paranoide und epileptoide

psychosen und über die frage des degeneration psychosen»). *Psiquiatría.COM [revista electrónica]* 1997 Junio [citado 1 Jul 1997]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num2/artic_8.htm>.

KOHUT, H.: *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001 [1971].

KOLLE, K.: *Die primäre Verrücktheit*, Leipzig, Thieme, 1931.

—: *Die endogenen Psychosen. Das delphische Orakel der Psychiatrie*, Múnich, Lehmenns, 1955.

—: «Emil Kraepelin (1856-1926)», en KOLLE, K (ed.), *Grosse Nervenärzte*, t. II, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1970 (2.ª ed.), pp. 175-186.

KRAEPELIN, E.: *Compendium der Psychiatrie*, Leipzig, Abel, 1883.

—: *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, Ambr. Abel, 1887 (2.ª ed.); *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, Ambr. Abel, 1889 (3.ª ed.); *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte* (5.ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1896; *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte* (6.ª ed.), vol. II, Leipzig, J. A. Barth, 1899; *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 4 vols. (8.ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1909-1915.

—: *Introducción a la psiquiatría clínica*, Madrid, Saturnino Calleja Fernández, 1905, pp. 20-21. [Ed. original: *Einführung in die Psychiatrische Klinik* (2.ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1905.]

—: «Über paranoide Erkrankungen», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1912, t. II, pp. 617-638.

—: «Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1918, n.º 38, pp. 161-275. [Ed. española: *Cien años de psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999.]

—: «Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1918, n.º 42, pp. 169-205.

—: «Die Erforschung psychischer Krankheitsformen», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1919, n.º 51, pp. 224-246.

—: «Die Erscheinungsformen des Irreseins», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1920, n.º 62, pp. 1-29.

—: *Einführung in die psychiatrische Klinik*, 4.ª ed., 1921, Johann Ambrosius Barth,

Leipzig, 1921.

—: *Lebenserinnerungen*, Berlín, Springer, 1983. [Ed. inglesa: *Memoirs*, Berlín, Springer, 1987.]

KRAEPELIN E. y J. LANGE: *Psychiatrie. Neunte, vollständig umgearbeitete Auflage*, 2 vols., Barth Verlag, Leipzig 1927.

KRAFFT-EBING, R.: *Traité clinique de Psychiatrie*, París, Maloine, 1897 (trad. de la 5.ª ed. alemana).

—: *Médicine légale des aliénés*, París, Doin-Larose, 1900 (trad. de la 2.ª ed. alemana).

KRETSCHMER, E.: *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Triacastela, 2000.

LACAN, J.: «Structures des psychoses paranoïaques», *Semaine des hôpitaux de Paris*, 7 de julio de 1931, pp. 437-445. [Ed. española: «Estructura de las psicosis paranoicas», *El analiticón*, 1986, n.º 4, pp. 5-20.]

—: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México, Siglo XXI, 1979 [1932]; la edición incluye: «Presentación general de nuestros trabajos científicos»; «El problema del estilo y la concepción psiquiátrica de las formas paranoicas de experiencia» [1933] y «Motivos del crimen paranoico: el crimen de las hermanas Papin» [1933].

—: *Écrits*, Seuil, París, 1966; nueva reedición: *Écrits*, 2 vols., Seuil, París, 1999. [Ed. española: *Escritos 1*, México D. F., Siglo XXI, 1983; *Escritos 2*, México D. F., Siglo XXI, 1980; más reciente: *Escritos. Obras escogidas*, Barcelona, RBA, 2006.]

—: «Prólogo» [1969], en A. RIFFLET-LEMAIRE, *Lacan*, Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1981, pp. 9-21.

—: *Le Séminaire. Livre XXII. RSI, 1974-75*, lección del 8 de abril de 1975 (inédito).

—: *Conferencias y conversaciones en Universidades norteamericanas*, Universidad de Yale, EE.UU., noviembre y diciembre de 1975; dactilografiado.

—: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1981.

—: *El Seminario. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1994.

—: *Autres écrits*, París, Éditions du Seuil, 2001.

—: *Des noms-du père*, París, Seuil, 2005.

—: *Le Séminaire. Livre XXIII: Le sinthome*, París, Seuil, 2005. [Ed. española: *El Seminario. Libro 23: El sinthome*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 2006.]

—: *El Seminario. Libro 10. La angustia (1962-1963)*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós,

2006.

—: *Mi enseñanza*, Barcelona, Paidós, 2007.

LACASSAGNE, A.: *Vacher l'éventreur et les crimes sadiques*, París, Masson, 1899.

LAGACHE, D.: «Pasiones y psicosis pasionales» [1936], en *Obras 1 (1932-1938)*, Buenos Aires, Paidós, 1982.

LAGRIFFE, L.: «Le délire d'interprétation», *Annales Médico-psychologiques*, 1909, n.º 10, pp. 249-268.

LAIA, S.: *Los escritos fuera de sí. Joyce, Lacan y la locura*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006.

LAÍN ENTRALGO, P.: *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Barcelona, Salvat, 1950.

LAING, R.D.: *La política de la experiencia*, Barcelona, Grijalbo, 1977.

LANDAUER, K.: «Curación espontánea de una catatonía» [1914], *Referencias. Sigmund Freud (2)*, Biblioteca del campo freudiano de Barcelona (Documento interno).

LANTÉRI-LAURA, G.: *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, París, Masson, 1979.

—: «L'arrière-plan de la psychose hallucinatoire chronique», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, París, Masson, 1989, pp. 5-19.

—: *Les hallucinations*, París, Masson, 1991.

—: «L'unicité de la notion de délire dans la psychiatrie française moderne», en H. GRIVOIS (dir.), *Psychose naissante, psychose unique*?, París, Masson, 1991, pp. 5-21.

—: «La notion d'automatisme dans la médicine et dans la psychiatrie modernes, en H. GRIVOIS(dir.), *Autonomie et automatisme dans la psychose*, París, Masson, 1992, pp. 7-29.

—: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000.

LANTÉRI-LAURA, L. DEL PISTOIA y H. BEL HABIB: «Paranoïa», *Encyclopedie Médico-Chirurgicale* (París, Francia), *Psychiatrie*, 37299 D10, 10-1985, 24 p.

LANTÉRI-LAURA, G. y M. GROSS: *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*, París, E.P.E.L., 1992.

LASÈGUE, CH.: *Études médicales*, 2 vols., París, Asselin, 1884.

LASÈGUE, CH. y B.-A. MOREL: «Études historiques sur l'aliénation mentale», *Annales Médico-psychologiques*, 1844, n.º 3, pp. 40-52; *Annales Médico-psychologiques*,

1844, n.º 4, pp. 1-10 y pp. 157-172; *Annales Médico-psychologiques*, 1845, n.º 6, pp. 29-52.

LAURENT, D.: «Retour sur la thèse de Lacan: l'avenir de Aimée», *Ornicar*?, 2003, n.º 50, pp. 121-147.

LÁZARO, J.: «Darwin contra el DSM: la vindicación de la psicosis única», en B. LLOPIS, *La psicosis única. Escritos escogidos*, Madrid, Triacastela, 2003, pp. 9-54.

LECLAIRE; S.: «À la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses», *L'Évolution psychiatrique*, 1958, n.º 2, t. XXIII, pp. 337-419.

LEGRAIN, P.: *Du délire chez les dégénérés*, tesis doctoral, Fac. de París, 1886.

LEGRAND DU SAULLE, H.: *La folie devant les tribunaux*, París, Savy, 1864.

—: *Le délire des persécutions*, París, Plon, 1871.

LEGUIL, F.: «Lacan avec et contre Jaspers», *Ornicar*?, 1989, n.º 48, pp. 5-23.

LEINS, C. y K. FOERSTER: «Point de vue actuel sur Robert Gaupp», en A.-M. VINDRAS, *Ernst Wagner, Robert Gaupp: un monstre et son psychiatre*, París, E.P.E.L., 1996, pp. 389-398.

LEMOINE, A.: *L'aliéné devant la philosophie, la morale et la société*, París, Didier, 1862.

LEURET, F.: *Fragments psychologiques sur la folie*, París, Crochard, 1834.

—: *Du traitement moral de la folie*, París, Baillière, 1840; edición española: *El tratamiento moral de la locura*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001.

LÉVY-VALENSI, J., P. MIGAULT y J. LACAN: «Écrits "inspirés": schizographie», *Annales Médico-psychologiques*, 1931, n.º 2, pp. 508-522.

LIBBRECHT, K.: *Hysterical Psychosis: A Historical Survey*, Nueva York, Transaction Publishers, 1995.

LLOPIS, B.: *La psicosis única. Escritos escogidos*, Madrid, Triacastela, 2003.

LOISEAU: «Éloges de MM. Mitivié et Falret père» (Séance du 18 décembre, 1871; Société Médico-psychologique), *Annales Médico-psychologiques*, 1872, n.º 5, pp. 241-255.

LÓPEZ HERRERO, L.S.: *La cara oculta de Salvador Dalí*, Madrid, Síntesis, 2004.

LÓPEZ PIÑERO, J.M.ª: *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Madrid, Alianza Editorial, 1985.

—: *Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*, Madrid, Alianza, 2002.

LOTHANE Z.: «Vindicating Schreber's father: neither sadist nor child abuser», *Journal of*

Psychohistory, 1989, n.º 16, pp. 263-285.

—: *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, Nueva Jersey, The Analytic Press, 1992.

—: «El caso Schreber: una revisión», *Rev. Asoc. Esp. Neuropiq.*, 1995, vol. XV, n.º 53, pp. 255-273.

—: «Daniel Paul Schreber en su propios términos, o cómo las ficciones interpretativas se convierten en hechos históricos; 1.ª Parte», *Análisis. Revista de psicoanálisis y cultura de Castilla y León*, 2006, n.º 11-12, pp. 63-72.

MACALPINE, I. y R. A. HUNTER: «The Schreber case. A contribution to schizophrenia, hypochondria and psychosomatic symptom-formation», *The Psychoanalytic Quarterly*, 1953, n.º 22, pp. 328-271.

—: «Introduction», «Notes and Discussion», en D. P. SCHREBER, *Memoirs of my nervous illnes*, Londres, Dawson, 1955.

MAGNAN, V.: «Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles», *Annales Médico-psychologiques*, 1885, n.º 1, pp. 447-472.

—: *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*, París, Louis Bataille Éditeur, 1893 (2.ª ed.).

MAGNAN, V. y P. LEGRAIN: *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques*), París, Rueff, 1895.

MAGNAN, V. y P. SÉRIEUX: *Le délire chronique à évolution systématique*, París, Gauthier-Villars y G. Masson, 1892.

—: «Délire chronique à évolution systématique», en A. MARIE (dir.), *Traité International de Psychologie pathologique*, vol. II, París, Alcan, 1910, pp. 605-639.

MALABIA, P. y A. CALOT: «Contribución al estudio de la paranoia», *Medicina española*, 1963, t. L., n.º 296, pp. 281-289.

MALEVAL, J.-C.: *Locuras histéricas* y *psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós, 1987.

—: «Las histerias crepusculares», *Confrontaciones psiquiátricas*, 1994, n.º 27, pp. 67-103.

—: *Logique du délire*, París, Masson, 1996.

—: *La forclusión del Nombre-del-Padre. El concepto y su clínica*, Buenos Aires, Paidós, 2002 [2000].

MALEVAL, J.-C. y D. CREMNITER: «Délire psychotique ou delirium névrotique. Essai de

différenciation structurelle», *Bulletin de Psychologie*, 1986-1987, n.º 378, t. XL, pp. 21-36.

MALEVAL, J.-C. *et al.*: «Las variaciones del campo de la histeria en psicoanálisis», en VV.AA. *Histeria* y *obsesión*, Buenos Aires, Manantial, 1986, pp. 83-90.

MANNONI, O.: *La otra escena. Claves de lo imaginario*, Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

—: «El lenguaje en el esquizofrénico», *Cuadernos Sigmund Freud*, 1976, n.º 2-3, pp. 73-87; también en: J. MCDOUGALL, O. MANNONI, D. VASSE y L. DETHIVILLE, *El diván de Procusto: El peso de las palabras, el mal-entendido del sexo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991, pp. 89-99.

—: «Presidente Schreber, Profesor Flechsig» [1974], *Cuadernos de psicoanálisis*, 1978, n.º 1, pp. 33-47.

—: *Ficciones freudianas*, Madrid, Fundamentos, 1980.

—: *Ça n'empêche pas d'existir*, París, Seuil, 1982.

MARC, H.: «Aliéné», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire des sciences médicales*, *AMPANG*, t. I, París, C. L. F. Panckoucke, 1812, pp. 321-329.

MARCHAIS, P.: «Vers la fin de l'ère kreapelinienne?», *Annales Médico-psychologiques*, 1980, n.º 9.

—: «L'Automatisme Mental de Clérambault et ses liens avec la pensée psychiatrique française», en VV.AA, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmerie. Certificateur*, Madrid, Extra Editorial, 1995.

MARGULIÈS, A.: «Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia», *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1901, t. X.

MARSET, P.: «La nueva psiquiatría de Pinel como expresión de la nueva situación europea en los comienzos del siglo XIX», en PH. PINEL, *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Madrid, Nieva, 1988, pp. 13-35.

MARTÍNEZ PÉREZ, J.: «Entre la filantropía y la ciencia», *Historia 16*, 1993, n.º 211 [n.º especial: *La locura a través de la historia*], pp. 56-65.

MASSELON, R.: *Psychologie des déments précoces*, París, L. Boyer, 1902.

—: «Le délire chronique à évolution systématique (Étude critique)», *Annales Médicopsychologiques*, 1913, n.° 4, pp. 359-371.

MATILLA, K.: *El concepto de psicosis en Freud. Sus antecedentes en la psicopatología*

psiquiátrica y los principales desarrollos en la nosología freudiana, tesis doctoral, Universidad de Burgos, 2007.

MATTHYSSE, S. y J. PARNAS: «Extending the phenotype of schizophrenia: implications for *linkage* analyse», *Journal of Psychiatry Research*, 1992, n.º 26, pp. 329-344.

MATTOS, J.: *A paranoia. Ensaio pathogenico sobre os delirios systematisados*, Lisboa, Cardoso & Irmão, 1898.

MAURIEL, H.: «Le texte de Clérambault: une langue, une graphie, un style», en P. MORON *et al.*, *Clérambault maître de Lacan*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1993, pp. 77-105.

MAUZ, F.: «Robert Gaupp (1870-1953)», en K. KOLLE (ed.), *Große Nervenärzte*, t. II, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1970, pp. 139-149.

MAYER, W.: «Über paraphrene Psychosen», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psiquiatrie*, 1921, n.º 71, pp. 187-206.

MAZIADE, M. y V. RAYMOND: «La nueva genética de la esquizofrenia», en CH. L. SHRIQUI y H. A. NASRALLAH (eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Madrid, Ediciones médicas, 1995, pp. 65-84.

MAZZUCA, R.: «Los fenómenos llamados elementales», en S. TENDLARZ (comp.), *Análisis de las alucinaciones*, Buenos Aires, Eolia-Paidós, 1995, pp. 59-116.

MAZZUCA, R., F. SCHEJTMAN y M. ZLOTNIK, *Las dos clínicas de Lacan. Introducción a la clínica de los nudos*, Buenos Aires, Tres Haches, 2000.

MEADER, A.: «Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken», *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, 1910, t. II, parte 1, pp. 185-245.

MENDEL, *Leitfaden der Psychiatrie*, Stuttgart, 1902.

MERCKLIN: *Studien über die primäre Verrücktheit*, Inaug-Dissert., Dorpat, 1879.

MEYNERT, TH.: *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie auf Wissenschaftlichen Grundlagen*, Viena, Braumüller, 1890.

—: «La *Amentia* o confusión» (1890), en VV.AA., *Alucinar y delirar*, t. I, Buenos Aires, Polemos, 1998.

MICHAUX, L.: «G. G. de Clérambault et l'Infirmerie Spéciale», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, p. 41-54.

MICHÉA, CL.: «Année 1800. Pinel envisagé comme homme, comme savant, comme

professeur et comme praticien. Son *Traité de l'aliénation mentale*», *Annales Médicopsychologiques*, 1856, n.º 2, pp. 617-621.

MILLER, J. A.: «Enseñanzas de la presentación de enfermos», *Ornicar*?, 1981, n.º 3, pp. 47-64.

—: «S'Truc Dure», *Pas Tant*, 1985, n.º 8/9, pp. 4-11.

—: *Matemas I*, Buenos Aires, Manantial, 1987.

—: *Matemas II*, Buenos Aires, Manantial, 1988.

—: «Seminario do Campo freudiano (Primeira Conferéncia)», *Falo. Revista Brasileira do Campo freudiano*, 1988, n.º 2, pp. 87-96.

—: «Lógicas de la vida amorosa. Segunda conferencia», en *Lógicas de la vida amorosa*, Buenos Aires, Manantial, 1991.

—: «Clinique ironique», *La Cause freudienne. Revue de psychanalyse, L'énigme & La psychose*, 1993, n.º 23, pp. 7-13.

—: «Lacan et psychose» [1987], *Abords*, 1994, n.º 0, pp. 3-15.

—: *et al.*: *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999.

—: *De la naturaleza de los semblantes*, Buenos Aires, Paidós, 2002 [1991-1992].

—: *Lo real y el sentido*, Buenos Aires, Diva, 2003.

— *et al.*: *La psicosis ordinaria*, Buenos Aires, Paidós, 2004.

—: *Illuminations profanes*, miércoles 3 de mayo de 2006 (inédito).

— *et al.*: *El saber delirante*, Buenos Aires, Paidós, 2005.

—: «A propósito de la psicosis: síntoma y fantasma», en J.-A. MILLER, *Introducción a la clínica lacaniana. Conferencias en España*, Barcelona, RBA, 2006, pp. 42-43.

—: *La angustia. Introducción al Seminario X de Jacques Lacan*, Barcelona, Gredos ELP, 2007.

MINKOWSKI, E.: «Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich», *Annales Médicopsychologiques*, 1923, n.º 1, pp. 110-126.

—: «La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels (une page d'histoire contemporaine de la psychiatrie)», *Évolution psychiatrique*, París, Payot, 1925, pp. 193-236.

—: *Traité de Psychopathologie*, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999 [1966].

—: *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*, Buenos Aires, Paidós, 1980.

MÖBIUS, P.: «Reseña sobre *Denwürdigkeiten eines Nervenkranken*, por D. P. Schreber»,

Schmidt's Jahrbücher der in -und ausländischen gesammten Medicin, 1903, n.º 276, p. 105.

—: «Ueber die Einheilung der Krankenheiten». [Ed. española: «Sobre la clasificación de las enfermedades]», *Psiquiatría.COM [revista electrónica]*, 1997, marzo [citado 21 de marzo de 1997]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/artic_8.htm>.]

MÖLLER, H.-J.: «The negative component in schizophrenia», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, n.º 91 (supl. 388), pp. 11-14.

MONTASSUT, M.: *La constitution paranoïaque*, París, Commelin, 1924.

MOORE, D. y J. JEFFERSON: *Manual de psiquiatría médica*, Barcelona, Elsevier España, 2005.

MORALES MESEGUER, J. M.ª: «Psiquiatría», en P. LAÍN ENTRALGO, *Historia universal de la Medicina*, vol. VI, Barcelona, Salvat, 1974.

—: «Historia general de la Psiquiatría», en C. RUIZ OGARA *et al*., *Psiquiatría*, vol. I, Barcelona, Toray, 1982.

MOREAU DE TOURS, P.: *Du haschisch et de la aliénation mentale*, París, Fortin y Masson, 1845.

MOREL, B.-A.: *Études cliniques sur les maladies mentales*, 2 vols., París, Masson, 1851-1852.

—: *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, París, J.-B. Baillière, 1857.

—: *Traité des maladies mentales*, París, Masson, 1860.

MÜLLER, C.: «Eugène Bleuler, 1857-1939», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, pp. 103-109.

MUNCIE, W.: *Psychobiology and Psychiatry. A Text-book of Normal and Abnormal Behavior*, St. Louis, C. V. Mosby, 1939.

NASAR, S.: *Una mente prodigiosa*, Barcelona, Debolsillo, 2002.

NAYRAC, P.: «Mental Automatism» [1927], en S. R. HIRSCH (ed.), *Themes and variations in European psychiatry. An anthology*, Bristol, J. Wright & Sons LTD, 1974, pp. 405-429.

NEISSER, CL.: «Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte»,

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1892, enero, t. III, n.º. 15, pp. 1-20.

NEUMANN, H.: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Erlangen, Enke, 1859.

NEUZNER, B.: «Vorwort», en R. GAUPP, *Hauptlehrer Wagner. Zur Psychologie des Massenmords*, Frickenhausen, Sindlinger-Burchartz, 1996, p. 6.

NIEDERLAND, W.: «Tres notas sobre el caso Schreber» [1951]; «Schreber: padre e hijo» [1959]; «El padre de Schreber» [1960], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1972, p. 163-204.

NIETZSCHE, F.: *Ecce homo*, en *Jenseits von Gut und Böse und andere Schriften*, t. 3, Colonia, Könemenn, 1994.

NOËL, G.: *Philippe Chaslin. Contribution à l'étude de son oeuvre*, tesis, París, 1984.

NUNBERG, H.: «Über den Katatonischen Anfall», *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1920, t. VI, pp. 25-49.

—: «Der Verlauf des Libidokonfliktes in einem Fall von Schizophrenie», *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1921, t. VII, pp. 301-346.

NUNBERG, H. y E. FEDERN (comp.): *Las reuniones de los miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, Tomo I: 1906-1908*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.

NUSSBAUM, M.: *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenista*, Barcelona, Paidós, 2003.

OBIOLS, J.E. *et al* : *Subtipos de esquizofrenia*, Madrid, Bibliotecas Aula Médica, 2007.

OBIOLS VIÉ, J.: *El caso Julia. Un estudio fenomenológico del delirio*, Barcelona, Aura, 1969.

O.M.S.: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.

PALOMERA, V.: *Freud et la schizophrénie*, Memoire de recherche pour la soutenance du D.E.A., Universidad de París VIII Saint Denis, 1993.

—: «Freudy la esquizofrenia» (I) y (II), *Uno por Uno. Revista mundial de Psicoanálisis*, 1994, n.º 38 y n.º 39, pp. 21-41 y 98-118.

—: *L'expérience psychanalytique des psychose à l'époque freudienne*, tesis doctoral, Universidad de París XVIII Vincennes-Saint Denis, 2002.

PANTELIS, C. , T. BARNESyH. NELSON: «Is the concept of frontal-subcortical dementia relevant to schizophrenia?», *The British Journal of Psychiatry*, 1992, n.º 160, pp. 442-460.

PARANT, V.: *La raison dans la folie. Étude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables*, París, Doin, 1888.

—: «Le retour à la médicine mentale française», *Annales Médico-psychologiques*, 1914-1915, n.° 6, pp. 401-412.

—: «Réplique de M. le Dr. Victor Parant père à M. le professeur Gilbert Ballet», *Annales Médico-psychologiques*, 1916, n.° 7, pp. 11-17.

PAULUS, J.: *Le problème de l'hallucination et l'évolution de la psychologie d'Esquirol à Pierre Janet*, Lieja (Faculte de philosophie et lettres) y París (E. Droz), 1941.

PERALTA, V. y M. J. CUESTA: «Síntomas negativos en la esquizofrenia: modelos clínicos, delimitación conceptual, significación clínica, fisiopatología y tratamiento», en M. GUTIÉRREZ, J. EZCURRA y P. PICHOT, *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1995, pp. 39-79.

PEREIRA, C.: *Las parafrenias. Delirio crónico de ideas polimorfas*, Buenos Aires, Salerno, 1965.

PERRIER, F.: *Les corps malades du signifiant*, París, Inter-Editions, 1984.

PERRIS, C.: «A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1966, n.º 42 (supl. 194).

PESET, J.L.: «Philippe Pinel's hippocratic revolution», enF. FUENTENEBRO, R., HUERTAS y C. VALIENTE (eds.), *Historia de la psiquiatría. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, 2003, pp. 93-106.

PETERS, U.: «De quoi souffrait Schreber? Considerations sur la maladie de l'auteur des Memoires d'un nevropathe sous les aspects actuels», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE (eds.), *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, Lovaina, Press Universitaires de Louvain, 1998, pp. 65-79.

PICHON, G.: *Folies passionnelles. Études philosophiques et sociales*, París, E. Dentu, 1891.

PICHOT, P.: *Un siècle de psychiatrie*, París, Roger Dacosta-Roche, 1983. [Ed. española: *Un siglo de psiquiatría*, París, Roger Dacosta-Roche, 1983.]

—: «The birth of the bipolar disorder», *Eur Psychiatry*, 1995, n.º 10, pp. 1-10.

—: «Evolución del concepto de esquizofrenia», en M. GUTIÉRREZ, J. ESCURRA y P. PICHOT,

Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (1), Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1995.

PIGEAUD, J.: *Folies et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine*, París, Les Belles Lettres, 1987.

—: *La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, París, Les Belles Lettres, 1989 [1981].

—: *Aux portes de la Psychiatrie. Pinel, l'Ancien et le Moderne*, París, Aubier, 2001.

PINEL, PH.: *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médicine*, t. II, París, Crapelet, 1798; ed. española: *Nosografía filosófica o aplicación del método analítico a la medicina*, vol. II, Madrid, Imprenta real, 1803 [1798].

—: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, París, Richard, Caile y Ravier, 1800 [1.ª edición]. [Ed. española: *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Madrid, Nieva, 1988.]

—: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [2.ª edición], París, Brosson, 1809.

—: «Aliénation», en *Dictionaire des sciences médicales*, *A-AMP*, t. I, París, C. L. F. Panckoucke, 1812, pp. 311-321.

PINEL, S.: *Traité complet ou régime sanitaire des aliénés, ou Manuel des établissemens qui leur sont consacrés*, París, Mauprivez, 1836.

PLATÓN, *Diálogos I*, Madrid, Gredos, 1981.

PLOOG, D.: «Hipótesis sobre la conducta biológica en la producción de las psicosis endógenas», en G. HUBER, *Esquizofrenia y ciclotimia. Resultados y problemas*, Madrid, Morata, 1972, pp. 29-49.

PLUTARCO: *Obras morales y de costumbres (Moralia)*, VII, Madrid, Gredos, 1995

POROT, A.: *Diccionario de Psiquiatría*, 2 vols., Barcelona, Labor, 1967.

PORTER, R.: *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner/F.C.E., 2003.

PORTER, R. y D. WRIGHT: *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

POSTEL, J.: «Georget et Bayle: deux destins contraires», *Psychanalyse à l'Université*, 1978, n.º 11, pp. 445-463.

—: *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits psychiatriques de Philippe Pinel*, París, Le Sycomore, 1981.

—: «La paralysie générale», en POSTEL, J. y C. QUÉTEL (dirs.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983, pp. 322-333.

—: «La *monomanie homicide* d'Esquirol: une maladie sans symptôme?», en H. GRIVOIS (dir.), *Les monomanies instinctives*, París, Masson, 1989, pp. 7-16.

— (dir.): *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie Clinique*, París, Larousse, 1998.

POSTEL, J. y F. BING: «Philippe Pinel y los 'conserjes'», en VV.AA., *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*, Buenos Aires, Paidós, 1996, pp. 37-52.

POSTEL, J. y C. QUÉTEL: *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983.

POTTIER, P.: *Étude sur les aliénés persécuteurs*, París, Asselin y Houzeau, 1886.

PRADO DE OLIVEIRA, L.: *Le cas Schreber: contributions psychanalytiques de langue anglaise*, Presses Universitaires de France, París, 1979.

—: *Freud et Schreber. Les sources écrites du délire, entre psychose et culture*, Toulouse, Erès, 1997.

PRINCE, M.: «Genèse et développement des "personnalités" des demoiselles Beauchamps», *Actes du IV Congrès international de psychologie, Paris, 20-26 août 1901*, París, Alcan, 1901.

PROAL, L.: «La responsabilité morale des criminels», *Revue Philosophique de la France et de l'étranger*, Decimoquinto año, XXIX (enero a junio de 1890), París, Alcan, 1890, pp. 384-398.

—: *Le crime et la peine*, París, Alcan, 1891 (2.ª ed.).

QUÉTEL, C.: «Psychiatrie et révolution», *L'Information psychiatrique*, 1990, vol. 66, n.º 2, pp. 163-169

RACAMIER P. y J. CHASSEGUET-SMIRGEL: «Revisión del caso Schreber» [1966], *Imago*, 1980, n.º 9, pp. 60-87.

RAUCHS, P.: «La psychose hallucinatoire chronique, produit non exportable?», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, París, Masson, 1989, pp. 43-54.

—: «De Iéne a Vienne. Grandeur et crépuscule de l'idéal romantique», en H. GRIVOIS (dir.), *Psychose naissante, psychose unique*?, París Masson, 1991, p. 23-30.

READ, J., L. MOSHER y R. BENTALL: *Modelos de locura*, Barcelona, Herder, 2006.

REDERO, J. M.ª: «¿Delirios en la neurosis?», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, n.º 61, vol. XVII, pp. 63-74.

RÉGIS, E.: «Éude médicale sur J.-J. Rousseau», *La Chronique médicale*, 1900,

febrerojulio.

—: *Le délire onirique des intoxications et des infections*, Burdeos, G. Gounouilhou, 1900.

—: *Précis de Psychiatrie*, París, Dion, 1909.

RÉMOND y P. VOIVENEI: «Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie», *Annales Médico-psychologiques*, 1910, n.º 12, pp. 353-379; «Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie (suite et fin)», *Annales Médico-psychologiques*, 1911, n.º 13, pp. 19-51.

RENARD, E.: *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault. Sa vie et son oeuvre (1872-1934)*, París, Le François, 1942.

RIANT, A.: *Les irresponsables devant la justice*, París, Baillière, 1888

RICHTER, G.: *Geschichte des ältesten Schrebervereins, 1864-1939. Festschrift zum 75jährigen Bestehen des Kleingärtnervereins Dr. Schreber*, Leipzig, 1939.

RIGOLI, J.: *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*, París, Fayard, 2001.

RITTER, A.: *Schreber: Das Bildungssystem eines Ärztes*, Disertación inaugural, Erlangen, 1936.

RITTI, A.: «Folie à double forme», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, Cuarta Serie, t. III, *FOI-FRA*, París, Masson-Asselin, 1879, pp. 321-339.

—: «Éloge de Philippe Pinel», *Annales Médico-psychologiques*, 1885, n.º 2, p. 185-193.

—: «Eloge du professeur Ch. Lasègue», *Annales Médico-psychologiques*, 1885, n.º 2, pp. 88-120.

RIVAS, E.: *Pensar la psicosis. El trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*, Málaga, Miguel Gómez Ediciones, 2005.

ROCA, F.: «¿Es la psiquiatría una ciencia?», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XIX, n.º 72, pp. 609-617.

ROGUES DE FURSAC, J.: *Manuel de psychiatrie*, París, Alcan, 1923.

ROMERO, I.: «Kraepelin: una vida dedicada a la clasificación de las enfermedades mentales», en F. LEAL (coord.), *Sesiones científicas psiquiátricas. Hospital Dr. José María Villacián*, Valladolid, Andrés Martín, 2006, pp. 31-42.

ROSEN, G.: *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza Editorial, 1974 [1968].

ROSOLATO, G.: «Clérambault et les délires passionnels», *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1980, n.º 21, pp. 199-233.

ROSS, W.: *Friedrich Nietzsche. El águila angustiada. Una biografía*, Barcelona, Paidós, 1994.

ROUDINESCO, E.: *La batalla de los cien años (2). Historia del psicoanálisis en Francia (2) (1925-1985)*, Madrid, Fundamentos, 1993.

—: *Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, París, Fayard, 1993.

ROUDINESCO, E. y M. PLON: *Dictionnaire de la psychanalyse*, Poitiers, Fayard, 1997.

ROUSSEAU, J.-J.: *Lettres de Rousseau sur différents sujets de littérature* (publicadas por Louis Racine), 5 vols., Génova, 1750.

—: *Correspondance complète de Jean-Jacques Rousseau: édition critique*, Génova, Institut et musée Voltaire, 1965.

—: *Discursos. El contrato social*, Barcelona, Biblioteca Universal del Círculo de Lectores, 1995.

—: *Las ensoñaciones del paseante solitario*, Madrid, Alianza, 1998.

—: *Las Confesiones*, Madrid, Alianza, 2004.

ROYER-COLLARD, A.: «Examen de la doctrine de Maine de Biran sur les rapports du physique et du moral de l'homme», *Annales Médico-psychologiques*, 1843, n.º 2, pp. 1-45.

RUBENS, A.: *Le maître des insensés. Gaëtan Gatian de Clérambault [1872-1934]*, París, Les empêcheurs de penser en rond-Synthélabo, 1998.

SANDER, W.: «Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit», *Archiv für Psychiatrie*, 1868, t. I, pp. 387-416.

SANTNER, E.: *My Own Private Germany: Daniel Paul Schreber's Secret History of Modernity*, Princeton, Princeton University Press, 1996.

SANTO-DOMINGO, J.: «La psicosis unitaria en la actualidad: de H. Ey y B. Llopis a la ICE-10 y la DSM-IV», *Archivos de Neurobiología*, 1998, n.º 3, vol. 61, pp. 175-186.

SARRÓ, R.: «Enfermedades mentales», en A. PEDRO PONS (dir.), *Tratado de Patología y Clínica Médicas*, t. IV, Barcelona, Salvat, 1959, pp. 1.089-1.178.

SAUVAGNAT, F.: «Historia de los fenómenos elementales. A propósito de la "significación personal"», *Confluencias*, 1989, vol. III, n.º 2, pp. 28-31.

—: «Discussion sur la paranoïa du point de vue clinique», en H. GRIVOIS (dir.), *Psychoses*

naissante, psychose unique?, París, Masson, 1990, pp. 85-96.

—: «De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques sont-ils l'indice», en H. GRIVOIS (ed.), *Psychose naissante, psychose unique*, París, Masson, 1991, pp. 69-83.

—: «Los psicoanalistas y la cuestión de la comprensibilidad de los trastornos psicóticos», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1994, n.º 51, vol. XIV, pp. 659-674.

SAUVAGNAT, F. y R. SAUVAGNAT: «Fenómenos elementales y estabilizaciones en las psicosis maníaco-depresivas», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, vol. XVIII, n.º 67, pp. 459-470.

SCHARFETTER, CH.: *Eugen Bleuler, 1857-1939: Polyphrenie und Schizophrenie*, Zúrich, Hochschulverlag, 2006.

SCHATZMAN, M.: *El asesinato del alma. La persecución del niño en la familia autoritaria*, Madrid, Siglo XXI, 1979.

SCHNEIDER, K.: «Zum Begriff des Wahns», *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 1949, n.º 17, pp. 23-31.

—: «Sobre el delirio», *Symposium sobre esquizofrenia*, Madrid, 1957, pp. 37-41.

—: *Problemas de patopsicología y psiquiatría clínica*, Madrid, Morata, 1967.

—: *Psicopatología clínica*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.

SCHREBER, D.G.M.: *Kalipädie oder Erziehung zur Schönheit durch naturgetreue und gleichmässige Förderung normaler Körperbildung, lebenstrüchtiger Gesundheit und geistiger Veredelung und insbesondere durch möglichste Benutzung specieller Erziehungsmittel: Für Altern, Erzieher und Leher*, Leipzig, F. Fleischer, 1858.

—: *Ärztliche Zimmergymnastik oder Darstellung und Anwendung der unmittelbaren*, Leipzig, Fleicher, 1855. [Ed. española: *Manual popular de gimnasia de sala*, Madrid, Carlos Bailly-Bailliere, 1891.]

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, A.E.N., 2003 (traducción de M. Villanueva).]

SCHÜLE, H.: *Traité clinique des maladies mentales*, París, Delahaye y Lecrosnier, 1888.

SEARLES, H.:*Collected papers on schizophrenia and related subjects*, Nueva York, International Universities Press, 1965.

SÉGLAS, J.: «La paranoïa: historique et critique», *Archives internationales de Neurologie*, 1887, t. XIII, pp. 62-76; 221-232; 393-406.

—: *Des troubles du langage chez les aliénés*. París, Rueff, 1892.

—: *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894). Recueilles et publiées par le Dr. Henry Meigne*, París, Asselin y Houzeau, 1895.

—: «Pathogénieet physiologiepathologique de l'hallucination de l'ouïe», *Congrèsdes médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Sesión VII, Nancy, 1-5 de agosto de 1896, París, Masson, 1897, t. I, pp. 3-73.

—: *Le délire des négations*, París, Masson, 1897.

—: «La démence paranoïde», *Annales Médico-psychologiques*, 1900, n.º 12, pp. 232-246.

—: «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLET, *Traité de Pathologie mental*, Dion, París, 1903, pp. 74-270.

—: «Préface», en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934.

SEMALAIGNE, R.: *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, París, Baillière, 1930.

—: *Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médicine mentale*, París, Imprimeries réunies, 1938.

SÉNECA, *Epístolas morales a Lucilio*, t. I, Madrid, Gredos, 2000.

SERBSKI, V.: «Contribution à l'étude de la démence précoce (I)», en *Annales Médicopsychologiques*, 1903, n.º 18, pp. 379-388; «Contribution à l'étude de la démence précoce (II)», *Ann. Méd.-psychol.*, 1904, n.º 19, pp. 19-34; «Contribution à l'étude de la démence précoce (III)», *Ann. Méd.-psychol*, 1904, n.º 19, pp. 188-203.

SÉRIEUX, P.: *La démence précoce*, París, Coueslant, 1902.

—: «V. Magnan. Sa vie et son oeuvre», *Annales Médico-psychologiques*, 1917, n.º 8, pp. 273-329 y 449-507; *Annales Médico-psychologiques*, 1918, n.º 9, pp. 5-59.

SÉRIEUX, P. y J. CAPGRAS: *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, París, Alcan, 1909. [Ed. española: *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2008.]

—: «Délires systématisés chroniques», en E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS y S. BABONEIX, *Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée*, *Psychiatrie*, t. I, París, Maloine, 1921, pp. 233-311.

SHARMA, T. y R. MURRAY: «Aetiological theories in schizophrenia», *Current Opinion in*

Psychiatry, 1993, n.º 6, pp. 80-84.

SHEPHERD, M.: «Two faces of Emil Kraepelin», *British Journal of Psychiatry*, 1995, n.º 167, pp. 174-183.

SHORTER, E.: *Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Psiquiatría*, Barcelona, J & C Ediciones Médicas, 1998.

SIEGEL, R.: «Die Wochenschrift "Der Schreber gärtner" und die Leipziger Schrebervereine», *Der Freund der Schreber-Vereine*, 1907, n.º 3, pp. 289-292.

SIMON, M.: *Crimes et délits dans la folie*, París, Baillière, 1886.

SNELL, L.: «Ueber Monomanie als primäre Form der Seelentörung», *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, 1865, t. XXII, pp. 368-380.

SOLANO, E.: «El saber en la psicosis: de la *Verwerfung* al *sinthome*», *Freudiana*, 2007, n.º 50, pp. 73-82.

SOLER, C.: «El amor del psicótico», *El Analiticón*, 1987, n.º 4, pp. 45-58.

—: *Estudios sobre las psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1991.

—: «L'expérience énigmatique du psychotique, de Schreber à Joyce», *La Cause Freudienne. Revue de psychanalyse*, 1993, n.º 23 (*L'énigme & la psychose*), pp. 23-35.

SOLER, C. *et al.*: «Estructura y función de los fenómenos erotomaníacos de la psicosis», en VV.AA., *Clínica diferencial de las psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1988, pp. 206-216.

SOUTZO (hijo): «La psychiatrie moderne et l'oeuvre du Professeur Kraepelin», *Annales Médico-psychologiques*, 1906, n.º 3, pp. 402-420.

—: «Encore la question de la démence précoce», *Annales Médico-psychologiques*, 1907, n.º 5, pp. 243-264; pp. 374-388.

SPINOZA, B.: *Tratado del entendimiento humano. Principios de filosofía de Descartes. Pensamientos metafísicos*, Madrid, Alianza, 2006.

SPITZER, R. *et al.*: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Libro de casos. DSM III-R*, Barcelona, Masson, 1990.

— *et al.*: *DSM-IV-TR. Libro de casos*, Barcelona, Elsevier España, 2003.

SPOERRI, TH.: *Compendio de psiquiatría*, Barcelona, Toray, 1975.

STINGELIN, M.: «Les strategies d'auto-legitimation dans l'autobiographie de Schreber», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE (eds.), *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, Lovaina, Press Universitaires de Louvain, 1998, pp. 115-126.

STRANSKY, E.: «Zur Lehre von der Dementia praecox», *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1904, XXVII, pp. 1-19.

STRINDBERG, A.: *Inferno*, Barcelona, Fontamara, 1981.

SULLOWAY, J.: «Schreber and his father», en T. GELFAND y J. KERR (eds.), *Freud and the History of Psychoanalysis*, Analytic Press, 1992, pp. 161-163.

SWAIN, G.: *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, París, Calmann-Lévy, 1997 [1977].

—: *Dialogue avec l'insensé*, París, Gallimard, 1994.

SWANSON, D. W., PH. J. BOHNERT y J. A. SMITH: *El mundo paranoide*, Barcelona, Labor, 1974.

SWEDENBORG, E.: *La nueva Jerusalén y su doctrina celestial*, Madrid, Trotta, 2004.

SYVALAHTI, E.: «Biological factors in schizophrenia. Structural and functional aspects», *British Journal of Psychiatry*, 1994, n.º 164, pp, 9-14.

TABOURET-KELLER, A.: «Une étude: la remarcable famille Schreber», *Scilicet*, 1973, n.º 4, pp. 287-321.

TANZI, E.: *Trattato delle malattie mentali*, Milán, 1905.

TARDIEU, A.: *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, París, 1857.

—: *Étude médico-légale sur la folie*, París, Baillière, 1880 (2.ª edición).

TARGOWLA, R. y J. DUBLINEAU: *L'intuition délirante*, París, Maloine, 1931.

TAUSK, V.: «Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia» [1919], *Trabajos psicoanalíticos*, Barcelona, Gedisa, 1983, pp. 181-221.

TELLENBACH, H.: *Melancolía*, Madrid, Morata, 1976.

TENDLARZ, S. E.: *Le cas Aimée. Étude historique et structurale*, tesis doctoral, Universidad de París VIII, 1989. [Ed. española: *Aimée con Lacan. Acerca de la paranoia de autopunición*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1999.]

TENON, J.: *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, París, Ph.-D. Pierres, 1788.

THIELE, R.: «Wilhelm Griesinger (1817-1868)», en K. KOLLE (ed.), *Große Nervenärzte*, Stuttgart, Thieme, 1956-1959, pp. 115-127.

THIS, B.: «La race schrébérienne», *Le Coq-Héron*, 1973, n.º 37-38, junio-julio, pp. 2-3; 1973, n.º 40, noviembre, pp. 2-12; 1973-1974, n.º 41-42, diciembre-enero, pp. 9-17.

THULIÉ, H.: *La folie et la loi*, París, Librairie Centrale, 1866.

TISSERON, S.: *Clérambault, psychiatre et photographe*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1990.

—: «De Clérambault and the Clinical Method», en P. PICHOT y W. REIN (eds.), *The clinical approach in psychiatry*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1994, pp. 79-85.

TISSOT, C.J.:*De l'influence des passions de l'âmedans les maladies, et des moyens d'en corriger les mauvais effects*, París, Amand-Koenig, 1798.

TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, Madrid, Espasa Calpe, 1987.

TRÉLAT, U.: *Recherches historiques sur la folie*, París, Baillière, 1839.

—:*La folie lucide étudiée au point de vue de la famille et de la société*, París, A. Delahaye, 1861.

TRÉNEL, «Note sur la question de la paranoïa aiguë», *Annales Médico-psychologiques*, 1910, n.º 12, pp. 446-453.

TREPSAT, CH.-L.: «Sur un cas de délire de persécution disparu au bout de trois ans», *Encéphale*, 1920, n.º 15, pp. 106-113.

TROTTER, D.: *Paranoid modernism: literary experiment, psychosis, and the professionalization of English society*, Oxford, Oxford University Press, 2001, pp. 51-79.

TUKE, D.H.:*Reformin the treatment of the insane. Early history of the Retreat, York*, Londres, Churchill, 1892.

UOLITZER, L.: «D. G. M. Schreber», *Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung*, 1862, n.º 5, pp. 1-7.

VALDÉS, M. (Coord.): *Diccionario de Psiquiatría*, Barcelona, Masson, 1996.

VALLEJO RUILOBA, J. *et al.*, *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1980.

VALLINA, O., S. LEMOS GIRÁLDEZ y P. FERNÁNDEZ IGLESIAS: «Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis», *Apuntes de Psicología*, 2006, vol. 24, n.º 1-3, pp. 185-221.

VAN DER VELDE, C.D.: «Variability in schizophrenia. Reflection of a regulatory disease», *Archives of General Psychiatry*, 1976, n.º 33, pp. 489-496.

VERNET, G.: «La question des rapports de la syphilis et de la paralyse générale, à l'Académie de médicine», *Annales Médico-psychologiques*, 1905, n.º 2, pp. 5-21.

VICENT, T.: «De l'automatisme mental à la forclusion (Notes sur l'influence de De Clérambault sur la pensée lacanienne)», *L'Evolution psychiatrique*, 1984, t. 49, fasc. 4, pp. 1119-1131.

VINDRAS, A.-M.: *Louis II de Bavière selon Ernst Wagner, paranoïaque dramaturge*, París, E.P.E.L., 1993.

—: *Ernst Wagner, Robert Gaupp: un monstre et son psychiatre*, París, E.P.E.L., 1996.

VV.AA.: *Clínica diferencial de las psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1988, pp. 206-216.

—: *SCAN. Cuestionarios para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría. Glosario. Definiciones diferenciales de los ítems del SCAN y comentarios sobre el texto*, Madrid, Meditor, 1993.

—: *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* (4.ª ed.), Fondo Editorial CIB Preprensa, Medellín, 2004.

WAAG, B.: «L'incendiaire-meurtrier Wagner» (1913), en A.-M. VINDRAS, *Louis II de Bavière selon Ernst Wagner, paranoïaque dramaturge*, París, E.P.E.L., 1993, pp. 143-180.

WACHSBERGER, H.: «Del fenómeno elemental a la experiencia enigmática», *Freudiana*, 1995, n.º 13, pp. 94-101.

WAHRIG-SCHMIDT, B.: *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie*, Tubinga, Günter Narr Verlag, 1985.

WEBER, G.: «Forensisch-psychiatrische Vereiningung; sesión del 23 de abril de 1903», *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*, 1905, n.º 62, pp. 402-406. [Ed. española: «Actas de las Asociaciones Psiquiátricas. Reunión psiquiátrico-forense en Dresde. Sesión número 81 del 23 de abril de 1903 (A propósito del magistrado Dr. Paul Schreber)», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XVIII, n.º 72, pp. 631-635.]

WEINER, D.: *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*, México D. F., F.C.E., 2002.

WERNER, C.: *Die Paranoia*, Stuttgart, 1891.

WERNICKE, K.: *Grundriss der Psychiatrie*, Leipzig, Braumüller, 1906 (2.ª ed.).

WESTERTERP, M.: «Prozes und Entwickelung bei verschiedenen Paranoiatypen», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1923, t. 91, pp. 259-379.

WETZLER, S.: *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos*, Barcelona, Áncora, 1991.

WHITE, R.B.: «The mother-conflict in Schreber's psychosis», *International Journal of Psychoanalysis*, 1961, n.º 42, pp. 55-73.

WILCOCKS, R.: *Maelzel's Chess Player: Sigmund Freud and the Rhetoric of Deceit*,

Rowman & Littlefield, 1994.

WYRSCH, J.: *Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen*, Stutgart, Thieme, 1956.

ZIHEN, TH.: *Psychiatrie*, Leipzig, 1902 (2.ª ed.).

ZILBOORG, G.: *Historia de la Psicología médica*, Buenos Aires, Psique, 1968.

I. LOCURA, ALIENACIÓN MENTAL Y ENFERMEDADES MENTALES

1. Bien sea en la forma de pomposas hagiografías, bien de reconstrucciones y genealogías más o menos preñadas de ideologías perecederas, o bien —tal y como se ha venido haciendo en las últimas tres décadas— siguiendo un «talante historiográfico», los logros alcanzados por la historia de la psiquiatría y de la psicopatología en los dos siglos precedentes han sobrepasado ampliamente los de cualquier otra disciplina médica: «Si hay un dominio en el que este tipo de consideración retrospectiva está indicada, ése es el de la psiquiatría» (E. KRAEPELIN: «Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1918, n.º 38, p. 161 [ed. española: *Cien años de psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999]). Recientemente Rafael Huertas ha destacado el rumbo «historiográfico» que han seguido las investigaciones más recientes de la historia de la psiquiatría y de la psicopatología; más que un repaso documentado de las grandes figuras, se trata de dirigir la mirada sobre los hechos y los documentos; *cf*. R. HUERTAS, «Revisión histórica del concepto de locura», *Historia 16*, 1993, n.º 211 (n.º especial: *La locura a través de la historia*), p. 24. También el profesor Huertas ha expuesto, de forma sistemática y con la precisión que le caracteriza, las grandes tendencias historiográficas tradicionales y actuales en «Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias», *Frenia. Revista de historia de la Psiquiatría*, 2001, vol. I, Fasc. I, pp. 9-36. Pero las relaciones entre clínica e historia tienen para nosotros un valor fundamental cuando se las concibe como «historia clínica», es decir, como un saber eminentemente práctico que se actualiza cada vez que recibimos a un paciente. Esta perspectiva, subyacente en todos nuestros escritos, ha sido glosada con acierto por F. Colina en el prólogo con que ennobleció la primera edición de este libro; *cf*. F. COLINA, «Clínica e historia», en J. M.ª ÁLVAREZ, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, 1999, pp. 15-20.

2. Aunque el acuerdo no es completo, en los dominios de nuestra especialidad los términos «locura», «enfermedad mental» y «psicosis» suelen usarse generalmente como sinónimos; frente a este amplio grupo de trastornos, la neurosis y los trastornos de la personalidad son considerados «anomalías» y no «enfermedades»: «El neurótico *no padece una enfermedad* [mental], como el psicótico, *sino una anomalía*» (C. CASTILLA DEL PINO: «De la teoría a la praxis: una perplejidad», *El País*, 18 de octubre de 1988, p. 17). Por nuestra parte, exceptuando las referencias a la locura foucaultiana, usaremos los términos «locura» y «psicosis» como equivalentes advirtiendo, no obstante, que mientras el primero se enmarca en una dimensión más descriptiva y fenomenológica, el segundo destaca una perspectiva más estructural de los mismos hechos; el término «enfermedad» lo emplearemos sólo para aquellas patologías propiamente orgánicas, es decir, aquellas que están más allá de cualquier determinismo subjetivo. Coincidente en algunos puntos esenciales con nuestros planteamientos, F. Colina ha publicado diversos trabajos sobre las diferencias que especifican los conceptos «locura», «psicosis» y «enfermedad»; en síntesis, este autor considera la locura como un límite, la psicosis como una ruptura y la enfermedad como un diagnóstico «[...] de esa extraña ciencia llamada psiquiatría». Sobre este particular, véase F. COLINA, *Escritos psicóticos*, Madrid, Dor, 1996.

3. Junto a los discursos médicos y filosóficos, es menester asimismo considerar otros dos ámbitos, al menos, en los que se ha aprehendido, retratado y reflexionado sobre la locura. En primer lugar, las expresiones inmemoriales de las vivencias de los locos que hallamos en los más variados géneros literarios y en las representaciones pictóricas; en segundo lugar, la más reciente orientación sociológica ha tratado de despejar las distintas respuestas de la sociedad ante la locura. En ambos ámbitos, «su centro de atención no lo constituyen la

teoría y la práctica de los médicos al enfrentarse con las manifestaciones del trastorno psíquico en cuanto que concierne a su ciencia, sino la posición del enfermo mental, cualquiera que sea el modo en que se lo defina, en las sociedades de diferentes períodos históricos, y los factores (sociales, psicológicos, culturales) que han determinado dicha posición» (G. ROSEN: *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza Editorial, 1974 [1968], p. 11). Muy original e instructivo resulta, a este respecto, el ensayo de J. RIGOLI *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle* (París, Fayard, 2001), donde se analiza la locura a partir de la confluencia del alienismo, la retórica y la literatura en Francia entre 1800 y 1860.

4. *Cf*. J. PIGEAUD, *Folies et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine*, París, Les Belles Lettres, 1987.

5. Sobre el dualismo alma-cuerpo en la tradición filosófica y médica antigua, véase antes que ningún otro el documentado ensayo de J. PIGEAUD, *La maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, París, Les Belles Lettres, 1989 [1981].

6. Usamos aquí, de forma personal, los términos propuestos por E. MINKOWSKI (*Traité de Psychopathologie*, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999 [1966], pp. 64-66).

7. S. FREUD: «Presentación autobiográfica» [1925], en *Obras Completas*, vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976, p. 44.

8. Sobre los distintos modelos psicopatológicos, véase J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004.

9. J. LACAN: «Propos sur la causalité psychique», *Écrits I*, París, Seuil, 1999, p. 175 [ed. española: «Acerca de la causalidad psíquica», en *Escritos. Obras escogidas*, Barcelona, RBA, 2006, p. 166]. Tres décadas después de esta intervención en las Jornadas Psiquiátricas de Bonneval, Lacan dedicó su Seminario a investigar las relaciones entre James Joyce y su obra, poniendo de relieve nuevamente las enseñanzas que la locura aporta a la comprensión del «ser del hombre». *Cf*. J. LACAN, *Le Séminaire. Livre XXIII. Le sinthome, 1975-1976*, París, Seuil, 2005.

10. E. ROUDINESCO y M. PLON: *Dictionnaire de la psychanalyse*, Poitiers, Fayard, 1997, p. 311.

11. *Cf*. F. COLINA, «Locura y enfermedad», *Alisios. Cuadernos canarios de Psicoanálisis*, 1996, n.º 2, pp. 59-69.

12. M. FOUCAULT: *Historia de la locura en la época clásica*, t. I, México D. F., F.C.E., 1976 [1964], p. 61.

13. R. BARTHES: *Essais critiques*, París, Point-Seuil, 1981, p. 168.

14. La obra de Foucault, como cabe suponer, causó gran desasosiego en aquellos psiquiatras que se sintieron aludidos por «el escándalo del robo de la sinrazón por parte de la medicina». Fue Henri Ey uno de los que más combatieron contra las tesis foucaultianas, a las que consideró «psiquiatricidas»; véase, en especial, H. EY, «Introduction aux débats. La conception idéologique de *Histoire de la folie* de Michel Foucault», *L'Évolution Psychiatrique*, 1971, XXXVI, 2, pp. 225-226, y «Commentaires critiques sur *Histoire de la folie* de Michel Foucault», *L'Évolution Psychiatrique*, 1971, XXXVI, 2, pp. 243-258. Numerosas han sido también las críticas que destacan los errores historiográficos cometidos por Foucault y las que consideran desacertado extender la referencia francesa al resto de países; en este sentido se encamina la revisión realizada por R. PORTER, *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner/F.C.E., 2003, pp. 96 y ss.

15. F. COLINA: «Locura y enfermedad», *op. cit*., p. 60.

16. Nos parece que al contemplar el «grano de verdad» que habita en el interior mismo de la experiencia psicótica y al considerar el delirio como un intento de reconstrucción, Freud se aproxima a esa dimensión de la locura que se revela tan ajena al reducto de enfermedad deficitaria al que se la ha constreñido. En este sentido se

expresa también Jacques Postel cuando afirma: «Ella [la locura] es nuevamente reconocida como una tentativa, para el hombre, de salir de sus conflictos originarios» (J. POSTEL: «Folie», en J. POSTEL [dir.], *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie Clinique*, París, Larousse, 1998, p. 195). De igual modo opina Marcel Gauchet al enraizar algunos desarrollos de la obra de Freud en la de Pinel (*cf*. M. GAUCHET, «De Pinel à Freud», en G. SWAIN, *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, París, Calmann-Lévy, 1997 [1977], pp. 7-57). Roudinesco y Plon han destacado además que: «Los discípulos y los sucesores de Freud (especialmente Karl Abraham, Melanie Klein y sus alumnos), los primeros, elaboraron una clínica de la locura. Jacques Lacan, por su parte, ha sido el único entre los herederos de Freud en desarrollar una verdadera reflexión filosófica sobre el estatuto de la locura» (E. ROUDINESCO y M. PLON: *Dictionnaire de la psychanalyse*, *op. cit*., p. 312). Estos aspectos han sido ampliamente desarrollados por S. LAIA en los dos primeros capítulos de su reciente obra *Los escritos fuera de sí. Joyce, Lacan y la locura*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006. Por nuestra parte, hemos querido contribuir al problema con el estudio «Psicopatología y psicoanálisis. Comentarios sobre el *pathos* y el *ethos* en Cicerón, Pinel y Freud» (*cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, *Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006, pp. 29-62). Más adelante, en el capítulo dedicado a Paul Schreber, se incluyen numerosas reflexiones sobre esta dimensión de la locura rescatada por Freud.

17. M. FOUCAULT: «Conversación con Michel Foucault», en P. CARUSO, *Conversaciones con Lévi-Strauss, Foucault y Lacan*, Barcelona, Anagrama, 1969, p. 70. Respecto al enfoque foucaultiano de la oposición entre normal y patológico, véase D. COSENZA, «Il difficile confine normalità/folia: critica della regione clinica», en A. CIVITA y D. COSENZA, *La cura della malattia mentale. Vol. I. Storia ed epistemologia*, Milán, B. Mondadori, 1999, pp. 248-291.

18. «El principio de la Ilustración —escribió Hegel— es la soberanía de la razón, la exclusión de toda autoridad. Las leyes impuestas por el entendimiento, esas determinantes fundadas en la conciencia presente y referente a las leyes de la naturaleza y al contenido de lo que es justo y bueno, son lo que se ha llamado razón» (G.W.F. HEGEL: *Lecciones sobre la filosofía de la historia*, Barcelona, Biblioteca Universal del Círculo de Lectores, 1996, p. 868).

19. R. DESCARTES: *Discurso del método. Meditaciones metafísicas. Correspondencia*, Barcelona, Biblioteca Universal del Círculo de Lectores, 1995, p. 130. Se trata de la «Meditación primera», titulada «De las cosas que pueden ponerse en duda».

20. En la polémica que enfrentó a Lacan y Ey en las Jornadas Psiquiátricas de Bonneval a propósito de la causalidad de la locura, el primero se valió de la primera de las *Meditaciones* para señalar, entre otras cosas, que la «locura es un fenómeno del pensamiento» […] «vivida íntegramente en el registro del sentido» (*cf*. J. LACAN, «Propos sur la causalité psychique» [1946], *op. cit*. En nuestra consideración, el interés mayor del pasaje cartesiano radica en el hecho de perfilar la locura como una modalidad del pensamiento preñada de un sentimiento subjetivo de certeza; esta cuestión será motivo de un desarrollo más pormenorizado en el último capítulo.

21. Quizás no estemos hoy en día, más de tres siglos después, tan lejos de una coyuntura similar. También actualmente se alzan algunas voces pidiendo el retorno a un nuevo gran encierro, pero ya estamos suficientemente advertidos «sobre la inutilidad terapéutica, más aún sobre el daño y la cronificación sobreañadida que el asilo produce» (M. DESVIAT: *La reforma psiquiátrica*, Madrid, Dor, 1994, p. 24).

22. «El confinamiento —escribió Foucault— es una creación institucional propia del siglo XVII. Ha tomado desde el principio tal amplitud que no posee ninguna dimensión en común con el encarcelamiento tal y como podía practicarse en la Edad Media. Como medida económica y precaución social, es un invento. Pero en la historia de la sinrazón señala un acontecimiento decisivo: el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse en el grupo; el momento en

que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad» (M. FOUCAULT: *Historia de la locura en la época clásica*, t. I., *op. cit.*, p. 124). La marginación de la irracionalidad y las modificaciones concretas sobrevenidas en las instituciones del absolutismo ilustrado, esos dos grandes pilares sobre los que se erigiría la psiquiatría, han sido investigados en todos sus detalles por K. DÖRNER (*Ciudadanos y locos. Historia social de la Psiquiatría*, Madrid, Taurus, 1974 [1969]). De forma más breve, estos aspectos son tratados en nuestro artículo «Institución y locura», *Colofón*, 2003, 3, pp. 5-8.

23. El texto citado fue recogido por R. SEMALAIGNE, *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, París, Baillière, 1930, p. 85.

24. «La Salpêtrière es el mayor hospital de París, y probablemente de Europa: este hospital es al mismo tiempo una casa para mujeres y una prisión. Acoge a mujeres y muchachas embarazadas, amas de leche con sus niños; niños varones desde la edad de siete u ocho meses hasta cuatro o cinco años; niñas de todas las edades; ancianos y ancianas casados; locos furiosos, imbéciles, epilépticos, paralíticos, ciegos, lisiados, tiñosos, incurables de todas clases, niños con escrófulas, etc.» (J. TENON: *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, París, Ph.-D. Pierres, 1788, p. 85). Apenas cincuenta años después, tras el «gesto» de Pinel, la situación de los internos había mejorado notablemente; *cf*. G. S. BONACOSSA, *Sullo stato de'mentecatti e degli ospedali per i medesimi in varii paesi dell'Europa. Narrazione con osservazioni critiche*, Turín, Fratelli Favale, 1840. «La Salpêtrière era, en el último tercio del siglo XIX, lo que nunca había dejado de ser: una suerte de infierno femenino, una *città dolorosa* con cuatro mil mujeres, incurables o locas, encerradas allí. Una pesadilla en un París listo para vivir su *belle époque*», así comienza el hermoso estudio de Georges Didi-Huberman *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière* (Madrid, Cátedra, 2007, p. 7).

25. Una breve panorámica del encierro, la creación de los asilos y los debates relativos a su utilidad terapéutica puede leerse en R.PORTER, *Breve historia de la locura*, *op. cit.*, pp. 93-122. De cara a realizar una investigación más detallada, véanse las siguientes obras: respecto a las contribuciones alemanas, E. KRAEPELIN, *Cien años de psiquiatría*, *op. cit.*; acerca de la historia y características de los manicomios italianos, E. BILLOD (*Les aliénés en Italie. Établissements qui leur sont consacrés*, París Masson, 1884) y J. GUISLAIN (*Lettres médicales sur L'Italie, avec quelques renseignements sur la Suisse; résumé d'un voyage fait en 1838, adressé à la Société de Médicine de Gand*, Gand, Gyselynck, 1840); las innovaciones realizadas por William Tuke en el Retiro de York fueron expuestas cien años después por D.H. TUKE (*Reform in the treatment of the insane. Early history of the Retreat, York*, Londres, Churchill, 1892); en lo que atañe a las virtudes del *non-restraint*, puede consultarse J. CONOLLY (*The treatment of the insane without mechanical restraints*, Londres, Smith, Elder & Co., 1856); sobre las mejoras terapéuticas y sociales introducidas en el pueblo flamenco de Gheel, J. DUVAL (*Gheel ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté*, París, Guillaumin, 1860); para una amplia información sobre las reglas principales del tratamiento físico y moral, los aspectos legales, la dirección del asilo y sus diversos servicios, en el período de la alienación mental, J. GUISLAIN (*Sur l'aliénation mentale et sur les hospices d'aliénés*, t. II, Amsterdam, J. van der Hey e Hijos, 1826, pp. 71-281), y en el período de las enfermedades mentales, S. PINEL (*Traité complet ou régime sanitaire des aliénés, ou Manuel des établissemens qui leur sont consacrés*, París, Mauprivez, 1836); en lo que concierne a nuestro país, antes que ningún otro, E. GONZÁLEZ DURO (*Historia de la locura en España*: t. I, *Siglos XIII al XVII*; t. II, *Siglos XVIII y XIX*; t. III, *Del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de hoy, 1994, 1995, 1996). Sobre la incuestionable labor de Pussin y otros celadores de asilos, véase J. POSTEL y F. BING («Philippe Pinel y los "conserjes"», en VV.AA., *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*, Buenos Aires, Paidós, 1996, pp. 37-52).

26. «Cuando Tuke, Pinel y otros reformadores emprendieron a fines del siglo XVIII la tarea de modificar y

mejorar la situación de los enfermos mentales, sus acciones se derivaban de ideas y actitudes que eran diferentes de las que prevalecían al principio del mismo siglo. Irracionalidad y locura eran ahora las consecuencias del desarrollo histórico y de un entorno social en vías de cambio. Cuando la civilización se desarrolló y propagó como consecuencia de la inexorable marcha del progreso, se pensó que la irracionalidad y la insania se debían a una separación del hombre respecto de la naturaleza, a un trastorno de la sensibilidad procedente de una pérdida de inmediatez en sus relaciones con la naturaleza. La locura era el anverso del progreso» (G. ROSEN: *Locura y sociedad*, *op. cit.*, p. 201).

27. Gladys Swain ha incluido en la primera página de uno de sus textos más logrados las pinturas célebres de Ch. Muller y de T. R. Fleury; ambos cuadros nos muestran a Pinel ordenando soltar los grilletes que sujetaban a los alienados. *Cf*. G. SWAIN, *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, *op. cit*.

28. «El tratamiento moral —escribe J. Martínez Pérez— tuvo así una amplia aceptación y encontró numerosos apoyos oficiales al ser la *douceur* una opción política de los revolucionarios» (J. MARTÍNEZ PÉREZ: «Entre la filantropía y la ciencia», *Historia 16*, 1993, n.º 211 [n.º especial: *La locura a través de la historia*], p. 62).

29. *Cf*. P. BRU, *Histoire de Bicêtre*, París, Lecrosnier y Babé, 1890, p. 454. Lo mismo en S. PINEL, *Traité complet ou régime sanitaire des aliénés, ou Manuel des établissemens qui leur sont consacrés*, *op. cit.*, p. 157.

30. R. Huertas ha investigado con detenimiento la línea arriba apuntada, enfatizando la trascendencia que adquirió en la primeras décadas de la segunda mitad del siglo XIX la teoría de la degeneración de Morel, así como los orígenes de la antropología criminal surgida en la obra de Lombroso. El desarrollo de estos argumentos puede leerse especialmente en las siguientes obras del profesor Huertas: *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés* (Madrid, C.S.I.C., 1992); «El saber psiquiátrico en la segunda mitad del siglo XIX. La somatización de la enfermedad mental» (*Historia 16*, 1993, n.º 211 [n.º especial: *La locura a través de la historia*], pp. 66-73; *El siglo de la clínica* (Madrid, Frenia. Historia y crítica de la psiquiatría, 2004), en especial los dos primeros capítulos dedicados a la «medicalización de la locura» (pp. 27-86) y a la «somatización del alma» (pp. 89-143); asimismo, R. ÁLVAREZ PELÁEZ y R. HUERTAS, *¿Criminales o locos*? (Madrid, C.S.I.C., 1987, pp. 23-56).

31. CL. MICHÉA: «Année 1800. Pinel envisagé comme homme, comme savant, comme professeur et comme praticien. Son *Traité de l'aliénation mentale*», *Annales Médico-psychologiques*, 1856, n.º 2, p. 621.

32. A. RITTI: «Éloge de Philippe Pinel», *Annales Médico-psychologiques*, 1885, n.º 2, p. 196.

33. Con este término definíamos en nuestra tesis doctoral este primer período del discurso psiquiátrico caracterizado por la visión unitaria e instantánea de la locura-enfermedad, tan concentrada en la observación como libre de especulaciones somatógenas. Dicha visión se opone frontalmente al proceder de los clínicos de la segunda mitad del siglo XIX, tan atareados en detallar los pródromos, las formas evolutivas y los estados terminales de los trastornos. A esta mirada «fotográfica» oponíamos la dimensión «filmográfica» instaurada por J.-P. Falret en Francia, por Griesinger y, sobre todo, por Kahlbaum y Kraepelin en Alemania. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932)*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1992.

34. PH. PINEL: «Aliénation», en *Dictionaire des sciences médicales*, *A-AMP*, t. I, París C.L.F. Panckoucke, 1812, p. 311.

35. PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [2.ª edición], París, Brosson, 1809, pp. 128-129.

36. Desde la Antigüedad la alienación ha venido considerándose como la transformación del hombre en *otro* distinto de sí mismo. Un recorrido diferente al que nosotros proponemos en este texto se hallará en M. FOUCAULT,

Enfermedad mental y personalidad, Barcelona, Paidós, 1984, pp. 88-103. Por otra parte, a pesar del empeño de Pinel, el término *folie* seguiría empleándose incluso como sinónimo de *aliénation*. En este sentido, Paul Moreau (de Tours) escribió en 1845: «Yo empleo indiferentemente las palabras *délire*, *folie*, *aliénation mentale* para designar los desórdenes del espíritu. No desconozco en absoluto las numerosas diferencias que distinguen, desde el punto de vista sintomatológico y terapéutico, el delirio propiamente dicho y la locura; pero desde el punto de vista psíquico, debemos reconocer que esas diferencias no existen. Las causas, los síntomas o los signos exteriores pueden variar; la naturaleza psíquica intrínseca es esencialmente la misma, bajo cualquier forma, aguda o crónica, parcial o general, en la que los trastornos del alma se presenten». (P. MOREAU DE TOURS: *Du haschisch et de la aliénation mentale*, París, Fortin y Masson, 1845, p. 30).

37. Recientemente hemos profundizado en la trascendencia que adquirió para Pinel la doctrina moral de Cicerón, en especial la contenida en las *Tusculanas*; véase para ello nuestro estudio «Psicopatología y psicoanálisis. Comentarios sobre el *pathos* y el *ethos* en Cicerón, Pinel y Freud», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 29-62. El lector interesado hallará en ese texto las referencias bibliográficas suficientes para satisfacer su curiosidad y guiar sus pesquisas.

38. En efecto, tal como había defendido Rousseau, el ciudadano libre precisaba alienar una parte de su libertad natural en favor de la sociedad, pues era ésta la única instancia capaz de garantizar la libertad convencional de cada uno de ellos: «Más aún, si la enajenación se efectúa sin reservas, la unión alcanza su máxima perfección posible, y ningún asociado tiene ya nada que reclamar; pues si quedase algún derecho reservado a los particulares, al no haber ningún superior que pudiera fallar entre ellos y lo público, y siendo cada cual su propio juez en algún punto, pronto pretendería serlo en todos, el estado de naturaleza subsistiría y la asociación se tornaría necesariamente tiránica o vana» (J.-J. ROUSSEAU: *Discursos. El contrato social*, Barcelona, Biblioteca Universal del Círculo de Lectores, 1995, p. 257).

39. Sobre Pinel, véase, antes que cualquier otro, D. WEINER, *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*, México D. F., F.C.E., 2002. Además de los elogios ya mencionados de Michéa y de Ritti, se ha convertido en clásico el estudio biográfico y doctrinal que le dedicara René Semelaigne (*Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médicine mentale*, París, Imprimeries réunies, 1938). Entre los más recientes, pueden consultarse: J. PIGEAUD, *Aux portes de la Psychiatrie. Pinel, l'Ancien et le Moderne*, París, Aubier, 2001; asimismo, la recopilación de trabajos realizada por J. GARRABÉ (*Philippe Pinel*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1994) y los artículos de J.L. PESET («Philippe Pinel's hippocratic revolution», en F. FUENTENEBRO, R. HUERTAS y C. VALIENTE (eds.), *Historia de la psiquiatría. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, 2003, pp. 93-106) y P. MARSET («La nueva psiquiatría de Pinel como expresión de la nueva situación europea en los comienzos del siglo XIX», en PH. PINEL, *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Madrid, Nieva, 1988, pp. 13-35).

40. «Estrecha unión, dependencia recíproca entre la filosofía moral y la medicina, como lo señala Plutarco. ¡Cuánto importa, para prevenir las afecciones hipocondríacas, melancólicas, o la manía, seguir las leyes inmutables de la moral, adquirir el dominio de sí mismo, gobernar las pasiones propias, familiarizarse, en una palabra, con los escritos de Epicteto, de Platón, de Séneca, de Plutarco, así como los luminosos resultados de la observación que nos han sido transmitidos por Hipócrates, Areteo, Sydenham, Stahl u otros célebres observadores! Cicerón, en el tercer y cuarto libros de las *Tusculanas*, ¿no considera acaso las pasiones como enfermedades, y no nos aporta las reglas fundamentales para tratarlas y curarlas?» (PH. PINEL: *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médicine*, t. II, París, Crapelet, 1798, p. 32).

41. PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, París, Richard, Caile y

Ravier, 1800 [1.ª edición], p. 135. (Puede consultarse la traducción española: *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Madrid, Nieva, 1988 [1800], p. 139.)

42. En este sentido, coincidimos con el profesor Lantéri-Laura cuando afirma: «Con seguridad, salvo excepciones, aquel en quien la medicina mental veía a un alienado era tenido por loco por los profanos y, llegado el caso, por demente por los magistrados instructores» (G. LANTÉRI-LAURA: *Les hallucinations*, París, Masson, 1991, p. 33).

43. Las obras metódicas de Etienne Bonnot (1715-1780), abate de Condillac, fueron determinantes en la investigación de las afecciones morales emprendida por Pinel. La máxima que a continuación se transcribe resume perfectamente el marco epistemológico heredado por el fundador de la medicina alienista: «Así pues, no se trata de inventar un sistema para saber cómo tenemos que adquirir conocimientos; guardémonos de ello. La Naturaleza misma ha creado este sistema; sólo ella podía hacerlo, lo ha hecho bien, y no nos queda más que observar lo que nos enseña» (CONDILLAC, *Lógica*, Barcelona, Orbis, 1985 [1780], p. 27).

44. Se trataba ante todo de agrupar síntomas interrelacionados sin mayor ánimo de aclarar las relaciones que conjuntan ese proceso morboso, pues en su visión unitaria éste era el mismo en todos los casos. Hacia la segunda mitad del siglo XIX se impuso una mirada positivista de lleno centrada en la descripción de las «entidades nosológicas». Sobre este particular, véanse especialmente los trabajos de J. M.ª MORALES MESEGUER: «Psiquiatría», en P. LAÍN ENTRALGO, *Historia universal de la Medicina*, vol. VI, Barcelona, Salvat, 1974, e «Historia general de la Psiquiatría», en C. RUIZ OGARA *et al*., *Psiquiatría*, vol. I, Barcelona, Toray, 1982.

45. *Cf*. J. M.ª LÓPEZ PIÑERO, *Orígenes del concepto de neurosis*, Madrid, Alianza, 1985, pp. 78-87.

46. PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1.ª edición], *op. cit*., pp. 133-134; traducción española: *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, *op. cit*., pp. 134-135.

47. En aquellos años de ímpetu taxonómico las «clasificaciones de las enfermedades mentales aumentaban en número. Pronto se convirtieron en meras colecciones pesadas e incómodas de términos nuevos, de manera que su verdadero fin —el esclarecimiento de las descripciones clínicas— amenazaba con malograrse por la confusión terminológica» (G. ZILBOORG: *Historia de la Psicología médica*, Buenos Aires, Psique, 1968, p. 302).

48. Caracterizada por la taciturnidad, la tristeza, la propensión a caprichos diversos y el gusto por la soledad, esta primera descripción pineliana de la melancolía recoge asimismo algunos casos extremos en los que una pasión dominante o el tormento que acarrean algunas ideas pueden conducir al enfermo a episodios de furor: «Una triste taciturnidad suele muchas veces interrumpirse por agudezas transitorias de una alegría viva y casi convulsiva» (PH. PINEL: *Nosografía filosófica o aplicación del método analítico a la medicina*, vol. II, Madrid, Imprenta real, 1803 [1798], p. 33).

49. La manía, *ira furor brevis*, es perfilada en esta primera descripción como un tipo de paroxismos breves que dimanan del temperamento irascible; en ocasiones, el furor puede tornarse atrocidad y el sujeto se vuelve contra sí mismo de la forma más dañina que pueda imaginarse: «[...] puedo citar el caso de uno que volvía contra sí, del mismo modo que contra los demás, su loco furor; él mismo se había amputado la mano con un trinchete antes de llegar a Bicêtre, y no obstante estar bien atado, intentaba morderse el muslo para comérselo» (PH. PINEL: *Nosografía filosófica o aplicación del método analítico a la medicina*, vol. II, *op. cit*., pp. 39-40).

50. PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [1809, 2.ª ed.], *op. cit*., p. 6.

51. En la segunda edición del *Traité* incluyó Pinel el caso de un hombre sumido en un profundo estado de depresión y ansiedad, estado que fue desapareciendo a la par que se desarrollaba un delirio megalomaníaco: «Un jurisconsulto desolado al verse privado de su único hijo, al que adoraba, cede a su intenso dolor, pierde la razón y

poco después se ve transformado en el rey de Córcega» (PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [1809, 2.ª ed.], *op. cit.*, p. 166).

52. PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [1809, 2.ª ed.], *op. cit.*, p. 139.

53. PLUTARCO: «Si las pasiones del alma son peores que las cuerpo», en *Obras morales y de costumbres (Moralia)*, VII, Madrid, Gredos, 1995, p. 237. Al desarrollar esta definición de las pasiones, siguiendo aquí la doctrina estoica, Plutarco considera: «Por eso es incluso peor enfermar del alma que del cuerpo, porque sucede a unos sufrir solamente, a los otros sufrir y obrar mal» (p. 237).

54. I. KANT: *Antropología*, Madrid, Alianza, 1991, p. 204.

55. CICERÓN: *Del supremo bien y del supremo mal*, Madrid, Gredos, 1987, pp. 197-198 (*De finibus*, III, 10, 35).

56. En efecto, en la primera edición del *Traité*, Pinel escribió: «pero éste es un motivo más para vencer sus pasiones, siguiendo los consejos de la sabiduría, y para fortificar su alma mediante las máximas morales de los filósofos antiguos: los escritos de Platón, Plutarco, Séneca, Tácito, las *Tusculanas* de Cicerón, serán mucho más útiles para las mentes cultivadas que las recetas de tónicos y antiespasmódicos combinados artificiosamente»; y en la segunda: «Apenas se puede hablar de las pasiones como enfermedades del alma, sin haber tenido antes presentes en la mente las *Tusculanas* de Cicerón y las otras obras que este hombre genial consagró a la moral en los años en que maduraba en edad y experiencia» (respectivamente, PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1.ª edición], *op. cit.*, p. 36; PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [1809, 2.ª edición], *op. cit.*, p. 12).

57. CICERÓN: *Disputaciones en Túsculo*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005, p. 156 (*C. T.*, IV, 31).

58. PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* [1.ª edición], *op. cit.*, p. 152.

59. Presente desde la Antigüedad, el tratamiento moral es inseparable de la relación causal que se atribuyó a las pasiones en la génesis de la locura; se trata en este sentido de un tratamiento etiológico. Empero, es necesario puntualizar que desde antiguo la concepción de las pasiones es cuando menos doble. Una corriente proviene del estoicismo y sostiene que el loco es responsable tanto de su locura como de sus pasiones, lo que implica un tratamiento de moralización aunque sea recurriendo a cierta violencia; la fuente que inspiró a esta corriente se halla en los libros que componen las *Tusculanas* de Cicerón, en especial el tercero y cuarto. La otra, que arranca de Celio Aureliano y fue revitalizada por las aportaciones de J. L. Vives, amigo de Erasmo, resalta la persuasión, la catarsis, la distracción y el trato amable del médico con el enfermo. En la segunda mitad del siglo XVIII resurgió nuevamente la idea del tratamiento moral, en especial en las obras de S. A. TISSOT (*Traité des nerfs et de leurs maladies*, 1778) y el abad Robin, quien se inspiró muy de cerca en la labor desarrollada por los filántropos ingleses (*cf.* C. QUÉTEL, «Psychiatrie et révolution», *L'Information psychiatrique*, 1990, vol. 66, n.º 2, pp. 163-169). Con la creación del asilo, la medicina alienista se esforzó en distraer al alienado de sus delirios mediante permanentes ocupaciones. La vida en el asilo transcurría en largas jornadas de trabajo: se despertaba a los alienados alrededor de las cinco y media de la mañana; tras el aseo y las oraciones matutinas se les servía el desayuno e inmediatamente iniciaban su larga jornada laboral, interrumpida por las comidas y algunos ratos de asueto. Constantemente vigilados por la mirada del guardián o la religiosa, siempre bajo la amenaza del castigo (privación de pequeños placeres, traslado a secciones más vigiladas, encierro en celdas de castigo o contenciones mediante una traba o una camisa de fuerza), los alienados pasaban sus días ocupados y encerrados; cuando alguno de ellos conseguía loables desempeños en sus quehaceres se le consideraba mejorado y, a veces, se le premiaba con alguna salida o visita de familiares. Conforme a lo que se ha expuesto, el tratamiento moral está en

su esencia muy ligado a la ocupación y la producción, como puede apreciarse en el siguiente ejemplo del célebre paciente de Pinel conocido como el «relojero de París». Absorto en encontrar el movimiento perpetuo, este relojero comenzó a desvariar alegando que había sido objeto de un trueque de cabezas. Ingresado por su familia en Bicêtre, Pinel y Pussin idearon una triquiñuela para apartarlo de su delirio: le procuraron todos los instrumentos necesarios para que pudiera fabricar un aparato que funcionara por sí mismo eternamente. Al cabo de algunos intentos agotadores quedó el relojero desazonado y dejó de lado su proyecto delirante. Restaba aún suprimirle su delirio de tener una cabeza que no era la suya: «Se instruyó a un convaleciente, chistoso y de genio alegre, en el papel que había de hacer, y se le proporcionó el que entablase una conversación seguida con el relojero: aquél hizo con maña que recayese en el supuesto milagro de san Dionisio, el cual iba andando y llevaba en las manos su cabeza, y no se cansaba de darle besos. El relojero sostuvo con vigor que podía suceder, y que él mismo lo iba a ensayar. Entonces suelta una carcajada el convaleciente y le dice con ironía: ¡Qué tonto eres! ¿Cómo habías de besar tu cabeza? ¿con los talones? Le chocó fuertemente a nuestro loco una réplica tan inesperada, y se retiró confuso en medio de las carcajadas que todos daban, y esto bastó para que en lo sucesivo dejase de hablar de su cambio de cabeza. Trabajar de relojero en cosas de importancia por algunos meses hizo que recobrase el uso de su razón. Volvió al seno de su familia, y hace cinco años que ejerce su profesión sin que haya recaído» (PH. PINEL: *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía* [1.ª ed., 1800], *op. cit.*, p. 98).

60. G. W. F. HEGEL: *Enciclopedia de la las ciencias filosóficas*, Madrid, Alianza, 2005, p. 463.

61. Véanse, en especial: J. POSTEL, *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits psychiatriques de Philippe Pinel*, París, Le Sycomore, 1981; G. SWAIN, *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, *op. cit.*, en especial las páginas 86-94 y 151-193.

62. Después de seguir las indicaciones de Rafael Huertas, matizamos aquí algunas consideraciones desarrolladas en la primera edición de esta obra, las cuales, en síntesis, nos llevaron a acercar más de lo debido las posiciones de Pinel y Esquirol. *Cf.* R. HUERTAS, *El siglo de la clínica*, *op. cit.*, pp. 45-86. Del mismo autor: «L'alienismo e la mentalitá antomoclinica: L'opera de J.-É.-D. Esquirol», *Medicina nei Secoli*, 1996, 8, pp. 367-380; también: «Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno al concepto de psicosis única», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n.º 69, pp. 63-76.

63. Su obra más importante (*Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, *I* y *II*, París, Baillière, 1938) presenta en una compilación de artículos, muchos de ellos publicados originalmente en enciclopedias médicas. Como advierte el autor en la Introducción, esta obra recopila el trabajo de cuarenta años de estudios y observaciones.

64. J.-P. FALRET: «Discours prononcé sur la tombe d'Esquirol», en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864, pp. 774-785 (p. 778). Sobre Esquirol puede consultarse: R. SEMELAIGNE (*Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, París, Baillière et fils, 1932, pp. 124-140) y H. LEGRAND DU SAULLE («Compte rendu de la séance d'inauguration de la statue d'Esquirol», *Annales Médico-psychologiques*, 1863, n.º 1, pp. 68-86; especialmente la transcripción de los discursos de Parchappe y Baillarger).

65. *Cf.* I. BOURDON, «Esquirol», *Annales Médico-psychologiques*, 1847, n.º 9, pp. 312-315.

66. Los comentarios y desarrollos pertinentes sobre esta propuesta esquiroliana se pueden seguir al final de este capítulo.

67. Seguimos en este punto los argumentos propuestos por R. HUERTAS (*El siglo de la clínica*, *op. cit.*, pp. 55-56). Son contrarios éstos a los expuestos por G. LANTÉRI-LAURA (*Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000), quien escribe: «Aunque su libro se titule *Des maladies mentales*, Esquirol

comparte con Pinel la certeza de que la alienación mental es única y constituye una enfermedad autónoma [...]» (p. 90). Cuando se publicó la primera edición de nuestro libro no habíamos leído este ensayo del profesor Lantéri-Laura, publicado en francés meses antes. Nos llenó de satisfacción coincidir con él en los grandes principios que sostuvimos respecto al alienismo y a la figura de J.-P. Falret.

68. *Cf*. J.-É.-D. ESQUIROL, *Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, París, Didot, 1805. La vinculación de las pasiones con las enfermedades había sido tratada pocos años antes por C. J. TISSOT (*De l'influence des passions de l'âme dans les maladies, et des moyens d'en corriger les mauvais effects*, París, Amand-Koenig, 1798), mientras que su importancia en la psicología general («filosofía humana») sería ampliamente desarrollada por J.-L. ALIBERT (*Physiologie des passions, ou nouvelle doctrine des sentiments moreaux*, tt. I y II, París, Béchet Jeune, 1825); una revisión sobre las pasiones desde el punto de vista médico puede leerse en J. DESCURET, *La médicine des passions*, París, Labé, 1844.

69. J.-É.-D. ESQUIROL: *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, p. 39.

70. *Ibid*., p. 50.

71. Sobre la filosofía como práctica destinada a remediar los dolores del alma, véanse los siguientes estudios críticos: P. HADOT, *Qué es filosofía antigua*, México D. F., Fondo de Cultura Económica, 1998; del mismo autor, *Ejercicios espirituales y filosofía antigua*, Madrid, Siruela, 2006. M. FOUCAULT, *Discurso y verdad en la antigua Grecia*, Barcelona, Paidós, 2004; también de Foucault: *La inquietud de sí. Historia de la sexualidad, III*, México D. F., Siglo XXI, 1987. M. C. NUSSBAUM, *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenista*, Barcelona, Paidós, 2003. Una amplia visión de las corrientes y autores de este período histórico puede leerse en A. CHAIGNET, *Histoire de la psychologie des grecs*, vols. I, II, III, IV y V, París, Hachette, 1887-1893.

72. J.-É.-D. ESQUIROL: *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*, *op. cit*., p. 50.

73. No entramos aquí a comentar, por caernos a trasmano, las notables precisiones relativas a la demencia y el idiotismo.

74. J.-É.-D. ESQUIROL: *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, vol. I, *op. cit*., 421-422. Existe una edición española completa: *Tratado completo de las enajenaciones mentales*, 2 vols., Madrid, Imprenta del Colegio de Sordomudos, 1847 [1938]; otra parcial a cargo de R. Huertas: *Memoria sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dor, 1991.

75. Este aspecto fue analizado, en especial, por U. TRÉLAT (*La folie lucide*, París, A. Delahaye, 1861), quien propone una serie de criterios para detectar a esos «locos lúcidos» («porque se expresan con lucidez»; «locos en sus actos más que en sus palabras») y así «librarnos de ellos». De la locura lúcida y de la razonante nos ocuparemos en el siguiente capítulo.

76. A este respecto, J. Guislain escribió: «Mientras que todos sus actos y su palabra no predicen un estado mórbido, la palabra escrita descubre frecuentemente este estado» (J. GUISLAIN: *Leçons orales sur les phrénopathies*, vol. I, París, 1852, p. 51). Ningún ensayo como el de Rigoli analiza con tanta precisión el interés de los alienistas por los escritos de los locos y las consecuencias de ello derivadas; *cf*. J. RIGOLI, *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*, *op. cit*.

77. *Cf*. J.-É.-D. ESQUIROL, *Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens des les améliorer*, t. II, París, J.-B. Baillière, 1838.

78. Constaba esta Ley, que estuvo vigente hasta 1990, de tres títulos: 1.- *De los establecimientos para alienados*. 2.- *De las reclusiones en los establecimientos para alienados* (Sección 1.ª: De los internamientos

voluntarios; Sección 2.ª: De los internamientos ordenados por la autoridad pública; Sección 3.ª: Gastos del servicio de los alienados; Sección 4.ª: Disposiciones comunes para todas las personas internadas en los establecimientos para alienados). 3.- *Disposiciones generales*. Un resumen y un buen número de comentarios sobre dicha Ley podrán leerse en los dos últimos capítulos del libro de R. CASTEL, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, París, Les Éditions de Minuit, 1976, pp. 232-324. Un amplio desarrollo jurídico sobre los distintos apartados de la Ley puede consultarse en L. DAYRAS, *Les aliénés. Réformes à introduire dans la Loi du 30 de juin 1838*, París, E. Dentu, 1883.

79. Aunque el término 'psicosis' había sido introducido en esa época por el médico austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), su ámbito de aplicación no se precisaría hasta las primeras décadas del pasado siglo; la oposición estructural neurosis-psicosis desarrollada por Freud habría de dotar a este concepto de su auténtica carta de identidad. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «La construcción del concepto de psicosis por Freud», en VV.AA., *Psicosis y trastornos límite*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1991, pp. 8-20.

80. «La melancolía (*Schwermut*), que antecede y conduce a la insania (*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 sea, la melancolía no surge como consecuencia inmediata de sus emociones; ella 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*)» (W. GRIESINGER: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* [4.ª ed.], Berlín, 1871, p. 215).

81. Comoquiera que es uno de los temas que más nos interesa, el modelo unitario de la psicosis será motivo recurrente en este ensayo, en especial en los capítulos dos y seis.

82. Breves para nuestro gusto, pero muy precisos, son los apuntes sobre la vida y la obra de Bayle que pueden leerse en R. SEMELAIGNE, *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, *op. cit*., pp. 244-249.

83. A.-L.-J. BAYLE: «De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale», *Annales Médico-psychologiques*, 1855, n.º 1, pp. 26-27.

84. Es preciso señalar que en el París de aquellos años existían tres instituciones públicas (asilos) en las que se internaba a los alienados y a los mendigos seniles: la Salpêtrière, Bicêtre y Charenton. Éste último, el más periférico de todos, contaba entre sus internados con un gran número de oficiales y soldados de las armadas imperiales, muchos de los cuales habían contraído sífilis en sus destinos variados. A la luz de estos datos, parece evidente que Bayle se encontraba en el lugar apropiado para descubrir esas alteraciones que cinco décadas más tarde se atribuirían a la infección sifilítica. Por su parte, en la Salpêtrière, el asilo más próximo al centro de la ciudad, se confinaban únicamente mujeres, lo que en principio parecería menos proclive a los cuadros con parálisis incompletas, salvo que, como señaló posteriormente Esquirol, muchas de estas enfermas eran *filles publiques*. Bicêtre, por último, estaba reservado para hombres alienados, amén de vagabundos cuyas conductas laceraran el orden social.

85. Como indica Bayle en su currículo, dos años después de presentar su tesis doctoral fue nombrado bibliotecario adjunto de la Facultad de Medicina de París, cargo que desempeñó hasta 1836; fundó algunas revistas médicas y desde 1835 se ocupó de la redacción de la *Encyclopédie des Sciences médicales*. *Cf*. A.-L.-J. BAYLE, *Titres et travaux scientifiques*, París, H. Plon, 1856.

86. A estas publicaciones célebres se suman otra media docena de artículos, todos ellos perfectamente coherentes con las cuatro exposiciones doctrinales reseñadas.

87. Sobre la mentalidad anatomoclínica, véase especialmente: P. LAÍN ENTRALGO, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Barcelona, Salvat, 1950.

88. Como muestra de tales hallazgos citaremos únicamente los consignados en la primera observación, y entre éstos los relativos al cerebro y sus meninges: «Un poco de serosidad entre las dos hojas de la aracnoides; de cuatro a seis onzas de mismo líquido esparcido en la base del cráneo. La hoja aracnoidea de la duramadre muy inyectada. Los dos hemisferios del cerebro se adhieren en la gran cisura. La aracnoides cerebral de la base del encéfalo, sana; la de la convexidad y de la cara interna de los hemisferios opaca, blanquecina en diversos puntos, conservando en otros una parte de su transparencia, engrosada, muy resistente y fácil de despegar de la superficie del cerebro, en la que está adherida en algunos lugares poco extendidos. La piamadre muy roja, inyectada e infiltrada de una gran serosidad. Los ventrículos laterales y el mediano distendidos por el mismo fluido: la membrana que los cubre, así como el ventrículo del cerebelo, muy engrosada, pudiendo ser separada de la superficie cerebral, con granulaciones esparcidas sensibles al tacto que la vuelven rugosa y granulada. La sustancia cerebral blanda; la medular mucho más firme» (A.-L.-J. BAYLE: *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastro-entérite chronique, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale*, París, Didot Le Jeune, 1822, p. 10).

89. Aunque el autor destaca las ideas megalomaníacas, por el momento no hará de éstas un síntoma patognomónico, si bien las anota en los cinco primeros historiales; su ausencia en el sexto se debe al estado de demencia completa en la que se hallaba el enfermo.

90. Los numerosos trabajos de Baillarger sobre la parálisis general, que son posteriores a las publicaciones de Bayle, siguen defendiendo la teoría dualista de su maestro Esquirol y se oponen, por eso mismo, a Bayle. Para Baillarger se trata de dos enfermedades diferentes: la demencia paralítica y la manía con delirio ambicioso. El mencionado autor se mantuvo inconmovible en dicha posición, solo, alejado y enfrentado a la opinión general; su tozudez, probablemente, no era más que un rechazo frontal a la invasión masiva de la organogénesis. Entre sus innumerables publicaciones sobre la demencia paralítica, puede consultarse en especial: J. BAILLARGER, «Des symptômes de la paralysie générale et des rapports de cette maladie avec la folie» (Apéndice), en W. GRIESINGER, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, París, A. Delahaye, 1865, pp. 593-736. Además de una exposición general de su teoría, pueden leerse en este texto cuarenta y ocho observaciones clínicas.

91. *Cf*. A.-L.-J. BAYLE, *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, París, Gabon, 1825.

92. *Cf*. A.-L.-J. BAYLE, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, París, Gabon, 1826. Se trata de un detallado estudio de 624 páginas en el que Bayle recoge mil quinientas observaciones de alienados, analizando las causas, los caracteres anatómicos, los fenómenos precursores, los síntomas, la marcha, las terminaciones, las variedades, los signos y el tratamiento de la «meningitis crónica primitiva» y de la «encefalitis consecutiva», así como de la «alienación ambiciosa paralítica» que las produce. Los datos anatomopatológicos se basan en un centenar de autopsias realizadas por él mismo.

93. *Ibid*, p. IX.

94. Retomamos aquí una expresión de Karl Jaspers que se usa habitualmente en los libros de historia de la psicopatología: «El punto de vista médico construyó mitologías sobre la dependencia de los fenómenos psíquicos de procesos corporales imaginarios; [...]» (K. JASPERS: *Psicopatología general*, México D. F., F.C.E., 1993 [1913], p. 930).

95. Durante algunos años se discutió sobre la autoría de la descripción de la parálisis general e incompleta. Suele citarse el nombre de Jean-Baptiste Delaye, alienista de la Salpêtrière, en el centro de esta discordia. Pero la tesis de Delaye (*Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, París, 1824), además de ser posterior, tiene el sello propio del dualismo que Esquirol imprimió a su escuela: la parálisis general e incompleta se consideraba una complicación de la *folie*. Frente a esta posición, la escuela de Royer-Collard, en

Charenton, continuaba las investigaciones sobre la parálisis en los alienados, cuyos primeros resultados habían llegado con la tesis de Bayle. Una posición un tanto especial e incómoda fue la de Louis-Florentin Calmeil, primero alumno de Esquirol y posteriormente de Royer-Collard. Su monografía de 1826 *De la paralysie considerée chez les aliénés* continúa la tradición de Charenton, pero difiere de Bayle al situar la inflamación primitiva en la capa cortical misma y no en las meninges.

96. A.-L.-J. BAYLE: «De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale», *op. cit.*, pp. 411-412. La cursiva es del autor.

97. *Cf*. D. L. ARNAULD, «La paralysie générale après Bayle», en H. COLIN y R. CHARPENTIER (eds.), *Centenaire de la thèse de Bayle (1822-1922)*, vol. 1, París, Masson, 1922, pp. 71-91. De cara a conocer la historia de la parálisis general, más recomendable que el texto de Colin y Charpentier resulta el de J. CHRISTIAN y A. RITTI, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (dir. A. DECHAMBRE), Segunda Serie, t. XX, *PAL-PAR*, París, Masson y Asselin, 1884, pp. 716-764; y t. XXI, *PAR-PEA*, pp. 1-38.

98. G. LANTÉRI-LAURA y M. GROSS: *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*, París, E.P.E.L., 1992, p. 51. A propósito del discutido papel atribuido a la sífilis en la parálisis general, véase la crónica de G. VERNET, «La question des rapports de la syphilis et de la paralyse générale, à l'Académie de médicine», *Annales Médico-psychologiques*, 1905, n.º 2, pp. 5-21. Aún en la década de 1920, la etiología sifilítica continuó siendo objeto de debate, como informan P. JUQUERELIER y R. CHARPENTIER, «Le tréponème pâle est-il l'agent causal de la Paralysie générale?», *Annales Médico-psychologiques*, 1921, n.º 1, pp. 252-261.

99. Como ejemplo de tales constataciones mencionaremos la recogida en la segunda observación (Sr. A. Edme-Charles): «[...] había realizado excesos venéreos y había tenido varias enfermedades sifilíticas». *Cf*. A.-L.-J. BAYLE, *Recherches sur l'arachnitis chronique*, *op. cit*. De igual manera, en el *Traité des maladies du cerveau et ses membranes* se limitó a mencionar los excesos venéreos en una quinta parte de los casos consignados.

100. Al final de la lección once, Fournier, tras examinar detalladamente las afectaciones mentales de la sífilis, concluye: «En resumen, pues, si los trastornos psíquicos de la sífilis cerebral son susceptibles de revestir la forma de delirios parciales, sistemáticos, eso sólo se observa en un escaso número de casos. Esta forma *monomaníaca* es posible, comprobada, aunque constituye en esta especia una expresión rara; [...] casi siempre es mediante un delirio *general* como se traduce en los enfermos que nos ocupan la perversión de las facultades mentales» (A. FOURNIER: *La syphilis du cerveau. Leçons cliniques*, París, Masson, 1879, p. 290).

101. *Cf*. E. KRAEPELIN, «Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung», *op. cit.*, pp. 161-275.

102. Entre los compatriotas de Bayle, honra a Achille Foville haber reconocido y elogiado públicamente el valor «[...] de los trabajos de Bayle, pues ellos han aportado un progreso real a la ciencia [...]» (A. FOVILLE: «Historique du délire des grandeurs», *Annales Médico-psychologiques*, 1870, n.º 4, p. 214). Dos décadas después, Gilbert Ballet escribió taxativamente: «Fue Bayle (1822) quien ha merecido los honores de haberla aislado del confuso grupo de vesanias» (G. BALLET: «Aperçu sur l'histoire et l'évolution de la pathologie mentale», en G. BALLET (dir.), *Traité de pathologie mentale*, París, Dion, 1903, pp. 12-13). Remitimos al lector a tres trabajos en los que podrán hallarse otras consideraciones sobre la trascendencia del descubrimiento de Bayle: J. POSTEL, «La paralysie générale», en J. POSTEL y C. QUÉTEL (dirs.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983, pp. 322-333; P. BERCHERIE, *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires, Manantial, 1986, pp. 52-57; J. POSTEL, «Georget et Bayle: deux destins contraires», *Psychanalyse à l'Université*, 1978, n.º 11, pp. 445-463.

103. *Cf*. F. LEURET, *Du traitement moral de la folie*, París, Baillière, 1840; edición española: *El tratamiento moral de la locura*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001.

104. Cuando Hecht, en 1871, se propuso concretar una definición cabal de «enfermedad», después de dar muchas vueltas insistió en la importancia de la evolución: «'Afección' es un término de una significación infinitamente más vaga y más general que la que se vincula a la palabra 'enfermedad', la cual implica la idea de una evolución orgánica alterada, [...]» (L. HECHT: 'Maladie', en *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* [dir. A. DECHAMBRE], Segunda Serie, t. IV, *MAG-MAR*, París, Masson y Asselin, 1871, p. 236).

105. En los capítulos que siguen podrá el lector ampliar las aquí someras referencias a las obras de Morel, Kraepelin, Jaspers y Chaslin.

106. Un amplio desarrollo de estos argumentos y una crítica a la noción «enfermedades mentales» se puede leer en J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, *op. cit.*, pp. 604-616.

107. P. GUIRAUD: *Psychiatrie Générale,* Le François, París, 1950, pp. 612-613 y 623. En la misma línea argumental, Jaspers afirma: «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» (K. JASPERS: *Psicopatología general*, *op. cit.*, p. 634). Más enfático es aún el profesor López Piñero cuando escribe: «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 [...]» (J. M.ª LÓPEZ PIÑERO: *Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*, Madrid, Alianza, 2002, p. 8).

108. *Cf*. R. PORTER, *Breve historia de la locura*, *op. cit.*, pp. 139-141.

109. Para ejemplificar este último punto, baste con mencionar el *délire chronique à évolution systématique* de Magnan, tan preciso en sus pasos evolutivos que resultaba imposible ilustrarlo con casos clínicos concretos; lo mismo puede decirse de las clasificaciones de Kraepelin, periódicamente remodeladas hasta su muerte; idéntico argumento puede aplicarse a la permanente tendencia a los cambios a la que nos tienen acostumbrados, cada ciertos años, los D.S.M. o las C.I.E.

110. Sobre estos particulares hemos insistido ya en otros textos; *cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «De la locura a las enfermedades mentales», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XV, n.º 59, pp. 483-488.

111. En 1840, cuando Esquirol falleció, Falret le dedicó un emotivo discurso, a pesar de que su obra surge precisamente de un análisis crítico de la elaborada por el «maestro»; *cf*. J.-P. FALRET, «Discours prononcé sur la tombe d'Esquirol», en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, pp. 774-785. Este texto, así como la «Introducción», en la que relata Falret su biografía intelectual, han sido publicados en nuestra lengua; *cf*. J.-P. FALRET, *Clínica de las alucinaciones*, Madrid, Dor, 1997.

112. LOISEAU: «Éloges de MM. Mitivié et Falret père» (Séance du 18 décembre, 1871; Société Médico-psychologique), *Annales Médico-psychologiques*, 1872, n.º 5, pp. 241-255 (p. 242). También refiere esta circunstancia R. SEMELAIGNE, *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, *op. cit.*, p. 173.

113. J.-P. FALRET: «Introduction» [1864], en *Des maladies mentales*, *op. cit.*, p. VI.

114. *Ibid.*, p. IX.

115. A raíz de los comentarios de Lacan sobre Schreber, en lo cuales recuperaba la expresión «secretarios del alienado», se ha hecho ésta usual en el ámbito psicoanalítico. Tomando una posición contraria a Falret, Lacan

manifestó: «Habitualmente se emplea esta expresión para reprochar a los alienistas su impotencia. Pues bien, no sólo nos haremos sus secretarios, sino que tomaremos su relato al pie de la letra; precisamente lo que se consideró que debía evitarse» (J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1981, pp. 295-296). Antes que escuchar la palabra del alienado, Falret proponía una búsqueda activa, incluso una provocación, de las manifestaciones morbosas, pues estaba persuadido de que los alienados podían «disimular» su locura: «no reduzcáis vuestro deber de observador al papel pasivo de secretario de enfermos, de taquígrafo de sus palabras, o de narrador de sus acciones; convenceos de que, si no intervenís activamente, si apuntáis en cierto modo vuestras observaciones bajo el dictado de los alienados, todo el estado interior de estos enfermos se encuentra desfigurado al pasar por el prisma de sus ilusiones y su delirio» (J.-P. FALRET: «Deuxième Leçon», en *Des maladies mentales*, *op. cit.*, p. 123). En el capítulo segundo y en el cuarto, al tratar de Neisser y Clérambault volveremos a ocuparnos de los distintos métodos de observación de enfermos. Se discutirá en ellos hasta qué punto el progreso de la semiología clínica se debe a esta forma activa —que llega en algunos autores hasta la intimidación— de arrancar el secreto de las manifestaciones morbosas.

116. La primera de las Lecciones clínicas (1850-1851) impartidas en la Salpêtrière está dedicada precisamente a los principios a seguir en la observación de enfermos. En ella se encontrarán más detalles sobre el valor que atribuye a su método, así como las deficiencias que en su opinión contienen las propuestas de otras corrientes. *Cf*. J.-P. FALRET, *Des maladies mentales*, *op. cit.*, pp. 105-135.

117. Comoquiera que los pacientes son víctimas de su cerebro y no de su mente, ¿qué provecho se puede sacar de escucharlos? *Cf*. R. HUNTER y I. MACALPINE, *Psychiatry for the Poor*, Londres, Dawson, 1974.

118. J.-P. FALRET: «Introduction», en *Des maladies mentales*, *op. cit.*, pp. XII-XIII.

119. *Ibid.*, p. XXVII. La cursiva es nuestra.

120. J.-P. FALRET: «Introduction», en *Des maladies mentales*, *op. cit.*, pp. XXX-XXXI.

121. *Ibid.*, p. XXXIII.

122. H. MARC: «Aliéné», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionaire des sciences médicales*, *AMP-ANG*, t. I, París, C.L.F. Panckoucke, 1812, p. 321. Véase sobre el particular: E. DUPRÉ, *Définition médico-légale de l'aliéné*, París, J. Gainche, 1904.

123. *Cf*. A. LEMOINE, *L'aliéné devant la philosophie, la morale et la société*, París, Didier, 1862.

124. Este debate sobre las monomanías polarizó en aquellos años las polémicas más apasionadas entre alienistas. Con ocasión de la publicación de la memoria de Delasiauve *De la monomanie au point de vue psychologique et légale*, se suscitó una amplia discusión en la Société médico-psychologique, la cual ilustra las distintas posiciones entre los contendientes. *Cf*. A. BRIERRE DE BOISMONT, «Discussion sur la monomanie», *Annales Médicopsychologiques*, 1854, n.º 6, pp. 99-118, 273-298, 464-474, 630-644. El texto recoge las siguientes sesiones de la Société médico-psychologique: 30 de mayo, 27 de junio y 25 de julio de 1853; diciembre de 1853, enero y febrero de 1854; 27 de febrero y 29 de mayo de 1854.

125. Por inusual, es justo mencionar la opinión de Victor Parant, director-médico de la Casa de Salud de Toulouse. Tras minucioso examen, Parant constata en los alienados la «persistencia parcial» de la inteligencia, del juicio, la lógica y otros desempeños cognitivos. *Cf*. V. PARANT, *La raison dans la folie. Étude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables*, París, Doin, 1888.

126. J.-É.-D. ESQUIROL: *Tratado completo de las enajenaciones mentales*, t. I, *op. cit.*, pp. 292-293.

127. Se ha discutido, entre los estudiosos de Esquirol, si el hecho de dar nombres a todos los síntomas de la monomanía podía entenderse como que cada enfermo padecía *una* enfermedad: el que incendia es un pirómano, quien roba, un cleptómano, etc. A este respecto existen dos posiciones encontradas: una la representa Paul

Guiraud: «esta tendencia corre el riesgo de arrastrar a la psiquiatría a describir una enfermedad para cada enfermo»; la otra, Rafael Huertas: «Es falso, sin embargo, que Esquirol pretendiera dar a los síntomas un carácter de enfermedades independientes». Respectivamente: P. GUIRAUD: *Psychiatrie Générale*, *op. cit.*, p. 19; H. HUERTAS: *El siglo de la clínica*, *op. cit.*, p. 57.

128. Las posiciones doctrinales de Royer-Collard y de Maine de Biran se perfilan en el artículo que el primero dedicó al segundo; *cf*. A. ROYER-COLLARD, «Examen de la doctrine de Maine de Biran sur les rapports du physique et du moral de l'homme», *Annales Médicopsychologiques*, 1843, n.º 2, pp. 1-45.

129. G. SWAIN: «L'aliéné entre le médecin et le philosophe», en *Dialogue avec l'insensé*, *op. cit.*, p. 84.

130. J.-P. FALRET: «De la non-existence de la monomanie» [1854], en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864, pp. 431-432.

131. *Cf. ibid.*, pp. 425-448. Hace unos años tradujimos a nuestra lengua el mencionado escrito, exceptuando el primer epígrafe que versa sobre los aspectos históricos de la monomanía. *Cf*. J.-P. FALRET, «Sobre la no existencia de la monomanía», *Rev, Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1996, vol. XV, n.º 59, pp. 489-495.

132. *Ibid*., p. 443.

133. J.-P. FALRET: «Leçons faites à l'Hospice de la Salpêtrière en 1850-1851. Deuxième Leçon», en *Des maladies mentales*, *op. cit.*, pp. 146-147.

134. En relación a la concepción falretiana del delirio basten dos consideraciones: primero, la afectación básica del delirio no radica en una alteración del entendimiento ni cualquier otra facultad tomada aisladamente, sino en el conjunto de todas ellas y en la fisiología del cerebro; segundo, el rasgo definitorio del delirio es precisamente la «conciencia de su estado», pues ningún enfermo puede jamás recobrarla si no es por la interrupción del delirio. *Cf*. J.-P. FALRET, «Du délire» [1839], en *Des maladies mentales*, *op. cit.*, pp. 351-424; a este respecto puede asimismo consultarse el estudio de G. E. BERRIOS y F. FUENTENEBRO, *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*, Madrid, Trotta, 1996, pp. 55-58.

135. Kraepelin fue uno de los más eminentes representantes de esta posición. En este sentido, al describir la paranoia recordó el progreso que había supuesto en la clínica alemana el reconocimiento del origen ideativo «primario» de esta locura frente a las enfermedades del humor o anímicas (*Gemütskrankheiten*). En su consideración, las alteraciones más fuertes del equilibrio anímico (*gemütlichen Gleichgewichtes*) no pertenecen propiamente a su cuadro clínico. Si bien reconoció que las tensiones del estado de ánimo juegan un papel fundamental en la formación del delirio paranoico, advirtió: «considero exagerada la tendencia de Bleuler a afirmar que ciertos 'complejos afectivos' constituyen el punto de partida del delirio paranoico» (E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* [8.ª ed.], Leipzig, J. A. Barth, 1915, p. 1724). En cambio, como pronto veremos, su descripción de la psicosis maníaco-depresiva invierte estos términos y abunda en un trastorno originario del humor.

136. Aunque la posición de Clérambault sobre este particular precise de mayores comentarios, citaremos por el momento un párrafo en el que se aprecia su parecer: «El dogma ideogenista descansa, en nuestra consideración, sobre inducciones imprudentes. Del hecho de que ciertos datos afectivos o ideicos son comunes al sujeto y a su psicosis, se concluye: 1.º que esos datos eran esenciales; 2.º que ellos se han desarrollado por su fuerza intrínseca; 3.º que han desarrollado todo el resto de la psicosis. Frente a esta concepción, nosotros planteamos otra: la afectividad es únicamente manipulada por la psicosis. La psicosis lo extrae todo del repertorio del sujeto porque no lo puede extraer de otro sitio. [...]; continuidad ideica no quiere decir continuidad causal» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'Automatisme Mental au Congrès de Blois» [1927], *Œuvre psychiatrique*, vol. II, París, Presses Universitaires de France, 1942, p. 597).

137. Leemos a veces en textos psicoanalíticos que el afecto está o puede estar reprimido. Tanto Freud como Lacan no suscribieron esta tesis. Al contrario, cuando Lacan habló de la angustia dejó claro —siguiendo a Freud — que el afecto va a la deriva, está invertido, metabolizado, «pero no reprimido. Lo que está reprimido son los significantes que lo amarran» (J. LACAN: *El Seminario. Libro 10. La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2006, p. 23).

138. En el próximo capítulo podrá apreciarse, en relación a la clínica alemana, hasta qué punto la paranoia causó el desmoronamiento del modelo unitario griesingeriano de la *Einheitspsychose*. Y lo hizo justamente porque en dicho modelo se consideraba, como había sostenido Guislain, que los trastornos del humor eran siempre iniciales y previos a cualquier manifestación de locura (*Verrücktheit*). Esa misma crítica podría dirigirse también a Falret y su vaga noción de *fond de l'état maladif*.

139. J.-É.-D. ESQUIROL: *Tratado completo de las enajenaciones mentales*, *op. cit.*, t. II, p. 351.

140. *Ibid.*, t. I, p. 342.

141. Intervención de J.-É.-D. ESQUIROL en E. GEORGET: *Discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale, suivi de l'examen du procès criminel d'Henriette Cornier, et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense*, París, Migneret, 1826, p. 91.

142. *Cf.* M. FOUCAULT (dir.), *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano*, Barcelona, Tusquets, 1983.

143. *Cf.* E. GEORGET, *Examen médical des procès criminels des nommés Léger, Feldtmann, Lecouffe, Jean-Pierre et Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale est alléguée comme moyen de défense*, París, Migneret, 1825, pp. 2-16.

144. Véanse, sobre este particular, los comentarios de R. HUERTAS (*El siglo de la clínica*, *op. cit.*, pp. 79-80).

145. El encuentro de la medicina mental con el derecho dio pie a la elaboración de muchas monografías y tratados médico-legales, entre lo cuales merecen mencionarse: E. BLANCHE, *Des homicides commis par les aliénés*, París, Asselin, 1878; A. BRIERRE DE BOISMONT, *De la folie raisonnante et de l'importance du délire des actes pour le diagnostic et la médicine légale*, París, Baillière, 1867; R. VON KRAFFT-EBING, *Médicine légale des aliénés*, París, Doin-Larose, 1900 (traducción de la segunda edición alemana); LEGRAND DU SAULLE, *La folie devant les tribunaux*, París, Savy, 1864; A. RIANT, *Les irresponsables devant la justice*, París, Baillière, 1888; M. SIMON, *Crimes et délits dans la folie*, París, Baillière, 1886; H. THULIÉ, *La folie et la loi*, París, Librairie Centrale, 1866; A. LACASSAGNE, *Vacher l'éventreur et les crimes sadiques*, París, Masson, 1899.

146. F. ÁLVAREZ-URÍA: *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets, 1983, p. 183.

147. Dos son los estudios fundamentales para orientarse respecto al proceso de medicalización de las perversiones y de las desviaciones sexuales: G. LANTÉRI-LAURA, *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale* (París, Masson, 1979) y R. HUERTAS, *El siglo de la clínica*, *op. cit.*, pp. 102-113. Respecto a Magnan y a Tardieu, véanse en especial: V. MAGNAN, «Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles», *Annales Médicopsychologiques*, 1885, n.º 1, pp. 447-472; A. TARDIEU, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, París, 1857; del mismo autor, *Étude médico-légale sur la folie*, París, Baillière, 1880 (2.ª edición). Recomendable resulta también la reciente compilación realizada por Ángel Cagigas, en la que se recogen los textos de Charcot y Magnan sobre las perversiones, y el de Binet sobre el fetichismo en el amor (J.-M. CHARCOT, V. MAGNAN y A. BINET: *Perversiones*, Jaén, Del lunar, 2002).

148. M. FOUCAULT: *Historia de la locura en la época clásica*, t. II, *op. cit.*, p. 288.

149. *Cf.* J. POSTEL, «La *monomanie homicide* d'Esquirol: une maladie sans symptôme?», en H. GRIVOIS (dir.), *Les monomanies instinctives*, París, Masson, 1989, pp. 7-16.

150. G. SWAIN: *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 125.

151. J. C. HEINROTH: *Grundzüge der Criminal-Psychologie; oder die Theorie des Bösen in ihren Andwendung auf die Criminal-Rechtspflege*, Berlín, Dümmler, 1833, p. 198.

152. L. PROAL: *Le crime et la peine*, París, Alcan, 1891 (2.ª ed.), pp. 519-520. Una síntesis de la doctrina del autor se puede leer en «La responsabilité morale des criminels», *Revue Philosophique de la France et de l'étranger*, Decimoquinto año, XXIX (enero a junio de 1890), París, Alcan, 1890, pp. 384-398.

153. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Delirio y crimen: a propósito de la responsabilidad subjetiva», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 63-80.

154. «El acto —escribió Colina a propósito del asesino paranoico E. Wagner— es el único objeto de propiedad, tanto que funda su ser y su integridad» (F. COLINA: «Las enseñanzas de Wagner», en R. GAUPP, *El caso Wagner*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998, p. 229).

155. Son muchas las referencias que podrían ilustrar este asunto, pero bastarán dos testimonios que atesoran una conmovedora lucidez: Louis Althusser y Ernst Wagner. *Cf*. L. ALTHUSSER, *El porvenir es largo*, Barcelona, Destino, 1992; los trabajos de R. Gaupp sobre el paranoico Wagner se hallarán detallados en el siguiente capítulo.

156. Un excelente examen histórico sobre las diferentes relaciones entre la manía y la melancolía puede leerse en S. W. JACKSON, *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*, Madrid, Turner, 1989 [1986], pp. 233-254. En par ticular, sobre las ideas de Areteo de Capadocia: J.-P. HUBER, «Aretée de Cappadoce et la psychose maniaco-dépressive», *L'Information Psichiatrique*, 1985, vol. 61, n.º 10, pp. 1375-1386. De especial importancia, a este respecto, son las contribuciones del español Andrés Piquer, quien en su estudio sobre la enfermedad del rey Fernando VI calificó su cuadro como *afecto melancólico-maníaco* y lo presentó como una unidad morbosa articulada. Sobre A. Piquer y su descripción de la psicosis maníaco-depresiva, véase en especial D. BARCIA, *Historia de la psiquiatría española/History of Spanish Psychiatry*, Madrid, You & Us / Janssen-Cilag, 1998, pp. 175-182.

157. No es fácil dar una definición de la melancolía tradicional, pero con ese término se ha nombrado una herida consustancial a la condición humana, herida que indica tanto las dificultades con el deseo como incide sobre las relaciones entre el ser y la falta. Conocedor del tema, R. Bartra escribe al respecto: «[la melancolía] esa fascinante constelación de antiguos problemas y angustias que a lo largo de siglos la historia de Occidente ha guardado en su memoria» (R. BARTRA: *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*, Barcelona, Anagrama, 2001, p, 9). Contrastando con el desinterés de la psiquiatría positivista por la melancolía, el universo cultural la sigue manteniendo como uno de sus motivos de recurrente reflexión. Dos compilaciones recientes dan cuenta de ello: Y. HERSANT (dir.), *Mélancolies. De l'Antiquité au XXe siècle,* París, Robert Laffont, 2005; P. DANDREY (dir.), *Anthologie de l'humeur noire. Écrits sur la mélancolie d'Hippocrate à l'*Encyclopédie, París, Gallimard, 2005.

158. Quiso Esquirol marcar una raya entre el antes y su presente mediante la ambiciosa propuesta de sustituir el término tradicional 'melancolía' por 'lipemanía', al que juzgó más acorde con el discurso médico y científico sobre la patología mental: «La palabra melancolía —escribió en 1819— empleada en el lenguaje vulgar para expresar el estado habitual de tristeza de algunos individuos, debe dejarse a los moralistas y a los poetas, quienes, en sus expresiones, no están obligados a tanto rigor como los médicos» (J.-É.-D. ESQUIROL: «Mélancolie», en *Dictionnaire des sciencies médicales, par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, t. XXXII, *MÉD-MÉS*, Panckoucke Éditeur, París, 1819, p. 148).

159. Seguidor de Adolf Meyer, Wendell Muncie contribuyó decisivamente a la extensión del término 'depresión' al proponer que en las reacciones depresivas lo predominante era la tristeza. Según este autor, existe

una «depresión patológica» y una «depresión normal», esto es, «una experiencia universal»; *cf*. W. MUNCIE, *Psychobiology and Psychiatry. A Text-book of Normal and Abnormal Beahavior*, St. Louis, C. V. Mosby, 1939.

160. Un análisis detallado de todo este proceso puede leerse en J. M.ª ÁLVAREZ y J. R. EIRAS, «Sobre la transmutación de la melancolía en depresión y algunas de sus consecuencias», en E. VASCHETTO (comp.), *Depresiones y psicoanálisis*, Buenos Aires, Grama ediciones, 2006, pp. 101-122.

161. P. Pichot, buen conocedor de estos temas, se inclina por Falret. *Cf*. P. PICHOT, *Un siècle de psychiatrie*, París, Roger Dacosta-Roche, 1983 [ed. española: *Un siglo de psiquiatría*, París, Roger Dacosta-Roche, 1983].

162. Los avatares de este litigio han sido excelentemente descritos en el artículo de P. PICHOT, «The birth of the bipolar disorder», *Eur Psychiatry*, 1995, n.º 10, pp. 1-10. Los mismos hechos fueron examinados por el propio Baillarger al final de su carrera; aunque el tono partidista es evidente, ello no le resta un ápice de interés; *cf*. J. BAILLARGER, «Folie à double forme. Historique et question de priorité», en *Recherches sur les maladies mentales*, t. I., París, Masson, 1890, pp. 675-686.

163. *Cf*. J.-P. FALRET, «Marche de la folie», *Gazette des Hôpitaux*, 1851, n.º 11, pp. 18-19.

164. *Cf*. J. BAILLARGER, «Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation», *Bulletin de l'Académie Impériale de Médicine*, 1853-1854, n.º 19, pp. 340-352.

165. *Cf*. A. RITTI, «Folie à double forme», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, Cuarta Serie, t. III, *FOI-FRA*, París, Masson-Asselin, 1879, pp. 321-339.

166. «Fue en 1854 cuando J.-P. Falret y Baillarger describieron [...]» (H. EY, P. BERNARD y CH. BRISSET: *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1969, p. 273).

167. Sobre la inicial acogida, en Francia, de la descripción kraepeliniana de la locura maníaco-depresiva, véase: RÉMOND y P. VOIVENEI, «Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie», *Annales Médico-psychologiques*, 1910, n.º 12, pp. 353-379 y «Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie (suite et fin)», *Annales Médico-psychologiques*, 1911, n.º 13, pp. 19-51. En ambos artículos, los autores comparan las descripciones de Kraepelin con las de sus compatriotas e incluyen un buen número de cartas de sus colegas (Arnaud, Ritti, Dubois, Lagriffe, Régis, etc.), donde se opina sobre la categoría nosográfica de Kraepelin.

168. Ciertamente, la descripción de la *folie circulaire* supuso, en apariencia, un obstáculo al modelo griesingeriano de la *Einheitspsychose*. Sin embargo, a partir de la segunda edición de su Tratado, Griesinger, al contrario que Baillarger y Falret, aclaró que la alternancia melancolía-manía no era más que el progreso y el retroceso en el *continuum* de la psicosis única, que de prolongarse terminaría, inevitablemente, en un debilitamiento intelectual o en un grado más o menos elevado de verdadera demencia. Griesinger recurrió a la metáfora del «círculo» para explicar las características de esta enfermedad, aproximándose de esta manera a las tesis de Falret. Sin embargo, a diferencia de éste y de Baillarger, se percató de los aspectos estacionales en los que acostumbran habitualmente a sobrevenir: «[...] —por ejemplo en invierno— una melancolía profunda, más tarde en la primavera ésta da paso a la manía, que a su vez degenera lentamente en otoño en melancolía» (W. GRIESINGER: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, *op. cit*., pp. 237-239).

169. J.-P. FALRET: «De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l'alternative régulière de la manie et de la mélancolie» [1854], en *Des maladies mentales*, *op. cit*., p. 461-462.

170. *Ibid*., p. 468.

171. A diferencia del duelo, con el que comparte muchas de las manifestaciones clínicas, la melancolía se caracteriza por el enigma relativo al objeto perdido y por el despiadado autorreproche dirigido hacia el yo.

Siguiendo las pesquisas a las que conducen estos dos caracteres diferenciales, dará Freud con lo más particular que aflige al melancólico. La ruptura de la ligadura libidinal con el objeto amado trae como consecuencia patológica en la melancolía el establecimiento de «una *identificación* del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como un objeto abandonado. De manera que la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación». Prosigue Freud advirtiendo la relación que guardan la melancolía y la manía, si bien sus resultados a la hora de enfrentar la pérdida son harto distintos: «En la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida del objeto (o al duelo por la pérdida, o quizás al objeto mismo), y entonces queda disponible todo el monto de contrainvestidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo y había ligado. Cuando parte, voraz, a la búsqueda de nuevas investiduras de objeto, el maníaco nos muestra también inequívocamente su emancipación del objeto que le hacía penar» (S. FREUD: «Duelo y melancolía» [1917], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit.*, pp. 246-247 y p. 252).

172. J. BAILLARGER: «La folie à double forme» [1854], en *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, *op. cit.*, pp. 143-157 (p. 144). Puede consultarse asimismo nuestra traducción española de dicho texto, así como nuestro artículo introductorio «De la Locura de doble forma a la Psicosis maníaco-depresiva», en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, vol. XV, n.º 55, pp. 671-680 y pp. 667-670, respectivamente.

173. *Ibid.*, p. 157.

174. Baillarger alegó, en favor de la prioridad de su descripción respecto a Falret, que él había sido el primero en interesarse por los «accesos de locura de doble forma aislados» y por «los accesos de locura de doble forma intermitentes»; en cambio, «los accesos de locura de doble forma continuos y en largos períodos ya habían sido observados por otros autores, pero mal interpretados por ellos». Asimismo, Baillarger reprochó a Griesinger y a Falret que ellos se habían ocupado únicamente de las alternancias entre la manía y la melancolía en relación al curso y a las transformaciones de la locura: «Ellos no han observado más que los accesos continuos y en largos períodos, lo que explica la comparación de la enfermedad con un círculo, tal como lo hizo Griesinger, y la denominación de *forme circulaire des maladies mentales* creada por Falret» (J. BAILLARGER: «Folie à double forme. Historique et question de priorité», *Recherches sur les maladies mentales*, *op. cit.*, pp. 676 y 682, respectivamente). Siempre obsesionado con la *question de priorité* respecto a Falret, Baillarger no desperdició la más mínima oportunidad para señalar las diferencias que separaban ambas concepciones, llegando incluso a tergiversar las opiniones de su supuesto «plagiario»: «El error surgió, según mi parecer, por el hecho de haber admitido el retorno completo a la razón entre el período de manía y el período de melancolía. Si ello fuese exacto, es evidente que sería necesario ver aquí, como lo ha hecho Falret, dos enfermedades que se reemplazan. He aquí, en efecto, el orden de sucesión: Manía. Intermitencia. Melancolía. Intermitencia. Manía, etc. Se trataría pues de una locura intermitente con formas alternas, o, si se prefiere, de una locura circular. En lugar de ello, si la opinión que he defendido es exacta, tendríamos, por el contrario, el siguiente orden: Manía, melancolía (accesos). Intermitencia. Manía, melancolía (accesos). Intermitencia. Manía, melancolía (accesos). Vemos entonces que en lugar de una locura intermitente con formas alternantes, tenemos una locura intermitente común, pero con nuevos caracteres y que no podemos relacionar con nuevos tipos de locura hasta aquí descritos. La intermitencia se presenta tras la evolución de dos períodos, es decir, después del ataque completo, al igual que tiene lugar en las enfermedades intermitentes. Además, hay una sola intermitencia en lugar de dos» (J. BAILLARGER: «Notes» [a la traducción francesa de Griesinger], en W. GRIESINGER: *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, *op. cit.*, p 276; este texto corresponde a la traducción de la segunda edición original de 1861).

175. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Ärzte* (3.ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1889, pp. 337-359.

176. *Cf*. *idem* (6.ª ed.), vol. II, pp. 359-425. Se advierte en la sexta edición una importante variación respecto a la anterior (1896), donde este tipo de cuadros eran clasificados, junto a la paranoia (*die Verrücktheit*), en el grupo de los trastornos mentales constitucionales (*constitutionelle Geistesstörungen*). Kraepelin los seguía llamando «locura periódica» (*periodische Irresein*), distinguiendo tres formas: maníaca, circular y depresiva; *cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte* (5.ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1896, pp. 595-653. Aunque Kraepelin cita el texto de Kirn *Die periodische Psychosen* (1878), es interesante comprobar que elige el término *Irresein* (locura) y no *Psychose*. Esta obser vación cobra mayor interés cuando se pretende atribuir a Kraepelin la organización del campo de las psicosis y el uso específico de este término. Sobre estas particularidades y la determinante contribución de Freud, véase J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, *op. cit*., en especial la Parte Quinta (pp. 596-738).

177. La discusión sobre la pertinencia de incluir la melancolía involutiva en el marco de la locura maníaco-depresiva es antigua. El propio Kraepelin se resistió a hacerlo hasta 1913; su propuesta no fue bien recibida ni siquiera por el propio Dreyfus, quien supuestamente le había influido en tal decisión.

178. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte* (8.ª ed.), vol. III, Leipzig, J. A. Barth, 1913, p. 1183.

179. Kraepelin dedicó íntegramente el capítulo XI de la obra que comentamos (*Psychiatrie*, 8.ª ed.) a las causas de la locura maníaco-depresiva. A fin de robustecer su hipótesis en favor de una causalidad «esencialmente» determinada por la constitución patológica, aportó los siguientes datos: en el 80% de los casos estudiados en Heidelberg «pude demostrar la existencia de un componente hereditario»; en Múnich, en cambio, las cifras bajaron notablemente «debido al desconocimiento de los antecedentes patológicos». Por último, también en Múnich, entre un 10 y un 15% de los pacientes ingresados eran diagnosticados de locura maníaco-depresiva. (En el capítulo III del presente texto nos ocuparemos con mayor detenimiento de la noción etiológica de «endógeno»).

180. Las formas clínicas maníacas y depresivas se subdividen, respectivamente, en: hipomanía, manía furiosa o de atar (*Tobsucht*), manía delirante y manía confusa (*deliriöse Formen*); melancolía simple, estupor, melancolía grave, melancolía paranoide, melancolía fantástica y melancolía confusa.

181. Entre las numerosas combinaciones que pueden observarse y que dan cuerpo a los «estados mixtos», Kraepelin destacó los siguientes: manía depresiva, depresión excitada, manía pobre en pensamientos (*gedankenarme Manie*), estupor maníaco, depresión con fuga de ideas (*ideenflüchtige Depression*), manía inhibida, inhibición parcial, furor colérico (*Zorntobsucht*), manía criticona (*nörgelnde Formen*) y mezclas parciales.

182. Las formas clínicas descritas entre los «estados fundamentales» son cuatro: la constitución depresiva o disforia constitucional (*konstitutionelle Verstimmung*), la constitución maníaca o excitación constitucional (*konstitutionelle Erregung*), la constitución irritable (*reizbare Veranlagung*) y la constitución ciclotímica (*zyklothyme Veranlagung*).

183. Sirva mencionar, a título ilustrativo de la amplia extensión atribuida, la distancia que separa la «melancolía grave» —incluida entre los estados melancólicos de la locura maníaco-depresiva— y la constitución depresiva o disforia, perteneciente también a esa agrupación. Poco tienen que ver, en verdad, esos melancólicos *gravis* «[...] que perciben figuras, espíritus, cadáveres [...], que oyen insultos [...]; sienten arena en la boca [...]; [esos enfermos para quienes] las ideas de autoacusación desempeñan un papel preponderante», y esos otros enfermos

(depresivos) cuyo ánimo sombrío tiñe todas sus experiencias vitales. De estos últimos, Kraepelin nos dice que presentan un ánimo agobiado, desconsolado y desesperado. Cuando están solos, se pasan las horas cavilando «sobre las miserias de su vida con una cierta satisfacción», a menudo absortos en pensamientos de muerte. Desconfían de sus propias fuerzas y se sienten inútiles en este mundo; se consideran como niños a los que la naturaleza no ha tratado bien, a los que su entorno no comprende. Son muchos los enfermos de esta clase que se atormentan mediante un «sentimiento de falta» (*Schuldgefühl*). Ahora bien, toda su manera de vivir está condicionada por la afección que sufren, en la cual desempeña un papel importante la angustia (*Ängstlichkeit*), la dependencia y la indecisión. Su fuerte no es precisamente la responsabilidad, más bien «retroceden ante toda responsabilidad». Tampoco lo es el contacto con los otros, cosa que suelen rehuir. Se fatigan más de lo usual y no sienten verdadera alegría ni satisfacción a la hora de trabajar. Están llenos de dudas e inquietudes, de rumiaciones estériles por lo general de tipo hipocondríaco. No obstante, se dan perfecta cuenta de su enfermedad. Este cuadro se observa desde la juventud y puede durar toda la vida sin mayores cambios, aunque en casos raros desaparece durante años sin saber muy bien por qué. Como sucedió en la sistemática kraepeliniana, una tendencia extensiva similar se aprecia en la actualidad, aunque ahora debida a intereses comerciales, a raíz del auge alcanzado por los trastornos bipolares.

184. Uno de los aspectos más criticados de la construcción kraepeliniana ha sido el estatuto nosográfico de los «estados mixtos». Kleist, en uno de sus trabajos más brillantes sobre las psicosis atípicas escrito en 1928, señaló la inconsistencia de esta agrupación alegando los parentescos que las unían no sólo a la psicosis maníaco-depresiva sino también a la esquizofrenia; fiel a sus convicciones, desarrolló su conocida clasificación de las «psicosis marginales». *Cf*. K. KLEIST «Psicosis marginales de Kleist» («Über zykloide, paranoide und epileptoide psychosen und über die frage des degeneration psychosen»). *Psiquiatría.COM [revista electrónica]* junio de 1997 [citado 1 de julio de 1997]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num2/artic_8.htm>.

185. *Cf*. respectivamente: J. ANGST, *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*, Berlín, Springer, 1966; C. PERRIS, «A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses», *Acta Psychiat. Scand*., 1966, n.º 42 (suplemento 194).

186. Actualmente la *CIE-I0* de la Organización Mundial de la Salud clasifica, por razones «prácticas», los trastornos del humor o afectivos diferenciando los episodios únicos de los bipolares y de otros que presentan múltiples episodios: «Episodio maníaco», «Trastorno bipolar», «Episodios depresivos», «Trastorno depresivo recurrente», «Trastornos del humor (afectivos) persistentes», «Otros trastornos del humor (afectivos)» y «Trastorno del humor (afectivo) sin especificación»; *cf*. O.M.S., *CIE-I0. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992, pp. 141-166. Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana en su *DSM-IV* incluye dentro de los «Trastornos del estado de ánimo» los «Trastornos depresivos», los «Trastornos bipolares» y «Otros trastornos del estado de ánimo»; *cf*. A.P.A.: *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995, pp. 323-401.

II. LA PARANOIA: ENTRE LA LOCURA Y LA NOSOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

1. Partidarios como somos de la concepción unitaria de la psicosis, es decir, de la estructura psicótica, a lo largo del texto emplearemos expresiones como «polo paranoico», «polo esquizofrénico» o «polo melancólico» de la psicosis. Todas ellas pueden entenderse en principio de forma descriptiva, a la espera de las consideraciones doctrinales que se expondrán en el capítulo final.

2. Los argumentos que dan cuerpo a este capítulo amplían y desarrollan los contenidos en varias de nuestras publicaciones anteriores, en especial: «De nuevo la paranoia» (J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA [dirs.], *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997, pp. 37-80); «¿Qué fue de la paranoia?» (J. M.ª ÁLVAREZ y R. ESTEBAN [dirs.], *La salud mental en los noventa*, Valladolid, Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, 1997, pp. 43-79), y el reciente estudio «¿Qué fue de la paranoia? Sobre la permanente objeción de la paranoia al discurso psiquiátrico de las enfermedades mentales» (*Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2007, pp. 201-277).

3. Sin entrar en demasiados detalles, para no repetir los desarrollos que se encontrarán en las páginas siguientes, se apuntará aquí únicamente la coincidencia temporal en la que se elaboraron los dos sistemas nosológicos más depurados, el de Kraepelin y el de Freud. La obra del primero constituye una culminación de la tradición descriptiva y fenomenológica anterior; la de Freud, por su parte, consiste en una invención absolutamente novedosa. Kraepelin concedió una importancia determinante a la evolución y sobre todo a la terminación de las enfermedades, cuyas características semiológicas diferenciales le permitían su eventual agrupación nosográfica, siempre con la esperanza de que algún día se pudieran demostrar los procesos organogenéticos que las causaban; se trata, en definitiva, de un sistema esencialmente descriptivo constituido por una mirada médica que antepone las enfermedades a los enfermos. Por su parte, Freud defendió respecto a la paranoia la relación entre la sexualidad y la causalidad (homosexualidad y paranoia), intentando perfilar un mecanismo intrínseco a la estructura psicótica y describiendo minuciosamente el itinerario de los mecanismos responsables de la formación de los síntomas. A resultas de estos planteamientos, su nosografía se conformó de acuerdo con las respuestas defensivas del sujeto. Así concebida, la psicosis no sería una enfermedad autónoma e independiente que padece determinado sujeto, sino que se considera a éste su agente y también su máximo responsable a la hora de decidir y llevar a cabo los recursos de su propia estabilización (el delirio, especialmente).

4. Suele atribuirse a Vogel el empleo inicial en el lenguaje médico del término *Paranoia*. Este autor lo había usado, en 1772, para nombrar nueve clases de frenopatías. *Cf*. D. W. SWANSON, PH. J. BOHNERT y J. A. SMITH, *El mundo paranoide*, Barcelona, Labor, 1974, p. 18. Sobre la historia del término «paranoia» y sus posteriores variaciones semánticas, véase en especial: G. LANTÉRI-LAURA, L. DEL PISTOIA y H. BEL HABIB, «Paranoïa», *Encycl. Méd. Chir*. (París, Francia), *Psychiatrie*, 37299 D10, 10-1985, 24 p.

5. J. SÉGLAS: *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, París, Asselin y Houzeau, 1895, p. 386.

6. *Cf*. J. SÉGLAS, «La paranoïa: historique et critique», *Archives internationales de Neurologie*, 1887, t. XIII, pp. 62-76; 221-232; 393-406.

7. Así se desprende de la definición de melancolía aportada por Celio Aureliano: «animi angor in una cogitatione defixus», esto es, un estado de angustia dentro de una concepción delirante que domina la mente. La misma concepción se advierte en Sennert, médico del siglo XVII para quien la melancolía se caracterizaba por «una concentración de la mente en una idea única, [...] un delirio que se aplica sobre un pensamiento falso casi

exclusivo», según nos informa B.-A. MOREL (*Traité des maladies mentales*, París, Masson, 1860, p. 54). Seguimos aquí los comentarios de U. TRÉLAT (*Recherches historiques sur la folie*, París, Baillière, 1839, pp. 16-38), de L.-F. CALMEIL (*De la folie*, 2. vols., París, Baillière, 1845), y en especial los de J. DE MATTOS (*A paranoia. Ensaio pathogenico sobre os delirios systematisados*, Lisboa, Cardoso & Irmao, 1898, pp. 15-18).

8. PH. PINEL: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, París, Brosson, 1809, pp. 165-166.

9. El lector interesado hallará sobre el particular suficiente información en: CH. LASÈGUE y B.-A. MOREL: «Études historiques sur l'aliénation mentale», *Annales Médico-psychologiques*, 1844, n.º 3, pp. 40-52; *Annales Médico-psychologiques*, 1844, n.º 4, pp. 1-10 y pp. 157-172; *Annales Médico-psychologiques*, 1854, n.º 6, pp. 29-52. También en nuestra investigación *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932)*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1992, pp. 445-459.

10. Tal dicotomía, argumentada con buen tino por el filósofo David Hume, halló amplio eco en la concepción de las monomanías propuesta por Esquirol.

11. Heinroth distinguía tres tipos de paranoia: exaltada (*Verrücktheit*), depresiva y mixta.

12. *Cf*. A. BRIERRE DE BOISMONT, «Guillaume Griesinger. Son esprit et ses travaux», *Annales Médico-psychologiques*, 1872, n.º 7-8, pp. 5-54. Al final de su semblanza, Brierre de Boismont escribió a propósito de Griesinger: «Debe su superioridad, en efecto, a las brillantes cualidades de una mente excesivamente inteligente y distinguida, investigador infatigable; y esta característica [...] basta para que su nombre sea inscrito en la historia de la medicina actual como una de sus figuras más destacadas» (p. 50). Pese a algunos errores documentales, una visión sucinta de la obra psiquiátrica de Griesinger puede leerse en E. H. ACKERNECHT, *Breve historia de la psiquiatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1962, pp. 102-118. Una amplia información se encuentra también en el artículo de RUDOLF THIELE «Wilhelm Griesinger (1817-1868)», en K. KOLLE (ed.), *Große Nervenärzte*, Stuttgart, Thieme, 1956-1959, pp. 115-127. El estudio más exhaustivo sobre Griesinger es la monografía de BETTINA WAHRIG-SCHMIDT (*Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie*, Tubinga, Günter Narr Verlag, 1985); de especial importancia para la materia aquí estudiada resultan las páginas dedicadas a la influencia de Zeller en Griesinger (pp. 31-34) y las que se ocupan de comentar el manual (pp. 136-151).

13. Desde el comienzo de su actividad científica, Griesinger se destacó por polemizar contra los defensores de las posiciones más psicológicas; sirva de ejemplo el título de uno de sus primeros artículos: «Die medizinische Charlatanerie» («La charlatanería médica»). Junto con el cirujano Roser y el internista Wunderlich fundó, en 1842, el *Archiv für physiologische Heilkunde* (*Archivo de medicina fisiológica*), órgano de difusión de la nueva medicina alemana de mediados del siglo XIX.

14. W. GRIESINGER: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (4.ª ed.), Berlín, F. Wreden, 1871, p. 6.

15. W. GRIESINGER: «La pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande», *Annales Médico-psychologiques*, 1865, n.º 5, p. 11.

16. *Ibid*., p. 6.

17. Se ha consolidado en nuestro medio la traducción de *Einheitspsychose* por 'psicosis única', aunque sería más propio hacerlo por 'psicosis unitaria' (*Einheit*: 'unidad'). Como el sentido de «psicosis única» no traiciona la idea que originariamente se quiere expresar, hemos optado por mantenerlo en este texto. Por otra parte, es preciso señalar que el posterior empleo generalizado del término *Psychose* se debe al éxito alcanzado por la doctrina griesingeriana. Como tal, ese término había sido inventado poco antes por Ernst Freiherrn von Feuchtersleben (1806-1849) para denominar las manifestaciones psíquicas de la «enfermedad del alma» (*Seelekranheit*), ya se

tratara de las neurosis o de la locura (vesania): «Toda psicosis es al mismo tiempo 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 [...]» (E. F. VON FEUCHTERSLEBEN: *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*, Viena, Carl Gerold, 1845, p. 265). Sin alcanzar la especificidad semántica que el término 'psicosis' adquirirá con Freud, al oponerlo a la neurosis y definir ambas estructuras psicopatológicas, durante décadas fue usado por muchos psiquiatras de manera bastante inespecífica, como ejemplarmente se advierte en las obras de Magnan o de Krafft-Ebing. El primer intento riguroso de síntesis fue llevado acabo por Gilbert Ballet (*Cf*. G. BALLET, «Les psychoses», en J. M. CHARCOT (dir.), *Traité de médecine*, t. 6, 1891, París, Masson, pp. 1057-1206), aunque los ecos de su propuesta fueron limitados, tal vez porque su texto fue publicado en una obra que compendiaba diversas especialidades médicas. Sobre el particular, véase J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, pp. 629-633; asimismo, de forma más extensa, K. MATILLA, *El concepto de psicosis en Freud. Sus antecedentes en la psicopatología psiquiátrica y los principales desarrollos en la nosología freudiana*, tesis doctoral, Universidad de Burgos, 2007.

18. P. Pichot considera en su excelente libro que dicha concepción unitaria era bastante contraria a las ideas de sus coetáneos. *Cf*. P. PICHOT, *Un siglo de psiquiatría*, París, Lab. Roche, 1983, p. 35. No compartimos en absoluto esta consideración. La filosofía romántica alemana, que había marcado a los precursores de Griesinger, impregnaba también al modelo de la *Einheitspsychose*. «El romanticismo es la época de la *Ganzheit*, de la unicidad y de la totalidad, pero también de la paradoja» (P. RAUCHS, «De Iéne a Vienne. Grandeur et crépuscule de l'idéal romantique», en H. GRIVOIS [dir.], *Psychose naissante, psychose unique*?, París Masson, 1991, p. 24).

19. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, *op. cit*., pp. 636-642.

20. J. GUISLAIN: *Traité sur les Phrénopathies, ou doctrine nouvelle des maladies mentales*, Bruselas, 1835, p. XI.

21. E. KRAEPELIN: *Cien años de psiquiatría*, Madrid, A.E.N., 1999, p. 138.

22. «Yo mismo —escribió Griesinger en el discurso de apertura de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Zúrich—, en *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, he adoptado la división más simple de esas enfermedades en estados de depresión, estados de excitación y estados de debilitamiento psíquico. [...] pues en la inmensa mayoría de los casos, esas tres clases principales se comportan, una respecto a la otra, como tres periodos principales que se desarrollan sucesivamente; la última, la de los estados de debilitamiento intelectual, se compone casi exclusivamente de estados secundarios e incurables» (W. GRIESINGER: «La pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande», *op. cit*., p. 8).

23. W. GRIESINGER: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, *op. cit*., p. 71. La primera edición se publicó en 1845.

24. W. GRIESINGER: *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, París, A. Delahaye, 1865, p. 382; esta traducción al francés corresponde a la segunda edición alemana de 1861.

25. W. GRIESINGER: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, *op. cit*., p. 51.

26. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Un apunte sobre W. Griesinger», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, 66, pp. 89-90.

27. W. GRIESINGER: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, *op. cit*., p. 49.

28. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, t. III, Leipzig, J. A. Barth, 1915 (8.ª ed.), p. 1707.

29. Como es natural, este hecho complica mucho la labor del historiador, tal como testimonia Julio de Mattos:

«La impresión que recibe quien procura conocer [los trabajos alemanes sobre los delirios sistematizados] es, sin exagerar, la de haber penetrado en un laberinto» (J. MATTOS: *A paranoia. Ensaio pathogenico sobre os delirios systematisados*, *op. cit.*, p. 64).

30. M. MONTASSUT: *La constitution paranoïaque*, París, Commelin, 1924, p. 37.

31. Kraepelin consideraba «inadmisible» que para ciertos psiquiatras de esa época el 70 u 80% de todos los enfermos mentales fueran considerados paranoicos. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte* (6.ª ed.), vol. II, Leipzig, J. A. Barth, 1899. Resulta sorprendente el cambio que se produjo en la década siguiente, como se aprecia en las cifras que diera C. G. Jung para señalar el índice de dementes precoces: «En consecuencia, los internados crónicos de los manicomios, que forman una población estable, corresponden a un 70 o a un 80 por ciento de casos de demencia precoz [...]» (C. G. JUNG: «El contenido de la psicosis», en *El contenido de la psicosis. Psicogénesis de las enfermedades mentales 2*, Barcelona, Paidós, 1990 [1908], p. 16). De manera que, apenas unos años más tarde, la misma problemática que perjudicaba la comprensión cabal de la paranoia volvió a plantearse respecto a la demencia precoz y la esquizofrenia. Tanto Kraepelin como Bleuler cerraron los ojos ante el problema que edificaron: la demencia precoz y la esquizofrenia se construyeron en su gran mayoría con los casos antes incluidos en la paranoia. Por tanto, las mismas razones por las que se recortó la paranoia podrían ahora argüirse sobre la demencia precoz o la esquizofrenia.

32. *Cf*. L. SNELL, «Ueber Monomanie als primäre Form der Seelentörung», *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, 1865, t. XXII, pp. 368-380.

33. En 1818 Heinroth había trasladado el término *Paranoia* al lenguaje médico, pero la desatención en que cayeron las teorías de los «psíquicos» unas décadas después lo sepultó nuevamente en el olvido. *Cf*. J. CH. HEINROTH, *Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens*, Leipzig, Vogel, 1818.

34. *Cf*. L. KAHLBAUM, *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dor, 1995 [1863], pp. 136-138.

35. *Cf*. W. SANDER, «Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit», *Archiv für Psychiatrie*, 1868, t. I, pp. 387-416.

36. «De esta manera —escribe Séglas— Westphal hace entrar en este grupo casos de melancolía con estupor y los catatónicos de Kahlbaum» (J. SÉGLAS: «La paranoïa. Délires systématisés et dégénérescences mentales; historique et critique» (I), *op. cit.*, p. 68).

37. Es fácil entender el tono de irritación con el que posteriormente Emil Kraepelin comentó los trabajos de este adicto a la morfina: «Especialmente funesto para el futuro desarrollo de la cuestión de la paranoia resultó ser el concepto de paranoia aguda (*akute Paranoia*), mencionado primero por Westphal y al que se añadió más tarde incluso la paranoia "periódica" (*periodische Paranoia*). El desplazamiento del concepto original, que contó solamente con estados crónicos e incurables, favoreció enormemente la delimitación del cuadro clínico por su manifestación externa. Cuando ya no eran determinantes el desarrollo y el fin de la enfermedad, quedaba como único indicio palpable de la locura la alteración de la razón, la aparición de ideas delirantes y trastornos de la percepción. De esta manera se iban incluyendo toda una serie de cuadros, *Amentia*, delirio alcohólico y muchos otros, que pertenecen indudablemente a la *Dementia praecox* o a la locura maníaco-depresiva, y que, desde el punto de vista clínico, no guardan relación alguna con la locura originaria» (E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, *op. cit.*, 1915 [8.ª ed.], p. 1707-1708).

38. *Cf*. L. KAHLBAUM, «Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunke der Psychopathologie», *Sammlung klinischer Vortrage*, 1878, n.º 126, pp. 1127-1146.

39. R. VON KRAFFT-EBING: *Traité clinique de Psychiatrie*, París, Maloine, 1897, pp. 444-445 (traducción de la 5.ª ed. alemana).

40. *Ibid*., p. 413.

41. El mismo tipo de razonamiento se advierte entre los autores franceses, en especial en Séglas (*Cf*. TRÉNEL, «Note sur la question de la paranoïa aiguë», *Annales Médico-psychologiques*, 1910, n.º 12, pp. 446-453).

42. TH. MEYNERT: «La *Amentia* o confusión» (1890), en VV.AA., *Alucinar y delirar*, t. I, Buenos Aires, Polemos, 1998, p. 177.

43. *Cf*. MENDEL, *Leitfaden der Psychiatrie*, Stuttgart, 1902, p. 160. La mayoría de los autores alemanes admitieron las distinción entre la *Paranoia simplex chronica* o combinatoria y la paranoia alucinatoria, como puede leerse en la monografía de C. WERNER (*Die Paranoia*, Stuttgart, 1891, pp. 109-154) y en el tratado de TH. ZIHEN (*Psychiatrie*, Leipzig, 1902 [2.ª ed.], p. 418 y ss.).

44. *Cf*. H. SCHÜLE, *Traité clinique des maladies mentales*, París, Lecrosnier y Babé, 1888 [traducción de la tercera edición alemana de 1886], pp. 117-197.

45. Más detalles históricos se hallarán en la tesis de J. LACAN, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México D. F., Siglo XXI, 1979 (1932), pp. 21-134.

46. Pueden consultarse a este respecto los comentarios de Kéraval, «Analyse du rapport de Cramer», *Archives internationales de Neurologie*, 1894, 2.ª sem., pp. 140-141.

47. F. Sauvagnat, con el buen tino que caracteriza a sus investigaciones, publicó hace unos años un extracto muy breve de dicho trabajo; *cf*. F. SAUVAGNAT, «Discussion sur la paranoïa du point de vue clinique», en H. GRIVOIS (dir.), *Psychoses naissante, psychose unique*?, París, Masson, 1990, pp. 85-96.

48. Por nuestra parte, hemos tratado de resaltar el valor esencial diagnóstico de la *Eigenbeziehung*, al que consideramos junto a otro concepto clave, la xenopatía, las dos vertientes de los fenómenos elementales de la psicosis más desarrollados por la clínica clásica; *cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Significación personal y xenopatía», *Freudiana*, 1997, n.º 19, pp. 83-91.

49. Traducimos *krankhafte Eigenbeziehung* por «autorreferencia mórbida» y no por «significación personal mórbida», como se hace a menudo siguiendo la propuesta de Sérieux y Capgras en su libro sobre las locuras razonantes. De esta manera acentuamos el hecho fundamental según el cual Neisser destaca que el inicio de la paranoia se caracteriza por el vacío de significación, un vacío por lo demás en el que el sujeto se siente inexcusablemente concernido (autorreferencia); el delirio y las significaciones llegarán posteriormente como relleno al sentimiento de autorreferencia.

50. CL. NEISSER: «Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte», *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1892, Enero, t. III, n.º 15, pp. 1-20 (p. 3). La traducción española de este texto («Disertación de la paranoia desde el punto de vista clínico») puede leerse en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, *op. cit*., pp. 85-112.

51. *Cf*. K. WERNICKE, *Grundriss der Psychiatrie*, Leipzig, Braumüller, 1906 (2.ª ed.), en especial la lección número 13.

52. Apréciese en las características del mecanismo la coincidencia parcial con los fenómenos del Síndrome de Pasividad descritos por Clérambault, y de los que nos ocuparemos en el capítulo IV; ambos coinciden en destacar que esos fenómenos son afectivamente neutros o sin afecto.

53. CL. NEISSER: «Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte», *op. cit*., p. 3.

54. *Ibid*., pp. 13-14.

55. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Compendium der Psychiatrie*, Leipzig, Abel, 1883.

56. *Querulantenwahn* es el término alemán con el que los franceses denominaban los *délires de révendication*. El término comenzó a usarse a partir de la publicación de la monografía de MERCKLIN (*Studien über die primäre*

Verrücktheit, Inaug-Dissert., Dorpat, 1879), donde el autor incluye a este tipo de trastornados en un subgrupo de la paranoia, coincidiendo así con Lasègue («forma activa» del delirio de persecución).

57. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, Ambr. Abel, 1889 (3.ª ed.), pp. 360-406. Esta edición, que fue redactada mientras el profesor Kraepelin residía en Dorpat, nos presenta aún una definición amplia de la paranoia: «Como locura (paranoia) [*Verrücktheit* (*Paranoia*)] se designa una continua y profunda transformación de la personalidad psíquica, que se manifiesta principalmente mediante una interpretación y elaboración enfermizas de las impresiones exteriores e interiores» (p. 360).

58. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, J. A. Barth, 1896 (5.ª ed.), pp. 654-702.

59. *Idem*, vol. II, Leipzig, J. A. Barth, 1899 (6.ª ed.), p. 167.

60. La descripción de estas formas recuerda mucho al *délire chronique à évolution systématique* de Magnan. Desde el punto de vista clínico, Kraepelin las caracteriza por el desarrollo bastante coherente de ideas delirantes, las cuales suelen mostrar un cariz novelesco y se asocian a numerosas alucinaciones. El estado en cuestión puede mantenerse así durante décadas o evolucionar hacia una confusión completa. A lo largo de tantos años de delirio, los temas inicialmente persecutorios se transforman finalmente en megalomanía.

61. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, J. A. Barth, t. III, 1915, p. 1714. El texto que comentamos puede leerse íntegramente en español: E. KRAEPELIN, «La locura (paranoia)», en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, *op. cit*., pp. 121-197.

62. A. HOCHE: «Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1912, n.º 12, p. 543.

63. B. LLOPIS: «Sobre la delusión y la paranoia» (1961), en *La psicosis única. Escritos escogidos*, Madrid, Triacastela, 2003, pp. 220-223.

64. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, Barcelona, Paidós, 1984, p. 31.

65. *Cf*. R. SARRÓ, «Enfermedades mentales», en A. PEDRO-PONS (dir.), *Tratado de patología y clínica médicas*, vol. IV, Barcelona, Salvat, 1965, pp. 1029-1100.

66. E. KRAEPELIN: *Introducción a la psiquiatría clínica*, Madrid, Saturnino Calleja, 1905, p. 151.

67. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (8.ª ed.), *op. cit*., pp. 1714-1715.

68. *Ibid*., p. 1715.

69. Un extracto de una carta de una paranoica permite hacerse una idea de esas «rarezas»: «Desde hace catorce años que resido aquí he sufrido un martirio que no tiene parangón. Era un asunto de malversación de herencia la causa por la que se presentó lo peor que uno se pueda imaginar y lo más astuto para declararme loca y conseguir quitarme el sustento, el crédito y el honor. Esos actos irresponsables son llevados a cabo de día y de noche por la policía secreta y sus cómplices, femeninos y masculinos, joven o viejo, pobre o rico, todos tienen que ayudar; ¡se trata de la policía! La persecución fue ordenada por todas las casas y los barrios, y no se tuvo consideración ni siquiera con una viuda entrada en años. Desde que estoy en Múnich me han sido retiradas todas las cartas, leídas y entregadas sin sello; cartas relativas a herencias me han sido sustraídas de tal suerte que nunca pude estar presente a la hora del reparto; se hace todo lo posible para que nadie me vea y nadie entre en contacto conmigo; es terrible e increíble que puedan suceder todos estos hechos tan horribles, realizados por ciertos abogados que han malversado mis dineros; naturalmente cuentan con cierta policía y juzgado que les encubren sus fechorías para que no se lleguen a conocer; además son ricos, por lo que pueden callarse muchos crímenes... Al llegar a Múnich encontré mi vivienda en gran desorden, aunque la dejé absolutamente pulcra antes de partir. Los muebles tenían una capa de polvo y suciedad, mi cama deshecha, todos los muebles abiertos a pesar de

haberlos dejado cerrados con llave, de haber cerrado el armario de llaves y llevármela; en la cocina, el espejo tan bonito hecho añicos. Se llegó tan lejos que tenía prevención hasta de comer algo ya que, después de esas gamberradas, se es capaz de todo cuanto se pueda imaginar de terrible y ruin...» (E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* [8.ª ed.], *op. cit.*, pp. 1728-1729).

70. «No podía faltar —escribe Kraepelin— que también las enseñanzas de Freud se hayan apropiado de las cuestiones de la paranoia. Según los resultados del psicoanálisis, el punto de partida de la paranoia lo constituye el autoerotismo, el narcisismo y la homosexualidad. La enfermedad elabora el síntoma de defensa de la desconfianza contra los demás para vencer su homosexualidad, reforzada inconscientemente; su delirio es en realidad un intento de curación después de la catástrofe. Como esa afirmación carece de una conceptuación clara de la paranoia y de prueba alguna, parece innecesario ocuparse más de ello» (E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* [8.ª ed.], *op. cit.*, p. 1768). Pero eso no es todo, ya que su voluminoso trabajo concluye así: «La curación de una paranoia declarada por medio de una influencia psíquica inmediata puede esperarla solamente un psicoanalista. Bjerre ha publicado un caso así en el que, sin un psicoanálisis propiamente dicho, pudo curar un delirio persecutorio de más de diez años mediante una especie de arte de convencer cauto. Desgraciadamente, el diagnóstico de una paranoia parece altamente dudoso. Así que tendremos que ocuparnos de momento en alejar a nuestros enfermos, mediante distracción y ocupación, del hundimiento en sus delirios» (E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* [8.ª ed.], *op. cit.*, p. 1779). Las dudas manifestadas por Kraepelin a propósito de si el caso de Bjerre era una paranoia o no también las albergaron Freud y Ferenczi: «Contrariamente a Bjerre, que pretende haber curado a un paranoico, estimamos con Freud que el caso de Bjerre no era una verdadera paranoia» (S. FERENCZI: «Algunas observaciones clínicas sobre enfermos paranoicos y parafrénicos» [1914], *Psicoanálisis*, t. II, Madrid, Espasa-Calpe, 1981, p. 146).

71. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (8.ª ed.), *op. cit.*, p. 1769.

72. Seguimos en este epígrafe los argumentos desarrollados en nuestra investigación «Líneas de interpretación del "caso Wagner"» (*Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 185-199).

73. Cuando ultimábamos la primera edición de este ensayo, se publicó en español la monografía de R. GAUPP *Zur Psychologie des Massenmords. Hauptlehrer Wagner von Degerloch* (en *Verbrechertypen*, t. I, Helf 3, Berlín, 1914) con el título *El caso Wagner* (Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998), cuya magnífica traducción fue realizada por Juan José del Solar. En esta edición, al texto de Gaupp le precede uno nuestro («Sobre el "caso Wagner"», pp. 7-20) y otro de F. COLINA («Las enseñanzas de Wagner», pp. 227-235) lo culmina. En adelante citaremos la traducción española de la monografía de Gaupp; las abundantes citas se consignarán únicamente indicando la página entre corchetes.

74. En 1920 Gaupp escribió: «La trascendencia de estas publicaciones radica sobre todo en el hecho de haber podido aportar la prueba, en una secuencia perfecta, de que en la paranoia crónica sistemática (*chronische systematisierende Paranoia*) ha de verse una evolución, psicológicamente comprensible, de una personalidad degenerativa (*degenerative Persönlichkeit*) innata que, bajo la influencia de las vivencias personales, llegó a un progresivo distanciamiento del mundo exterior, a una distorsión de la visión del mundo y a una formación delirante sistemática (*systematische Wahnbildung*) lógicamente articulada. De especial interés eran: la parcialidad del delirio y su limitación a ciertos intervalos y a ciertas zonas de su pensamiento y de su vivencia» (R. GAUPP: «Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleichein ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1920, n.º 60, p. 312; las páginas citadas pueden leerse traducidas al español: «El caso Wagner. Una catamnesis, a la vez que aportación a la enseñanza de la paranoia» [1920], en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA, *Clásicos de la paranoia*, *op. cit.*, pp. 215 y 220, respectivamente).

75. J. LACAN: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, p. 78.

76. *Cf*. M. FRIEDMANN, «Beitrage zur Lehre von der Paranoia», *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1905, t. XVII, pp. 468-532.

77. Sobre la vida y la obra de Robert Gaupp, véanse en especial: P. BERNER, «R. Gaupp», en J. POSTEL y C. QUÉTEL, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulousse, Privat, 1983, pp. 637-638; C. LEINS y K. FOERSTER, «Point de vue actuel sur Robert Gaupp», en A.-M. VINDRAS, *Ernst Wagner, Robert Gaupp: un monstre et son psychiatre*, París, E.P.E.L., 1996, pp. 389-398. Vale la pena leer asimismo la semblanza póstuma de su hijo, quien recordó la importancia atribuida a la paranoia por el profesor Gaupp, un trastorno al cual, desde el inicio de su carrera, consideró uno de los temas centrales de la psiquiatría; por otra parte, también desde sus primeros trabajos, había comprendido que tanto el carácter individual de los síntomas como las formas particulares de evolución constituían la guía más apropiada para las demarcaciones nosográficas (*Cf*. R. GAUPP, «Robert Gaupp (1870-1953)», en S. R. HIRSCH y M. SCHEPHERD, *Themes and variations in european psychiatry. An anthology*, Bristol, John Wright & Sons Lts, 1974, pp. 119-120). Más amplio y detallado que los anteriores, es el texto de FRIEDRICH MAUZ «Robert Gaupp (1870-1953)», en K. KOLLE (ed.), *Große Nervenärzte*, t. II, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1970, pp. 139-149; una relación de las principales publicaciones de Gaupp puede leerse en la última página (p. 149).

78. También las contribuciones de E. Tanzi al problema de la paranoia guardan cierto paralelismo con las de Kraepelin, en especial en el terreno nosográfico. Establece de entrada la oposición entre la paranoia y los delirios paranoides, confiando en que esta reducción hace ganar a la paranoia en pureza lo que pierde en extensión. De ese modo, la paranoia sólo incluye un pequeño número de delirios de apariencia razonable, de formación lenta, muy estables, que van a confundirse con la excentricidad y que también se aproximan mucho al estado normal. En su opinión, la paranoia consiste en una anomalía constitucional muy rara que permanece latente durante largos años y que se manifiesta en la edad adulta mediante un delirio parcial aunque muy tenaz. Ese delirio no es sino el triunfo lento y perdurable de un preconcepto, ya provenga éste del egoísmo (temor, vanidad, concupiscencia) o, por el contrario, del altruismo (delirios abstractos y teorías impersonales característicos de los *mattoides*). Aunque el delirio es estable, puede también desaparecer bajo diversas influencias; a partir de ahí sólo permanecerá activa la constitución paranoica. De esta manera, a diferencia de Kraepelin pero a semejanza de los defensores de las teo rías sobre la constitución, Tanzi tiende a distinguir la paranoia del delirio sistematizado, pues puede darse la paranoia sin que exista el delirio. *Cf*. E. TANZI, *Trattato delle malattie mentali*, Milán, 1905.

79. Gaupp, como Freud, elevó su caso *princeps* al rango de paradigma de un tipo clínico de locura. Y fue así como pudo abandonar el caudal sempiterno del discurso psiquiátrico, más acostumbrado a establecer las formas clínicas mediante la acumulación de coincidencias de un buen número de casos. Una de las razones argüidas por Neuzner para explicar el silencio psicopatológico que ha rodeado al caso Wagner fue precisamente ésta, es decir, «el hecho de que la investigación de un caso individual perdiera desde entonces la significación en la psiquiatría científica» (B. NEUZNER: «Vorwort», en R. GAUPP, *Hauptlehrer Wagner. Zur Psychologie des Massenmords*, Frickenhausen, Sindlinger-Burchartz, 1996, p. 6).

80. *Cf*. R. GAUPP, «Paranoische Verlagung und abortive Paranoia», *Zentralbl. Nervenheilk*., 1910, n.º 21, pp. 65-68. Los artículos dedicados al caso Wagner se irán citando paulatinamente a lo largo de este texto.

81. Adviértase la contraposición notable que se establece entre los rasgos caracteriales de los paranoicos descritos por Gaupp, y también por su alumno Kretschmer, con los presuntuosos suspicaces retratados por Genil-Perrin y los autores franceses.

82. Fue precisamente Breslau, donde Gaupp se formó en neuropsiquiatría con Wernicke, el lugar en el que

Neisser impartió su conferencia sobre la *Eigenbeziehung*.

83. En la epicrisis del caso, publicada por Gaupp en 1938, se adjuntan tres fotografías de Wagner tomadas en sendos períodos críticos de su vida: la primera, que data de 1909, nos muestra al atildado maestro elegantemente vestido y con algunos kilos de más; la segunda retrata a Wagner, prematuramente envejecido, vestido de presidiario en diciembre de 1913; la última de la serie, realizada en el manicomio de Winnental en 1934, resulta cuando menos impactante: tocado con sombrero de amplia ala, tras ese rostro endurecido se dibuja una sonrisa acartonada y destella una mirada difícil de olvidar. Él mismo habló de su mirada, calificándola de «turbia», poco antes del paso al acto. Sobre el mismo particular, las palabras del director de escuela de Degerloch son inequívocas: «Algo siniestramente misterioso y enigmático refulgía en su mirada, que era imposible sostener mucho rato». *Cf*. R. GAUPP, «Krankheit und Tod des paranoischen Massenmörders Hauptlehrer Wagner. Eine Epikrise», *Zeitschrift für gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1939, n.º 163, pp. 48-82; una traducción de este texto puede leerse *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, n.º 69, pp. 89-98, y n.º 70, pp. 259-278.

84. El maestro Wagner dio por concluido el plazo que se había fijado. Los preparativos estaban ultimados y los utensilios a punto. El plan que se disponía a ejecutar había sido concienzudamente pensado una y mil veces desde hacía aproximadamente un lustro. Sobre las cinco de la madrugada del 3 al 4 de septiembre de 1913, Ernst Wagner se dirigió a la alcoba conyugal blandiendo una porra y un largo y afilado cuchillo. Su esposa Anna, la hija del mesonero de Mühlhausen, dormía plácidamente sobre el lecho; la noqueó de un porrazo para evitar sus presumibles gritos y de inmediato la cosió a puñaladas. Una vez que estuvo seguro de que ella no rebullía se dirigió al dormitorio de sus dos hijos varones Robert y Richard, a quienes asestó repetidas puñaladas en los pulmones, el corazón y el cuello. A continuación, por el mismo procedimiento sanguinario, asesinó a sus dos hijas Klara y Elsa. La primera parte de su acto sistematizado había concluido tal cual había sido concebido. Antes de abandonar su domicilio cubrió con mantas los cinco cadáveres, se vistió y se pertrechó con unos garfios de hierro, sus tres armas de fuego y abundante munición. Tras colocar una pequeña nota en la puerta para hacer creer a los vecinos que los Wagner se habían ausentado unos días de Degerloch, montó en su bicicleta recién reparada para la ocasión y pedaleó hasta Stuttgart. Tomó allí un tren en dirección a Ludwinsburg y prosiguió luego en bicicleta el tortuoso viaje hasta Großsachsenheim, donde echó al correo algunas cartas y visitó a la familia de su hermano sin levantar la más mínima sospecha. Reemprendió de nuevo el camino y a eso de las once de la noche, como había previsto, divisó finalmente Mühlhausen, la aldea donde se proponía ejecutar el segundo acto de su proyecto criminal. Después de inspeccionar por última vez aquel terreno sobradamente conocido y de intentar sin éxito cortar las líneas del teléfono, se cobijó en un pajar a la espera del momento propicio. Cuando así lo decidió, entrada la noche, ese «ángel exterminador» comenzó a sembrar el terror incendiando algunos graneros. Con el rostro cubierto a medias por un velo negro, el que había sido años atrás maestro del lugar prosiguió su terrorífica venganza por las calles de Mühlhausen. Los vecinos, que corrían asustados y perplejos a sofocar los incendios y a rescatar a su ganado, se convirtieron en presas fáciles de las balas de los máuser del enlutado vengador. Vació las recámaras sobre los lugareños que se pusieron a tiro. Pero sus disparos no fueron indiscriminados, pues sólo iban dirigidos a los varones adultos. Algunos intrépidos lograron reducirlo a mamporros antes de que volviera a recargar sus armas, o antes incluso que pudiera hacer uso de su pequeño revólver. Sin que ninguno de los antiguos vecinos reconociera ese rostro bien familiar, el pirómano y asesino yacía en el suelo malherido, sin conocimiento y con la mano izquierda destrozada. Si algo le salvó de ser allí mismo ajusticiado fue que le dieron por muerto. Advertida la policía de los hechos, se personó en el lugar un comandante, quien decidió el traslado del yacente al asilo más próximo. Allí, una vez recobrada la consciencia,

Wagner advirtió que no hablaría hasta que fuera conducido a Vaihingen, sede del Juzgado de Primera Instancia más próximo. La policía y el juez escucharon estupefactos las primeras palabras del asesino: la madrugada anterior había pasado por el cuchillo a su propia familia y, dado que no había tenido la oportunidad de suicidarse, juzgaba legítimo que lo decapitasen. El relato de los hechos ha sido elaborado con las informaciones contenidas en las diversas publicaciones de Gaupp y con la crónica escrita por B. WAAG, «L'incendiaire-meurtrier Wagner» (1913), en A.-M. VINDRAS, *Louis II de Bavière selon Ernst Wagner, paranoïaque dramaturge*, París, E.P.E.L., 1993, pp. 143-180.

85. Hacia finales de agosto de 1913, Wagner empaquetó sus escritos y redactó una decena de cartas que echaría al buzón en Großsachsenheim después de haber asesinado a su familia y encaminarse hacia Mühlhausen para proseguir su venganza. Gran parte de dichas misivas tienen por objeto despedirse, otra está dirigida a la Caja de Pensiones de Stuttgart a fin de disponer el reparto de las primas de un seguro, otra al desconocido Profesor X. para solicitarle la publicación de sus obras, y dos al rotativo *Neues Tageblatt*. Una de estas últimas contiene algunos pasajes de una enjundia tal que es necesario consignar: «si hago abstracción de lo sexual, soy de lejos el mejor de los hombres que he conocido. [...] A los niños nunca quise tenerlos, no quería tener ni uno solo. Cuando pienso que algún día hubiera podido irles la mitad de mal que a mí, considero que muertos están perfectamente protegidos y a buen recaudo» (R. GAUPP: *El caso Wagner*, *op. cit.*, p. 150).

86. Todos los testimonios coinciden en señalar que Wagner trataba con mucho cariño a sus hijos, aunque él siempre reconoció que nunca hubiera querido tener descendencia por ser una carga y un límite a sus ambiciosos planes literarios; a su mujer, en cambio, únicamente la respetaba: se había casado con ella por una «elección forzosa», pues la había dejado embarazada y no contaba con dinero suficiente para compensarla económicamente.

87. En su artículo sobre la importancia científica del caso Wagner, Gaupp matizó que el juez «vio en Wagner un hombre triste, cortés, sin rastro de la anterior brutalidad» (*cf*. R. GAUPP, «Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner», *Münch. med. Wschr.*, 1914, n.º 61, pp. 633-637).

88. «Wagner no es ningún delincuente brutal, sino un hombre enfermo que sólo era peligroso para los otros a causa de su enfermedad» (R. GAUPP: «Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner», *op. cit.*, p. 637).

89. Respecto al asesinato de su propia familia, Wagner arguyó siempre el mismo motivo: «[...] pues quería salvarlos del desprecio que los delitos cometidos por su padre pudieran suscitar entre la gente. La idea de matar también a mi esposa me vino mucho más tarde, ya que mis hijos estaban más cerca de mí que de mi mujer. Luego incluí a Mühlhausen en mi proyecto criminal porque fue allí donde cometí mis delitos» [p. 156].

90. R. GAUPP: «Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleichein ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1920, n.º 60, pp. 312-327.

91. Wagner atribuía a la influencia de su padre su «degeneración». Su conocimiento personal fue muy escaso, pero del discurso de su madre se desprende que era una suerte que Jakob Wagner hubiera muerto tan pronto. Ernst Wagner escribió en su *Autobiografía*: «Muchas veces lo he maldecido por haberme traído al mundo. Pero para que no se anoten demasiadas deudas en su haber juzgando al palo por la astilla, quisiera decir que lo único malo que se comentaba de mi padre era: "Jakob Wagner es un hombre presuntuoso y descontento, al que más le valdría ocuparse de las labores del campo que pasarse la vida bebiendo cerveza". Que cada cual juzgue si éste es también mi caso» [p. 37].

92. A lo largo del proceso judicial, la mayoría de los testigos consultados negaron tener conocimiento o suposición de las prácticas de bestialismo aludidas por el maestro Wagner; todos ellos negaron, no obstante, las supuestas burlas y alusiones. Existen asimismo contados testimonios que coinciden en señalar que los trajes del

maestro presentaban en ocasiones pelos y bosta de vaca en la parte delantera de los pantalones. A tenor de estas últimas declaraciones, Gaupp colige que «cabe suponer que se trataba de relaciones con vacas, bueyes o terneras» [p. 56].

93. Pocas semanas después de que Wagner cometiera sus crímenes e incendios, Bernhard Waag redactó un extenso artículo sobre dichos sucesos en el que nos informa de los nombres de dos de las posadas incendiadas: «El Águila» y «El Buey». Es menester tener en cuenta este dato, toda vez que conocemos la trama autorreferencial zoofílica que está en la base del acto criminal. *Cf*. B. WAAG, «L'incendiaire-meurtrier Wagner» (1913), *op. cit*., pp. 143-180.

94. Tal como relata en su *Autobiografía*, Wagner viajó por segunda vez a Suiza en 1904 con el único propósito de matarse, pero lamentablemente su cobardía se lo impidió: «Me hallaba, pues, al borde del abismo y me apostrofé en los siguientes términos: ¡Eres un cobarde, de lo contrario ya hace rato que estarías destrozado en las vías del tren!; [...]» [p. 68].

95. El sustantivo *die Sodomie* nombraba en la literatura psiquiátrica de la época tanto las prácticas perversas de zoofilia como la homosexualidad (*Homosexualität*). Algunos errores de traducción han conformado interpretaciones sesgadas relativas a la supuesta homosexualidad de Wagner. Nada más lejos de los datos aportados por el propio asesino paranoico y por los informes de Robert Gaupp: «La homosexualidad le resultaba totalmente extraña y jamás lo había atraído» [p. 168].

96. «Con la mano, el puño, el pie y el codo. La porra y el mazo son mis armas, el puñal, la espada, la pistola y cualquier artefacto mortal que escupa fuego. La naturaleza de mi guadaña los irá segando como briznas de hierba» [p. 106].

97. Además de terminar su *Autobiografía*, en los dos años que precedieron a la realización de su plan criminal, Wagner escribió cinco obras: *Joab*, *Absalon*, *La nueva ortografía*, *El suboficial maestro de escuela* y *El nazareno*. Con anterioridad, *Nerón*, *El viejo Jehová*, *Imágenes de la Roma antigua* y *David y Saúl*, habían sido algunos de los títulos de sus dramas.

98. R. GAUPP: «Vom dichterischen Schaffen eines Geisteskranken», *Jahrbuch der Charakterologie*, 1926, n.º 2-3, pp. 199-225 (p. 199).

99. Desde una orientación distinta a la de Gaupp, y tratando de explicar la esencia común del delirio y la escritura, F. Colina escribió: «Todo psicótico se quiere escritor. Incluso cabe preguntarse, sin especial exageración, si el estado natural del delirio no es un discurso escrito antes que hablado». *Cf*. F. COLINA, «Las enseñanzas de Wagner», en R. GAUPP, *El caso Wagner*, *op. cit*., p. 233.

100. En este sentido, es de suma utilidad analizar la relación entre el médico Von Gudden y Luis II de Baviera, plasmada en el drama *Wahn*. En su conjunto, los trabajos que Gaupp dedicó a Wagner no prestan atención a la transferencia. Este punto ciego de su concepción le llevó, sin un cálculo previo de los posibles efectos, a presentar personalmente a Wagner ante la temerosa concurrencia del Congreso de Psiquiatría celebrado en Tubinga en 1932.

101. *Cf*. R. GAUPP, «Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den Wahn», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1921, n.º 69, pp. 182-210.

102. Todos estos detalles se hallarán en el artículo de 1926 ya citado («Vom dichterischen Schaffen eines Geisteskranken»).

103. Anne-Marie Vindras ha desarrollado un puñado de buenos argumentos para aclarar la fascinación de Wagner por el loco Schweiger, su hombre-espejo. *Cf*. A.-M. VINDRAS, *Ernst Wagner, Robert Gaupp: un monstre et son psychiatre*, *op. cit*., especialmente de la página 83 a la 103.

104. «Wagner sufrió una paranoia, en alemán una *Verrücktheit* [locura]» (R. GAUPP: «Krankheit und Tod des paranoischen Massenmörders Hauptlehrer Wagner. Eine Epikrise», *op. cit*., p. 79).

105. R. GAUPP: «El caso Wagner. Una catamnesis, a la vez que aportación a la enseñanza de la paranoia» (1920), *op. cit*., p. 225. La cursiva es del propio Wagner.

106. Tal es la hipótesis que desarrollamos en nuestro estudio «Delirio y crimen: a propósito de la responsabilidad subjetiva», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit*., pp. 63-80.

107. E. KRETSCHMER: *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Triacastela, 2000, p. 245. Traducción de la cuarta edición alemana de 1966. La cursiva es del autor.

108. «[…] en la denominación *neurosis de referencia* hemos reunido todos aquellos casos en los que el valor de realidad de las ideas referidas permanece por debajo del límite de lo psicológico» (E. KRETSCHMER: *El delirio sensitivo de referencia*, *op. cit*. p. 249).

109. E. KRETSCHMER: *El delirio sensitivo de referencia*, *op. cit*. pp. 230-232.

110. E. BLEULER: *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*, Madrid, Morata, 1969, p. 167-168.

111. *Ibid*., p. 161.

112. *Ibid*., p. 191.

113. En el terreno nosográfico se muestra aparentemente próximo a Kraepelin, aunque no lo sigue completamente pues le parece evidente que en la paranoia deben incluirse las formas querulantes: «Comprendo por paranoia sólo el grupo nosológico así clasificado por Kraepelin, con su sistema delirante inconmovible y sin otros trastornos considerables del pensamiento o de la afectividad, sobre todo sin embrutecimiento y sin alucinaciones que den un colorido al cuadro clínico, pero incluyo en este concepto, como también hacía antes Kraepelin, las formas litigantes que reúnan las mencionadas condiciones» (E. BLEULER: *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*, *op. cit*., p. 176). Por lo demás, al contrario de cuanto sostenía Kraepelin, Bleuler considera posible la curación de algunos casos: la evolución no es necesariamente progresiva, asunto ampliamente justificado por la observación de numerosas mejorías y recaídas que no alcanza a explicar.

114. B. Llopis no dudó en interpretar esta vacilación conforme a sus propias miras, afirmando que «Bleuler defendió la idea de que la paranoia sería una forma atenuada de esquizofrenia» (B. LLOPIS: «Sobre la delusión y la paranoia» [1961], en *La psicosis única. Escritos escogidos*, *op. cit*., p. 226).

115. E. BLEULER: *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*, *op. cit*., p. 200.

116. *Cf*. K. JASPERS, *Psicopatología general*, México D. F., Beta, 1980 [1913]). Asimismo, los delirios de celos, mayoritariamente incluidos por otros autores en la paranoia, se repartían según la propuesta de Jaspers en dos grandes grupos: unos serían procesuales porque el observador no podía comprenderlos; otros se atribuían a desarrollos de la personalidad, pues juzgaba el clínico que podían seguirse desde su génesis vivencial. Según a este proceder, sólo cabía calificar de paranoicos a los del segundo grupo (*cf*. K. JASPERS, «Delirio celotípico, contribución al problema: "¿Desarrollo de una personalidad" o "Proceso"?», en *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gredos, 1977 [1910], pp. 110-181). Sobre Jaspers y su concepción del delirio, véase el último capítulo de este ensayo.

117. *Cf*. K. KOLLE, *Die primäre Verrücktheit*, Leipzig, Thieme, 1931.

118. *Cf*. M. WESTERTERP, «Prozes und Entwickelung bei verschiedenen Paranoiatypen», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1923, t. 91, pp. 259-380. Mucho interesaron a Lacan, cuando redactó su tesis doctoral, las apreciaciones de Westerterp, en especial las relativas al fenómeno elemental («El enfermo percibe que hay algo en los acontecimientos que le concierne a él, aunque no sabe lo que es»), y sobre todo los argumentos favorables a la ruptura o discontinuidad, es decir, al desencadenamiento de la psicosis paranoica,

cosa que le resultará determinante para fundamentar una crítica a los teóricos de las constituciones patológicas (*Cf*. J. LACAN, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit*., pp. 126-134).

119. B. LLOPIS: «Sobre la delusión y la paranoia» (1961), en *La psicosis única. Escritos escogidos*, *op. cit*., p. 229.

120. 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. Contó con un ramillete de brillantes clínicos y tratadistas. Entre los catedráticos de la Clínica de Heidelberg cabe recordar a Kraepelin, Nissl, Wilmanns, Carl Schneider —en el período hitleriano— y Kurt Schneider; entre los médicos que allí se formaron y trabajaron, destacan Bonhoeffer, Gaupp, Alzheimer, Prinzhorn, Gruhle, Mayer-Gross, Janzarik, Matussek, Huber y Tellenbach.

121. K. SCHNEIDER: *Psicopatología clínica*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1997, p. 33 (la primera edición es de 1946; la traducción que citamos corresponde a la edición de 1992).

122. *Ibid*., p. 31.

123. *Ibid*., p. 35.

124. Basta leer los índices temáticos de los grandes *Tratados* y *Lecciones* de la época para comprobar que la voz 'paranoia' no suele figurar. Aún en 1890 se mantenía esa tendencia entre muchos autores, como ponen de relieve las *Lecciones* de Ball, que superando las mil páginas y dedicando casi cien a los delirios sistemáticos, no menciona el término 'paranoia'. *Cf*. B. BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, Asselin y Houzeau, 1890 (2.ª ed.). Otra opción la hallamos entre quienes recogen ese término, pero para indicar exclusivamente que los alemanes llaman así al *délire systématisé*. *Cf*. H. DAGONET (dir.), *Traité des maladies mentales*, París, Baillière e Hijos, 1894, p. 258.

125. Pese al empeño de Pinel al insistir en la pertinente sustitución del término *folie* por *aliénation mentale*, muchos de los clínicos posteriores continuaron empleando indistintamente, en ocasiones, tanto *folie*, como *délire* y *aliénation*. Estos términos alcanzaron mayores concreciones en el ámbito médico-legal, es decir, cuando se trataba de la imputabilidad penal de los alienados. En este sentido, véase E. DUPRÉ, *Définition médico-légale de l'aliéné*, París, J. Gainche, 1904.

126. J.-P. FALRET: «Du délire» [1839], en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864, p. 354.

127. *Cf*. B.-A. MOREL, *Études cliniques sur les maladies mentales*, París, Masson, 1851-1852, pp. 163-166, y 363-367.

128. Sobre las características del Depósito de alienados, véase, en capítulo cuatro, los comentarios que le dedicamos al tratar de Clérambault.

129. A. RITTI: «Eloge du professeur Ch. Lasègue», *Annales Médico-psychologiques*, 1885, n.º 2, p. 117.

130. *Ibid*., p. 108.

131. CH. LASÈGUE: «Du délire de persécutions», en *Écrits psychiatriques*, Toulousse, Privat, 1971 [1852], p. 35. Este texto encabeza la parte dedicada a Estudios Psicológicos, incluida en *Études médicales*, t. I, París, Asselin, 1884, pp. 546-566. La traducción española y un estudio preliminar pueden leerse en F. COLINA y J. M.ª ÁLVAREZ (dirs.), *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa, 1994. Quien busque una primera aproximación a la noción de *délire*, puede leer el texto de Esquirol «Délire», en *Dictionaire des Sciences Médicales*, t. VIII, *DAC-DES*, París, Panckoucke, 1816, pp. 251-259. Una amplia visión sobre los delirios se encuentra en FODERE, *Traité du délire*, tt. I y II, París, Crapelet, 1816. Más recomendable resulta la amplia y magnífica exposición de B.

BALL y A. RITTI, «Délire», en A. DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, t. XXVII, Primera Serie, *DAT-DEN*, París, Masson y Asselin, 1882, pp. 315-408.

132. La primera de las quince observaciones aportadas ilustra la posición de inocencia del sujeto psicótico y la búsqueda de significación a las que alude el autor: «Delirio en sus inicios, aún indefinido. C..., empleado de comercio, de treinta y cinco años de edad; este enfermo está triste, expone con mucho trabajo sus ideas, interrumpiéndose para preguntar si es absolutamente necesario que entre en tantos detalles; ha puesto ante un comisario una denuncia contra sus enemigos. "Desde hace algún tiempo me ocurrían cosas poco habituales que atribuía tan pronto a una causa como a otra; suponía que mi jefe me la tenía jurada, que me iba a despedir para que sintiera lo mucho que me iba a costar encontrar colocación. Una gritaba: ¡Ah, Dios mío! Me levanté pero no vi nada, y probablemente eso no tenía importancia. Han sucedido hechos análogos con bastante frecuencia; he pasado muchas noches sin poder pegar ojo, creyendo que peligraba mi vida, pero quizás estaba equivocado. Mis propios padres también me la tenían jurada, y he terminado por convencerme que no era hijo de esas personas cuyo nombre llevo. ¿Van a usar la violencia contra mí? Por más que pienso, no veo que haya hecho mal a nadie, pero desconozco si no estoy condenado"» (CH. LASÈGUE: «Du délire de persécutions», *op. cit.*, p. 40).

133. CH. LASÈGUE: «Du délire de persécutions», *op. cit.*, p. 36.

134. El propio Lasègue, consciente de la heterogeneidad de su descripción, presentó en un hermoso trabajo de 1881 una diferenciación entre los delirios alcohólicos y los persecutorios, cuyo síntoma cardinal situó finalmente en las alucinaciones auditivas; *cf*. CH. LASÈGUE, «Le délire alcoholique n'est pas un délire, mais un rêve», en *Écrits psychiatriques*, *op. cit.*, pp. 84-105.

135. El papel de referente fundamental atribuido al delirio de persecución descrito por Lasègue está fuera de toda duda. Muchos de sus compatriotas, durante décadas, denominaron ese delirio «enfermedad de Lasègue». *Cf*. B. BALL, *Du délire des persécutions ou maladie de Lasègue*, París, Asselin y Houzeau, 1890.

136. *Cf*. J. FALRET, «Du délire de persécution chez les aliénés raisonnantes», *Annales Médico-psychologiques*, 1878, n.º 20, pp. 396-400.

137. *Cf*. P. POTTIER, *Étude sur les aliénés persécuteurs*, París, Asselin y Houzeau, 1886.

138. *Cf*. P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, París, Alcan, 1909. Si en Francia se insistía en la degeneración, los autores germanohablantes se dividieron en dos grupos: unos, siguiendo a Krafft-Ebing, consideraron el delirio querulante o de reivindicación como una variedad de la *Verrückheit*; los que siguieron a Arndt, Schüle y Kraepelin hicieron de él un subgrupo de la locura moral.

139. B.-A. MOREL: *Traité des maladies mentales*, París, Masson, 1860, p. 707.

140. A. FOVILLE: *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, París, J.-B. Baillere, 1871, p. 345.

141. *Cf*. H. LEGRAND DU SAULLE, *Le délire des persécutions*, París, Plon, 1871.

142. Especial interés reúnen los tres artículos que J. Cotard escribió en 1881, 1882 y 1888 sobre los delirios secundarios a estados melancólicos («paranoias secundarias», como las calificó Séglas). *Cf*. J. COTARD, «Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse» (1880), «Du délire des négations» (1882) y «Le délire d'énormité» (1888), en *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, París, J. Baillière e Hijos, 1891, respectivamente pp. 307-314, 314-345, 374-379; del último de estos artículos podrán leerse nuestros comentarios y traducción en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1994, vol. XIV, n.º 47-48, pp. 125-126 y 127-130. Véase también J. SÉGLAS, *Le délire des négations*, París, Masson, 1897.

143. Según informan las estadísticas, el número de enfermos que pasaban por la Oficina de admisión era, en

1868, de 2.585; en los últimos años de su ejercicio, la cifra estaba en torno a los 4.000. *Cf*. M. CAIRE, *Contribution a l'histoire de l'hôpital Sainte-Anne*, París, tesis doctoral de Medicina, 1981.

144. P. SÉRIEUX: «V. Magnan. Sa vie et son oeuvre», *Annales Médico-psychologiques*, 1917, n.º 8, pp. 273-329 y 449-507 (p. 273-274); *Annales Médico-psychologiques*, 1918, n.º 9, pp. 5-59.

145. De forma muy sintética, Magnan separó 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*); 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*). Adecuando la teoría de la degeneración de Morel a los conocimientos biológicos y genéticos de su tiempo, Magnan y su alumno Paul-Maurice Legrain la definieron con las siguientes palabras: «La degeneración es el estado patológico del ser que, comparativamente a sus generadores más inmediatos, es constitucionalmente aminorada en su resistencia psico-física y no realiza más que incompletamente las condiciones biológicas de la lucha hereditaria por la vida. Este aminoramiento que se traduce en estigmas permanentes es esencialmente progresivo, salvo regeneración intercurrente; cuando esto falla, conduce de forma más o menos rápida a la aniquilación de la especie» (V. MAGNAN y P. LEGRAIN: *Les dégénérés (État mental et syndromes épisodiques)*, París, Rueff, 1895, p. 74).

146. Magnan comenzó la elaboración teórica del delirio crónico de evolución sistemática en 1883, en el marco de sus lecciones clínicas. En su curso de 1886-87 le consagró una lección, y poco después se suscitaron las primeras discusiones en el seno de la Sociedad Médico-psicológica. Fue sobre todo en las lecciones de 1888 y 1889 cuando perfeccionó su modelo. Culminación de estos desarrollos fue la monografía que escribiera con su alumno Sérieux en 1892. A lo largo de estas páginas se encontrarán las referencias precisas a estos textos y a otros posteriores.

147. *Cf*. V. MAGNAN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*, París, Louis Bataille Éditeur, 1893 (2.ª ed.), pp. 213-315; una versión más refinada puede leerse en: V. MAGNAN y P. SÉRIEUX, *Le délire chronique à évolution systématique*, París, Gauthier-Villars y G. Masson, 1892; y, de los mismos autores, «Délire chronique à évolution systématique», en A. MARIE (dir.), *Traité International de Psychologie pathologique*, vol. II, París, Alcan, 1910, pp. 605-639. (Una traducción de este último texto puede leerse en: F. COLINA y J. M.ª ÁLVAREZ [dirs.], *El delirio en la clínica francesa*, *op. cit*., pp. 123-162).

148. *Ibid*., p. 237.

149. V. MAGNAN y P. SÉRIEUX: «Délire chronique à évolution systématique», *op. cit*., p. 615.

150. *Ibid*., pp. 628-629.

151. De los debates que se le dedicaron en la Sociedad Médico-psicológica, véase, en especial, la sesión del 26 de diciembre de 1887 (*cf*. P. GARNIER, «Séance du 26 décembre 1887. Du délire chronique», *Annales Médico-psychologiques*, 1888, n.° 7, pp. 280-305). Mientras Garnier y Briand mostraron su acuerdo, haciéndose eco de otras opiniones, J. Falret aseguró que sólo un tercio de los alienados pasa de la persecución a la megalomanía, y que no todos esos delirios culminan en demencia.

152. P. Gérente, alumno de Magnan, consideró que este tipo de delirantes crónicos eran degenerados y estaban sometidos a un determinismo hereditario. También, a diferencia de Magnan, admitió que este delirio se iniciaba

con una fase hipocondríaca (como proponía Morel), y la evolución estaba sometida a ligeras variaciones (*cf*. P. GÉRENTE, *Le délire chronique. Étude clinque*, París, tesis doctoral, 1883).

153. También Legrain le objetó en su tesis que los degenerados podían igualmente padecer ese tipo de delirio. C*f*. P. LEGRAIN, *Du délire chez les dégénérés*, tesis doctoral, Fac. de París, 1886).

154. G. BALLET: *Leçons de clinique mentale. Psychoses et affections nerveuses*, París, 1897, pp. 42-43. En el cuarto capítulo mostraremos con más detalles las críticas de Ballet y también las de Clérambault, quien descompuso este delirio en dos porciones: el Automatismo Mental y el delirio explicativo.

155. R. MASSELON: «Le délire chronique à évolution systématique (Étude critique)», *Annales Médico-psychologiques*, 1913, n° 4, p. 369.

156. El propio Magnan, suponemos que sabedor de la debilidad de su concepción, salió al paso de posibles críticas futuras: «estudiemos ahora el delirio crónico tal como el examen directo del enfermo permite constituirlo fuera de toda teoría» (V. MAGNAN: *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*, *op. cit*., p. 236).

157. *Cf*. CL. FARRAR, «I Remember Nissl», *American Journal of Psychiatry*, 1954, 110, pp. 621-624.

158. *Cf*. J. SÉGLAS, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894). Recueilles et publiées par le Dr. Henry Meigne*, París, Asselin y Houzeau, 1895. El volumen, de 835 páginas, recoge las veintiocho lecciones dictadas por Séglas entre 1887 y 1894, siguiendo las anotaciones tomadas por algunos de los asistentes, en especial por Henry Meigne, el principal impulsor de la publicación. Es de destacar, como el propio Séglas advierte en el prefacio, que estas lecciones clínicas no pretenden una revisión crítica del problema tratado bajo la forma de un breve ensayo; son, por el contrario, una «demostración» que procura mantenerse en el estricto marco derivado del «punto de vista de la observación clínica».

159. *Cf*. J. SÉGLAS, *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892.

160. *Cf*. J. SÉGLAS, «Préface», en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934.

161. *Cf*. J. SÉGLAS, «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLET, *Traité de Pathologie mental*, Dion, París, 1903, pp. 74-270.

162. *Cf*. J. SÉGLAS, *Le délire des négations*, *op. cit*.

163. «Por mi parte —afirmó Séglas—, estoy convencido de que en una ciencia tan oscura como de por sí es la psiquiatría, es de interés no usar términos que puedan llevar a la confusión» (J. SÉGLAS: *Leçons cliniques*, *op. cit*., p. 497; Lección XVI).

164. Para comprobarlo, basta con leer su memorable estudio histórico sobre la paranoia (J. SÉGLAS, «La paranoïa: historique et critique», *op. cit*.).

165. J. SÉGLAS: «La démence paranoïde», *Annales Médico-psychologiques*, 1900, n.º 12, pp. 232-246 (p. 232).

166. Contra lo que algunos autores han divulgado, es evidente que Séglas admitía la existencia de la paranoia aguda: «Son esos hechos los que nos parecen merecer la denominación de paranoia aguda, la cual no tiene nada de paradójico, desde el momento en que se afirma que *lo que tiene de agudo, de hecho, es el acceso de delirio paranoico*, en tanto que la constitución psíquica especial en la que se basa, y que es el elemento necesario e indispensable de la paranoia, le precede, la acompaña y persiste después, tan inmutable como en la paranoia crónica» (J. SÉGLAS: «La démence paranoïde», *op. cit*., p. 240 [la cursiva es del autor]).

167. J. SÉGLAS: *Leçons cliniques*, *op. cit*., p. 384 (Lección XIV).

168. *Ibid*., pp. 500-501 (Lección XVI).

169. Por «ideas de defensa» en la paranoia entendía Séglas no sólo las maniobras que pone en juego el delirante para defenderse de sus enemigos, sino también «la emisión de ciertas palabras, la realización de ciertos hábitos,

de ciertos gestos, una idea de defensa ante sus enemigos. Más aún, algunos sujetos tienen, junto a las ideas de persecución, ideas antagonistas de defensa, concepciones delirantes que pueden imprimir al delirio un aspecto particular» (*cf*. J. SÉGLAS, *Leçons cliniques*, *op. cit*., pp. 778-791; Lección XXV). Para ilustrar estas ideas de defensa presenta Séglas dos casos: en el primero, el alienado interviene activamente en su propia defensa; en el segundo, por el contrario, éste permanece pasivo, sufriendo la defensa como se sufre el ataque.

170. J. SÉGLAS: *Leçons cliniques*, *op. cit*., pp. 604-654 (Lección XIX).

171. Sobre este particular, Séglas diferenció, a partir de criterios sintomatológicos, la folie *systématique primitive (paranoïa) hypocondriaque* de los delirios de negación *stricto sensu*. *Cf*. J. SÉGLAS, *Leçons cliniques*, *op. cit*., p. 665 y ss. (Lección XX).

172. J. SÉGLAS: *Leçons cliniques*, *op. cit*., p. 519 (Lección XVI).

173. *Ibid*., p. 515.

174. *Ibid*., p. 513.

175. Esta problemática reabre la pregunta sobre las relaciones entre la locura y la razón, de las que hemos tratado en el capítulo precedente. De acuerdo con la visión filosófica, la locura y la razón formaron durante muchos siglos una pareja bien avenida. Demócrito, Platón, Aristóteles y otros muchos consideraron la creación artística como el fruto de esa unión. Tal es que podemos leer en algunos de los diálogos platónicos, por ejemplo en *Ion*, cuando se afirma que los bellos poemas no se debían a la técnica sino a que «todos los poetas épicos, los buenos [...]» están necesariamente un poco fuera de sí («poseídos») (PLATÓN, *Ion*, en *Diálogos I*, Madrid, Gredos, 1981, p. 256; *Ion, 533e*). Este aspecto fue ampliamente desarrollado en el Problema XXX de Aristóteles, cuyos ecos perduran hasta la actualidad: «¿Por qué todos los hombres que han sobresalido en filosofía, política, poesía o artes parecen ser de temperamento dominado por la bilis negra [*melancholikós*], y algunos de tal forma que incluso son víctimas de las enfermedades derivadas de la bilis negra, como cuentan las leyendas heroicas en torno a Heracles?» (ARISTÓTELES: *Problemas*, Madrid, Biblioteca Clásica Gredos, 2004, pp. 382-392). Desde el punto de vista de la psicopatología psiquiátrica estas cuestiones han sido tratadas de forma muy diferente: la tendencia habitual consiste en negar la existencia de locuras parciales, hecho que implica la extensión de la enfermedad a todos los dominios del sujeto. Así y todo, algunos clínicos no han podido cerrar los ojos ante la evidencia de las locuras parciales, esto es, de los restos de razón que persisten en la alienación. De ahí surge precisamente el interés por la locura lúcida y la locura razonante, es decir, por la locura más allá de los lastres deficitarios que implican las enfermedades mentales. Al examinar la locura desde esta perspectiva resulta mucho más evidente la implicación del propio loco en su *pathos*, hecho que le faculta y compromete al buen uso de la razón para tratar de reequilibrarse; tal es el punto de partida de la concepción de Freud sobre el delirio. En esta línea se inscriben las obras de F. LEURET (*Fragments psychologiques sur la folie*, París, Crochard, 1834), U. TRÉLAT (*La folie lucide étudiée au point de vue de la famille et de la société*, París, A. Delahaye, 1861), V. PARANT (*La raison dans la folie. Étude practique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables*, París, Doin, 1888), y los debates protagonizados por E. BILLOD («Discussion sur la folie raisonnante», *Annales Médico-psychologiques*, 1867, n.º 10, pp. 80-90).

176. A la espera de la inminente publicación en nuestra lengua de la edición anotada de *Les folies raisonnantes* (P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, en prensa), monografía con la que iniciamos (J. M.ª ÁLVAREZ, F. COLINA y R. ESTEBAN) una serie de publicaciones de obras clásicas del pensamiento psicopatológico, las referencias a este texto serán las del original francés: *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, París, Alcan, 1909. Respecto a los trabajos previos de Sérieux y Capgras sobre las locuras razonantes, véase G. DENY y P. CAMUS («Délire d'interprétation et

paranoïa», *Annales Médico-psychologiques*, 1906, n.º 4, pp. 96-107) y la reseña de LUCIEN LAGRIFFE («Le délire d'interprétation», *Annales Médicopsychologiques*, 1909, n.º 10, pp. 249-268).

177. Esta monografía cuenta entre sus virtudes la de conjugar una prosa elegante y precisa, una aguda mirada sobre las experiencias características de la paranoia y una metodología nosológica que deriva del clasicismo de su análisis psicopatológico. Los argumentos desarrollados por los autores se nutren del estudio de unos sesenta casos seguidos durante décadas; cuarenta fueron observados y tratados por ellos, los otros pertenecen a la casuística del profesor Régis. A estas observaciones clínicas se añaden la patobiografía del filósofo Jean-Jacques Rousseau y una selección de textos del dramaturgo August Strindberg, estudios mediante los que exploran la escritura de los alienados como un terreno propio de la semiología de la locura. El lector interesado hallará abundantes comentarios al respecto en J. M.ª ÁLVAREZ, F. COLINA y R. ESTEBAN («Presentación de *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, de Paul Sérieux y Joseph Capgras», en P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, *op. cit.*). y en M. COLLÉE («Préface» a *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, Laffitte Reprints, Marsella, 1982).

178. P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS: *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, *op. cit.*, p. 240.

179. Nuevamente reaparece aquí el problema de la incompatibilidad de la paranoia y las alucinaciones. La mayoría de los autores parecen resolverlo más desde un plano teórico que desde la observación clínica. En favor de la opinión menos extendida (compatibilidad entre paranoia y alucinaciones) citaremos a Binet y Simon: «La clínica nos muestra alucinaciones más o menos numerosas en los interpretadores; por otra parte, estamos lejos de admitir, como parecen hacerlo Sérieux y Capgras, que la alucinación es siempre de origen tóxico, como en la demencia precoz». *Cf*. BINET y SIMON, «La folie systématisée», *L'Année psychologique*, 1910, XVI, pp. 215-265 (p. 253).

180. P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS: *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, *op. cit.*, p. 3.

181. «La interpretación delirante estalla: verdadera revelación, el espíritu del sujeto la acoge con satisfacción pues no en vano concuerda con su estado afectivo; sin discusión, sin mayor control sobre ella, aporta la claridad de la evidencia, la certeza absoluta. Franqueado ese primer paso, la sistematización progresa rápidamente a la luz de la idea directriz» (P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS: *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, *op. cit.*, p. 137).

182. P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS: *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, *op. cit.*, pp. 247-248.

183. *Cf*. P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, «Délires systématisés chroniques», en E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS y S. BABONEIX, *Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée*, *Psychiatrie*, t. I, París, Maloine, 1921, pp. 233-311.

184. E. DUPRÉ: *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, París, Payot, 1925, p. 153.

185. *Ibid.*, p. 97. Un buen ejemplo de estas creaciones ficticias del delirio de imaginación puede leerse en la historia clí nica de la Sra. X (pp. 100-111), traducida en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, vol. XVIII, n.º 67, pp. 483-492.

186. El estado de la cuestión de las locuras pasionales antes de la intervención de Clérambault queda fielmente reflejado en la monografía de G. PICHON, *Folies passionnelles. Études philosophiques et sociales*, París, E. Dentu, 1891. Asimismo, la situación de estas psicosis tras la organización realizada por Clérambault puede seguirse en G. FERDIÈRE, *L'Érotomanie. Illusion délirante d'être aimé*, París, Dion, 1937. De forma más breve, algunas pistas se hallarán en J. M.ª ÁLVAREZ, «Locuras de amor», *Bol. de la Asoc. Castellano-Leonesa de Sal. Ment.*, 1994, n.° 4, pp. 4-10. Si bien la posición de H. Ey, que incluía los delirios pasionales dentro de las psicosis paranoicas, fue la más extendida, también otros autores prefirieron mantener una distinción entre delirios pasionales y delirios paranoicos; véase respectivamente: H. EY, P. BERNARD y CH. BRISSET, «Los delirios crónicos», en *Tratado de*

psiquiatría, Barcelona, Toray-Masson, 1969, pp. 500-512; H. BARUK, «Les délires passionnels», en *Traité de Psychiatrie*, 1959, vol. I, París, Masson, pp. 532-540.

187. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les délires passionnels; Érotomanie. Revendication. Jalousie» [1921], *Œuvre Psychiatrique*, t. I, París, P.U.F., 1942, p. 337. Es frecuente el uso de mayúsculas por Clérambault y por el editor de su obra. Por esa razón, cuando nos referimos a sus términos o cuando citamos sus palabras, respetaremos su grafía.

188. «Encontramos allí —escribe D. Lagache— una expresión auténtica del estilo de su pensamiento, de su persona, de la pasión que le conocimos por los logros mecánicos y las explicaciones mecanicistas. Pero quizás encontramos también, desde el punto de vista de la historia de las ideas, una convergencia con la actitud y el método fenomenológico; esto es, la eliminación de circunstancias de persona, tiempo y lugar, y enseguida, a partir de una fórmula que se considera que expresa la esencia misma del objeto estudiado, la exposición de las propiedades de este objeto» (D. LAGACHE: «Pasiones y psicosis pasionales» [1936], en *Obras 1 (1932-1938)*, Buenos Aires, Paidós, 1982, p. 140).

189. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les délires passionnels: Érotomanie, Revendication, Jalousie» [1921], *op. cit.*, p. 339.

190. Las coincidencias de Freud y Clérambault son en este punto llamativas; mientras el primero alcanza la reducción del fenómeno erotomaníaco a través de una gramática de las pulsiones, el segundo llega a las mismas conclusiones por el camino de la reducción fenomenológica. Sin embargo, nada en las descripciones del Maestro de la Enfermería especial apunta a las formaciones del inconsciente, a la sexualidad infantil, a los fantasmas y a la importancia de función del padre en la psicosis. *Cf*. G. ROSOLATO, «Clérambault et les délires passionnels», *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1980, n.º 21, pp. 199-233.

191. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Érotomanie pure. Érotomanie associée» [1921], *Œuvre Psychiatrique*, *op. cit.*, p. 347.

192. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Coexistence de deux délires; persécution et érotomanie» [1920], *Œuvre Psychiatrique*, *op. cit.*, p. 335.

193. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les délires passionnels: Érotomanie, Revendication, Jalousie», *op. cit.*, p. 337.

194. *Ibid.*, p. 341.

195. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les psychoses hallucinatoires chroniques» [1923], *op. cit.*, p. 483. Este artículo, así como otros diecinueve sobre el Automatismo Mental, han sido traducidos al español; *cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, *El automatismo mental*, Madrid, Dor-Eolia, 1995.

196. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Sur un mécanisme automatique foncier de certains délires interprétatifs: le pseudo-constat spontané, incoercible» [1933], *op. cit.*, p. 648. La versión española de este texto puede leerse en: J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, *op. cit.*, pp. 367-377.

197. *Ibid.*, p. 650.

198. *Cf*. P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, «Les délires chroniques systématisés», en E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS y S. BABONEIX, *Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée*, *Psychiatrie*, *op. cit.*, pp. 233-311.

199. *Cf*. M. DIDE y P. GUIRAUD, *Psiquiatría del médico práctico*, Barcelona, Salvat, 1922.

200. Ciertamente, la arquitectura de los delirios crónicos gozaba de cohesión sólo en apariencia. A quienes trataron de basar sus agrupaciones en los supuestos mecanismos habría de salirles al paso una rotunda objeción surgida de la pluma de Philippe Chaslin y su noción de *discordance*. Pues conforme a la idea planteada por Chaslin, lo más sobresaliente de estos hechos radica precisamente en la discordancia interna que existe entre los mecanismos y el cuadro clínico. *Cf*. PH. CHASLIN, *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, París, Asselin y

Houzeau, 1912. Más explicaciones sobre este particular se pueden leer en el excelente trabajo de G. LANTÉRI-LAURA y M. GROSS, *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*. París, E.P.E.L., 1992; y, más brevemente, en nuestro «Enseñanzas clínicas de Ph. Chaslin a propósito de las *folies discordantes*», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1996, vol. XVI, n.º 58, pp. 297-302.

201. M. DIDE y P. GUIRAUD: *Psiquiatría del médico práctico*, *op. cit*., p. 135.

202. Con muy pocas palabras, pese a su amplitud, hemos tratado de resolver un asunto muy debatido por los clínicos franceses, sin siquiera mencionar a Nodet o a Claude. Por esa razón, se recomienda la breve semblanza trazada por A. POROT, «Delirios Crónicos», en su *Diccionario de Psiquiatría*, vol. I, *A-H*, Barcelona, Labor, 1967, pp. 336-348. Naturalmente, quien se dirija a la monografía de H. EY *Estudios sobre los delirios* (Madrid, Triacastela, 1998), satisfará más ampliamente su curiosidad.

203. Seguimos aquí la definición propuesta por ACHILLE DELMAS, «Rapport de Psychiatrie. Le rôle et l'importance des Constitutions en Psychopathologie», *Annales Médicopsychologiques*, 1932, n.º 2, pp. 219-224.

204. M. MONTASSUT: *La constitution paranoïaque*, *op. cit*., p. 40. Resulta cuando menos asombroso el contraste entre los mencionados rasgos del carácter paranoico, los mismos que describió también Genil-Perrin, y las características de la personalidad paranoica resaltadas por Gaupp y Kretschmer; pareciera que están hablando de trastornos muy distintos.

205. G. GENIL-PERRIN: *Les paranoïaques*, París, Maloine, 1926, p. 22. La traducción del capítulo II, dedicado a las tendencias paranoicas, puede asimismo leerse en: J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, *op. cit*., pp. 309-358.

206. *Ibid*., p. 190.

207. *Cf. ibid*., p. 213 y ss.

208. *Ibid*., p. 478.

209. Aquí reside, en definitiva, la gran paradoja de quienes defienden esos planteamientos cualitativos sin apoyarse en ninguna teoría psicológica o neuropsiquiátrica suficientemente rigurosa. En ese sentido, concordamos plenamente con Fernando Colina cuando escribe: «en general atendemos con más beneplácito a la ruptura que se produce entre el pensamiento llamado normal y el pensamiento delirante que a las notorias continuidades que los unen sin más saltos que unos transitables escalones» (F. COLINA: *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001, p. 35).

210. Las consideraciones arriba expuestas parecen confirmarse por el hecho de que Genil-Perrin mostró en su tesis doctoral los alcances de esta teoría. *Cf*. G. GENIL-PERRIN, *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médicine mentale*, París, Albert Leclerc, 1913.

211. Sólo cuatro décadas después y a regañadientes permitió Lacan su reedición. En ese momento —corría el año 1975— aquel joven psiquiatra especialista en mujeres paranoicas se había convertido en Lacan. El 24 de noviembre de 1975, en una conferencia en la Universidad de Yale, recordó con nostalgia e ironía el proceso de construcción de su investigación doctoral: «Tuve realmente que imponer mi Tesis. La había llamado *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Entonces yo era ingenuo. Creía que la personalidad era cosa fácil de entender. Ya no me atrevería a darle ese título a aquello de lo que trataba esa Tesis, pues, de hecho, no creo que la psicosis tenga nada que ver con la personalidad. La psicosis es un intento de rigor. En este sentido diré que soy psicótico. [...] Por lo que se refiere a esa Tesis, no la emprendí imprudentemente; había reunido treinta y tres casos de psicosis: en ninguno de ellos hallé excepción alguna a esa búsqueda de rigor» (J. LACAN: *Conferencias y conversaciones en Universidades norteamericanas*, Universidad de Yale, EE. UU., noviembre y diciembre de 1975; dactilografiado).

212. J. LACAN: «Presentación general de nuestros trabajos científicos», en *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, p. 349.

213. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Lacan y la Escuela de Tubinga. A propósito del paranoico y asesino Ernst Wagner», *Freudiana*, 2000, n.º 28, pp. 77-87.

214. «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» (J. LACAN: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, p. 41).

215. Sobre este particular, véanse J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, *op. cit.*, pp. 158-166.

216. Para no repetir desarrollos en otros textos publicados, el lector puede dirigirse a nuestro estudio «Delirio y crimen: a propósito de la responsabilidad subjetiva» (*Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 63-80); un exposición más amplia se halla en J. M.ª ÁLVAREZ, V. COCCOZ y A. GOYA, «Grupo de investigación de la psicosis», en VV.AA., *Investigaciones Clínicas I*, Madrid, NUCEP, 2005.

217. Veinte años después, Lacan arremeterá públicamente contra la noción de comprensión y sus implicaciones en la determinación de la psicogénesis: «Se llega así a concebir que la psicogénesis se identifica con la reintroducción, en la relación con el objeto psiquiátrico, de la famosa relación (de comprensión). Pues bien, si esto es la psicogénesis, digo —porque pienso que la mayoría de ustedes es capaz ahora de captarlo, luego de dos años de enseñanza sobre lo simbólico, lo imaginario y lo real, y lo digo también para quienes no están al tanto todavía— el gran secreto del psicoanálisis es que no hay psicogénesis. Si la psicogénesis es esto [...]» (J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit.*, p. 16-17). Esta frase, que causó tanto revuelo, no tiene mayor misterio que el de considerar que la psicogénesis no puede fundamentarse en las relaciones de comprensión, tal como las entendía Karl Jaspers.

218. De ningún modo puede atribuirse este hecho al desconocimiento, pues Lacan había traducido al francés el artículo de Freud, de 1922, «Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad». Si hubiera querido contemplar la hipótesis de la homosexualidad en la causalidad de la paranoia, el caso Aimée le procuraba una buena coartada, pues la perseguidora principal era del mismo sexo. Pero Lacan siempre se opuso a esta tesis; ver el Capítulo V.

219. «Así es, en efecto, debido a que la integración de la función de autocastigo se lleva a cabo, en estos sujetos, en el momento de la fijación genética que es la causa específica de la enfermedad; en consecuencia, puede decirse que en ese momento ha quedado formada la personalidad en sus funciones cardinales. Es entonces, en efecto, cuando queda determinada la repartición fundamental de las funciones *intencionales subjetivas* y de las *tensiones sociales*» (J. LACAN: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, p. 299).

220. Mucho se ha escrito sobre la relación de Lacan con los surrealistas, en especial con Salvador Dalí. Para éste, la paranoia consiste en una interpretación delirante de la realidad, pero toda paranoia es una forma creativa y lógica de interpretación de la realidad, no un error interpretativo. La propuesta de Dalí se centra en la paranoia como fenómeno crea tivo, capaz de alterar la realidad misma: «En 1929, Salvador Dalí centró su atención en los mecanismos internos de los fenómenos paranoicos, contemplando la posibilidad de un método experimental basado en el poder súbito de las asociaciones sistemáticas propias de la paranoia; este método debía convertirse posteriormente en la síntesis delirante crítica que lleva el nombre de "actividad paranoico-crítica"» (S. DALÍ: *Sí*, Barcelona, Ariel, 1977, p. 23). Sobre el método paranoico-crítico, véase S. DALÍ, *Le mythe tragique de l'Angélus de Millet*, París, Pauvert, 1963; en especial la segunda parte (pp. 43-117). Sobre Dalí y Lacan se hallará amplia información en: NOHEMÍ IBAÑEZ, *Paranoia y creación: sobre las relaciones entre la paranoia de autocastigo*

según Lacan y la paranoia-crítica daliniana, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2006; L. S. LÓPEZ HERRERO, *La cara oculta de Salvador Dalí*, Madrid, Síntesis, 2004.

221. Muchos han sido también los trabajos que han glosado las relaciones entre Clérambault y Lacan. Si en los años cincuenta Lacan habría de considerarlo su «único maestro» en psiquiatría, veinte años antes, en el período de su tesis doctoral, las relaciones entre ambos eran cuando menos tensas. Son muy escasas las menciones y referencias que Lacan le dedica en la tesis, algunas de ellas muy críticas y veladas, como la que se cita a continuación en referencia a los métodos expeditivos de interrogar a los enfermos, tan característicos de los médicos de la Enfermería especial: «Los métodos de interrogatorio, que se ufanan a veces de aportar luces preciosas a la psiquiatría, no tienen en realidad sino escasas ventajas, al lado de muy serios inconvenientes. El de enmascarar los hechos no reconocidos no nos parece menor que el de imponer al sujeto la confesión de síntomas conocidos» (J. LACAN: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, p. 193). De dar crédito a É. Roudinesco, las desavenencias se originaron a raíz de la publicación del artículo de Lacan sobre la estructura de las psicosis paranoicas (1931). Al parecer, Clérambault consideró ofensiva la mención grandilocuente que Lacan le dedicó en ese texto: al explicar la estructura de los delirios de interpretación, añadió la siguiente imagen: «Se ha podido decir que se trata de "un anélido, no de un vertebrado"», añadiendo a pie de página: «Esta imagen procede de la enseñanza oral de nuestro maestro, el Sr. G. de Clérambault, a quien le debemos tanto en materia y en método que, para no correr ningún riesgo de ser plagiarios, tendríamos que rendirle homenaje por cada uno de los términos utilizados» (J. LACAN: «Estructura de las psicosis paranoicas», *El analiticón*, 1988, n.º 4, p. 20; nota 6). Al parecer, sentó muy mal a Clérambault tan exagerado homenaje, hasta el punto de irrumpir en una de las reuniones de la Sociedad Médico-Psicológica y tirarle a la cara los ejemplares dedicados mientras lo acusaba de plagiario. Roudinesco apoya sus consideraciones en el siguiente testimonio de H. Ellenberger, presente en la reunión: «Acusó a Lacan de plagiario. Con una cara dura increíble, Lacan devolvió la acusación contra Clérambault, afirmando que el viejo psiquiatra lo había plagiado. Ese asunto causó gran alboroto. Lacan tenía, por lo demás, un sentido notable de la publicidad» (E. ROUDINESCO: *Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, París, Fayard, 1993, p. 48). Más información sobre estos aspectos se puede leer en F. ESTÉVEZ, *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; y en nuestro artículo «La escuela del *Dépôt* y la otra cara de la psicopatología», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1988, vol. XVIII, n.º 67, pp. 477-482. Más información puede leerse en el capítulo cuarto, al exponer la doctrina de Clérambault.

222. Los principales trabajos de este período son: J. LACAN, «Structures des psychoses paranoïaques», *Semaine des hôpitaux de Paris*, 7 de julio de 1931, pp. 437-445 [ed. española: «Estructura de las psicosis paranoicas», *El analiticón*, *op. cit.*]; H. CLAUDE, P. MIGAULT y J. LACAN, «Folies simultanées», *Annales Médico-psychologiques*, 1931, n.º 1, pp. 483-490; J. LÉVY-VALENSI, P. MIGAULT y J. LACAN, «Écrits "inspirés": schizographie», *Annales Médicopsychologiques*, 1931, n.º 2, pp. 508-522.

223. Los escritos de este período, además de la tesis doctoral, son «El problema del estilo y la concepción psiquiátrica de las formas paranoicas de experiencia» [1933] y «Motivos del crimen paranoico: el crimen de las hermanas Papin» [1933]; ambos pueden leerse en J. LACAN, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, pp. 333-337 y 338-346, respectivamente.

224. De los muchos trabajos que se han dedicado a la tesis de Lacan, véanse en especial: S. E. TENDLARZ, *Le cas Aimée. Étude historique et structurale*, tesis doctoral, Universidad de París VIII, 1989 [ed. española: *Aimée con Lacan. Acerca de la paranoia de autopunición*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1999]; J. ALLOUCH, *Marguerite*

ou l'Aimée de Lacan, París, E.P.E.L., 1990; asimismo nuestra tesis doctoral, *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932)*, vol. 1, *op. cit.*, pp. 393-443. En cualquiera de ellos se encontrará abundante bibliografía sobre este asunto.

225. Su nombre auténtico era Marguerite Pantaine, Marguerite Anzieu desde que se casó. Lacan acordó llamarla Aimée, como el personaje de una de sus novelas, para enfatizar la dimensión erotomaníaca de su delirio. Había nacido el 4 de julio de 1892. Era la quinta de la fratría y llevaba el nombre de la primogénita, nacida en octubre de 1885 y muerta en diciembre de 1890 en trágicas circunstancias: vestida con una prenda de organdí, ardió como una tea al acercarse demasiado al fuego de la chimenea. A la primera Marguerite le sucedieron dos hermanas más: Élise y Marie. Al poco tiempo de que la primo génita Marguerite ardiera en el fuego, su madre se quedó de nuevo encinta y dio a luz un niño muerto. Con estos singulares antecedentes, once meses después de este último deceso nacía la segunda Marguerite Pantaine, la célebre Aimée.

226. J. LACAN: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, pp. 141-142.

227. Según Gaultier, el «bovarismo» se caracteriza por un estado de ensoñación, imaginación desbordante, entusiasmo desmedido y ambición sin límites; en definitiva, la cara exaltada de los ideales personales. El término y su descripción psicológica provienen de Emma Bovary, la protagonista de la célebre novela *Madame Bovary*, de G. Flaubert. *Cf*. J. GAULTIER, *Le Bovarisme*, París, Mercure de France, 1902.

228. J. LACAN: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, p. 147.

229. Dominique Laurent, con buen tino, ha llamado la atención sobre la presencia del significante «mujer de letras» a lo largo de toda la historia de Aimée: primero, en su proyecto de ser maestra o institutriz, es decir, la que enseña las letras; más tarde, la empleada de correos que lleva y trae cartas (*lettres*); finalmente, la escritora que aspira a la fama. *Cf*. D. LAURENT, «Retour sur la thèse de Lacan: l'avenir de Aimée», *Ornicar*?, 2003, n.º 50, pp. 121-147.

230. Se trata de la erotomanía en el sentido que M. Dide atribuye a sus idealistas apasionados, los exaltados del amor. No debe confundirse, como se ha pretendido, con la erotomanía descrita por Clérambault a partir del postulado «el otro me ama».

231. A este respecto, Lacan escribió: «Sin duda, si consigue publicar sus novelas, sus enemigos retrocederán espantados» (J. LACAN: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, *op. cit.*, p. 151).

232. Anotamos a este respecto que, a diferencia de la extrema sistematización de los crímenes de E. Wagner, nos parece significativo el lugar y la hora elegidos por Aimée para su paso al acto. Que Aimée merodeara, entre todos aquellos atildados parisinos, a las puertas de un concurrido teatro y pretendiera acuchillar allí mismo a una célebre actriz, nos hace pensar que la puesta en escena de su paso al acto reclamaba de alguna manera la intervención de la concurrencia. Esta idea nos parece perfectamente congruente con la interpretación desarrollada por Lacan de una búsqueda inconsciente de castigo.

233. S. Follin, que era en esos días asistente de Chanès y había tenido la oportunidad de examinarla, comenta en los siguientes términos sus recuerdos de Aimée: «Estaba muy calmada y hacía costura. No hablaba nunca del pasado y no evocó el hecho de que había sido el caso Aimée. Seguía creyendo en las persecuciones. Era lo que llamaban en los asilos una "jubilada del delirio". En eso era en lo que se había convertido Marguerite para el discurso psiquiátrico, ocho años después de su encuentro con Lacan» (E. ROUDINESCO: *Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, *op. cit.*, p. 254). Se sabe que trabajó posteriormente como gobernanta y cocinera, sin presentar más signos de locura; se la recuerda generosa, inteligente, esteta, entregada a la fe cristiana. Por una de esas casualidades de la vida, Aimée trabajó un tiempo en la casa del padre de Lacan, una vez que éste enviudó. Pero eso no fue todo, pues el hijo de Aimée, que después sería psicoanalista, se enteró un buen

día en el diván de su didacta de la repercusión que su madre había tenido en los ambientes psiquiátricos y surrealistas de esa época; también en ese momento cayó en la cuenta su analista, Lacan, pues su analizante no era otro que el hijo de la célebre paciente que había inspirado su tesis sobre la paranoia de autocastigo.

234. J. LACAN: *Conferencias y conversaciones en Universidades norteamericanas*, *op. cit*.

235. *Cf*. J. LACAN, «Propos sur la causalité psychique», *Écrits I*, París, Seuil, 1999, pp. 150-192.

236. Aunque nuestra postura pudiera parecer extrema, coincidimos con Malabia y Calot cuando afirman: «El resumen de todo esto no fue, pues, sino que la mayor parte de lo que se describió como paranoia fue a engrosar el círculo de la esquizofrenia. O dicho en otras palabras: que la paranoia tal como la describió Kraepelin no existía, [...]» (P. MALABIA y A. CALOT: «Contribución al estudio de la paranoia», *Medicina española*, 1963, t. L., n.º 296, pp. 281-289 [p. 283]).

III. DEMENCIA PRECOZ: EL ROSTRO MÁS DEFICITARIO DE LA LOCURA

1. Se conoce suficientemente el empeño del profesor Kraepelin por tratar de expurgar la observación científica de cualquier posible contaminación filosófica y moral. Esta posición radical supuestamente ateórica no se sostiene, en efecto, sin un substrato filosófico implícito, en este caso la visión kantiana de la enfermedad, la oscura noción de «voluntad» y una versión «idealista» del nexo mente-cerebro. Como la mayoría de los médicos de su tiempo, Kraepelin consideró que la única vía de investigación admisible en medicina era la somática, quedando la psicología, en el mejor de los casos, como un recurso provisional hasta que el microscopio y el tubo de ensayo ratificaran la objetividad de los hechos. Entre los numerosos autores que han denunciado esta pretendida incompatibilidad entre filosofía y ciencia, fomentada por numerosos discursos que se vanaglorian de su «ateoricismo», cabe destacar al psiquiatra y filósofo Karl Jaspers, quien de forma sistemática aseveró a este respecto: «Que en la ciencia tienen una influencia formativa siempre las nociones filosóficas (y teológicas) dominantes, no puede ser puesto en duda. [...] La ineludibilidad de una actitud filosófica fundamental para el conjunto de una ciencia no significa la necesidad de una paralización de una filosofía» (K. JASPERS: *Psicopatología general*, México D.F., F.C.E., 1993 [1913], pp. 938-939). Sin negar en absoluto el impulso que Kraepelin dio a la investigación científica, Michael Shepherd, apoyándose en las consideraciones pertinentes de Karl Jaspers y Aubrey Lewis, resumió con agudeza el marco y las consecuencias del problema que apuntamos: «No resta mérito de ninguna manera a sus hallazgos como científico clínico el hecho de señalar que su ambliopía filosófica, aliada a los elementos puramente patrióticos de su perspectiva —formada ésta en su juventud y compartida por muchos otros como parte de una conciencia nacional— dieron como resultado un fracaso para marcar los límites de su práctica profesional y deformaron gravemente los juicios acerca de las implicaciones más amplias de sus propias contribuciones. Él fue culpable de lo que los escolásticos medievales llamaron *ignoratio elenchi* y que los lógicos modernos denominan *category error*. Tomado en su conjunto, su obra ilustra no sólo el valor potencial sino también las evidentes limitaciones de las ciencias naturales en el estudio del comportamiento humano. Ambas lecciones son hoy altamente relevantes para la teoría y la práctica de la medicina psicológica» (M. SHEPHERD: «Two faces of Emil Kraepelin», *British Journal of Psychiatry*, 1995, n.º 167, p. 182).

2. En el Congreso de la European Association for the History of Psychiatry, celebrado en Múnich en septiembre de 1996, Matthias Weber, en su conferencia de «The Famous Diagnostic Cards: Observations or Preconceived Categories», mostró la escasez de anotaciones contenidas en las historias clínicas redactadas por el propio E. Kraepelin; en teoría, dicho material fue la base de las distintas elaboraciones nosográficas vertidas a lo largo de las ocho ediciones del *Lehrbuch*. *Cf*. E. ENGSTROM y M. WEBER. «Kraepelin's 'Diagnostic Cards': The Confluence of Clinical Research and Preconceived Categories», *History of Psychiatry,* 1997, n.º 8, pp. 375-385.

3. G. HALBERSTADT: «L'oeuvre psychiatrique de Kraepelin», *Annales Médico-psychologiques*, 1927, n.º 1, pp. 336-366 (p. 366). Merced al auge que ha alcanzado la obra de Kraepelin en las últimas décadas, debido entre otras razones a la afiliación de muchos autores anglosajones a su nosología, se ha conseguido otorgarle nuevamente la importancia trascendental que ha tenido en el devenir de la psiquiatría y de la psicopatología. Coincidimos plenamente con P. Marchais cuando afirma que «la era kraepeliniana engloba casi toda la clínica psiquiátrica clásica desde finales del siglo XIX» (P. MARCHAIS: «Vers la fin de l'ère kreapelinienne?», *Annales Médico-psychologiques*, 1980, n.º 9, p. 1062).

4. *Cf*. H. EY, «Le centenaire de Kraepelin. Le problème des "psychoses endogènes" dans l'école de langue

allemande», *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, Condé-sur-Noireau, Synthelabo (Les empêcheurs de penser en rond), 1996 [1956], pp. 349-355).

5. El propio Emil Kraepelin, que había sido durante tres meses asistente de Flechsig en 1882, recuerda en sus *Memorias* la decepción que sufrió al comprobar repetidamente el desinterés que Flechsig manifestaba por sus pacientes. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Memoirs*, Berlín, Springer, 1987, pp. 18-21.

6. E. KRAEPELIN: *Memoirs*, *op. cit*., p. 40. Sin ninguna duda, la obra más amplia dedicada a Emil Kraepelin es la editada por WOLFGANG BURGMAIR, ERIC ENGSTROM y MATTHIAS WEBER (eds.), *Emil Kraepelin*, 7 vols. Múnich, Belleville, 2000-2006. Esa magna obra se ocupa, respectivamente, de su vida y personalidad (vol. I), de los escritos dedicados a criminología y medicina forense (vol. II), la correspondencia (vols. II y III), de su estancia en Dorpat (vol. IV), en Heidelberg (vol. V) y Múnich (vol. VI-VII). De forma más breve pero rigurosa, el lector puede remitirse a los dos siguientes artículos: PAUL GUIRAUD, «E. Kraepelin», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, p. 83-101; KURT KOLLE, «Emil Kraepelin (1856-1926)», en K. KOLLE (ed.), *Grosse Nervenärzte*, t. II, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1970 (2.ª edición), pp. 175-186.

7. Se trata de la segunda y tercera edición: *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, Ambr. Abel, 1887 (2.ª ed.) y *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, Ambr. Abel, 1889 (3.ª ed.). La primera edición había sido publicada cuando colaboraba con Johann Bernhard von Gudden; su título es *Compendium der Psychiatrie*, Leipzig, Ambr. Abel, 1883.

8. W. JANZARIK: «Cien años de psiquiatría en Heidelberg», en *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana*, Madrid, Triacastela, 2001, pp. 210-211.

9. Sobre la clínica psiquiátrica de Múnich y Kraepelin, véase F. D'HOLLANDER *et al*.: «La clinique psychiatrique de Munich», *Annales Médico-psychologiques*, 1907, n.º 5, pp. 58-68.

10. Además de los textos que se citan a lo largo de este capítulo, sobre Kraepelin merece leerse, antes que ningún otro: WERNER JANZARIK, *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana*, *op. cit*., pp. 61-116, donde se expone de manera clara y rigurosa la historia de la psiquiatría alemana. Asimismo, ERIC J. ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice*, Nueva York, Cornell University Press, 2004, en especial el capítulo quinto, en el que se sitúan los antecedentes y comentan los primeros trabajos de Kraepelin (pp. 121-146); aunque pintoresca, también la monografía de EDWARD SHORTER, *Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Psiquiatría*, Barcelona, J & C Ediciones Médicas, 1998, pp. 99-112. De forma más breve, véase igualmente: RAMÓN ESTEBAN, «*Kaiser* Kraepelin», Prólogo a E. KRAEPELIN, *Cien años de psiquiatría*, Madrid, A.E.N., 1999, pp. 7-22; ISABEL ROMERO, «Kraepelin: una vida dedicada a la clasificación de las enfermedades mentales», en F. LEAL (coord.), *Sesiones científicas psiquiátricas. Hospital Dr. José María Villacián*, Valladolid, Andrés Martín, 2006, pp. 31-42.

11. Una detallada exposición de la abundante bibliografía de E. Kraepelin puede leerse en sus *Memoirs*, *op. cit*., pp. 232-238.

12. Son numerosos los autores que emplean el término «sistemática naturalista» para referirse a la nosografía kraepeliniana. Así lo hizo Henri Ey en la alabanza que le dedicó en 1956: «Ya no sorprende desde entonces que cuando este clínico genial que fue Emil Kraepelin concibió erigir el cuadro de las "enfermedades mentales", la idea misma de la "pureza" de los tipos debió imponérsele como en todo sistema naturalista. Lo que después se ha llamado la psiquiatría de las "entidades" no era, en su mente, sino el cuadro de desviaciones que realiza cada enfermedad mental al constituirse en su génesis, sus síntomas y su evolución como una especie autónoma» (H. EY: «Le centenaire de Kraepelin. Le problème des "psychoses endogènes" dans l'école de langue allemande», *op. cit*., pp. 349-350).

13. Sobre este particular, Antonio Colodrón escribió: «De Morel toma la noción de demencia precoz y, vía Magnan, recoge la idea de predisposición; de Griesinger, la aspiración a encontrar el substrato cerebral difuso de las diversas formas de locura y la contradicción insalvable de los espacios psicológico y anatómico, "estrechamente unidos"; de Kahlbaum, junto con la noción de complejo sintomático y formas de enfermar, la catatonía y la heboidofrenia y, a través del discípulo Hecker, la parafrenia hebética, la hebefrenia; de Möbius, la noción de endógeno y exógeno; de Wundt, finalmente, la psicología asociativa o, más exacto, la afición y el respeto al método experimental» (A. COLODRÓN: *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983, p. 26).

14. J. FALRET: «Discussion sur la classification de la folie» (Societé médico-psychologique), *Annales Médico-psychologiques*, 1861, n.º 7, p. 461 (pp. 456-463).

15. *Cf*. L. KAHLBAUM, *Die Gruppirung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*, Danzig, Kafermann, 1863 [ed. española: *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dor, 1995].

16. Sobre esta cuestión llama la atención E. Dupré al comentar la metodología de Kraepelin: esa predisposición psicopática aparece con frecuencia «como una de las manifestaciones de la degeneración mental, manifestación tanto más precoz en su aparición y tanto más grave en sus consecuencias cuanto que la tara hereditaria es más fuerte; y, al contrario, tanto más benigna cuanto que el repertorio psicopático, hereditario y personal del sujeto, está menos cargado» (E. DUPRÉ: «Préface à la traduction française de la 2.ª édition de l'*Introduction à la Psychiatrie clinique* [1905] d'Emil Kraepelin», *L'Information Psychiatrique*, 1984, vol. 60, n.º 9, pp. 1057-1067 [p. 1063]); este texto fue publicado inicialmente en 1907.

17. E. KRAEPELIN: *Introducción a la psiquiatría clínica*, Madrid, Saturnino Calleja Fernández, 1905, pp. 20-21. [edición original: *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, Leipzig, J. A. Barth, 1905].

18. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, J. A. Barth, 1896 (5.ª ed.), pp. 425-471.

19. *Ibid*., p. 426.

20. P. Bercherie considera que la relación entre ambas reside únicamente en una superficial homonimia; E. Minkowski, por su parte, al denunciar el abuso del parentesco que se ha tratado de establecer entre ellas y precisar para ello los tres puntos esenciales de la demencia precoz (la juventud del enfermo, la rapidez en la instauración de la afección y la demencia real como estado de finalización de la enfermedad), aproximó más aún ambos conceptos, quizás sin habérselo propuesto. *Cf*. P. BERCHERIE, *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires, Manantial, 1986, p. 74; E. MINKOWSKI, «La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels (une page d'histoire contemporaine de la psychiatrie)», *Évolution psychiatrique*, París, Payot, 1925, pp. 193-236. Al contrario que estos dos autores, la opinión de H. Ey aboga a favor de la línea genealógica que une a Morel y Kraepelin; *cf*. H. EY, «Groupe des schizophrénies», *Encycl. Méd. Chir*. (París-Francia) *Psychiatrie*, 37281 C10, 1955.

21. *Cf*. B.-A. MOREL, *Études cliniques sur les maladies mentales*, t. II, París, Masson, 1851-1852, pp. 275-295. Tampoco en su obra *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* (París, J.-B. Baillière, 1857) aparece la expresión *démence précoce*.

22. En las últimas páginas del libro, Morel señala que deben diferenciarse dos especies de demencia: la natural, es decir, la que puede afectar a los ancianos, «y la demencia que resulta de un estado patológico del cerebro que afecta a individuos antes de la edad fatal asignada a la continuidad y los progresos de nuestras actitudes intelectuales» (B.-A. MOREL: *Traité des maladies mentales*, París, Masson, 1860, pp. 837-88).

23. Véase sobre el particular J. GARRABÉ, *Diccionario taxonómico de psiquiatría*, México D. F., F.C.E., 1993, pp. 68-71. Además, quien quiera seguir las pesquisas sobre las posibles relaciones entre Morel y Kraepelin, puede

dirigirse a las primeras del libro de J. GARRABÉ, *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México D. F., F.C.E., 1996 [1992], pp. 18-22.

24. *Cf*. E. HECKER, «Die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie», *Virchows Archiv*, 1871, n.º 52, pp. 394-429. El párrafo citado corresponde a nuestra traducción publicada en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1995, vol. XV, n.º 53, pp. 287-293 (p. 291). La monografía de Hecker posee un rigor semiológico extraordinario. En todos los casos presentados se adjunta el material escrito por los propios pacientes («pruebas objetivas»), en el que se observan con claridad los mencionados trastornos patognomónicos del lenguaje. Sobre la hebefrenia de Hecker, véase sobre todo la monografía de LEON DARASZKIEWICZ, *Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form*, Inaugural-Dissertation, Dorpat, 1892.

25. *Cf*. L. KAHLBAUM, *Die Gruppirung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*, *op. cit*.

26. *Cf*. L. KAHLBAUM, *Die Katatonie, oder das Spannungsirresein*, Berlín, Hirschwald, 1874; traducción francesa: «La catatonie ou folie tonique», *Évolution psychiatrique*, 1987, 52, 2, pp. 367-439. Sobre la catatonía, véase el amplio estudio de M. FINK y M. A. TAYLOR, *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

27. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, vol. II, Leipzig, J. A. Barth, 1899 (6.ª ed.), p. 167.

28. SOUTZO (hijo): «Encore la question de la démence précoce», *Annales Médicopsychologiques*, 1907, n.º 5, pp. 243-264; pp. 374-388 (p. 249). Una perspectiva general del conjunto de las aportaciones psicopatológicas de Kraepelin, hasta 1906, puede leerse en SOUTZO (hijo), «La psychiatrie moderne et l'oeuvre du Professeur Kraepelin», *Annales Médico-psychologiques*, 1906, n.º 3, pp. 402-420. Una excelente exposición sobre la demencia precoz y las aportaciones de Kraepelin fue la realizada por JACOPO FINZI, *Breve compendio di Psichiatria*, Milán, Ulrico Hoepli, 1899, en especial pp. 117-139.

29. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, 1899 (6.ª ed.), vol. II, *op. cit*., pp. 138-148.

30. E. KRAEPELIN: *Introducción a la psiquiatría clínica*, *op. cit*., 1905, p. 38. Al leer la Lección XVI de la mencionada obra, se podrá comprobar hasta qué punto los signos de deterioro son más importantes que los signos productivos.

31. Sin explicitar de qué modo y sin cuestionar tampoco la contradicción implícita que supone para el conjunto de su visión, Kraepelin anota de pasada que algunos dementes precoces pueden alcanzar la curación. Esta advertencia constituirá uno de los puntos más controvertidos de su descripción, como se verá más adelante al exponer las críticas de Serbski.

32. Puede consultarse a este respecto la presentación clínica incluida en la Lección XVI del texto *Introducción a la psiquiatría clínica*, *op. cit*., pp. 159-161.

33. J. GARRABÉ: *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, *op. cit*., p. 44.

34. G. HALBERSTADT: «L'oeuvre psyquiatrique de Kraepelin», *op. cit*., p. 345.

35. En la somera descripción que se presenta, resulta evidente la similitud con el *délire chronique à évolution systématique* descrito por Magnan; véase a este respecto el capítulo anterior.

36. Conocemos con cierta precisión el método ideal de trabajo de Kraepelin y sus colaboradores: anotación puntual de los acontecimientos más relevantes de los pacientes hospitalizados a lo largo de toda su estancia, acompañados de otras informaciones anteriores al ingreso provenientes de familiares y personas próximas, así como los posteriores hallazgos de las autopsias. Todo ese complejo material era valorado y clasificado

anualmente, en el transcurso del largo período vacacional del que disponían los docentes, teniendo en cuenta las variaciones evolutivas y los avatares clínicos más conspicuos. Dicho procedimiento meticuloso era, en teoría, la base de las sucesivas reorganizaciones nosográficas publicadas periódicamente en su *Psychiatrie*. *Cf*. H. DELGADO, «Kraepelin y Freud a cien años de su nacimiento», *Revista de Psicología general y aplicada*, 1957, XII, n.º 41-42, pp. 43-47. Frente a esta alabanza del rigor metodológico de este trabajador infatigable, como ya se ha indicado, existen dudas razonables de que se materializara con la eficacia esperada. En este sentido, quienquiera que lea las sucesivas ediciones de su *Tratado* advertirá la frecuente utilización de las mismas ilustraciones clínicas para apostillar sus nuevas composiciones nosológicas.

37. J. SÉGLAS: «La démence paranoïde», *Annales Médico-psychologiques*, 1900, n.º 12, pp. 232-246 (p. 233).

38. *Ibid*., p. 245.

39. *Cf*. V. SERBSKI, «Contribution à l'étude de la démence précoce (I)», *Annales Médicopsychologiques*, 1903, n.º 18, pp. 379-388; «Contribution à l'étude de la démence précoce (II)», *Ann. Méd.-psychol*., 1904, n.º 19, pp. 19-34; «Contribution à l'étude de la démence précoce (III)», *Ann. Méd.-psychol*.1904, n.º 19, pp. 188-203.

40. V. SERBSKI: «Contribution à l'étude de la démence précoce (II)», *op. cit*., p. 19.

41. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, 1899 (6.ª ed.), vol. II, *op. cit*., p. 200.

42. V. SERBSKI: «Contribution à l'étude de la démence précoce (II)», *op. cit*., p. 28.

43. *Idem* (I), *op. cit*., p. 383.

44. *Idem* (II), *op. cit*., p. 35.

45. PH. CHASLIN: *Éléments de sémiologie et clinique mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912, p. 829. Puede consultarse nuestra traducción española y nuestros comentarios en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., vol. XVI, n.º 58, 1996, pp. 297-302 y 303-311, respectivamente. En la misma línea había argumentado ya Régis: la demencia precoz no es una enfermedad exclusiva de la adolescencia; ninguno de los síntomas con los que se la define le es propio; el término «demencia» es erróneo porque se producen curaciones (*cf*. E. RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, París, Dion, 1909).

46. Sobre esas consecuencias volveremos en el capítulo cuarto, valiéndonos para ello de los argumentos que en su día elaboraron J. Séglas y H. Claude. Ellos nos darán pie para examinar las tímidas propuestas de fragmentación que en la actualidad amenazan la noción de esquizofrenia.

47. La reunión en una misma categoría de las formas paranoides junto a la hebefrenia y la catatonía, así como la inespecífica noción de «demencia», constituyeron los dos elementos esenciales de resistencia de la escuela francesa frente a la psiquiatría kraepeliniana. E. Dupré, en 1907, en el prólogo elogioso a la edición francesa de *Einführung in die psychiatrische Klinik*, no vaciló en aseverar: «La asimilación, en nombre de la analogía de los trastornos afectivos, volitivos y de la evolución demencial, de las formas llamadas "paranoides" a las hebefrénicas y catatónicas de la demencia precoz, ha levantado objeciones que me parecen fundamentadas, y reconozco que la lección número dieciséis sobre las formas paranoides de la demencia precoz no aporta un argumento decisivo a la tesis, y no parece justificar su título» (E. DUPRÉ: «Préface à la traduction française de la 2.ª édition de l'Introduction à la Psychiatrie clinique [1905] d'Emil Kraepelin», *op. cit*., p. 1064). De igual modo, también Ey y Guiraud reprobaron, en 1926, los presupuestos que llevaron a tan heterogénea reunión: «Para encontrar en esos síndromes dispares una característica, era necesario recurrir a una noción de una generalidad extrema, y resultaba imposible encontrar otra que no fuera la evolución hacia la cronicidad o la definición de la alienación mental misma» (H. EY y P. GUIRAUD: «Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler», en H. EY, *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, *op. cit.,* p. 34.

48. *Cf*. P. PICHOT, *Un siglo de psiquiatría*, París, Roche, 1983, pp. 75-77.

49. K. KOLLE: *Die endogenen Psychosen. Das delphische Orakel der Psychiatrie*, Múnich, Lehmenns, 1955, p. 20.

50. *Die Zerfahrenheit* aparece en el texto kraepeliniano como un término descriptivo, sin una elaboración conceptual precisa. Kraepelin comenta esta «disgregación» en los pasajes dedicados a los dichos y a los escritos de los dementes precoces (*cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, t. III, Leipzig, J. A. Barth, 1913, pp. 728 y ss.).

51. *Cf*. M. CABALEIRO GOAS, *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo, 1961, pp. 163-171.

52. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze* (8.ª ed.), *op. cit*., pp. 761-861.

53. *Cf*. P. SÉRIEUX, *La démence précoce*, París, Coueslant, 1902.

54. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*(8.ª ed.), *op. cit*., p. 859.

55. A modo de ilustración, traduciremos, con todas las dificultades que entraña, una carta de uno de los dementes esquizofásicos de Kraepelin: «La llamada sentimental de Welschneureuther tiende, después de la fiesta de cumpleaños señorial de su Majestad el Rey Wilhelm Karl, a reunir todas las fuerzas espirituales para poder cumplir la petición espiritual de su Señor. Así, los cuarenta patriotas de ataque (*Sturmpatriotem*) destacados en razón de la abolición de la Universidad de Erlangen, han considerado conveniente como primera negativa retroactiva reforzar en un sentido análogo-patriótico. El artículo primero de la Constitución de Welschneureuther, que consiste en aportar, para la disposición muy noble de su Majestad, material de guerra fungible, y parar las actuaciones más brutales en el trato con ganado, ovejas y gallos franceses. Para que el Rey y su séquito no sean sometidos a la competencia de estados vecinos en lo relativo a la previsión de ánimos recomendables transportables, juramos servir solamente a cada uno durante el disfrute de géneros, de romper la petición de un balance periódico mecánico del siglo XIX, cuando en nuestra opinión, nuestro Rey tiene que ser considerado como asesor útil y engañado, lleno de esperanzas, en un museo de la Antigüedad sano» (E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze* [8.ª ed.], *op. cit*., p. 861). Kraepelin advierte que la lectura detallada revela la falta completa de sentido, pero leído superficialmente las frases lo tienen una a una. La misma consideración hallará Chaslin, como veremos en el próximo capítulo, en su *folie discordante verbale*, razón por la cual remarcará la «discordancia».

56. *Cf*. E. KRAEPELIN, «Über paranoide Erkrankungen», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1912, t. 11, pp. 617-638.

57. Más argumentos sobre la coyuntura que impulsó a Kraepelin a la invención de las parafrenias podrán leerse en nuestra tesis doctoral *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932)*, t. II, Universidad Autónoma de Barcelona, 1992, pp. 591 y ss.; de igual modo, en nuestro artículo: «La invención de las parafrenias», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1996, vol. XVI, n.º 57, pp. 75-78.

58. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze* (8.ª ed.), *op. cit*., p. 973.

59. Aunque las parafrenias habrían de despertar, con el paso de los años, un vivo interés entre muchos psicopatólogos, para Kraepelin y sus coetáneos ocuparon un lugar marginal. Téngase presente que, en comparación con la extensión dedicada a la *Dementia praecox* (pp. 667-970), las *Paraphrenien* ocupan en el *Lehrbuch* apenas cincuenta páginas (pp. 971-1022).

60. Véase a este respecto nuestra traducción de la parafrenia expansiva en: *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1996, vol. XVI, n.º 57, pp. 79-85; el texto alemán va de la página 994 a la 1002. A propósito de las parafrenias, puede

consultarse el gran trabajo de C. PEREIRA, *Las parafrenias. Delirio crónico de ideas polimorfas*, Buenos Aires, Salerno, 1965.

61. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze* (8.ª ed.), *op. cit.*, p. 1012.

62. Klagenfurt, ciudad austríaca; *Klagen*, literalmente, significa «lamentación».

63. E. KRAEPELIN: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze* (8.ª ed.), *op. cit.*, p. 1020.

64. *Cf*. W. MAYER, «Über paraphrene Psychosen», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psiquiatrie*, 1921, n.º 71, pp. 187-206. Siguiendo asimismo un estudio catamnésico, Kurt Kolle consideró que los antiguos pacientes diagnosticados de paranoia y de parafrenia terminaban por presentar un estado propiamente deficitario, y que ambos trastornos deberían englobarse dentro de la esquizofrenia; más aún, aquellos casos que no evidenciaban un déficit franco, corresponderían a evoluciones esquizofrénicas benignas (*cf*. K. KOLLE, *Die primäre Verrücktheit*, Leipzig, Thieme, 1931).

65. *Cf*. O. BUMKE, *Tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona, Seix, 1935, pp. 983-1006.

66. Los primeros intentos para familiarizar a los clínicos franceses con la agrupación parafrénica llegaron con las publicaciones de G. HALBERSTADT («L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. Le groupe des paraphrénies», *Archives de neurologie*, 1912, pp. 403-417; «Contribution à l'étude des paraphrénies», *Archives de neurologie*, 1913, vol. III, n.º 6, pp. 341-356.). No obstante, fue merced a las publicaciones de H. Claude y el grupo de la *Évolution psychiatrique* como esta agrupación logró articularse con la nosografía de la escuela de los delirios crónicos, tomando un sesgo particular muy próximo a las *psychoses paranoïdes*. A partir de los años cincuenta, la hegemonía lograda por la obra de H. Ey entre sus compatriotas permitió igualmente la pervivencia de la agrupación kraepeliniana entre aquellas formas delirantes muy fantásticas que mantienen una buena adaptación a la realidad; *cf*. H. EY, *Estudio sobre los delirios*, Madrid, Paz Montalvo, 1950; H. EY, P. BERNARD y CH. BRISSET, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1969, pp. 518-522. Sobre la articulación de las parafrenias con la nosografía francesa, véase especialmente: F. BRIGMANN, «Le groupe des paraphrénies dans sas rapports avec la classification française des délires chroniques», *Analytica*, 1980, n.º 19, pp. 69-100; P. BERCHERIE, «Le concept de paraphrénie et la question des psychoses dans la clinique psychiatrique», en *Géographie du champ psychanalytique*, París, Navarin, 1988, pp. 137-156.

67. De cara a conocer las tensiones entre las escuelas alemana y francesa en esos años, es muy útil leer el artículo de V. PARANT, «Le retour à la médicine mentale française», *Annales Médico-psychologiques*, 1914-1915, n.° 6, pp. 401-412.

68. P. BERCHERIE: *Los fundamentos de la clínica*, *op. cit.*, p. 176.

69. En la misma línea asistiremos a la formulación de H. Claude, a mediados de los años veinte del pasado siglo, con miras a la separación nosográfica entre la *Dementia praecox* de Kraepelin y la esquizofrenia de Bleuler; del mismo modo, en 1980, las hipótesis de T. J. Crow sobre la distinción de los procesos patológicos causantes de los síntomas positivos y los negativos en la esquizofrenia volverán a incidir en esta vieja polémica.

70. Una posición bien distinta es la representada por L. Kahlbaum, quien reconociendo el desconocimiento que reinaba en materia de etiología convenía en la improcedencia de hablar de «enfermedades mentales», aunque tal desconocimiento no debía impedir la construcción de las clasificaciones oportunas.

71. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, 1899 (6.ª ed.), vol. II, *op. cit.*, p. 204.

72. En aras de una mayor delimitación de la significación atribuida al concepto «endógeno», examinaremos brevemente el artículo fundacional de Paul Julius Möbius «Über die Einheilung der Krankenheiten», publicado en 1892. En dicho trabajo, originalmente pensado para el ámbito neurológico, Möbius aboga por una clasificación

etiológica de las enfermedades psíquicas. Entre ellas se admiten dos clases posibles: las enfermedades causadas por factores externos (intoxicaciones, infecciones, traumatismos, etc.) y las debidas a factores internos (determinados por la «incapacidad de resistencia hereditaria»). Las primeras, a las que denomina «exógenas», se caracterizan por presentar todas ellas fronteras bien definidas; son enfermedades independientes, sin formas intermedias ni transiciones. En el polo opuesto, las «enfermedades endógenas», aun compartiendo la misma esencia, muestran una construcción escalonada, cuya diferenciación está determinada por la graduación. «En las enfermedades endógenas, lo dominante es la degeneración, es decir, la dañina desviación de la norma. El padecimiento de una enfermedad endógena es sólo posible si se es degenerado. [...] Débiles producen aún más débiles, eso es la degeneración» (P. MÖBIUS, «Ueber die Einheilung der Krankenheiten» [«Sobre la clasificación de las enfermedades»], *Psiquiatría.COM [revista electrónica]*, marzo de 1997 [citado 21 de marzo de 1997]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/artic_8.htm>). Kraepelin se valió de estos principios nosotáxicos, pero en lugar de recurrir, como hizo Möbius, a la teoría moreliana de la degeneración, prefirió el criterio kahlbaumiano de la evolución y la terminación; empero, no se percató del error implícito en esta proposición, pues la idea directriz de Möbius era que una misma causa implica una patogenia y una sintomatología idénticas.

73. J. POSTEL y C. QUÉTEL (comp.): *Historia de la psiquiatría*, México D. F., F.C.E., 1987, p. 458.

74. Para comprobar este batiburrillo de sentidos, enormemente contradictorios, véase: TH. SPOERRI, *Compendio de psiquiatría*, Barcelona, Toray, 1975, p. 93; J. VALLEJO RUILOBA, «Estados depresivos», en J. VALLEJO RUILOBA *et al*., *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1980, p. 594; asimismo, podemos leer en un diccionario psiquiátrico: «endógeno [...]. Hace referencia a las alteraciones psíquicas causadas por procesos patógenos intrínsecos al sistema nervioso central, por lo general de naturaleza genética o constitucional» (M. VALDÉS (Coord.): *Diccionario de Psiquiatría*, Barcelona, Masson, 1996, p. 50). Frente a esta dispersión semántica se han producido algunos intentos de delimitación, como el propuesto por D. Ploog siguiendo una jerarquía biológica; pero el resultado constituye un conjunto de conjeturas de muy compleja articulación interna (*cf*. D. PLOOG, «Hipótesis sobre la conducta biológica en la producción de las psicosis endógenas», en G. HUBER, *Esquizofrenia y ciclotimia. Resultados y problemas*, Madrid, Morata, 1972, pp. 29-49). Otros intentos, como el apuntado por D. Barcia, han pretendido ordenar las psicosis endógenas en dos grandes grupos: uno correspondería a la «esquizofrenia procesual, tipo Kraepelin» y otro a las «formas más típicamente endógenas» que cursan con fases (*cf*. D. BARCIA, «Clasificación de las psicosis endógenas», *Anales de Psiquiatría*, 1996, vol. 12, Supl. 1, pp. 7-14).

75. *Cf*. J. WYRSCH, *Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen*, Stutgart, Thieme, 1956.

76. K. SCHNEIDER: *Psicopatología clínica* (1.ª ed., 1946), Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1997, pp. 123-124. Amén de las propuestas de K. Schneider, la monografía de Tellenbach sobre la melancolía nos ofrece otras consideraciones sobre esta noción y sus relaciones con lo «rítmico»; *cf*. H. TELLENBACH, *Melancolía*, Madrid, Morata, 1976, en especial de la página 33 a la 76.

77. *Cf*. P. GUIRAUD, «E. Kraepelin», *op. cit*, p. 86.

78. *Cf*. A. E. HOCHE, «Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1912, n.º 12, pp. 540-551.

79. *Cf*. K. BONHOEFFER, «Zur Frage der exogenen Psychosen», *Zentrablatt für Nervenheilkunden*, 1909, n.º 32, pp. 409-505.

80. Se trata de «Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung» [«Fines y medios de la investigación psiquiátrica»], *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1918, n.º 42, pp. 169-205; «Die

Erforschung psychischer Krankheitsformen» [«La investigación sobre las manifestaciones de las enfermedades psíquicas»], *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1919, n.º 51, pp. 224-246; «Die Erscheinungsformen des Irreseins» [«Las manifestaciones de la locura»], *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1920, n.º 62, pp. 1-29.

81. E. KRAEPELIN: «Las manifestaciones de la locura», en A. HOCHE, E. KRAEPELIN, y O. BUMKE, *Los síntomas de la locura*, Madrid, Triacastela, 1999, p. 67.

82. *Ibid.*, p. 58.

IV. LA ESQUIZOFRENIA: CINCO VISIONES SOBRE EL DESGARRAMIENTO DE LA IDENTIDAD

1. J. SÉGLAS: «Préface», en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934, p. II. Seguimos aquí la hipótesis que hemos argumentado, con Fernando Colina, sobre el contexto en el que surge la esquizofrenia, un trastorno que posiblemente se originó en el marco de la modernidad. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA, «Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia», *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 2007, n.º 6, pp. 4-12. Sobre las alucinaciones, véase nuestro estudio «Las alucinaciones: fenómenos y estructura», en *Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006, pp. 119-135.

2. *Cf*. E. BLEULER, «Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien», en *Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig y Viena, Franz Deuticke, 1911. Al parecer, aunque la monografía de Bleuler no se publicó hasta 1911, su redacción estaba prácticamente ultimada en 1908.

3. Eugen Bleuler gozaba ya de notoriedad antes de dicha publicación. Tenía en su haber una brillante formación psiquiátrica, iniciada en el hospital de Waldau, cercano a Berna, y ampliada en París con Charcot y Magnan, también en Londres y Múnich y en la clínica universitaria del Burghölzli zuriqués a las órdenes de Auguste Forel. Contaba además con una gran experiencia en la atención de pacientes psiquiátricos crónicos, pues había dirigido durante doce años (1886-1898) el asilo de Rheinau. En el momento de la publicación de su monografía sobre las esquizofrenias, ocupaba la cátedra y la dirección médica del Burghölzli, clínica a la que había llegado en 1898 para suceder a Forel y en la que permanecería hasta 1927. Sobre E. Bleuler, véase J. KLAESI, «Eugen Bleuler (1857-1939)», en K. KOLLE (ed.), *Große Nervenärzte*, t. I, Stuttgart, Thieme, 1956, pp. 7-16; C. MÜLLER, «Eugène Bleuler, 1857-1939», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, pp. 103-109). El estudio más amplio, tanto de su vida como de su obra, es seguramente el de CHRISTIAN SCHARFETTER, *Eugen Bleuler, 1857-1939: Polyphrenie und Schizophrenie*, Zúrich, Hochschulverlag, 2006; en especial pp. 27-272.

4. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós, 1961, p. 7.

5. A este respecto, Müller escribió: «[...] no está de más repetir aquí que, sin esta experiencia de vida comunitaria con sus enfermos, no habría podido nunca concebir su gran obra sobre la esquizofrenia» (C. MÜLLER: «Eugène Bleuler, 1857-1939», *op. cit*., p. 104).

6. H. ELLEMBERGER: *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*, Madrid, Gredos, 1976, p. 333. Se aprecia aquí una diferencia muy notable con Kraepelin, quien tenía a gala repetir que, en medicina mental, la ignorancia de la lengua del enfermo es una «excelente condición de observación».

7. La Universidad de Zúrich, y por tanto su cátedra de psiquiatría, había abierto sus puertas en 1883. Sus primeros catedráticos habían sido alemanes (Griesinger, von Gudden, Hitzig), pero con la llegada de Auguste Forel y sobre todo de E. Bleuler, este lugar se convirtió en uno de los centros de mayor renombre de la psiquiatría de su época, junto con París, Múnich y Viena. A este respecto puede leerse el testimonio de E. MINKOWSKI, «Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich», *Annales Médico-psychologiques*, 1923, n.° 1, pp. 110-126.

8. C. G. JUNG: *Recuerdos, sueños, pensamientos*, Barcelona, Seix Barral, 1981 [1962], p. 120.

9. En esos años, en los congresos de psiquiatría el nombre de Freud sólo se mencionaba a escondidas y «en los pasillos, nunca en las sesiones». La mayoría de los psiquiatras, siguiendo las influyentes opiniones del profesor J. Wagner von Jauregg, rebajaban de todo valor las aportaciones de Freud. Como botón de muestra de

las continuas críticas que los psiquiatras le dedicaban, es suficiente con evocar el siguiente suceso: un tal Rieger había publicado un panfleto de mal gusto contra la primera teoría freudiana de la paranoia, arengando a sus colegas sobre los peligros que correría la psiquiatría si las ideas de Freud triunfaban y vaticinando que, de aceptarse la reducción de la paranoia a algunos incidentes de la vida sexual, se iría imparablemente a «una horripilante psiquiatría de viejas comadres» (*cf*. E. JONES, *Vida y obra de Sigmund Freud*, t. II, Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1981, p. 123).

10. Además de los valiosos intercambios epistolares con Jung y Abraham, especialmente, un grupo de jóvenes psiquiatras combinaron su formación psicoanalítica con estancias prolongadas en el Burghölzli: Abraham, Eitingon, Numberg, Meader, Riklin, Jones, Brill, y otros muchos; también, los futuros profesores de psiquiatría suizos recibieron allí su formación: Klaesi, M. Müller, Staehlin y Steck. La estrecha colaboración entre Viena y Zúrich culminó con la publicación, proyectada en 1908 en el Congreso Internacional de Salzburgo e iniciada un año después, del *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*. Freud y Bleuler compartieron la dirección, dejando en manos de Jung la jefatura de redacción. El *Anuario* (*Jahrbuch*) fue la primera revista oficial del movimiento psicoanalítico antes de la creación de la *Internationale Psychoanalytische Vereiningung*, anticipo de la futura Asociación Psicoanalítica Internacional. El *Anuario de investigaciones psicoanalíticas y psicopatológicas* desapareció en 1913, cuando los conflictos entre Freud y Jung se tornaron irresolubles.

11. El test en cuestión consistía en la enunciación, por separado, de una lista de palabras preestablecidas, a las que el paciente debía responder con la primera que se le ocurriera. El investigador tomaba nota de cada una de las respuestas y computaba los tiempos de reacción. Mediante este procedimiento se pretendían averiguar las leyes rectoras de los procesos de asociación de ideas. Sobre este particular, Ziehen había considerado que las respuestas emitidas en los tiempos de reacción más lentos estaban relacionadas con una representación común subyacente, un «complejo de representaciones cargado emocionalmente» (*gefühlsbetoner Vorstellungkomplex*). Durante algunos años, ése fue el cometido principal de Jung, esto es, la detección y el análisis de los complejos, en el sentido que Ziehen les había atribuido. *Cf*. C. G. JUNG, *Diagnostische Assoziationsstudien: Beiträge zur experimentellen Psychopathologie*, Leipzig, J. A. Barth, 1906.

12. La teoría bleuleriana de la afectividad había sido expuesta en 1906, en el marco de su libro *Afectividad. Sugestibilidad. Paranoia* (Madrid, Morata, 1969, pp. 55-116); en las últimas páginas pueden leerse las correspondencias y divergencias respecto a los planteamientos de Freud.

13. C. G. JUNG: *Psicología de la demencia precoz*, Barcelona, Paidós, 1987 [1907], p. 35.

14. En términos generales, la interpretación del caso B. St. está ampliamente inspirada en el análisis que Freud había realizado una década antes a la paranoica Sra. P.; en cambio, el marco teórico que le da soporte deriva del artículo de Bleuler «Mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis»; véanse, respectivamente: S. FREUD, «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» [1896], en *Obras Completas*, vol. III, Buenos Aires, Amorrortu, 1976; E. BLEULER, «Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen», *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*,1906, n.º 34, pp. 306-308; n.º 35, pp. 323-325; n.º 36, pp. 338-340.

15. C. G. JUNG: *Psicología de la demencia precoz*, *op. cit*., p. 127; la cursiva es del autor. Freud considerará insuficientes estos tipos de análisis que se ocupan únicamente de la interpretación de los síntomas. Para él, el hecho fundamental radicaba en despejar «el mecanismo psíquico de la adquisición de la enfermedad, [...]»; *cf*. S. FREUD, *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* [1914], en *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit*., pp. 25 y ss.

16. *Ibid.*, p. 34. Siete años después, Jung matizará su posición, proponiendo una hipótesis muy sugerente: «[…] en vez de suponer que alguna disposición hereditaria o una toxina cause directamente un proceso de enfermedad orgánica e induzca, de esta manera, trastornos psíquicos secundarios, me inclino a favor del punto de vista de que, sobre la base de una disposición cuya naturaleza desconocemos por el momento, surge una función psicológica no adaptada, que puede convertirse en un trastorno mental manifiesto e inducir, en forma *secundaria*, síntomas de degeneración orgánica. Este punto de vista surge del hecho de que no tenemos pruebas sobre la naturaleza primaria del trastorno orgánico, pero sí, en abundancia, de un fracaso psicológico primario de la función cuya historia puede ser retomada hasta la niñez del paciente. Concuerda muy bien con esta opinión el hecho de que el analista practicante sepa de casos en el límite de la demencia precoz que pudieron ser devueltos a la vida normal» (C. G. JUNG: «Prólogo», *El contenido de la psicosis*, Barcelona, Paidós, 1990, pp. 8-9).

17. Las influencias posibles que Freud y el psicoanálisis tuvieron en la gestación de la teoría bleuleriana de la esquizofrenia han sido objeto de numerosos debates. Suele convenirse a este respecto que dichos ascendentes resultaron determinantes, consideración que para algunos autores es motivo de encomio, mientras sirve a otros de pretexto para la crítica; véase sobre el particular, respectivamente: P. BERCHERIE, *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires, Manantial, 1986, p. 152 y ss.; A. COLODRÓN, *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983, p. 34. Según nuestro parecer, el movimiento de elaboración de la *Schizophrenie* no es sólo contemporáneo del psicoanálisis, sino que está animado en gran medida por éste. En este sentido, coincidimos con la opinión de B. Dalle y M. Weill: «la noción de esquizofrenia surge de un intercambio (deseado y aceptado) entre psiquiatras y psicoanalistas» (B. DALLE y M. WEILL: «Psicoanálisis y esquizofrenia», *EMC. Psiquiatría*, 2001, E- 37-291-A-10). Por otra parte, es necesario tener presente que la doctrina definitiva de Bleuler sobre la esquizofrenia dista mucho de los desarrollos freudianos. Por este motivo P. Pichot sostiene que la aportación de Freud a la teoría de Bleuler fue «muy limitada» (P. PICHOT: «Evolución del concepto de esquizofrenia», en M. GUTIÉRREZ, J. ESCURRA y P. PICHOT, *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (1)*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1995, p. 4).

18. Sin dar margen a la duda, Jean Garrabé escribió: «Lo que Bleuler llama "síntomas fundamentales" de la esquizofrenia no constituye una sintomatología propiamente dicha, es decir, un conjunto de fenómenos que se pueda percibir u observar directamente en la clínica, sino más bien una hermenéutica, la interpretación psicopatológica que se puede dar a estos fenómenos» (J. GARRABÉ: *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México D. F., F.C.E., 1996, p. 57). A lo largo de nuestra exposición irán surgiendo algunas apreciaciones controvertidas respecto al propio texto de Bleuler, en especial las relativas al fundamento psicopatológico de la *Spaltung*, a las dos diferenciaciones que estableció a propósito de los síntomas, y a los límites nosográficos atribuibles a la esquizofrenia. Gran parte de la disputa suscitada se origina en las ambigüedades y en las contradicciones que la propia monografía contiene. Advirtamos brevemente que, frente a nuestra lectura crítica, algunos autores han ensalzado sobremanera la claridad y profundidad de dicha obra; en este sentido se sitúa el siguiente pasaje de E. Minkowski: «La clínica de la esquizofrenia ha sido descrita de una manera magistral por el mismo Bleuler. […] Lo mismo sucede con los límites que Bleuler había fijado a la esquizofrenia como enfermedad mental particular. Todas las tentativas de restringir o de ampliar esos límites han venido a quebrarse ante las bases sobre las cuales descansa la obra del alienista de Zúrich, […]» (E. MINKOWSKI: *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*, Buenos Aires, Paidós, 1980, p. 11).

19. «En un principio, el término *Spaltung* designó, a la vez, el síntoma primario y el proceso; confundía los niveles clínico y psicopatológico. Para restablecer la distinción, se vio llevado a postular la existencia de un proceso anterior a la *Spaltung*, la *Zerspaltung*. Pero tan pronto como lo afirmó, Bleuler tuvo que reconocer que

tal distinción era muy difícil de mantener en la práctica. [...] Sea cual sea su naturaleza, lo importante para Bleuler es afirmar la existencia de un proceso» (É. TRILLAT: «Une histoire de la psychiatrie au XX siècle», en J. POSTEL y C. QUÉTEL, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulousse, Privat, 1983, p. 460).

20. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 15.

21. El término *Spaltung* («escisión») había sido ya utilizado por Freud en sus publicaciones sobre la histeria: *Bewusstseinnsspaltung* o «escisión del contenido de la conciencia», etc. Para él no se trataba de un término que nombrara un mecanismo estructural específico, como *Verdrängung* o *Verwerfung*, sino de un concepto descriptivo destinado a resaltar la división intrapsíquica que afecta a todo sujeto. La doctrina de la división subjetiva se desarrollaría a lo largo de toda su metapsicología en los apartados tópico (inconsciente, preconsciente y consciente; yo, ello y superyó), dinámico (conflicto psíquico) y económico (empuje pulsional). Al final de su obra, en los estudios sobre el fetichismo y la psicosis, utilizó la expresión *Ichspaltung* («escisión del yo»), pero tampoco hizo de ésta un mecanismo estructural propio de la psicosis o de la perversión, precisando para esta última la *Verleugnung* («denegación» de la castración). Más que en ningún otro momento de la historia, los intentos de aprehender la división subjetiva en sus diversos matices se sitúa en las dos últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX. En la misma época que se gestó la noción de esquizofrenia, Erwin Stransky y Otto Gross —éste último discípulo de Bleuler, Jung y Freud— habían propuesto en relación a la demencia precoz los términos homólogos «ataxia intrapsíquica» y *Dementia sejunctiva*, respectivamente (*Cf*., por este orden, S. FREUD, «La escisión del yo en el proceso defensivo», en *Obras Completas*, vol. XXIX, *op. cit*.; E. STRANSKY, «Zur Lehre von der Dementia praecox», *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1904, XXVII, pp. 1-19; O. GROSS, «Zur Nomenklatur *Dementia sejunctiva*», *Neurologisches Centralblatt*, 1906, XXVI, pp. 1144-1146). Bleuler, por su parte, lo usa en un sentido descriptivo, sin apenas teorizarlo, pero pretende no obstante convertirlo en un mecanismo genérico de la esquizofrenia: pérdida de unidad de la personalidad en los casos graves; al contrario que ocurre en una persona sana, los complejos psíquicos no se combinan en un conglomerado de esfuerzos con resultado unificado, sino que un conjunto de complejos domina a la personalidad durante un tiempo, mientras que otros grupos de ideas e impulsos son «segregados»; los conceptos dejan de ser completos y parecen prescindir de uno o más de sus componentes esenciales, llegando en algunos casos a estar representados únicamente por unas pocas nociones truncadas. A juzgar por estas apreciaciones, la noción de *Spaltung* de Bleuler parece más próxima al mecanismo patológico disociativo descrito por P. Janet en referencia a la histeria, pues para ambos autores consiste en un efecto de la debilidad asociativa primaria. La vaga acepción bleuleriana de la *Spaltung* facilitó los argumentos contrarios a la esquizofrenia elaborados por los clínicos franceses: unos la entendieron en el sentido de la disgregación de la personalidad, empleándola para comprender las locuras discordantes; otros la concibieron como escisión global, utilizándola para explicar las locuras alucinatorias. Los efectos de la ambigüedad conceptual de Bleuler continúan presentes aún en nuestros días: el auge reciente de los «trastornos disociativos», aplicados a las formas no conversivas de la histeria, ha debido confundir a más de un psicopatólogo francés, pues, con el paso del años, «disociación» y *Spaltung* se habían convertido prácticamente en sinónimos, y «psicosis disociativa» se venía utilizando como equivalente de esquizofrenia. Sobre el concepto de «escisión» en Freud, véase sobre todo F. COLINA, «Escisión del Yo», en V. MIRA *et al*. (dirs.), *Conceptos freudianos*, Madrid, Síntesis, 2005, pp. 453-459.

22. H. EY y P. GUIRAUD: «Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler» [1926], en H. EY, *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, Condé-sur-Noireau, Synthelabo (Les empêcheurs de penser en rond), 1996, p. 30.

23. El propio texto de Bleuler contiene algunas contradicciones que han favorecido interpretaciones diversas,

quizás erróneas, de sus propios desarrollos. En contestación a una de nuestras publicaciones al respecto (*cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Dos visiones sobre la esquizofrenia: Kraepelin y Freud», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1996, vol. XVI, n.º 60, pp. 655-662), F. Dualde Beltrán ha tratado con agudeza de clarificar la posición de Bleuler, reconociendo, no obstante, que «parte de la confusión existente debe su origen al propio Bleuler quien, infiel a sus principios, consideró como diagnóstico de la enfermedad sólo algunos de los síntomas fundamentales (pérdida de la capacidad de asociación y afectividad inapropiada) concediendo, al mismo tiempo, igual importancia a algunos de los accesorios (alucinaciones auditivas, difusión del pensamiento, delirio de persecución)» (*cf*. F. DUALDE BELTRÁN, «Carta», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1997, XVII, n.º 63, p. 554; sobre este mismo particular, véase: F. DUALDE y A. REY, «El concepto de esquizofrenia: aproximación a la evolución histórica del término y de su contenido», *Archivos de Neurobiología*, 1977, 60, 3, pp. 207-228). Dadas estas contradicciones, trataremos en nuestra exposición de mantenernos fieles al texto bleuleriano, aun a riesgo de abusar de las citas.

24. «El paciente alucinado no siente un dolor punzante o quemante, sino que lo están apuñalando o quemando. De modo que por lo menos el factor causal es proyectado totalmente al exterior» (E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 119).

25. «Ideas o impulsos aislados, afectivamente acentuados, pueden alcanzar cierto grado de autonomía, de modo que la personalidad se rompe en pedazos. Estos fragmentos pueden entonces existir uno al lado del otro, y dominar alternadamente la parte primordial de la personalidad, la parte consciente del paciente» (E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 153. La cursiva es del propio Bleuler).

26. «A menudo se acuñan nuevas palabras para todo el lenguaje, de modo que tendremos un "lenguaje artificial", como lo denominaba uno de nuestros pacientes. Los neologismos pueden estar basados inteligiblemente en palabras de uso común, o bien pueden ser creaciones enteramente nuevas, que a menudo pretenden imitar algún idioma determinado» (E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 166).

27. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 171.

28. «Muchos episodios de agitación aparecen solamente en fechas determinadas. Los pacientes celebran días especiales en los que ha sucedido algo que tiene relación con sus complejos. En estos días particulares se agitan, se ponen irritables, tienen alucinaciones, estados de estupor, etc.» (E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 237).

29. El lector interesado hallará una descripción detallada de todos esos signos en J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, pp. 353-596.

30. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 21.

31. *Ibid*.

32. Una ilustración clínica del «relajamiento» asociativo puede leerse en el siguiente pasaje: «A la pregunta: "¿Dónde está Egipto?", a ninguna persona normal se le pasa por la cabeza contestar: "Entre Asiria y el estado del Congo". Ya el hecho de asociar en el pensamiento uno de los más antiguos Estados del mundo con uno de los más modernos no es posible más que cuando la noción del tiempo, que en el hombre normal nunca deja de desempeñar su papel en el inconsciente, ha sido omitida por el enfermo. Pero juntarlo con la noción de Egipto es aún más raro desde el punto de vista geográfico. Una idea menos complicada, como "Noreste de África" o cualquier otra parecida, no surge en el enfermo, sino por el contrario la de un país que pertenece a otro continente y cuya frontera ni siquiera roza a Egipto, y seguida de la de otro país que sólo indirectamente se relaciona con Egipto a través de Sudán. Y no obstante, la respuesta del enfermo demostraba que conocía bien la situación geográfica de Egipto» (*cf*. E. BLEULER, «La schizophrénie», *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXX session*, 2-7 agosto, París,

Masson, 1926, pp. 2-23; el texto citado corresponde a la traducción española: «La esquizofrenia» [1926], *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1996, vol. XVI, n.º 60, p. 665).

33. Este término proviene de René Masselon, quien destacó en su tesis ciertas peculiaridades emocionales de los dementes precoces, tales como la indiferencia, la displicencia, la irritabilidad y la labilidad o versatilidad afectiva; *cf*. R. MASSELON, *Psychologie des déments précoces*, París, L. Boyer, 1902.

34. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 58.

35. *Ibid*., p. 61.

36. *Ibid*., p. 62. Bleuler se refiere en este pasaje a Daniel Paul Schreber, cuyas *Denkwürdigkeiten* había leído antes que Freud.

37. *Ibid*., p. 71.

38. Una de estas respuestas sin demasiado fundamento es: «En los casos más leves, los mundos real y autista, no sólo existen uno al lado del otro, sino que a menudo se interpenetran de la manera más ilógica»; E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 75.

39. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 76. El autor advierte, a pie de página, que su concepto «casi coincide» con lo que Freud denominó *Autoerotismus*. A pesar de la aproximación que Bleuler pretende, son conceptos divergentes: el primero describe esencialmente una forma patológica de pensamiento y de comportamiento, muy difícil de calibrar en los casos leves; el autoerotismo, por su parte, nombra la forma de goce por excelencia en las formas más esquizofrénicas de la psicosis.

40. En efecto, Kurt Schneider, catedrático en Heidelberg desde 1945, trató de localizar los síntomas específicos que, en el momento del examen psicopatológico, condujeran de manera certera al diagnóstico de esquizofrenia. Mediante una curiosa combinación de los argumentos de Kraepelin y de la fenomenología de Jaspers, este autor consideró que la observación clínica era suficiente para el establecimiento del diagnóstico. Sus síntomas de «primer rango» destacan todas las manifestaciones posibles de lo que gustamos designar como xenopatía, esto es, la experiencia del propio lenguaje, del pensamiento, de los actos y sentimientos como ajenos o impuestos. Schneider destacó en especial: la sonorización del pensamiento, la audición de «voces» que opinan y replican al sujeto, la audición de «voces» que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante, las convicciones de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones. «Allí donde exista, sin lugar a dudas, uno de estos modos de vivenciar, sin que pueda ponerse de relieve ninguna enfermedad corporal, hablaremos clínicamente, con toda prudencia, de esquizofrenia» (K. SCHNEIDER: *Problemas de patopsicología y psiquiatría clínica*, Madrid, Morata, 1967, p. 67). Las mismas consideraciones pueden leerse también en su *Psicopatología clínica*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1997, p. 171.

41. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 240.

42. *Ibid*., p. 244.

43. *Ibid*., p. 245.

44. Dadas las brusquedades con las que aparecen los síntomas catatónicos, precisadas con mucho detalle por Bleuler, Henri Baruk propuso separar la catatonía de la demencia precoz-esquizofrenia, alegando que se pueden presentar también en psicosis agudas, tóxico-infecciosas, o autónomamente.

45. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 247.

46. *Ibid*., p. 249.

47. Debido a la falta de especificidad de la esquizofrenia «simple», ilustraremos esta forma clínica con uno de los tres casos demostrativos que presenta nuestro autor: «[…] una joven normal e inteligente se casa a los veinte

años y vive dichosa durante más de cinco años. Muy gradualmente se vuelve irritable, gesticula mientras habla, sus peculiaridades aumentan continuamente; no puede conservar a ninguna mucama; se pelea constantemente con sus vecinos. Dentro de su propio grupo familiar se ha convertido en una insoportable tirana doméstica que no reconoce sus deberes, sólo sus derechos. Es incapaz de manejar la casa y hacer el trabajo doméstico porque hace toda clase de compras inútiles y estúpidas, y muestra no ser de ningún modo práctica. Durante los muchos años que pasa en el hospital, exhibe el mismo comportamiento en una medida creciente, de modo que sólo es posible tenerla en su propio cuarto o fuera del edificio, donde haya muy pocas personas. Sin embargo, se la puede dejar en libertad después de diez años, aunque todavía provoca molestias con sus chismes y caprichos. Se queja continuamente de vagos trastornos nerviosos, debidos, según dice, a que en el hospital no la trataron adecuadamente. No obstante se muestra por completo indiferente en cosas de importancia, como son las relaciones con su familia, etc. No quiere a sus hijos. Es incapaz de comportarse, aunque sabe muy bien que podría tener una vida muy decorosa si fuera menos dada a quejas y rezongos. No había huellas de síntomas paranoides o catatónicos» (E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 251).

48. *Cf*. E. BLEULER, *Tratado de psiquiatría*, Madrid, Espasa Calpe, 1971, p. 463. Esta edición, la tercera en español, fue revisada por su hijo Manfred Bleuler.

49. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit*., p. 252.

50. Manuel Cabaleiro Goas, que no obstante simpatizaba con Bleuler, escribió a este respecto: «Su concepción de la esquizofrenia resulta verdaderamente oceánica y por ello, en muchos aspectos, no puede admitirse» (M. CABALEIRO GOAS: *Problemas actuales de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo, 1953, p. 15). Uno de los mayores excesos cometidos en nombre de esta esquizofrenia sin síntomas fue el consumado por Snezhnevky en favor del orden social que preconizaba la KGB; sobre este particular, J. Garrabé ha escrito unas páginas muy hermosas: *cf*. J. GARRABÉ, *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, *op. cit*., pp. 248 y ss. Pese a ser tan inespecífica, en la actualidad se sigue considerando, como lo hacen MICHAEL B. FIRST, ALLEN FRANCES, HAROLD ALAN PINCUS (*DSM-IV-TR Guía de uso*, Barcelona, Masson-Elsevier España, 2005, pp. 455 y ss.). Quienes siguen empleando esa categoría en la actualidad, tienden a destacar el progresivo deterioro; se afirma, incluso, que es el «subtipo simple el que con más frecuencia sufre el deterioro más importante» (D. MOORE y J. JEFFERSON: *Manual de psiquiatría médica*, Barcelona, Elsevier España, 2005, p. 120).

51. Aunque todos los autores advierten de la confusión de este tipo clínico, quienes lo utilizan «buscan agrupar a aquellos pacientes cuyo comportamiento está caracterizado por alteraciones sutiles del pensamiento, tendencia al pensamiento mágico, la superstición, la suspicacia, deficiencias en las relaciones interpersonales, experiencias perceptivas poco comunes, anhedonia y conducta impulsiva, entre otros» (VV.AA.: *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* [4.ª ed.], Fondo Editorial CIB Preprensa, Medellín, 2004, p. 125). En la actualidad, es frecuente asimilar la esquizofrenia latente al trastorno esquizotípico de la personalidad.

52. Nos remitimos de nuevo al texto de Bleuler para mostrar esta llamativa paradoja, en especial a los pasajes más esclarecedores del capítulo «Diagnóstico». Bleuler explora los síntomas más conspicuos de la patología mental, tratando de aprehender aquellos que sean exclusivos de la esquizofrenia. «Como en toda otra enfermedad —comienza advirtiendo el autor—, los síntomas tienen que haber alcanzado cierto grado de intensidad si es que van a tener valor para el diagnóstico. Pero en los casos más leves de esquizofrenia encontramos una cantidad de manifestaciones prominentes, que fluctúan dentro de los límites de lo que se considera, si no como salud, tampoco por lo menos como "enfermedad mental"» (p. 307). Siguiendo a veces criterios meramente cuantitativos, precisa: «en los estados de excitación, los síntomas tales como la obstrucción, la confusión de los símbolos con la realidad, el transitivismo, los neologismos, sólo tienen un valor específico para el diagnóstico

cuando son muy pronunciados» (p. 308). «La perturbación de las asociaciones, descrita anteriormente, y también probablemente el tipo de alucinaciones, son característicos y suficientes para el diagnóstico positivo; además, una depresión general de las emociones puede servir para este fin» (p. 310). Poco después añade: «los definidos trastornos esquizofrénicos de la asociación son suficientes por sí solos para el diagnóstico» (p. 311). «Sin embargo, a veces no es posible distinguir un bloqueo histérico de uno esquizofrénico en un momento dado». [...] «El autismo en sí mismo no puede ser utilizado para el diagnóstico, puesto que se presenta especialmente en los estados de sueño histéricos, y dado que domina también de alguna manera las ideas delirantes del parético» (p. 312). «La expresión de ideas repentinas, especialmente cuando al mismo tiempo son absurdas o están en contradicción con el resto de la personalidad, es un signo bastante probable de esquizofrenia. El tipo esquizofrénico de atención es a menudo inconfundible [...]. Sólo he observado este fenómeno en la esquizofrenia». «[...] Donde dominan continuamente el cuadro clínico ideas delirantes de persecución física y alucinaciones auditivas, casi siempre se puede concluir que nos vemos frente a una esquizofrenia. El fenómeno de que se escuchen los pensamientos (*Gedankenlautwerden*) ocurre sólo muy raras veces en otras psicosis. [...] Cuando una persona manifiesta continuamente ideas enteramente ilógicas de persecución en un estado de conciencia completamente clara, es casi siempre esquizofrénica; si también se presentan las alucinaciones características, el diagnóstico es indudable. La idea delirante de que todos saben ya lo que el paciente está pensando, es casi patognomónica. El para-funcionamiento y el a-funcionamiento esquizofrénicos de la afectividad son signos decisivos de nuestra psicosis si conseguimos distinguirlos de otras formas de inercia» (pp. 313-314). «Las pupilas anormalmente dilatadas sin causa aparente, tal como un estado de agitación, son casi siempre indicativas de catatonía» (p. 316). «Los estados obnubilados, mentalmente inertes (*Benommenheit*) son naturalmente difíciles de investigar. Son esquizofrénicos si podemos probar que el grado de lo que llamamos "el estado de obnubilación" no guarda proporción con la real obstrucción del pensar, en la medida en que el paciente todavía observa y registra todo lo que sucede en torno suyo» (p. 317). (Para más detalles: E. BLEULER, *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit.*, pp. 307-340.)

53. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit.*, p. 361.

54. «*Postulamos la presencia de un proceso que produce directamente los síntomas primarios; los síntomas secundarios 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*» (E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, *op. cit.*, p. 475; la cursiva es del propio Bleuler).

55. La presente diferenciación es estrictamente teórica; por tanto, no debe confundirse ni tampoco asimilarse a la distinción entre síntomas «fundamentales» y «accesorios».

56. E. BLEULER: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, p. 477.

57. E. BLUELER: «La esquizofrenia» [1926], *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, n.º 60, p. 672.

58. Al echar la vista atrás, uno ya no recuerda las veces que se ha estado en un tris de descubrir la causa orgánica de la esquizofrenia. Pese a ello, seguimos por el momento sumidos en el desconocimiento. «No disponemos hoy en día, mucho más que en la época de Bleuler, de ningún punto de apoyo establecido con certeza en el dominio de la teoría etiopatogénica de la esquizofrenia» (P. BOVET y F. SEYWERT: «La schizophrénie et son spectre. Une perspective bleulérienne», *L'information psychiatrique*, 1995, n.º 5, p. 448). Sobre el estado de las investigaciones organogenéticas de la esquizofrenia pueden consultarse especialmente: T. SHARMA y R. M. MURRAY, «Aetiological theories in schizophrenia», *Current Opinion in Psychiatry*, 1993, n.º 6, pp. 80-84; E. K. G. SYVALAHTI, «Biological factors in schizophrenia. Structural and functional aspects», *British Journal of Psychiatry*, 1994, n.º 164, pp, 9-14; S. MATTHYSSE y J. PARNAS, «Extending the phenotype of schizophrenia:

implications for *linkage* analyse», *Journal of Psychiatry Research*, 1992, n.º 26, pp. 329-344; A. M. ELKASHEF, F. ISSA y R. J. WYATT, «Las bases bioquímicas de la esquizofrenia», y M. MAZIADE y V. RAYMOND, «La nueva genética de la esquizofrenia», ambos en CH. L. SHRIQUI y H. A. NASRALLAH (eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Madrid, Ediciones médicas, 1995, pp. 3-45 y 65-84, respectivamente; T. J. CROW, «Aetiology of schizophrenia», *Current Opinion in Psychiatry*, 1994, n.º 7, pp. 39-42; N. FRANCK, «Neuropatología de la esquizofrenia», *EMC. Psiquiatría*, 2003, E-37-285-A-18; F. BONNET-BRILHAULT, F. THIBAUT y M. PETIT, «Bioquímica y esquizofrenia», *EMC. Psiquiatría*, 2001, 37-285-A-17.

59. Éstos son precisamente los criterios destacados, en 1927, por Minkowski, el más bleuleriano de los psiquiatras residentes en Francia: «Creo poder reivindicar, [...], la paternidad de la noción de contacto *vital* con la realidad, *en cuanto punto central de la esquizofrenia*» (E. MINKOWSKI: *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*, *op. cit*., pp. 60-61).

60. R. D. LAING: *La política de la experiencia*, Barcelona, Grijalbo, 1977, pp. 107-108.

61. H. EY: «Groupe des schizophrénies» [1955], en H. EY: *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, *op. cit*., p. 157.

62. J. READ, L. MOSHER y R. BENTALL: *Modelos de locura*, Barcelona, Herder, 2006, p. 3.

63. «Ni que decir tiene que —escribió Antonio Colodrón—, en función de cuanto he expuesto, no parece lícito ver la esquizofrenia como una entidad. Lo esquizofrénico se instala en una amplia banda de desorganización y reacciones compensadoras, irreversibles algunas y reversibles las más» (A. COLODRÓN: *El trastorno esquizofrénico de la acción humana*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1995, p. 36).

64. *Cf*. I. BROCKINGTON, «Schizophrenia: yesterday's concept», *Eur Psychiatry*, 1992, n.º 7, pp. 213-220.

65. Usamos aquí la expresión «trato con el psicótico» en el sentido que fue expuesta por ENRIQUE RIVAS (*Pensar la psicosis. El trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*, Málaga, Miguel Gómez Ediciones, 2005, en especial, pp. 144-151).

66. *Cf*. J.-A. MILLER *et al*., *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999.

67. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Einführung in die psychiatrische Klinik*, 4.ª ed., 1921, Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1921, p. 394.

68. «Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, aun cuando ningún objeto hiera sus sentidos, se encuentra en un estado de alucinación; es un *visionario*» (J.-É.-D. ESQUIROL: *Tratado completo de las enajenaciones mentales consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal* [1838], t. I, Madrid, Imprenta del Colegio de sordo-mudos, 1847, p. 67).

69. «Se pueden distinguir dos tipos de alucinaciones —escribió Baillarger—, las unas completas, compuestas de dos elementos y que son el resultado de la doble acción de la imaginación y de los órganos de los sentidos: se trata de las alucinaciones *psico-sensoriales*; las otras, 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: se trata de las alucinaciones *psíquicas*» (J. BAILLARGER: *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, París, Masson, 1890, p. 379). El mismo texto puede leerse, salvo muy ligeras variaciones gramaticales, en «Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qui les caractérisent», en *Mémoires de l'Académie Royale de Médicine*, t. XII, J.-B. Baillère, París, 1846, pp. 273-475.

70. «[...] es sobre todo la alucinación psicomotriz verbal la que interesa a los elementos psicomotores de la función del lenguaje» (J. SÉGLAS: *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892, pp. 118-119). A lo largo de cuarenta años, las investigaciones psicopatológicas de Jules Séglas volvieron una y otra vez sobre el problema de las alucinaciones; el análisis semiológico exquisito y la búsqueda de las conexiones del lenguaje y las

alucinaciones son dos de las características más relevantes y constantes de sus investigaciones. Véanse sobre el particular: *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, París, Asselin y Houzeau, 1895, en especial las lecciones I, XVIII y XIX; la conferencia «Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe», *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Sesión VII, Nancy, 1-5 de agosto de 1896, París, Masson, 1897, t. I, pp. 3-73; la contribución al renombrado Tratado de Gilbert Louis Ballet «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLET, *Traité de Pathologie mental*, Dion, París, 1903, pp. 74-270 (en especial, de la página 195 a la 222). Su última gran contribución al problema sitúa con precisión el marco y los logros de su búsqueda: «En resumen, lo que constituye por ahora lo más característico de estos fenómenos no es el hecho de manifestarse como más o menos parecidos a una percepción exterior, sino ser fenómenos de automatismo verbal, un pensamiento verbal separado del yo, podría decirse que un hecho de alienación del lenguaje» (J. SÉGLAS: «Préface», en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934, p. VI. El texto íntegro de este «Prefacio» ha sido traducido al español con el título «Las alucinaciones y el lenguaje» [*Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1988, vol. XVIII, n.º 68, pp. 673-677]); puede asimismo leerse nuestros comentarios: «Sobre las relaciones entre las alucinaciones y el lenguaje en la obra de Séglas», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, vol. XVIII, n.º 68, p. 667-671.

71. La historia de la clínica francesa de las alucinaciones ha sido magistralmente retratada por el profesor G. Lantéri-Laura, cuya monografía es la primera referencia a recomendar (*cf.* G. LANTÉRI-LAURA, *Les hallucinations*, París, Masson, 1991). Se añaden a la anterior: H. CLAUDE y H. EY, «Évolution des idées sur l'hallucination. Position actuelle du problème», *L'Encéphale*, 1932, XVII, n.º 5, pp. 361-367; H. EY, *Traité des hallucinations*, 2 tomos, París, Masson et Cie, 1973; G. E. BERRIOS, *The History of Mental Symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, en especial el capítulo 3 (Disorders of perception), pp. 35-70; J. PAULUS, *Le problème de l'hallucination et l'évolution de la psychologie d'Esquirol à Pierre Janet*, Lieja (Faculte de philosophie et lettres) y París (E. Droz), 1941; J. M.ª ÁLVAREZ y F. ESTÉVEZ, «Las alucinaciones: historia y clínica», *Frenia*, 2001, vol. I, fasc. I, pp. 65-96.

72. *Cf.* M. DIDE y GASSIOT, «La psychose hallucinatoire chronique», *L'Encéphale*, 1910, noviembre, pp. 492-498.

73. *Cf.* E. DUPRÉ, «Revue policlinique des psychoses hallucinatoires chroniques», *L'Encéphale*, 1907, n.º 4, pp. 398-418.

74. *Cf.* H. GRIVOIS, «La psychose hallucinatoire chronique», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, París, Masson, 1989, pp. 32-42; y A. BILLION y H. GRIVOIS, «Gilbert Ballet à l'Hôtel-Dieu; un précurseur de la psychiatrie à l'hôpital général», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, *op. cit.*, pp. 20-31). Por encima de cualquier otra, su contribución principal fue la dirección del *Traité de pathologie mentale* (París, Dion, 1903), que alcanzó gran difusión en su época; a lo largo de sus casi dos mil páginas se recogen los trabajos del propio Ballet, y, entre otros, los de Arnaud, Dupré, Collin y Séglas. De especial interés para quienes se interesen por la historia del concepto «psicosis» es su contribución «Les psychoses», en J. M. CHARCOT (dir.), *Traité de médecine*, t. 6, 1891, París, Masson, pp. 1057-1206.

75. *Cf.* G. BALLET, *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, París, F. Alcan, 1888.

76. Es importante tener presente la tensión que, en aquellos años, envolvía las relaciones entre los franceses y los alemanes, la cual se hacía patente también en el ámbito de la psicopatología. Basta para ello leer el texto vehemente de VICTOR PARANT («Le retour à la médicine mentale française», *Annales Médico-psychologiques*, 1914-1915, n.º 6, pp. 401-412), la contestación, más comedida, de G. BALLET («Le retour à la médicine mentale française. Lettre ouverte à M. Victor Parant père», *Annales Médico-psychologiques*, 1916, n.º 7, pp. 5-11), y la

réplica de V. PARANT («Réplique de M. le Dr. Victor Parant père à M. le professeur Gilbert Ballet», *Annales Médico-psychologiques*, 1916, n.º 7, pp. 11-17), donde escribe: «Es necesario que la demolición de la fachada alemana se acompañe de una restauración y de una limpieza del edificio propiamente dicho, demolición y limpieza que, precisamente, me permiten entrever la vuelta a lo que yo considero como el retorno a la medicina mental francesa» (pp. 14-15). Por otra parte, los aspectos patrióticos se destacan asimismo en la glosa de André Collin a Gilbert Ballet: «[...] deploraba [Ballet] que los poderes públicos no pongan más energía para oponerse a la venta de alcohol, cosa que empobrece esta bella raza francesa a la que él estaba tan orgulloso de pertenecer por todos sus ancestros familiares, por nacimiento, por sus gustos, por su forma y el genio de su mente» (A. COLLIN: «Le professeur Gilbert Ballet (1853-1916)», *Annales Médico-psychologiques*, 1916, n.º 7, pp. 301-306; p. 304).

77. G. BALLET: «La psychose hallucinatoire chronique», *L'Encéphale*, 1911, 2, 20 de noviembre, pp. 401-411 (p. 407). El texto citado puede leerse en nuestra traducción española en: F. COLINA y J. M.ª ÁLVAREZ (dirs.), *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa, 1994, pp. 249-262. En adelante se citará la mencionada traducción.

78. *Cf*. V. MAGNAN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*, París, Louis Battaille, 1893 (2.ª ed.). La tercera parte de las *Leçons* está dedicada a los «degenerados hereditarios, delirantes crónicos e intermitentes» (pp. 160-209); la cuarta versa íntegramente sobre el «delirio crónico» (pp. 217-375). El lector puede remitirse igualmente a nuestros comentarios sobre el delirio crónico de evolución sistemática desarrollados en capítulo II.

79. G. BALLET: «La psicosis alucinatoria crónica», *op. cit*., p. 253.

80. *Ibid*., p. 257.

81. Éste fue igualmente el parecer del psicopatólogo francés Charles Blondel, quien, centrado de lleno en el estudio de la cenestesia previo a toda determinación conceptual, bosquejó las características de la *conscience morbide*: «una conciencia es mórbida en la medida en que, habiendo dejado de producirse la decantación cenestésica, adhiere a las formaciones de la conciencia clara los componentes insólitos, anormalmente irreductibles» (CH. BLONDEL: *La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale*, París, Alcan, 1914, p. 283). El paralelismo que se establece en este punto entre ambos autores, que en períodos no coincidentes trabajaron en la Salpêtrière, parece evidente aunque sus propósitos y logros distaron mucho.

82. G. BALLET: «La psicosis alucinatoria crónica», *op. cit*., p. 259.

83. Haciendo gala de sus abundantes conocimientos, F. Fridgman explicó en su tesis los cruces de influencias entre las escuelas francesa y alemana a propósito de la nosografía de la psicosis. Los pasajes dedicados a la psicosis alucinatoria crónica resultan sumamente esclarecedores respecto a la gran rivalidad entre ambas. *Cf*. F. BRIDGMAN, «Le groupe des paraphrénies dans ses rapports avec la classification française des délires chroniques», *Analytica*, 1980, n.º 19, pp. 69-100.

84. G. BALLET: «La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité», *L'Encéphale*, 1913, 1, 10 junio, pp. 501-508.

85. *Ibid*., p. 503.

86. En algunas publicaciones anteriores hemos sostenido que la alucinación es el fenómeno por antonomasia de la psicosis. En ese sentido, psicosis y alucinación serían términos consustanciales: siempre hallaríamos algún tipo de experiencia alucinatoria entre las manifestaciones de la psicosis y sólo en las psicosis se producirían alucinaciones *stricto sensu*. Asimismo consideramos que, con independencia de su posterior evolución, basta con se produzca una experiencia o episodio psicótico para que podamos calificarla de crónica, aunque la sintomatología remita hasta grados imperceptibles o se camufle con fenómenos aparentemente obsesivos, inhibitorios, fóbicos, etc. Por las razones expuestas, la rúbrica *psychose hallucinatoire chronique* nos parece

altamente sugerente (*cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Las alucinaciones: fenómenos y estructura», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit*.). De estos aspectos trataremos en detalle en el último capítulo.

87. H. GRIVOIS, «Introduction», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, *op. cit*., p. 1.

88. Buen conocedor de la obra de Kraepelin, Halberstadt propuso en 1924 una revisión del concepto demencia paranoide, aportando algunas claves para seguir utilizándola. *Cf*. G. HALBERSTADT, «La démence paranoïde. Étude nosologique», *Annales Médico-psychologiques*, 1924, n.° 2, pp. 297-324.

89. *Cf*. P. RAUCHS, «La psychose hallucinatoire chronique, produit non exportable?», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, *op. cit*., pp. 43-54. Sobre el particular, puede asimismo consultarse nuestro artículo: «La *psychose hallucinatoire chronique*: una reflexión sobre las rivalidades narcisistas en la construcción de las categorías de la clínica mental», *Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental*, 1992, n.º 0, pp. 20-27.

90. Descendiente de una familia burguesa acomodada, según cuentan las crónicas, Chaslin se hizo médico un poco a regañadientes. Marcó esa elección, sin duda, la figura de su abuelo materno, L. Reige-Delome, quien había sido bibliotecario de la Facultad de Medicina de París, fundador de los *Archives générales de Médicine* y editor, con Dechambre, de los cien volúmenes del *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* editado entre 1864 y 1875. Las matemáticas fueron su primera vocación, gusto y estudio que nunca abandonó y que puede apreciarse en el estilo claro y directo; un estilo alejado de los oropeles terminológicos en los que se oculta tanta ignorancia, alejado también, como decía el propio Chaslin, de términos «esotéricos». Sus últimos escritos estuvieron dedicados precisamente a la psicología de las matemáticas («Quelques mots sur la psychologie de la mathématique pure», *Journal de psychologie normal et pathologique*, 1922, pp. 673-694; y especialmente, *Essai sur le mécanisme psychologique des opérations de la mathématique pure*, París, F. Alcan, 1926). Asimismo, en uno de sus artículos de madurez trató de expurgar el discurso psiquiátrico de confusiones terminológicas con el fin de formalizar un lenguaje psicopatológico «bien hecho» (*cf*. PH. CHASLIN, «Is *psychiatry* a well-made language?», *History of Psychiatry*, 1995, VI, pp. 398-405; dicho artículo se publicó originariamente en la *Revue Neurologique*, 1914, XXII, pp. 16-23). Su formación neuropsiquiátrica se desarrolló en los Servicios de Luys, Féré, Voicin y Legrand du Saulle. En 1887 obtuvo el título de doctor tras la defensa de su tesis sobre el papel del sueño en la evolución del delirio (*cf*. PH. CHASLIN, *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, París, Asselin y Houzeau, 1887). Ese mismo año fue nombrado médico-jefe de la sección de alienados de Bicêtre, donde se reunió con su amigo Jules Séglas. En 1910 se trasladó a la Salpêtrière y allí se jubiló en 1922. Fue uno de los últimos titulares del cuerpo de alienistas de los hospitales de París. Murió un año después, en 1923, dejando su fortuna y los casi 2.300 volúmenes de su biblioteca a la Facultad de Medicina. Chaslin, al que se describe como un personaje tímido, soltero irredento, pasó sus días en compañía de su madre; al margen de sus enfermos gustaba de la lectura, en especial de los poetas vanguardistas.

91. Amén de algunas escasas tesis y memorias que se le han dedicado, entre las que destacan las de J. BRASSET (*Presentation de Chaslin*, tesis, París, 1961), G. NOËL (*Philippe Chaslin. Contribution à l'étude de son oeuvre*, tesis, París, 1984) y C. COHEN (*Philippe Chaslin, sa vie et son oeuvre*, Memoria para el CES de Psiquiatría, París VII, 1990), es preciso destacar por encima de cualquier otro estudio de G. LANTÉRI-LAURA y M. GROS, *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*, París, EPEL, 1992; también, pero en menor medida, G. DAUMÉZON, «Ph. Chaslin», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, pp. 27-39; finalmente, las notas y traducción de G. E. BERRIOS y F. FUENTENEBRO: «Philippe Chaslin and descriptive psychopathology», *History of Psychiatry*, 1995, VI, pp. 395-405, y nuestros comentarios y traducción parcial de las *folies discordantes* en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1996, n.º 58, vol. XVI, pp. 297-311.

92. «La confusión mental primitiva idiopática es una afección generalmente aguda, consecutiva a la acción de una causa por lo general apreciable, que se caracteriza por fenómenos somáticos de desnutrición y fenómenos mentales: el fondo esencial de estos, resultado principal del estado somático, está constituido por una forma de debilitamiento y disociación intelectual, confusión mental que puede acompañarse o no de delirio, alucinaciones, agitación, o por el contrario de inercia motriz, con o sin oscilaciones marcadas del estado emocional» (PH. CHASLIN: *La confusion mentale primitive. Stupidité. Démence aigue, Stupeur primitive*, París, Asselin y Houzeau, 1895, pp. 245-246).

93. A título ilustrativo del lenguaje empleado en dichas caracterizaciones, citaremos el siguiente párrafo en el que Chaslin refiere la impresión causada por el aspecto de uno paciente confuso: «el aire atontado, atónito y estúpido, inerte y embrutecido, la mirada vacía y sin expresión, el rostro pálido y plomizo como el de un verdadero enfermo; desaliñado, sucio, las ropas en desorden o desgarradas; bisbisea palabras más o menos coherentes, va y viene sin ruido aparente [...]; a menudo se tira por tierra, se acuesta, se levanta con gestos que a veces son acordes con sus palabras, y otras, al contrario, no tienen relación con ellas; en otras ocasiones permanece sentado, indiferente a lo que ocurre a su alrededor, contentándose con hacer algunos gestos al azar, continuando su charla incoherente o sumido en el silencio; en otras, finalmente, si está acostado puede limitarse a una gesticulación y una musitación que dan paso, de tanto en tanto, a accesos de tranquilidad absoluta o, por el contrario, a una agitación que le hace salir de un bote de la cama» (PH. CHASLIN: *La confusion mentale primitive*, *op. cit.*, p. 90-91). Aparte de estos y otros síntomas mentales, se desarrollan paralelamente trastornos somáticos: debilitamiento generalizado, cansancio, desnutrición, etc.

94. PH. CHASLIN: *La confusion mentale primitive*, *op. cit.*, p. 213.

95. PH. CHASLIN: *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912, p. V.

96. Los alienistas de la Salpêtrière siguieron conservando el enfoque clínico del maestro Charcot, cuyas características resumió Freud con gran agudeza: «El cuadro clínico, la *entité morbide*, sigue siendo la base de todo el abordaje; pero el cuadro clínico consta de una serie de fenómenos, a menudo una serie que se ramifica en direcciones múltiples. La apreciación clínica del caso consiste en asignarle un sitio dentro de la serie. En mitad de la serie se encuentra el *type*, la forma extrema del cuadro clínico, esquematizada de manera consciente y deliberada; o bien se pueden establecer varios de esos tipos, conectados entre sí por formas de transición. Por cierto que es posible toparse con el *type*, la plasmación completa y característica del cuadro clínico; no obstante, las más de las veces los casos efectivamente observados divergen del tipo, han borrado del cuadro tal o cual rasgo, se ordenan en una o en varias series que se van apartando del tipo y que en último término acaban en unas formas rudimentarias, completamente nebulosas (*formes frustes*), en las que sólo el experto es capaz de discernir todavía unas copias del tipo. Mientras que la nosografía tiene por objeto describir los cuadros clínicos, es tarea de la clínica pasar a la plasmación individual de los casos y a la combinación de los síntomas» (S. FREUD: «Prólogo y notas de la traducción de J.-M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-88)*», *Obras completas*, vol. I, *op. cit.*, p. 168).

97. El propio Bleuler nunca prestó demasiado interés a las observaciones de Chaslin, muchas veces tan coincidentes. Sólo en 1926, reunido con sus colegas de lengua francesa, le hizo un pequeño guiño de aquiescencia: «Si el término de Chaslin *folies discordantes* ya hubiese existido en ese momento, hubiese podido igualmente escogerlo [en lugar del neologismo esquizofrenia]» (E. BLEULER: «La esquizofrenia» [1926], *op. cit.* p. 664). En cambio, Chaslin lo menciona cuando se tercia la ocasión.

98. *Cf.* PH. CHASLIN, *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, *op. cit.*, pp. 34-35.

99. *Cf.* PH. CHASLIN, *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, *op. cit.*, pp. 196-197.

100. *Ibid*., p. 773. Más apreciaciones sobre este punto se hallarán en la pág. 829.

101. «Emplea adrede la expresión de tipo clínico al menos por dos razones. Por una parte, evita tomar partido sobre la cuestión de saber si se trata o no de enfermedades, [...]. Por otra, no se permite garantizar que la posesión común de un signo esencial, la discordancia, sea suficiente para asegurar que los cuatro tipos clínicos correspondan a una sola y única afección o a más de una; [...]. Recordemos, por otra parte, que en su vocabulario esta palabra "afección" corresponde a lo que después de Jaspers conocemos como proceso» (G. LANTÉRI-LAURA y M. GROS: *Essai sur le discordance dans la psychiatrie contemporaine*, *op. cit*., pp. 73-74).

102. PH. CHASLIN: *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, *op. cit*., p. 830-831.

103. *Ibid*., p. 833.

104. Apuntemos simplemente que en la octava edición de *Psychiatrie*, Emil Kraepelin había descrito la *Sprachverwirrheit* o *Schizophasie* (esquizofasia) entre las formas de la demencia precoz, caracterizándola por la logorrea incoherente, el lenguaje neológico incomprensible, los juegos de palabras, las respuestas que no vienen a cuento o el soliloquio. Aunque Kraepelin dice, con razón, haberse inspirado en Bleuler para la elección del término, también podría haber mencionado a Chaslin y su locura discordante verbal. Véase el capítulo anterior, o bien directamente E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, J. A. Barth, 1913, pp. 859 y ss.

105. PH. CHASLIN: *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, *op. cit*., p. 803.

106. *Ibid*., p. 837.

107. Se trata de un paciente que a los dieciséis años había comenzado a presentar ausencias, crisis de excitación y mutismo; propinaba palizas a su madre sin reconocerla. Pasó casi todo el servicio militar en el hospital aquejado de trastornos mentales y posteriormente fue ingresado en la casa de salud de Redon. En ese momento ya estaba completamente incoherente. Chaslin conoció a Giv. cuando éste había cumplido ya cuarenta y dos años: hablaba solo continuamente, incluso por las noches, mostraba una fisonomía de persona inteligente, estaba bien considerado en el asilo, pedía tabaco sin cesar a los enfermeros y gastaba sus horas paseando. «Hay en él —escribe Chaslin— un automatismo verbal especial que se desencadena con mayor o menor rapidez y belleza según los días, y que, siguiendo una completa verosimilitud, no contiene nada parecido a ideas, aunque esa palabrería parezca divertir a Giv.; pues él lo manifiesta con gestos y sonrisas: pero no hay ninguna tendencia a la letanía como en los catatónicos» (PH. CHASLIN: *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, *op. cit*., p. 808).

108. PH. CHASLIN: *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, *op. cit*., pp. 804-805. Los neologismos *simée*, *azene*, *abanazene* y *Sténos* no se han traducido. El primero muestra resonancias fonéticas con «chimenea» (*cheminée*); el segundo y el tercero tienen un aire fonético que recuerda vagamente a ciertos conceptos químicos; el último suena a «estenografía» (*sténo*, en lenguaje coloquial, o *sténographie*).

109. *Ibid*., pp. 837-838.

110. G. LANTÉRI-LAURA: «L'arrière-plan de la psychose hallucinatoire chronique», en H. GRIVOIS (dir.), *La psychose hallucinatoire chronique*, *op. cit*., p. 15.

111. La noción *discordance* se presta como pocas a la explicación psicopatológica de la esquizofrenia, pero también a la elaboración de modelos teóricos destinados a la investigación de los modos posibles de anudamiento o reequilibrio, como el propuesto por Lacan en relación a las tres dimensiones (Real, Simbólico e Imaginario). Sobre este aspecto, véase: J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, *op. cit*., pp. 212-216. A diferencia de Chaslin, que suponía una armonía natural entre las facultades psíquicas de los sujetos normales, Lacan considera que el anudamiento entre la dimensión real, la imaginaria y la simbólica no es en absoluto *naturel*. Debido a esta falta de armonía, 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).

112. *Cf*. PH. CHASLIN, «Is *psychiatry* a well-made language?», *op. cit*., pp. 401 y ss.

113. G. DAUMÉZON: «Ph. Chaslin», *op. cit*., p. 35.

114. PH. CHASLIN: «Is *psychiatry* a well-made language?», *op. cit*., p. 404.

115. PH. CHASLIN: *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, *op. cit*., p. VI.

116. *Cf*. B. DE FRÉMINVILLE *et al*., *La passion des étoffes chez un neuro-psychiatre (G. G. de Clérambault, 1872-1934)*, París, Solin, 1990; S. TISSERON, *Clérambault, psychiatre et photographe*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1990.

117. Durante los últimos años hemos asistido a la reedición de las publicaciones de Clérambault, así como a la aparición de incontables artículos y numerosas monografías que las glosan. La *Œuvre Psychiatrique* ha sido reeditada en 1987 por Frénésie Editions, en París, con el título en plural (*Œuvres Psychiatriques*). La colección «Les empêcheurs de penser en rond» ha publicado recientemente varios volúmenes temáticos de su obra que incluyen estudios críticos firmados por Garrabé, Leguil, Tisseron, etc. De igual modo, se ha publicado en español un volumen que reúne la mayor parte de los artículos sobre el Automatismo Mental; *cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, *El automatismo mental*, Madrid, Eolia-Dor, 1995. Agunas de sus fotografías han sido igualmente publicadas (*cf*. S. TISSERON, *Clérambault, psychiatre et photographe*, *op. cit*.; la mayoría de ellas han sido expuestas hace unos años en el Centro Georges Pompidou. El personaje Clérambault ha servido de motivo al film *Le Cri de la soie*, y a la novela biográfica de A. RUBENS, *Le maître des insensés. Gaëtan Gatian de Clérambault [1872-1934]* (París, Les empêcheurs de penser en rond-Synthélabo, 1998).

118. H. EY: «Une théorie mécaniciste: la doctrine de G. de Clérambault», en *Études Psychiatriques*, vol. I, París, Desclée de Brouwer, 1952, pp. 83-102.

119. P. BERCHERIE: *Los fundamentos de la clínica*, *op. cit*., p. 191.

120. J. LACAN: «De nuestros antecedentes», en *Escritos I*, México D. F., Siglo XXI, 1983, p. 3.

121. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, Barcelona, Paidós, 1980, p. 14. Conviene advertir, continuando los apuntes incluidos en el capítulo segundo, que la relación de Lacan con Clérambault tuvo dos períodos contrapuestos. Mientras en 1932, en su tesis doctoral sobre la paranoia, apenas lo menciona y prefiere las referencias de la fenomenología de K. Jaspers, en los años cincuenta, en pleno desarrollo de su elaboración de la teoría del inconsciente concebido como un lenguaje, lo encumbró al firmamento de la clínica mental, pues ninguna otra obra psicopatológica ejemplificaba más a las claras su concepción del determinismo simbólico como el Automatismo Mental de Clérambault (*cf*. F. LEGUIL, «Lacan avec et contre Jaspers», *Ornicar*?, 1989, n.º 48, pp. 5-23). Como señalamos en el capítulo segundo, se ha tratado de explicar la ausencia casi completa de referencias a la obra de Clérambault en la tesis de Lacan por una antipatía personal, acentuada por el enfrentamiento en la Sociedad Médico-psicológica y la acusación de «plagiario» que Clérambault dirigió al joven psiquiatra (*cf*. E. ROUDINESCO, *Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, París, Fayard, 1993, p. 48; lo mismo, en E. ROUDINESCO, *La batalla de los cien años (2). Historia del psicoanálisis en Francia (2) (1925-1985)*, Madrid, Fundamentos, 1993, p. 117). Años después, H. Ey recordó que Lacan le había confesado lo mucho que le había sobrecogido ese incidente. Asimismo es sobradamente conocido el tono polémico, incluso violento, con el que Clérambault combatió contra los surrealistas y la seducción que éstos causaron en Lacan (*cf*. E. ROUDINESCO, *La batalla de los cien años (2). Historia del psicoanálisis en Francia (2) (1925-1985)*, *op. cit*., p. 42-44). Otra versión de los mismos hechos, ligeramente diferente a la relatada por

Roudinesco, es la rememorada por Jean Garrabé, quien recuerda que su maestro Paul Sivadon, compañero de residencia de Lacan en la Enfermería especial, le confió años atrás que Lacan había pretendido dar a Clérambault una sorpresa y una muestra de agradecimiento con la publicación del susodicho artículo sobre las psicosis paranoicas; pero más que de agradecimiento, la respuesta consistió en la acusación de *plagiaire* (*cf*. J. GARRABÉ, «Préface», en G. G. DE CLÉRAMBAULT, *L'automatisme mental*, París, Les empêcheurs de penser en rond, Delagrange, 1992, pp. 9-31). Al margen de estas desavenencias, hay un aspecto en el que Lacan nunca coincidió con su maestro: las «maniobras» de las que éste se valía para arrancar los secretos a sus pacientes. Sobre las influencias de Clérambault en la obra de Lacan puede consultarse, en especial, el trabajo excelente de M. GIRARD, «Gaëtan Gatian de Clérambault: morceaux choisis pour un parcours historique», en P. MORON *et al*., *Clérambault maître de Lacan*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1993, pp. 11-76; también el de T. VICENT, «De l'automatisme mental à la forclusion (Notes sur l'influence de De Clérambault sur la pensée lacanienne)», *L'Évolution psychiatrique*, 1984, t. 49, Fasc. 4, pp. 1119-1131; y por encima de cualquier otro, J.-A. MILLER, «Enseñanzas de la presentación de enfermos», *Ornicar*?, 1981, n.º 3, pp. 47-64; asimismo, los tres trabajos excelentes de F. ESTÉVEZ: *El debate Lacan-de Clérambault. Encuentro, desencuentro, reencuentro*, Memoria para el D.E.A., 1998; «El debate Lacan-de Clérambault. Encuentro, desencuentro, reencuentro», *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, 1998, n.º 46, pp. 81-90; F. ESTÉVEZ, *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.

122. J. LACAN: «Lugar, origen y fin de mi enseñanza» [1967], en J. LACAN, *Mi enseñanza*, Barcelona, Paidós, 2007, pp. 38-39.

123. Con este término (*génie*) concluye el primer párrafo de la biografía que Elisabeth Renard le dedicó para su doctorado en Medicina; *cf*. E. RENARD, *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault. Sa vie et son oeuvre (1872-1934)*, París, Le François, 1942, p. 3.

124. Concluidos sus estudios médicos, redactó su tesis doctoral dedicada al estudio de *l'othématome* (*cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, *Contribution à l'étude de l'othématome (pathologie, anatomie pathologique et traitement)*, Fac. de París, Vigot Hermanos, 1899).

125. F. ESTÉVEZ: *El fenómeno elemental como paradigma del desencadenamiento en la psicosis. Del automatismo mental de Clérambault al fenómeno elemental de Lacan*, *op. cit*., p. 250. *Cf*. M. GOUREVITCH, «Le síndrome de Xanthippe», en H. GRIVOIS, *Autonomie et automatisme dans la psychose*, París, Masson, 1992, p. 116 y ss. El despacho se hallaba en el número 52 de la rue Verneuil, cercano a la Enfermería especial y muy próximo también al número 5 de rue de Lille, donde Lacan practicaría el psicoanálisis.

126. E. RENARD: *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault. Sa vie et son oeuvre (1872-1934)*, *op. cit*., p. 40.

127. É. ROUDINESCO: *Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, *op. cit*., p. 45.

128. Seguimos aquí las confidencias de P. Sivadon, su alumno, recogidas por A. RUBENS, *Le maître des insensés. Gaëtan Gatian de Clérambault [1872-1934]*, *op. cit*., p. 238.

129. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les psychoses passionnelles sont irréductibles à celles des idéalistes passionnés de M. Dide» [1923], en *Œuvre Psychiatrique*, vol. I, París, Presses Universitaires de France, 1942, p. 426.

130. *Dépôt* fue precisamente el nombre con el que Lasègue la bautizó en 1850; los alienados que sobresaltaban el orden social eran conducidos allí junto con las prostitutas, los maleantes, los vagabundos, los criminales y los enfermos. En 1871 una parte del Depósito pasó a denominarse Enfermería especial y sólo los descarriados sospechosos de trastorno mental eran conducidos a dicho lugar. La Enfermería especial de la Prefectura de Policía contaba con once celdas para hombres y siete para mujeres, pero el número de trastornados anualmente

atendidos sobrepasada los dos mil. Esta desproporción indica a las claras el estilo de trabajo desarrollado en la Enfermería: urgencias flagrantes, rápidas decisiones de internamiento en otros Servicios o altas, redacción de informes que retrataban el derrumbamiento subjetivo en las crisis, etc.

131. Sobre la Enfermería especial, véase sobre todo PAUL GARNIER, *La folie à Paris*, París, Baillière e Hijos, 1890. En las estadísticas que recoge su estudio, se observa el impresionante número de consultas realizadas: entre 1872 y 1886, más de treinta mil (p. 18).

132. «Llega —escribe Michaux— a la Enfermería a las dos. Pasa toda la tarde bien en el reconocimiento de una serie de enfermos, bien en la profundización aparentemente banal de un caso. Su arte de la maniobra es de una infinita sutileza y conlleva una originalidad inagotable. No consiente que sus enfermos hayan sido vistos primeramente por un interno; "los quiere vírgenes"» (L. MICHAUX: «G. G. de Clérambault et l'Infirmerie Spéciale», *Confrontations psychiatriques*, 1973, n.º 11, p. 45).

133. Usamos esta hermosa expresión con la que H. Grivois titula uno de sus últimos trabajos; *cf*. H. GRIVOIS, *Naître à la folie*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1991.

134. Es necesario resaltar en este punto la relación consustancial que puede apreciarse entre los lugares de trabajo, es decir, los observatorios, y las correspondientes visiones sobre la patología mental que en ellos se gestan. Así, por ejemplo, Magnan y Clérambault registraron numerosos cuadros agudos y crisis de estados crónicos, aplicándoles un modelo de pensamiento propio de los grandes procesos etiológicos o patogénicos (degeneración o Automatismo Mental); los psiquiatras que trabajaban en hospitales de larga estancia, como en el caso de P. Sérieux y J. Capgras, estudiaron con más precisión la constitución de los mecanismos psicopatológicos («delirio de interpretación»); otros clínicos más próximos al medio hospitalario y también con clientela externa (Janet, Régis o Dupré) pudieron ocuparse con mayor detenimiento de la comprensión de los trastornos mentales; otros incluso (Chaslin y Séglas), se situaban en una posición más híbrida, pues recibían pacientes derivados por otros médicos amigos del Bureau Central d'Admission y, al mismo tiempo, estaban en relación con colegas del medio hospitalario; sus modelos están calcados de los utilizados por la medicina de su tiempo (*cf*. G. DAUMÉZON, «Ph. Chaslin», *op. cit*., p. 33). Esta correlación ha sido uno de los aspectos más remarcados en nuestra tesis doctoral: *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana*, Barcelona, Universidad Autónoma, 1992.

135. El diecisiete de marzo de 1905 murió repentinamente Paul Garnier. El cargo vacante de médico-jefe fue ocupado por el Dr. Legras. Generalmente olvidada por los historiadores, la figura de Legras quedaría ensombrecida por el carisma y las memorables contribuciones de sus subordinados E. Dupré y G. G. de Clérambault.

136. *Cf*. F. FUENTENEBRO, «Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault: clínica clásica y mirada heterodoxa», en VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmerie. Certificateur*, Madrid, Extra Editorial, 1995, pp. 269-281. En el mencionado trabajo se hallará una apropiada introducción general a la obra psiquiátrica de Clérambault.

137. E. DUPRÉ: *L'Œuvre psychiatrique et médico-legale de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police*, París, Infirmerie Spéciale, 1905, p. 10.

138. Aunque fue un estilo compartido por la mayoría de sus médicos-jefe, Clérambault llegó incluso a defender teóricamente el método de *manoeuvrer les malades* (manipular a los enfermos), sin interrogarse lo más mínimo por los efectos iatrogénicos que tal tipo de intromisión causaba en los debutantes en la psicosis: «[...] 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*» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Érotomanie pure. Érotomanie associée» [1921], *Œuvre Psychiatrique*, vol. I, *op. cit.*, p. 369); y también: «Tales exámenes deben, por otra parte, durar horas, a fin de fatigar al Sujeto, y aprovechar la acumulación de sus recuerdos [...]. Una técnica de este estilo es aplicable a todo tipo de pasionales: Reivindicadores, Fanáticos, Celosos y otros» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Érotomanie pure persistant depuis trente-sept années» [1923], *Œuvre Psychiatrique*, vol. I, *op. cit.*, p. 410).

139. Los aspectos coercitivos de este tipo de prácticas han sido con frecuencia destacados en los estudios sobre la Enfermería especial; sobre el particular, véase ROY PORTER y DAVID WRIGHT, *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965* (Cambridge, Cambridge University Press, 2003), sobre todo el capítulo tercero, redactado por PATRICIA PRESTWICH (pp. 79-99). Esta perspectiva se completa con el texto de la época: COLLINEAU «Du transport des aliénés dans les asiles publiques de la Seine», *Annales Médico-psychologiques*, 1877, n.º 17 y 18, pp. 427-432.

140. Sobre este particular puede leerse nuestro artículo: «La escuela del *Dépôt* y la otra cara de la psicopatología», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1988, vol. XVIII, n.º 67, pp. 477-482.

141. En su *Obra* podrán hallarse también sus dos hermosos artículos «Passion érotique des étoffes chez la femme», publicados en 1908 y 1910; además, el impresionante relato de su operación de cataratas realizada por Barraquer en Barcelona: «Souvenirs d'un medicin opéré de la cataracte» [1935]; *cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, pp. 682-720, y 821-838, respectivamente. Este último texto se puede leer en español, precedido por nuestro artículo «Clérambault, el cenit de la clínica de la mirada», en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1994, XIV, n.º 51, pp. 687-699 y 683-686, respectivamente.

142. B. DE FRÉMINVILLE *et al.*: *La passion des étoffes chez un neuro-psychiatre (G. G. de Clérambault, 1872-1934)*, *op. cit.*, p. 7.

143. E. RENARD: *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault. Sa vie et son oeuvre (1872-1934)*, *op. cit.*, pp. 70-71. La mayoría de estos «certificados» permanecen en los archivos de Sainte-Anne. Han despertado tal interés que se creó hace unos años un grupo de investigación (GRAP) *ad hoc*, dirigido por M. Czemark; *cf*. I. DEBRUS y Y. EDEL, «De Clérambault et l'érotomanie "historique"», *Nerveuse*, 1988, n.º 4, pp. 31-40. Sobre el estilo y las singularidades léxicas de Clérambault puede consultarse H. MAURIEL, «Le texte de Clérambault: une langue, une graphie, un style», en P. MORON *et al.*, *Clérambault maître de Lacan*, *op. cit.*, pp. 77-105; sobre su proceder clínico: S. TISSERON, «De Clérambault and the Clinical Method», en P. PICHOT y W. REIN (eds.), *The clinical approach in psychiatry*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1994, pp. 79-85.

144. «Mis primeros Certificados aislando el Automatismo Mental datan de 1905. A partir de 1906, el Automatismo es, en mis Certificados, presentado corrientemente como basal» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Définition de l'Automatisme Mental» [1920], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 494). «En numerosos delirios de persecución —escribió Clérambault en 1909—, el automatismo, lejos de constituir únicamente un resultado, juega un papel causal importante. [...] Así como existen delirios completamente interpretativos, deben existir delirios exclusivamente condicionados, al menos en su estado inicial, por el automatismo mental. Por escasos que sean, su valor, en caso de estar bien demostrados, sería considerable para la doctrina» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Première conception d'un automatisme mental générateur de délire» [1909], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 456).

145. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Folie à deux» [1923], *Œuvre Psychiatrique*, vol. I, *op. cit.*, pp. 78-79.

146. *Cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, «La question des délires collectifs est étroitement liée à celle des mécanismes générateurs des psychoses» [1924], *Œuvre Psychiatrique*, vol. I, *op. cit.*, p. 89 y ss.

147. Es necesario aclarar que la noción de *automatisme* utilizada por muchos clínicos franceses no se

corresponde a la de nuestro autor. Diferentes son, en mayor o menor grado, la *théorie de l'automatisme* de J. Baillarger, punto de partida de todos los delirios en el ejercicio involuntario de las facultades (*cf*. J. BAILLARGER, «Théorie de l'automatisme» [1845], en *Recherches sur les maladies mentales*, *op. cit*., pp. 494-500); el *syndrome d'action extérieure* con el que H. Claude nombró las interpretaciones que atribuían a una causa exterior los propios desórdenes afectivos; la involuntariedad de la actividad psíquica, llamada por A. Ceillier *Automatisme Psychique*; también la reducción propuesta por Lévy-Valensi del Automatismo Mental a un simple *syndrome de dépossesion*; el *automatisme psychologique* con el que Pierre Janet se representaba la actividad humana en sus formas más rudimentarias. Obligado a terciar sobre esta confusión terminológica, el maestro de la Enfermería especial renunció en el Congreso de Blois, celebrado en 1927, a la utilización del término *Automatisme Mental* y propuso sustituirlo por *Syndrome S*. (Sobre los distintos tipos de automatismo, véase: P. NAYRAC, «Mental Automatism» [1927], en S. R. HIRSCH (ed.), *Themes and variations in European psychiatry. An anthology*, Bristol, J. Wright & Sons LTD, 1974, pp. 405-429; asimismo, G. LANTÉRI-LAURA, «La notion d'automatisme dans la médicine et dans la psychiatrie modernes», en H. GRIVOIS (dir.), *Autonomie et automatisme dans la psychose*, París, Masson, 1992, pp. 7-29).

148. «Es una obra —escribe Paul Guiraud— completamente personal, sin ninguna preocupación por la bibliografía, que tiene sobre todo en cuenta las tendencias y los trabajos franceses» (P. GUIRAUD: «Préface», en G. G. DE CLÉRAMBAULT, *Œuvre Psychiatrique*, *op. cit*., p. X). En algunos pasajes Clérambault se refiere a Magnan como su «maestro», aunque lo critica una y otra vez; también, en una mención a la «confusión mental», es a Chaslin a quien concede ese honor. Gilbert Ballet, en cambio, es ninguneado, sistemáticamente ignorado pese a sus descripciones de la psicosis alucinatoria crónica; es necesario precisar, sin embargo, que las descripciones de Ballet no se corresponden en su totalidad a las psicosis alucinatorias crónicas a base de Automatismo Mental, ya que éstas comprenden un espacio nosográfico mucho más amplio.

149. *Cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Présentation de malade» [1923], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit*., p. 484.

150. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Automatisme mental et scission du moi» [1920], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit*., pp. 465-466.

151. En uno de los primeros artículos publicados en español sobre el Automatismo Mental, Heuyer, Ajuriaguerra y Pigen resaltan que: «La concepción del automatismo mental presenta aún otra importancia desde el punto de vista doctrinal. Permite decir que no existe una entidad morbosa que pueda ser calificada de "esquizofrenia", término que invade la psiquiatría hasta el punto de englobar casi todas las enfermedades mentales» (G. HEUYER, J. AJURIAGUERRA y J. M. PIGEM: «El síndrome de automatismo mental de Clérambault y su importancia en psiquiatría» [1937], *Archivos de Neurobiología*, 1977, Suplemento 1 [Edición facsímil 60.º aniversario], p. 562). Por más razón que contengan las palabras citadas, es notorio que con el correr de los años dichos autores no siguieron manteniendo lo mismo.

152. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Définition de l'Automatisme Mental» [1924], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit*., pp. 492-493.

153. «El Síndrome S comprende una serie de fenómenos positivos, negativos o mixtos, que tienen como propiedad común ser neutros desde el punto de vista afectivo o nulos desde el punto de vista ideico, es decir, a-temáticos o muy débilmente temáticos» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'Automatisme Mental au Congrès de Blois» [1927], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit*., p. 587).

154. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Présentation de malade» [1923], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit*., p. 490.

155. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Automatisme mental et scission du moi» [1920], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 459.

156. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Psychoses à base d'Automatisme» [1925], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, pp. 538-539.

157. M. GIRARD: «Gaëtan Gatian de Clérambault: morceaux choisis pour un parcours historique», en P. MORON *et al.*, *Clérambault maître de Lacan*, *op. cit.*, p. 36.

158. Nos parece más apropiado seguir el orden que proponemos: de los fenómenos sutiles a los llamativos, es decir, del Pequeño Automatismo Mental al Síndrome completo. No es ésta la secuencia que desarrolla E. Renard, siguiendo los consejos de su maestro G. Heuyer. Queremos destacar así que el gran mérito de Clérambault consiste precisamente en el esfuerzo por detallar los fenómenos elementales, ya que las manifestaciones más estruendosas están al alcance de la mayoría de los clínicos.

159. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie» [1924], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 508.

160. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Présentation de malade» [1923], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 485.

161. «Desde un punto de vista puramente descriptivo, el Eco del Pensamiento podría ser considerado como resultado de una bifurcación de una corriente que desembocaría en dos expresiones separadas de una misma idea. Esta metáfora podría estar bien calcada sobre una realidad. No es extraño que dos circuitos próximos y equivalentes aporten, bajo un mismo impulso, un mismo rendimiento. [...] La enunciación de los gestos parece no ser más que una variante e incluso una variante inferior del eco del pensamiento propiamente dicho. [...] El Eco Anticipado [...] no es más que un caso de síntesis verbal que se realiza sobre datos intelectuales preconscientes. [...] Como tal, hay que relacionarlo con la Premonición Alucinatoria Verbal de las Sensaciones [...]» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Psychoses à base d'Automatisme. Seconde article» [1926], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, pp. 553-555).

162. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Présentation de malade» [1923], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 485.

163. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie» [1924], *Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, pp. 509-510.

164. *Ibid.*, pp. 508.

165. En un trabajo reciente hemos pretendido analizar, con cierta profundidad, estos aspectos de la clínica diferencial de la psicosis; véase «¿Los trastornos del lenguaje son causa o consecuencia de la psicosis?», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 137-155.

166. Ilustraremos esta descripción fenomenológica con uno de los «certificados» más famosos de Clérambault. Se trata de una paciente que presenta un estado de Automatismo Mental avanzado: Amélie L., 40 años, soltera, costurera en un convento. Enfermería especial. Certificado del Dr. de C., 2 de abril de 1920. «Automatismo mental. Escisión psíquica. Voz interior que la inhibe y sustituye a su pensamiento. Sentimientos contradictorios. Habla de sí misma en tercera persona: "ella". Distracciones; movimientos subcontinuos del orbicular de los labios; musitación, probablemente por alucinaciones psicomotrices. Apariencia de actitudes, de juegos de fisonomía y de movimientos impuestos (altivez, frotamiento de manos, etc.). Declaraciones místicas y megalomaníacas (ella es Dios). Enclaustramiento, inactividad. Rechazo de alimentos». La enferma habla de sí misma con fórmulas del siguiente estilo: "Cuando se dice "ella", se tiene la impresión de hablar de dos personas. Cuando se dice "ella", eso quiere decir que es doble y que es la persona que habla. Hay algo que es más fuerte que

la persona. Hay algo que habla cuando quiere, y que se para cuando deja de hablar. En el momento en que quiere hablar, hay algo que interrumpe. Una alma de otro no puede habitar en un cuerpo. [...]» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Automatisme mental et scission du moi» [1920], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 457).

167. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Psychoses à base d'Automatisme» [1925], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, pp. 529. «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» (G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'Automatisme Mental au Congrès de Blois» [1927], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 597). Esta concepción, a pesar de arraigarse en un mecanicismo a ultranza, mantiene puntos comunes con la teoría lacaniana: 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 fracaso del registro simbólico y sus inequívocos efectos sobre lo imaginario y lo real.

168. G. G. DE CLÉRAMBAULT: «Théorie professée à l'Infirmerie Spéciale. Formules courantes de 1919 à 1923» [1927], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 468.

169. *Cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Présentation de malade» [1923], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, pp. 490-491.

170. Resulta notorio, como mostró Lacan y desarrollaron algunos de sus alumnos, que con anterioridad a la cristalización del Síndrome de Pasividad, en muchos pacientes adecuadamente entrevistados se comprueba que algunos de esos fenómenos xenopáticos («elementales») ya habían aparecido previamente.

171. *Cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, «Psychoses à base d'Automatisme. Seconde article» [1926], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 548; «Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'Automatisme Mental au Congrès de Blois» [1927], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, p. 593. G. Heuyer, muchos años después, siguió fiel a los principios de la «ley de la edad» para explicar el grado de afectación y la evolución de la esquizofrenia; *cf*. G. HEUYER, *La esquizofrenia*, Barcelona, Planeta, 1978, p. 8 y ss.

172. *Ibid*., p. 564.

173. F. COLINA: «El vigía de la palabra», en G. G. DE CLÉRAMBAULT, *El Automatismo Mental*, *op. cit.*, pp. 15-16.

174. «Su automatismo mental, con su ideología mecánica de metáfora, muy criticable sin duda, nos parece en su manera de abordar el texto subjetivo, más cercano a lo que puede construirse por un análisis estructural que ningún esfuerzo clínico en la psiquiatría francesa» (J. LACAN: «De nuestros antecedentes», en *Escritos I, op. cit.*, p. 3).

175. J.-A. MILLER: «Enseñanzas de la presentación de enfermos» [1977], en J.-A. MILLER *et al.*, *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, op. cit., p. 425.

176. P. MARCHAIS: «L'Automatisme Mental de Clérambault et ses liens avec la pensée psychiatrique française», en VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmerie. Certificateur*, *op. cit.*, p. 301.

177. Clérambault relató hasta los últimos detalles de la intervención quirúrgica, testimonio por excelencia de su goce escoptofílico. Los detalles tan precisos sobre el color, la textura, los contornos y el relieve recuerdan sus descripciones clínicas sobre las intoxicaciones por cloral publicadas veinticinco años antes. *Cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, «Souvenir d'un médicien opéré de la catarate» [1935], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, *op. cit.*, pp. 821-838; este texto puede leerse en español en: *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1994, vol. XIV, n.º 51, pp. 687-699.

178. El testamento hológrafo fue hallado por el periodista científico Alains Rubens en la notaría Brunel. Rubens tuvo el hermoso gesto de facilitar a Francisco Estévez el mencionado documento, quien preparó la edición

española (G. G. DE CLÉRAMBAULT, «Testamento hológrafo de G. G. de Clérambault», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n.º 71, pp. 467-468). Sobre ese documento excepcional, tuvimos ocasión de escribir algunos comentarios: J. M.ª ÁLVAREZ y F. ESTÉVEZ, «Último lamento de Clérambault», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n.º 71, pp. 457-466. F. Estévez le dedicó un análisis pormenorizado en su tesis *El fenómeno elemental como paradigma del desencadenamiento en la psicosis. Del automatismo mental de Clérambault al fenómeno elemental de Lacan*, *op. cit.*, pp. 269-278.

179. E. RENARD: *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault. Sa vie et son oeuvre (1872-1934)*, *op. cit.*, p. 47. Al analizar el testamento a partir del texto de Freud «Duelo y melancolía» (1917), con Estévez también nos inclinamos a considerar que Clérambault estaba sumido en un episodio melancólico.

180. *Cf.* R. ESTEBAN y J. CARREÑO, «Para una lectura no morbosa de "Passion érotique des étoffes chez la femme" (1908-1910), de G. G. de Clérambault», *Frenia. Revista de historia de la Psiquiatría*, 2006, vol. VI, pp. 127-139.

181. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit.*, p. 350.

182. S. FREUD: «Carta del 21 de octubre de 1907 [a K. Abraham]», *Correspondencia de Sigmund Freud*, t. II (1886-1908. El descubrimiento del inconsciente). Edición de Nicolás Caparrós, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997, p. 603. Aunque fueron muy pocos los psicóticos tratados por Freud, merecen ser destacados los siguientes: la Sra. P., diagnosticada a menudo por el propio Freud de «paranoia crónica» y también, en otras ocasiones, de *Amentia*, de esquizofrenia, de paranoia «auténtica» y de demencia paranoide; la joven paranoica cuyo caso aparentemente «contradice la teoría psicoanalítica»; el Hombre de los lobos, al que siempre diagnosticó, erróneamente, de neurosis; el americano A. B., al que por lo general consideró un demente paranoide. Véase, respectivamente: S. FREUD, «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» [1986], en *Obras Completas*, vol. III, *op. cit.*, pp. 176 y ss.; S. FREUD, «Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica» [1915], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit.*, pp. 259-272; S. FREUD, *De la historia de una neurosis infantil* [1918], *Obras Completas*, vol. XVII, *op. cit.*, pp. 2-111; S. FREUD y O. PFISTER, *Correspondencia*, México D. F., F.C.E., 1966, pp. 95-98). A estos tratamientos hay que añadir algunas consultas esporádicas, por ejemplo el caso de un joven de veinte años con «inequívoco» diagnóstico de «hebefrenia» que tuvo que ser pronto hospitalizado (*cf.* S. FREUD, «Ejemplos de cómo los neuróticos delatan sus fantasías patógenas» [1910], *Obras Completas*, vol.XI, *op. cit.*, p. 235). Pese a tan precaria casuística, Freud se mostró siempre interesado en elucidar la dinámica implícita en la psicosis, pues «lo más importante es que en la spsicosis afloran en la superficie, visibles para todo el mundo, muchísimas cosas que en las neurosis deben recogerse en lo profundo con empeñoso trabajo» (S. FREUD: «Presentación autobiográfica» [1925], *Obras Completas*, vol. XX, *op. cit.*, p. 56).

183. V. PALOMERA: *L'expérience psychanalytique des psychose à l'époque freudienne*, tesis doctoral, Universidad París XVIII Vincennes-Saint Denis, 2002, p. 231.

184. Seguimos aquí las publicaciones de V. PALOMERA, *Freud et la schizophrénie*, Memoire de recherche pour la soutenance du D.E.A., Universidad de París VIII Saint Denis, 1993; un amplio resumen del mencionado trabajo ha sido publicado en español bajo el título «Freud y la esquizofrenia» (I) y (II), *Uno por Uno. Revista mundial de Psicoanálisis*, 1994, n.º 38 y n.º 39, pp. 21-41 y 98-118; de manera más amplia y sistemática, *L'expérience psychanalytique des psychose à l'époque freudienne*, *op. cit.*

185. Las menciones a la demencia precoz o a la esquizofrenia que se hallan en las Actas son contadas, pero transmiten muy bien la atmósfera de los primeros debates del psicoanálisis y la psiquiatría. Véase en especial la «Reunión científica del 29 de enero de 1908», en H. NUNBERG y E. FEDERN (comp.), *Las reuniones de los*

miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, Tomo I: 1906-1908, Buenos Aires, Nueva Visión, 1979, pp. 296-305.

186. Respectivamente: A. MEADER, «Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken», *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, 1910, t. II, parte 1, pp. 185-245; V. TAUSK, «Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia» [1919], *Trabajos psicoanalíticos*, Barcelona, Gedisa, 1983, pp. 181-221; K. LANDAUER, «Curación espontánea de una catatonía» [1914], *Referencias. Sigmund Freud (2)*, Biblioteca del campo freudiano de Barcelona (Documento interno); H. NUNBERG, «Über den Katatonischen Anfall», *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1920, t. VI, pp. 25-49, y «Der Verlauf des Libidokonfliktes in einem Fall von Schizophrenie», *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1921, t. VII, pp. 301-346.

187. Por lo general, Freud mantuvo a lo largo de su obra el calificativo de «incurable» para la demencia precoz-esquizofrenia; el tono pesimista respecto a los beneficios posibles del análisis con este tipo de pacientes es notorio, lo que por otra parte contrasta con el entusiasmo de muchos de sus discípulos. Así, por ejemplo, en la epicrisis del «caso Juanito»: «Cuando la esencia de una neurosis consiste en extrañarse del "otro", como parece ser una característica de los estados reunidos bajo el título de *Dementia praecox*, tales estados son, precisamente por eso, incurables para nuestro empeño» (S. FREUD: *Análisis de una fobia de un niño de cinco años* [1909], *Obras Completas*, vol. X, *op. cit.*, p. 86); casi veinte años después, su desesperanza no había variado lo más mínimo: «su influjo [el del psicoanálisis] sobre la *Dementia praecox* y la paranoia es dudoso» (S. FREUD: «Psicoanálisis» [1926], *Obras Completas*, vol. XX, *op. cit.*, p. 252). Las razones esgrimidas son siempre las mismas: una falta total de transferencia o una transferencia negativa que impiden la influencia sobre el paciente (*cf.* S. FREUD, «Presentación autobiográfica» [1925], *Obras Completas*, vol. XX, *op. cit.*, pp. 56-57). A estas razones hay que añadir otra exterior («el carácter desfavorable de las condiciones externas») para explicar los fracasos en los tratamientos con psicóticos: los obstáculos derivados del ambiente en el que vive el enfermo y que son, además, alimentados por las personas que le rodean (*cf.* S. FREUD, «28.ª Conferencia. La terapia psicoanalítica», *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, *Obras Completas*, vol. XVI, *op. cit.*, pp. 417-418). En definitiva, a tenor de las características que Freud destacaba de la demencia precoz («el autoaislamiento del enfermo respecto del mundo, el repliegue de la libido respecto de las personas y objetos»), le parecía casi imposible introducir a ese tipo de sujetos en el dispositivo analítico (*cf.* S. FREUD: «Carta del 21 de octubre de 1907 [a K. Abraham]», *Correspondencia de Sigmund Freud*, *op. cit.*, pp. 603-604). Por contra, muchos de sus seguidores hallaron en el psicoanálisis el medio más adecuado para emprender la cura de pacientes psicóticos. C.G. Jung no escapó a este entusiasmo, si bien su modalidad psicoterapéutica se alejaba en su esencia del *standard* freudiano; incluso Bleuler era menos pesimista que el propio Freud respecto a las posibles mejorías de los esquizofrénicos, aunque ciertamente su confianza estaba depositada en las «curaciones sociales» (*cf.* B. DALLE y M. WEILL: «Psicoanálisis y esquizofrenia», *op. cit.*). En cambio, Sándor Ferenczi fue uno de los primeros analistas que se contagió de la desesperanza terapéutica del maestro: «el segundo caso [de los expuestos] nos incitaría más bien a adoptar la posición pesimista de Freud sobre la posibilidad de curar la paranoia mediante el psicoanálisis» (S. FERENCZI: «Algunas observaciones clínicas sobre enfermos paranoicos y parafrénicos» [1914], *Psicoanálisis*, t. II, Madrid, Espasa-Calpe, 1981, p. 146).

188. S. FREUD y C. G. JUNG, «Carta del 6 de diciembre de 1906», *Correspondencia*, Madrid, Taurus, 1978, p. 47.

189. Se vale para ello del tipo de represión y de las características del retorno de lo reprimido: «Una idea —el contenido de deseo— ha surgido y ha permanecido e incluso de inconsciente se ha tornado consciente, pero esta idea surgida interiormente es proyectada hacia fuera, retornando como percepción real, en la que la represión tan

sólo se puede manifestar como contradicción. Se niega la creencia en la emoción desiderativa y en el retorno se demuestra una emoción hostil contrapuesta». A esta dialéctica de la represión por retirada de la libido del objeto y del retorno de lo reprimido mediante la proyección, se añade un segundo aspecto esencial, el destino de la libido que ha sido retirada del objeto: «es probable que la ocupación retirada del objeto haya retornado al Yo, es decir: que se haya hecho autoerótica. Por ello, el Yo paranoide está hiperocupado: es egoísta, ávido de grandezas» (S. FREUD y C. G. JUNG: «Algunos puntos de vista teóricos sobre la paranoia» [abril de 1907], *Correspondencia*, *op. cit*, p. 74 y 75, respectivamente).

190. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 21 de abril de 1907», *Correspondencia*, *op. cit*, p. 78.

191. Véase sobre este particular nuestros comentarios sobre la influencia de Griesinger en Freud, así como un extracto del texto del primero sobre las metamorfosis del Yo: W. GRIESINGER, «La metamorfosis del Yo en la enfermedad [1861]», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1988, vol. XVIII, n.º 66, pp. 301-306.

192. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 23 de mayo de 1907», *Correspondencia*, *op. cit*, pp. 83-84.

193. S. FREUD: «Carta del 21 de octubre de 1907 [a K. Abraham]», *Correspondencia de Sigmund Freud*, *op. cit.*, pp. 603-604.

194. Así se desprende ya de la correspondencia con Karl Abraham, quien en este punto parece haber guiado decisivamente los pasos de Freud. Véase especialmente: S. FREUD: «Carta del 18 de diciembre de 1910 [a K. Abraham]», *Correspondencia de Sigmund Freud*, t. III (1909-1914. Expansión. La Internacional psicoanalítica). Edición de Nicolás Caparrós, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997, pp. 232-233.

195. No es preciso esperar al ensayo sobre Schreber para apreciar la emergencia de esta tesis fundamental de Freud sobre la función del delirio: «aquello que consideramos como manifestaciones de su enfermedad (todo lo espectacular, incluso las alucinaciones) es su tentativa de curación» (S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 26 de diciembre de 1908», *Correspondencia*, *op. cit*, p. 236).

196. «Más importante fue aún otro logro de la escuela de Zúrich o de sus dos jefes, Bleuler y Jung. El primero demostró que en toda una serie de casos puramente psiquiátricos la explicación vendría señalada por procesos semejantes a los que con el auxilio del psicoanálisis se habían individualizado en el sueño y en las neurosis ("mecanismos freudianos"). Jung (1907) aplicó con éxito el procedimiento analítico de interpretación a los fenómenos más sorprendentes y oscuros de la *Dementia praecox* (esquizofrenia), cuya génesis en la biografía y en los intereses de vida de los enfermos pudo así sacarse a la luz. Desde entonces fue imposible que los psiquiatras siguieran ignorando al psicoanálisis. La gran obra de Bleuler sobre las esquizofrenias (1911), en la que el modo de consideración psicoanalítico se ponía en un pie de igualdad con el clínico-sistemático, perfeccionó ese resultado» (S. FREUD: *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* [1914], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit.*, p. 27).

197. Desde el inicio de su correspondencia, Freud manifestó a Jung su «incredulidad al respecto de la afirmación de Bleuler según la cual los mecanismos de represión se pueden comprobar en la demencia precoz, pero no en la paranoia» (S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 6 de diciembre de 1906», *Correspondencia*, *op. cit*, p. 47). En efecto, el trabajo de Eugen Bleuler al que alude Freud pretendía, dejando fuera a la paranoia, aplicar los «mecanismos freudianos» al esclarecimiento de la *Dementia praecox*, el *Delirium tremens*, la *Dementia paralytica*, la *Dementia senilis* y la locura epiléptica (*cf*. E. BLEULER, «Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen», *op. cit.*).

198. V. PALOMERA: «Freud y la esquizofrenia (I)», *Uno por Uno. Revista mundial de Psicoanálisis*, *op. cit.*, pp. 34-35.

199. Además del mecanismos alucinatorio, el cual expresa la lucha entre la represión y los intentos de

restablecimiento que pretenden devolver la libido a sus objetos, en la demencia precoz la regresión «no llega hasta el narcisismo exteriorizado en el delirio de grandeza, sino hasta la liquidación del amor de objeto y el regreso al autoerotismo infantil. Por tanto, la fijación predisponente debe de situarse más atrás que en el caso de la paranoia, o sea, estar contenida al comienzo del desarrollo que partiendo del autoerotismo aspira al amor de objeto» (S. FREUD*: Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *Obras Completas*, vol. XII, *op. cit*., p. 71).

200. Dejamos para el siguiente capítulo los comentarios sobre la paranoia.

201. Aunque muchos autores han considerado que la parafrenia freudiana reúne la demencia precoz o esquizofrenia y la paranoia, lo cierto es que si examinamos los textos encontramos al menos dos acepciones: una hace equivaler la parafrenia exclusivamente a la esquizofrenia (por ejemplo: «*dementia praecox*» [«esquizofrenia» según Bleuler, «parafrenia» según mi propuesta»]); la otra, ciertamente, conjuga esquizofrenia y paranoia: «las parafrenias [*dementia praecox* y *paranoia*]». (Véanse, respectivamente: S. FREUD: «Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)» [1913], *Obras Completas*, vol. XII, *op. cit*., p. 126); S. FREUD: «El interés por el psicoanálisis» [1913], *Obras Completas*, vol. XIII, *op. cit*., p. 80). Es de sobra conocido que dicho término fue poco a poco cayendo en desuso, siendo sustituido por «neurosis narcisistas» o simplemente «psicosis». En nuestra opinión, el empleo más genuino parece indicar la relación consustancial entre la *para*noia y la esquizo*frenia*: «La forma de enfermedad conocida como paranoia, la insania crónica sistemática, ocupa en los intentos clasificatorios de la psiquiatría actual una posición fluctuante. Empero, su estrecho parentesco con la *dementia praecox* no ofrece ninguna duda. En una ocasión me permití hacer la propuesta de reunir la paranoia y la *dementia praecox* bajo al designación común de *parafrenia*» (S. FREUD: «26.ª Conferencia. La teoría de la libido y el narcisismo», en *Conferencias de introducción al psicoanálisis* [1916-1917], *Obras Completas*, vol. XVI, *op. cit*., p. 385).

202. S. FREUD*: Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *Obras Completas*, vol. XII, *op. cit*., p. 70.

203. S. FREUD: *Introducción del narcisismo* [1914], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit*., p. 72.

204. A este respecto aclara Lacan que «Freud es llevado a concebir el narcisismo como un objeto secundario. Una unidad comparable al yo no existe en el origen, *nicht von Anfang*, no está presente desde el comienzo en el individuo, y el *Ich* debe desarrollarse, *entwickeln werden*. En cambio las pulsiones autoeróticas están ahí desde el comienzo» (J. LACAN: *El Seminario. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud (1953-1954)*, Barcelona, Paidós, 1981, p. 178).

205. Casi treinta años después, Lacan redondearía estas consideraciones con una frase tan simple como certera: para el sujeto esquizofrénico «todo lo simbólico es real» (*cf*. J. LACAN, «Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la *Verneinung* de Freud» [1954], *Écrits*, París, Seuil, 1966, p. 392). A esta consideración hay que añadir otra de las contadas menciones de Lacan sobre la esquizofrenia: en una nota a pie de página de 1966, añadida al escrito «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», alude a «la extracción del objeto *a*», paso necesario para que se abra la ventana del fantasma. Tal como J.-A. Miller ha enfatizado en diversas ocasiones, eso no sucede en la psicosis. La no extracción del objeto *a* en la psicosis implica su presencia en el campo de la realidad. De acuerdo con estas consideraciones, las cinco formas primordiales del objeto *a* (los objetos freudianos oral, anal y fálico, y los dos objetos lacanianos: el escópico y el vocal) mostrarán una particular realización en el territorio de la psicosis, en especial el objeto vocal bajo la forma de la voz alucinada (audible, como sucede en el caso de la paranoica que escucha «Marrana») y el objeto escópico transmutado a su vez en visible (según indica Lacan en su *Seminario X* a propósito de la paciente esquizofrénica de Bobon;

referencia conocida como «*Io sono sempre vista*»). Siguiendo la lógica típica que caracteriza la psicosis, en estas experiencias de goce el objeto se presenta en su dimensión real y en una referencia directa al sujeto, ya sea enfocado por una mirada que no descansa (esquizofrenia y paranoia; a este respecto, Rousseau escribió a Servan en 1768: «el ojo vigilante de la malevolencia no se me quita de encima»), bien siendo el escenario de un lenguaje que habla sólo (esquizofrenia), incluso como «voz que sonoriza la mirada» congelando el deseo (paranoia, según propone Lacan en *RSI*). Véanse, respectivamente: J. LACAN, *Écrits*, *op. cit.*; J.-A. MILLER, curso *Illuminations profanes*, miércoles 3 de mayo de 2006 (inédito) y *La angustia. Introducción al Seminario X de Jacques Lacan*, Barcelona, Gredos-ELP, 2007; J. LACAN, *El Seminario. Libro X. La angustia (1962-1963)*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 2006, pp. 185-190; J.-J. ROUSSEAU, *Lettres de Rousseau sur différents sujets de littérature* (publicadas por Louis Racine), 5 vols., Génova, 1750; J. LACAN, *Le Séminaire. Livre XXII. RSI, 1974-75*, lección del 8 de abril de 1975 (inédito).

206. Esta indicación parece haber inspirado el trabajo de S. LECLAIRE, «À la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses», *L'Évolution psychiatrique*, 1958, n.º 2, t. XXIII, pp. 337-419.

207. «Diríase —escribe O. Mannoni— que todo sucede en un plano único, el del significante. [...] No existe dentro de las palabras ningún enigma, ninguna posibilidad de interpretación» (O. MANNONI: «El lenguaje en el esquizofrénico», *Cuadernos Sigmund Freud*, 1976, n.º 2-3, pp. 73-87 (p. 77).

208. Este caso, que serviría de argumento al notable estudio publicado por Tausk en 1919, había sido parcialmente expuesto a Freud unos años antes. Los comentarios que éste dedicó a Emma A. están sacados del siguiente pasaje: «la señorita Emma A. se sentía influida, de una manera completamente insólita, por aquel al que ella amaba. Decía que sus ojos no estaban correctamente ubicados en su rostro, que se habían torcido. Esto provenía del hecho de que su querido era un mal hombre, un mentiroso, que "hacía torcer los ojos". En la iglesia se sintió un día bruscamente sacudida, como si la hubieran cambiado de lugar: su querido era alguien que engañaba y la había vuelto mala y parecida a él mismo» (V. TAUSK: «Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia» [1919], *op. cit.*, p. 187). El trabajo de Tausk, por lo demás, trata de demostrar que pueden existir delirios de influencia sin persecución.

209. *Ver*stellen (*sic*): término que aúna dos verbos (*verdrehen*, 'torcer', 'volver'; *stellen*, 'poner', 'colocar').

210. S. FREUD: «Lo inconsciente» [1915], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit.*, pp. 194-195; la cursiva es de Freud.

211. Freud concluye estos comentarios perfilando algunos aspectos de la clínica diferencial entre la esquizofrenia y la histeria: «Por lo demás, una histérica en el primer caso habría torcido convulsivamente los ojos, y en el segundo habría ejecutado en la realidad el sacudón en lugar de sentir el impulso a hacerlo o de tener la sensación de él, y en ninguno de los dos casos habría sido capaz de exteriorizarlo siquiera con posterioridad» (S. FREUD: «Lo inconsciente» [1915], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit.*, p. 195).

212. De igual modo se valdrá Freud de la alucinación esquizofrénica para aclarar algunos aspectos de la metapsicología de sueño (*cf.* S. FREUD, «Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños» [1917], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit.*, pp. 215-233).

213. J. LACAN: «Prólogo» [1969], en A. RIFFLET-LEMAIRE, *Lacan*, Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1981, p. 19.

214. Se trata de una actriz de veintitrés años, cuya madre había muerto en el parto; su padre, que se había casado posteriormente en dos ocasiones más, se había suicidado de un disparo en la sien izquierda cuando Marie contaba diecisiete años. Tras oír el disparo y contemplar el cadáver de su padre, ella se disparó en la misma zona pero no murió. La encontraron riéndose y saltando por la habitación, con una expresión rígida en la cara y

entonando: «¡Muerto está! ¡Muerto está! ¡Once horas!». Los dos meses que permaneció hospitalizada los pasó en su cama, rígida y de tanto en tanto entonando aquellas mismas palabras. Un buen día, este estado catatónico desapareció y volvió a su vida normal. Karl Landauer la tomó en tratamiento y trató de explicar la génesis psicológica del caso y las razones de su curación espontánea (*cf*. K. LANDAUER, «Curación espontánea de una catatonía» [1914], *op. cit*.).

215. S. FREUD: «Duelo y melancolía» [1917], *Obras Completas*, vol. XIV, *op. cit*., p. 247.

216. S. FREUD y O. PFISTER: «Carta n.º 73 (11 de octubre de 1925)», *Correspondencia*, *op. cit*., p. 95.

217. S. FREUD y O. PFISTER: «Carta n.º 74 (3 de enero de 1926)», *Correspondencia*, *op. cit*., p. 97. La cursiva es nuestra.

218. S. FREUD y O. PFISTER: «Carta n.º 76 (14 de septiembre de 1926)», *Correspondencia*, *op. cit*., p. 102. Estos pasajes evidencian con claridad que «lejos de retroceder ante la psicosis, Freud adopta el criterio de aceptación de un caso de psicosis en función de la posición ética del sujeto e independientemente de la estructura clínica» (V. PALOMERA: «Freud y la esquizofrenia» (II), *Uno por Uno. Revista mundial de Psicoanálisis*, *op. cit*., p. 104).

219. Al igual que Freud, tampoco Lacan gustó en absoluto del término 'esquizofrenia'. Exceptuando algunas menciones presentes en el *Seminario* dedicado a Paul Schreber, el uso de ese término es francamente inusual, incluso en sus presentaciones clínicas. Si hacemos caso a los recuentos de F. Dupré, quien asistió a todas las presentaciones de enfermos de Lacan en Sainte-Anne entre 1977 y 1979, «sólo en una ocasión atribuyó el diagnóstico de esquizofrenia», en concreto en la sesión del 11 de marzo de 1977; *cf*. F. DUPRÉ, *La 'solution' du passage à l'acte. Le double crime des soeurs Papin*, Toulouse, 1984, p. 213.

220. A pesar de algunos intentos de relacionar de forma consustancial la escisión (*Spaltung*) y la psicosis («Nos damos cuenta de que en el grupo siguiente [las neurosis narcisistas] la represión tiene otra óptica; se amplía entonces al concepto de escisión [*Spaltung*]»), la obra freudiana es bastante homogénea al respecto: la escisión del Yo no es en absoluto exclusiva de la psicosis: «El punto de vista que postula en todas las psicosis una *escisión de yo* no tendría títulos para reclamar tanta consideración si no demostrara su acierto en otros estados más semejantes a las neurosis y, en definitiva, en estas mismas. Me he convencido de ello sobre todo en los casos de *fetichismo*» (Respectivamente: S. FREUD: *Sinopsis de la neurosis de transferencia. Ensayo de metapsicología* [1915], Barcelona, Ariel, 1989, p. 69; S. FREUD: *Esquema del psicoanálisis* [1940], *Obras Completas*, vol. XXIII, *op. cit*., p. 204).

221. A. COLODRÓN: «Esquizofrenia: fragilidad de los criterios», en VV.AA., *XIX Congreso nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao, 13-14 y 15 de mayo de 1993*, E.L.A., Madrid, 1993, p. 62.

222. Coincidimos a este respecto con Germán Berrios cuando escribe: «la investigación histórica [de la esquizofrenia] indica que: *a)* la historia de la "esquizofrenia" es una serie de programas de investigación inconexos y contradictorios, y *b)* la actual definición de esquizofrenia es una amalgama de varias características» (G. BERRIOS: «Esquizofrenia: historia conceptual», en M. G. GELDER, J. J. LÓPEZ-IBOR y N. ANDREASEN, *Tratado de psiquiatría*, t. I, Barcelona, Ars Medica, 2003, p. 667.

223. El «problema de la heterogeneidad» ha llegado a alcanzar tales proporciones que no resulta extraño encontrarlo incorporado en las monografías sobre la esquizofrenia como un capítulo más; *cf*. V. CONDE y J. A. BLANCO, *Esquizofrenias*, Barcelona, Doyma, 1997, pp. 29-36.

224. Una propuesta reciente sobre el problema tratado puede leerse en J. E. OBIOLS *et al*., *Subtipos de esquizofrenia*, Madrid, Bibliotecas Aula Médica, 2007.

225. *Cf*. J. SÉGLAS, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, París, Asselin y Houzeau, 1895, pp. 384 y ss.

226. J. SÉGLAS: «La démence paranoïde», *Annales Médico-psychologiques*, 1900, n.º 12, p. 244.

227. *Cf*. H. CLAUDE, «Démence précoce et schizophrénie», *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne)*, París, Masson, 1926, pp 103-153.

228. *Cf*. H. CLAUDE, G. ROBIN y A. BOREL, «La constitution schizoïde et la constitution paranoïaque», *L'Encéphale*, 1923, t. II, pp. 481-493.

229. *Cf*. H. CLAUDE, G. ROBIN y A. BOREL, «Démence précoce, schizomanie, schizophrénie», *L'Encéphale*, 1924, t. I, pp. 145-151.

230. Las aportaciones de Serbski pueden leerse en el capítulo tercero.

231. Christiaan van der Velde, en su estudio de noventa y dos pacientes esquizofrénicos a lo largo de diez años, no vacila en afirmar: «La variabilidad de los descubrimientos observados en cada uno de estos pacientes representa una manifestación característica de la esquizofrenia» (C. D. VAN DER VELDE: «Variability in schizophrenia. Reflection of a regulatory disease», *Archives of General Psychiatry*, 1976, n.º 33, p. 495).

232. A. CHINCHILLA: «Desde lo conceptual esquizofrénico hasta su comprensión y clínica», en A. CHINCHILLA (dir.), *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*, Barcelona, Masson, 2007, p. 329.

233. *Cf*. N. ANDREASEN, M. FLAUM, V.W. SWAYZE *et al*., «Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal», *Archives of General Psychiatry*, 1990, n.º 47, pp. 615-621.

234. Sobre este particular pueden consultarse los dos artículos de G. BERRIOS, «Síntomas positivos y negativos: una historia conceptual (I)», *Psiquiatría pública*, 1992, n.º 4, vol. 4, pp. 175-183; «Síntomas positivos y negativos: una historia conceptual (II)», *Psiquiatría pública*, 1993, n.º 1, vol. 5, pp. 11-18.

235. *Cf*. E. C. JOHNSTONE *et al*., «Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia», *Lancet*, 1976, n.º 30, pp. 924-926. Según el mencionado estudio, los síntomas negativos no respondían adecuadamente a los tratamientos neurolépticos. Este y otros estudios similares han determinado que la orientación de la investigación psicofarmacológica y de sus estrategias de comercialización se haya centrado en los últimos años en la promoción de neurolépticos destinados, en principio, a tratar específicamente los síntomas negativos.

236. *Cf*. N. C. ANDREASEN y S. OLSEN, «Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability», *Archives of General Psychiatry*, 1982, n.º 39, pp. 784-788, y «Negative versus positive schizophrenia: definition and validation», *Archives of General Psychiatry*, 1982, n.º 39, pp. 789-794.

237. *Cf*. N. C. ANDREASEN, «The diagnosis of schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1987, n.º 13, pp. 9-22.

238. *Cf*. A. P. A., *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995. Un intento de dar consistencia al soporte empírico introducido por el DSM-IV, con su «vuelta al papel preponderante de los síntomas negativos en la esquizofrenia», puede leerse en L. DAVISON y TH. H. MCGLASHAN, «Schizophrenia: diagnosis and phenomenology», *Current Opinion in Psychiatry*, 1995, n.º 8, pp. 21-24. La última edición de la sinopsis de Kaplan y Sadock nos presenta una buena síntesis de los subtipos esquizofrénicos propuestos por el *D.S.M.-IV* articulada a las contribuciones de otros autores clásicos y contemporáneos; *cf*. H. KAPLAN, B. SADOCK y J. GREBB, *Kaplan and Sadock's. Synopsys of Psychiatry. Behavioral sciences/Clinical psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1994, pp. 457-486.

239. La esquizofrenia tipo I se caracterizaba por la presencia de síntomas positivos, ausencia de deterioro intelectual y buena respuesta a los neurolépticos; la esquizofrenia tipo II se caracterizaba, en cambio, por la predominancia de los síntomas negativos, el deterioro intelectual, la dilatación de los ventrículos cerebrales y la

pobre respuesta a los neurolépticos. *Cf*. T. J. CROW, «Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?», *British Medical Journal*, 1980, n.º 280, pp. 66-68.

240. *Cf*. T. J. CROW, «The two-syndrome concept: origins and current status», *Schizophrenia Bulletin*, 1985, n.º 11, pp. 471-486.

241. En este sentido, Donal W. Black y Nancy C. Andreasen han tratado de atenuar la escisión planteada originariamente por Crow, sugiriendo que «estos síntomas reflejan dimensiones más que categorías discretas de la psicopatología y probablemente existan tres dimensiones en vez de dos. Los síntomas positivos se dividen en dimensiones de psicoticismo (delirios y alucinaciones) y de desorganización (habla y conducta desorganizada, afecto inapropiado), mientras que los síntomas negativos o deficitarios representan una tercera dimensión» (D. W. BLACK y N. C. ANDREASEN: «Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide)», en R. E. HALES, S. C. YUDOFSKY y J. A. TALBOTT, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Áncora, 1996, pp. 445-446).

242. *Cf*. W. T. CARPENTER *et al*., «Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept», *American Journal of Psychiatry*, 1988, n.º 145, pp. 578-583; W. S. FENTON y T. H. MCGLASHAN, «Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficits syndrome in schizophrenia», *American Journal of Psychiatry*, 1994, n.º 151, pp. 351-356.

243. W. T. CARPENTER *et al*., «Treatment of negative symptoms», *Schizophrenia Bulletin*, 1985, n.º 11, pp. 440-452.

244. Dada la heterogeneidad con las que también se han definido los síntomas negativos, algunos autores encuentra favorable la respuesta a los neurolépticos y otros no; sobre este particular, véase H.-J. MÖLLER, «The negative component in schizophrenia», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, n.º 91 (suppl. 388), pp. 11-14.

245. A estas conclusiones conducen los trabajos de R. Keefe: un tipo de esquizofrenia kraepeliniana caracterizada por síntomas negativos severos, componente familiar mayor, alteraciones de la estructura cerebral y pobre respuesta al tratamiento (*cf*. R. KEEFE, R. C. MOHS, M. DAVISON *et al*., «Kraepelinian schizophrenia: a subgroup of schizophrenia?», *Psychopharmacol. Bull*., 1988, n.º 24, pp. 56-61). En un estudio posterior, Keefe y colaboradores consideraron que los «pacientes kraepelinianos» se muestran relativamente refractarios al tratamiento tanto de los síntomas negativos como de los positivos (*cf*. R. KEEFE, D. S. LOBEL, R. C. MOHS *et al*., «Diagnostic issues in chronic schizophrenia: Kraepelinian schizophrenia, undifferentiated schizophrenia, and state-independent negative symptoms, *Schizophrenia Research*, 1991, n.º 4, pp. 71-79).

246. Entre otros autores, Pantelis defiende un modelo en el que la esquizofrenia es considerada una demencia fronto-subcortical, argumentando para ello las similitudes neuroquímicas, neurofisiológicas y neuropsicológicas (*cf*. C. PANTELIS, T. BARNES y H. NELSON, «Is the concept of frontal-subcortical dementia relevant to schizophrenia?», *The British Journal of Psychiatry*, 1992, n.º 160, pp. 442-460).

247. Nancy Andreasen ha desarrollado las escalas *Scale for Assessment of Positive Symptomes* (SAPS), la complementaria *Scale for Assessment of Negative Symptomes* (SANS) y la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). De todas las escalas surgidas en los últimos años, sólo algunas pretenden afianzarse en la psicopatología tradicional, lo que implica tener en cuenta las quejas de los pacientes psicóticos; *cf*. N. JIMENO, M. L. VARGAS y A. JIMENO, *El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt*, Barcelona, Springer, 1996.

248. Una información general sobre las pruebas e instrumentos de evaluación en la esquizofrenia puede leerse en S. WETZLER, *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos*, Barcelona, Áncora S.A., 1991, pp. 89-110. En la misma línea, pero incluyendo una presentación de las hipótesis fisiopatológicas y las propuestas terapéuticas, se recoge en V. PERALTA y M. J. CUESTA, «Síntomas negativos en la esquizofrenia: modelos clínicos, delimitación conceptual, significación clínica, fisiopatología y tratamiento», en M.

GUTIÉRREZ, J. EZCURRA y P. PICHOT, *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1995, pp. 39-79.

249. De siempre se ha discutido si la psiquiatría es o no una ciencia. Una reflexión sobre ello puede leerse en F. ROCA, «¿Es la psiquiatría una ciencia?», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n.º 72, pp. 609-617.

250. «Como acercamiento al tema del diagnóstico y clasificación de la esquizofrenia, es útil comenzar reconociendo tres hechos inexorables (N. C. Andreasen, comunicación personal, diciembre de 1988): primero, la esquizofrenia no es probablemente un único trastorno. Segundo, sea lo que sea no sabemos qué es. Tercero, los criterios de diagnóstico son, por tanto, arbitrarios y probablemente cambiantes con el tiempo, en la medida que vamos conociendo más los mecanismos de este trastorno» (M. FLAUM, «El diagnóstico de esquizofrenia», en CH. L. SHRIQUI y H. A. NASRALLAH [eds.], *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Madrid, Edimsa, 1996, p. 87).

V. LA LOCURA DESDE DENTRO: LAS ENSEÑANZAS DE PAUL SCHREBER, PROFESOR DE PSICOSIS

1. En su conjunto, el saber psiquiátrico se ha forjado mediante la reunión de múltiples observaciones particulares, las cuales han servido para formar las categorías clínicas generales. En el capítulo que ahora se inicia, el procedimiento espistemológico que empleamos es radicalmente distinto. Confiamos en que el estudio pormenorizado de un caso ejemplar se baste por sí mismo para ordenar el conjunto de la estructura clínica. Tal es el motivo que nos anima a reconstruir al detalle la historia de Paul Schreber, razón por cual las referencias a sus escritos serán abundantes.

2. Con esas palabras le rendimos homenaje en el prólogo de la reciente traducción española. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA, «Daniel Paul Schreber, profesor de psicosis» (Prólogo), en D. P. SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, A.E.N., 2003, pp. 7-16.

3. Los traductores del libro de Schreber han hallado no pocas dificultades a la hora de trasladar a su idioma el título. Nosotros optamos por traducir *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* como *Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios*. *Denkwürdigkeiten* se ha vertido con frecuencia a otras lenguas como *Memorias*; así lo han hecho los traductores al español, tanto Italo Manzi como Ramón Alcalde; al francés, Paul Duquenne y N. Sels (*Memoires*); y al inglés, Ida Macalpine y Richard Hunter (*Memoirs*); en la reciente traducción al español, Marciano Villanueva Salas propone con acierto *Sucesos memorables*. El término en cuestión no posee en español una única palabra que condense el sentido que contiene en alemán ese vocablo compuesto: pensamientos, reflexiones y hechos que son memorables o dignos de ser recordados. En inglés, sin embargo, el término *memorabilia* reproduce este sentido con bastante fidelidad. En alemán antiguo *Denkwürdigkeiten* solía traducirse directamente por «memorias», si bien en la actualidad se emplea de manera coloquial la palabra francesa *memoires*. Teniendo en cuenta el contenido del texto y también el papel relevante que tiene para el sujeto psicótico la «dignidad» y la «indignidad», sugerimos la traducción arriba apuntada. También Emanuel Swedenborg había dado a sus desarrollos narrativos de doctrinas filosófico-religiosas, aparecidas a partir de 1766, el título *Memorabilia*, justamente para indicar que sus visiones son «dignas de recordar».

4. Una breve reseña de las publicaciones sobre Schreber puede leerse en nuestro estudio «¿Qué fue de la paranoia? Sobre la permanente objeción de la paranoia al discurso psiquiátrico de las enfermedades mentales» (*Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2007, pp. 276-277). Más detalles se encuentran en la reciente monografía de ANDRÉ BOLZINGER (*Arcanes de la psychose. Retour au texte de Schreber*, París, Campagne-Première, 2005, pp. 211-256), en la cual se comentan sobre todo los trabajos franceses. Algunos artículos de autores de lengua inglesa fueron compilados por LUIZ E. PRADO DE OLIVEIRA, *Le cas Schreber: contributions psychanalytiques de langue anglaise*, Presses Universitaires de France, París, 1979. A lo largo del capítulo se citarán, en el momento oportuno, la mayoría de estas referencias.

5. Inmediatamente a la publicación de las *Denkwürdigkeiten*, algunos especialistas se hicieron eco del evento con breves comentarios en revistas médicas y forenses, entre ellos Hoche, Aschaffenburg y Möbius. Según la opinión de Martin Stingelin, fue Otto Gross el primero en citar este texto en su artículo «Über Bewußtseinszefall», *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1904, n.º 15, pp. 46-51 (*cf*. M. STINGELIN, «Les strategies d'autolegitimation dans l'autobiographie de Schreber», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE [eds.], *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, Lovaina, Press Universitaires de Louvain, 1998, pp. 115-126). Jung sugirió

a Freud la lectura de las *Denkwürdigkeiten* en una carta del 17 de abril de 1910. Durante el segundo lustro del pasado siglo, el libro de Schreber motivó importantes intercambios entre la escuela psiquiátrica de Zúrich y Freud, como el lector podrá comprobar a lo largo del presente capítulo. Las *Denkwürdigkeiten* tampoco pasaron desapercibidas para los psiquiatras más relevantes de aquella época, si bien sus menciones se limitaron a pequeñas apostillas para ilustrar determinados pasajes de sus exposiciones. Así, por ejemplo, Emil Kraepelin evocó a Schreber a propósito de los delirios de influencias, Eugen Bleuler en relación a la *Grundsprache* («lengua fundamental»), C. G. Jung se refirió abundantemente a él en referencia a la teoría freudiana de la libido, y K. Jaspers utilizó determinados pasajes de las *Denkwürdigkeiten* para ejemplificar algunas formas de alucinaciones; todos ellos lo consideraron un demente precoz o un esquizofrénico. Véase, siguiendo el orden citado: ALFRED HOCHE, G. ASCHAFFENBURG y E. SCHULTZE, *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*, 2.ª ed., Berlín, 1909; G. ASCHAFFENBURG, «Reseña sobre *Denwürdigkeiten eines Nervenkranken*, por D. P. Schreber», *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1903, p. 500; MÖBIUS, «Reseña sobre *Denwürdigkeiten eines Nervenkranken*, por D. P. Schreber», *Schmidt's Jahrbücher der in -und ausländischen gesammten Medicin*, 1903, n.º 276, p. 105; E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, vol. III, parte II, Leipzig, J. A. Barth, 1913, p. 682; E. BLEULER, *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias* [1911], Buenos Aires, Paidós, 1961, p. 62; C. G. JUNG, *Teoría del psicoanálisis* [1913], Barcelona, Plaza & Janés, 1976, p. 56 y ss.; K. JASPERS, *Psicopatología general* [1913], México D. F., F.C.E., 1993, pp. 67, 73, 86 y 645.

6. Aunque escasos, no faltan los trabajos que han intentado alabar las excelencias teológicas que contiene el libro de Schreber. Como botón de muestra, véase el artículo de LUCY BREGMAN, «Religion and madness: Schreber's *Memoirs* as personal myth», *Journal of Religions and Health*, 1977, n.º 16, pp. 119-135.

7. Son numerosos los autores que se refieren a Schreber consignando sus dos nombres de pila (Daniel Paul). Lo cierto es que quienes le frecuentaron en vida, así como las informaciones que la prensa de su tiempo le dedicó a lo largo de su campaña al Reichstag, lo nombraron simplemente Paul Schreber (*cf*. H. ISRAËLS, *Schreber, père et fils*, París, Seuil, 1986, p. 24). Más aún, que Schreber se hiciera llamar sólo Paul no es un dato que debamos descuidar por tratarse de un psicótico muy riguroso. Como se verá más adelante, todo su delirio gira en torno a la articulación de la mudanza en mujer, el linaje y la genealogía. No es casual, entonces, que él mismo eludiera precisamente el nombre de Daniel, el más repetido entre todos sus ancestros varones, y, de igual modo, que prefiriera el nombre de su madre (Pauline) para hacerse reconocer. En la edición original de sus *Denkwürdigkeiten* hace constar, no obstante, sus dos nombres y su titulación académica: Dr. jur. Daniel Paul Schreber.

8. El mundo cultural de Schreber, así como las relaciones posibles entre psicosis y cultura, trasciende el objetivo de nuestro estudio. Remitimos por ello al lector interesado al libro de LUIZ EDUARDO PRADO DE OLIVEIRA (*Freud et Schreber. Les sources écrites du délire, entre psychose et culture*, Toulouse, Erès, 1997), donde se hallará sobre el particular una enjundiosa reflexión y un sinfín de referencias a explorar sobre el asesinato del alma.

9. Nuestra exposición sobre Paul Schreber y su familia se nutre especialmente de las investigaciones históricas desarrolladas por H. Israëls, Z. Lothane y, en menor medida, D. Devresse. Las publicaciones de estos autores han desautorizado muchos datos erróneos que circulaban entre los especialistas a propósito de los Schreber, aportando asimismo materiales desconocidos muy valiosos que en su momento retomaremos; *cf*. D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, París, Seuil, 1986; H. ISRAËLS, *Schreber, père et fils*, *op. cit*.; Z. LOTHANE, *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, Nueva Jersey, The Analytic Press, 1992; D. DEVRESSE, *L'acte manqué paranoïaque. Le délire de Schreber entre les quatre discours universitaires et dans l'histoire allemande de Luther à Bismarck*, París, L'Harmattan, 2003.

10. En el coloquio «Schreber revisité», celebrado en agosto de 1993 en Cerisy-La Salle, Francia, Zvi Lothane acuñó la expresión «industria Schreber» para designar el movimiento que ha surgido en los últimos cuarenta años respecto a Schreber, su familia, sus textos y un sinfín de investigaciones colaterales que tanto abundan en la literatura especializada.

11. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, Barcelona, Paidós, 1984, p. 21.

12. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 18 de diciembre de 1910», *Correspondencia*, Madrid, Taurus, 1978, p. 440.

13. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta de 22 de abril de 1910», *Correspondencia*, *op. cit.*, p. 367.

14. *Cf*. S. FREUD, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], en *Obras Completas*, vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, p. 72. Sobre Schreber y Freud, véanse: C. B. CHABOT, *Freud on Schreber: Psychoanalytic Theory and the Critical Act*, Massachusetts. University of Massachusetts Press, 1982; DAVID TROTTER, *Paranoid modernism: literary experiment, psychosis, and the professionalization of English society*, Oxford, Oxford University Press, 2001, pp. 51-79; ERIC L. SANTNER, *My Own Private Germany: Daniel Paul Schreber's Secret History of Modernity*, Princeton, Princeton University Press, 1996, pp. 19-62.

15. Como buen psicótico, Paul Schreber se ocupó de reconstruir su genealogía en el delirio, sobre todo buscando explicaciones al «asesinato del alma». Esta indicación dio pie a algunos trabajos, como el de A. Tabouret-Keller, muy útiles en su momento pero que han revelado, a la postre, ciertas inconsistencias históricas. Al fiarse de ellos y no confrontarlos con fuentes más verídicas, otros autores continuaron difundiendo algunos datos sesgados, como es el caso de Bernard This. Dichas investigaciones genealógicas han servido para la elaboración de algunos ensayos brillantes, como el realizado por R. Alcalde a propósito de la repetición de los nombres bíblicos Daniel y Paul en la familia Schreber. Se sabe actualmente que a lo largo de los siglos XVII y XVIII, los antepasados de Paul Schreber habitaron en el reino de Sajonia, formando familias acomodadas y universitarias (médicos, abogados, profesores). El bisabuelo de Paul, Daniel Gottfried Schreber (1708-1777) había sido profesor de economía política en Leipzig. De su primer matrimonio nació Johann Christian Daniel Schreber (1739-1810), quien dedicó su tesis doctoral de Medicina a Linneo; de su segundo matrimonio nacieron dos vástagos, Johann Gotthilf Daniel (1754-1837) y Johann Benedick Daniel (1759-1785). El primogénito Gotthilf, tras estudiar historia, matemáticas, ética y derecho, fue jurisconsulto; todos los historiadores coinciden en señalar sus pocas dotes para amasar fortuna. Casado con Friederike Karoline Grosse (1779-1846), tuvo dos hijos: Daniel Gottlob Moritz (1808-1861), el padre de Paul, y Friedrich Gustav Daniel (1812-1816), que murió a los cuatro años de una «fuerte fiebre con convulsiones». Los ancestros varones de Paul Schreber fueron, en su mayoría, escritores prolíficos. Véase respectivamente: A. TABOURET-KELLER, «Une étude: la remarcable famille Schreber», *Scilicet*, 1973, n.º 4, pp. 287-321; B. THIS, «La race schrébérienne», *Le Coq-Héron*, 1973, n.º 37-38, junio-julio, pp. 2-3; 1973, n.º 40, noviembre, pp. 2-12; 1973-1974, n.º 41-42, diciembre-enero, pp. 9-17; R. ALCALDE, «Schreberiana I: nominación, emasculación, visión», *Cuadernos de psicoanálisis*, 1980, n.º 1, pp. 63-93. El árbol genealógico de la familia Schreber establecido por H. Israëls puede consultarse en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, pp. 20-21. Véase también D. DEVRESSE, *L'acte manqué paranoïaque*, *op. cit.*, en especial, pp. 9-14.

16. H. ISRAËLS: *Schreber, père et fils*, *op. cit.*, p. 16. La literatura sobre Moritz Schreber, en efecto, es tan amplia como contradictoria. Mientras algunos de sus mentores lo retratan con una aureola de admiración característicamente hagiográfica (R. Siegel y H. Fritzsche), alabando la moderación de sus hábitos y la completa entrega a su familia, otros, influidos por los comentarios tendenciosos que alimentó W. Niederland, lo han

descrito como un ser tiránico, sádico y trastornado, atribuyéndole directa o indirectamente y en mayor o menor medida la responsabilidad de la psicosis de su hijo Paul (Niederland, Schatzman y Kohut, en especial). Merced a las rigurosas investigaciones de Israëls y Lothane, el Dr. Moritz Schreber volvió de nuevo a ser situado dentro de los márgenes de una cierta normalidad, los cuales parecen más plausibles y menos desorbitados. A lo largo de las páginas que siguen se irán detallando las publicaciones más relevantes consagradas a Moritz. Todas ellas coinciden en atribuirle un papel esencial en su familia, como no podía ser de otro modo dada la estructura tan marcadamente patriarcal propia de su tiempo. De manera resumida, estas polémicas han sido evocadas por FRANK J. SULLOWAY, «Schreber and his father», en TOBY GELFAND y JOHN KERR (eds.), *Freud and the History of Psychoanalysis*, Analytic Press, 1992, pp. 161-163.

17. William Niederland (1904-1993), psiquiatra de origen prusiano afincado en Estados Unidos, especializado en las secuelas psíquicas de los supervivientes del Holocausto y principal inspirador del síndrome del sobreviviente, lo describe en los siguientes términos: «El doctor Schreber era un hombre de poca estatura, poco desarrollado físicamente en su juventud, su salud había sido delicada. Gracias a un persistente entrenamiento, a un gran esfuerzo personal y a ejercicios musculares metódicos, logró convertirse en un hombre robusto [...]» (W. NIEDERLAND: «El padre de Schreber» [1960], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1972, p. 199).

18. *Cf*. L. M. UOLITZER, «D. G. M. Schreber», *Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung*, 1862, n.º5, pp. 1-7.

19. Conviene advertir que en aquellos días la práctica gimnástica no estaba exenta de ciertas connotaciones políticas. En efecto, tras el período napoleónico la gimnasia había sido prohibida en Sajonia porque se la consideraba «nacionalista» y por ende subversiva. Por otra parte, en aquellos años la gimnasia era practicada sobre todo por personas acomodadas e intelectualmente elevadas. El filósofo F. Nietzsche fue uno de sus más conocidos mentores.

20. D. G. M. SCHREBER: *Manual popular de gimnasia de sala*, Madrid, Carlos Bailly-Bailliere, 1891, pp. 5 y 14.

21. Por lo general suele fecharse el accidente del gimnasio a finales de la década de 1850, pues su biógrafo Ritter así lo dejó entrever (*cf*. A. RITTER, *Schreber: Das Bildungssystem eines Ärztes*, Disertación inaugural, Erlangen, 1936, p. 14). Tal indicación fue recogida y repetida sin mayor comprobación por Baumeyer, Tabouret-Keller y Niederland, e inevitablemente por el largo rosario de autores que han basado sus trabajos en los tres anteriores. Que el accidente se produjera a finales de la década de los cincuenta, como se ha repetido, o en 1851, fecha en la que realmente ocurrió, no tendría mayor interés de no ser por algunas conclusiones que se han tratado de extraer a partir de la fecha en cuestión. Así William Niederland, por ejemplo, creyó poder correlacionar la edad del padre cuando sufrió el accidente (cincuenta y un años, supuestamente) y la de su hijo Paul en el momento del desencadenamiento de su gran psicosis: «Comparando ahora los datos sobre las enfermedades que afectaron tanto al padre como al hijo cuando cada uno de ellos pasó los cincuenta años, y revisando nuevamente las características de ciertas producciones mentales de ambos hombres, se hace difícil evitar el reconocimiento de algunas notables semejanzas entre ellos. Después de una herida en la cabeza, a los cincuenta o cincuenta y un años de edad, el padre contrae lo que tanto su hija como su biógrafo llaman una extraña enfermedad de la cabeza. Muere a los cincuenta y tres años. El hijo, Daniel Paul, también se enferma a la edad de cincuenta y un años e inicialmente sus síntomas más importantes son sus quejas sobre su cabeza, el reblandecimiento del cerebro, su muerte próxima, etc.» (W. NIEDERLAND: «Schreber: padre e hijo» [1959], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, *op. cit.*, p. 189). Curiosamente Niederland, partiendo de un dato erróneo, consigue relacionar el accidente de Moritz con la gran crisis psicótica de su hijo Paul, sobrevenida tras su nominación y asunción de

funciones como *Senatspräsident*; Niederland se equivocó en esa correlación, pero acertó sin saberlo pues tanto el accidente del padre como el primer trastorno psicótico con síntomas hipocondríacos de Paul, ocurrido días después de finalizar la campaña al *Reichstag*, se produjeron cuando ambos contaban cuarenta y dos años.

22. A este respecto, tras enjuiciar las confidencias de Anna, la hija mayor de Moritz, Hugo Fritzsche escribió: «Los dolores de cabeza que sufría Schreber no han sido aclarados jamás. Resulta imposible decir si fueron la consecuencia de la caída de la escalera de hierro [...] o la manifestación de un profundo estado depresivo» (H. FRITZSCHE: «Aus Dr. Moritz Schrebers Leben», *Garten und Kind: Zeitschrift der mitteldeutschen Schrebergärtner*, 1926, n.º 6, p. 14).

23. Son numerosos los autores que han consagrado sus investigaciones a escudriñar, con mayor o menor fortuna, la obra pedagógica de Moritz Schreber, siguiendo así la brecha inaugurada por Niederland. Esa pesquisa está lejos de nuestra pretensión actual, por lo que nos limitaremos a traducir al español los títulos de algunas de sus obras: *El libro de la salud: una ortobiótica según las leyes de la naturaleza y la constitución del organismo humano* [1839]; *La gimnasia desde el punto de vista médico, presentado como problema de Estado* [1843]; *Las peculiaridades del organismo infantil en el estado de salud y de enfermedad: una propedéutica a la pediatría especial* [1852]; *Gimnasia médica para practicar en sala, es decir, el sistema de ejercicios gimnásticos de animación, practicables en cualquier lugar sin instrumentos y asistencia, como método terapéutico y tónico-vital para ambos sexos de cualquier edad* [1855]; *Kalipadia, es decir, la educación para la belleza del cuerpo y del espíritu mediante el ennoblecimiento armónico de la naturaleza entera del hombre* [1858]; *Anthropos: la prodigiosa construcción del organismo humano, su vida y sus leyes de la salud* [1859]; *El amigo de la familia como educador y guía de la dicha familiar, de la salud del pueblo y del ennoblecimiento del hombre, para padres y madres del pueblo alemán* [1861]. Al contrario de lo que se ha repetido hasta la saciedad, los escritos de Moritz Schreber tuvieron un eco más bien limitado en el tiempo y en el espacio, a excepción del *best-seller Ärtzliche Zimmergymnastik* de 1855. Para más información, antes que cualquier otro, véase a este respecto: Z. LOTHANE, *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, *op. cit.*, pp 147-198; asimismo, H. ISRAËLS, *Schreber, père et fils*, *op. cit.*, pp. 231-252; puede igualmente ojearse, con la cautela necesaria dado el particular sesgo interpretativo: M. SCHATZMAN, *El asesinato del alma. La persecución del niño en la familia autoritaria*, Madrid, Siglo XXI, 1979. Existe al menos una traducción española de la célebre *Ärtzliche Zimmergymnastik* (*Manual popular de gimnasia de sala*, *op. cit.*; reeditado en 1986 en Valencia por Librerías «París-Valencia»), así como una versión francesa del mismo texto: *Gymnastique de chambre*, París, Navarin, 1981.

24. Franz Baumeyer, en su célebre artículo de 1955 «Der Fall Schreber», transcribió parte de la historia clínica de Paul Schreber hallada en los archivos del manicomio de Leipzig-Dösen; en el epígrafe relativo a la herencia puede leerse: «su padre (creador de los "Jardines Schreber") sufrió de ideas obsesivas con tendencias homicidas» (F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, *op. cit.*, p. 13); la historia de la enfermedad (*Krankheitsgeschichte*) recogida por Baumeyer en su publicación alemana original fue traducida al inglés y a otras lenguas con algunas variaciones, de las que se hace eco Z. Lothane en su libro (*cf.* Z. LOTHANE, *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, *op. cit.*, pp. 469-483).

25. W. NIEDERLAND: «El padre de Schreber» [1960], *op. cit.*, p. 198, y «Schreber: padre e hijo» [1959], *op. cit.*, p. 187.

26. I. MACALPINE y R. A. HUNTER: «Introduction», «Notes and Discussion», en D. P. SCHREBER, *Memoirs of my nervous illnes*, Londres, Dawson, 1955, p. 1.

27. *Cf.* H. KOHUT, *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001 [1971], p. 232.

28. O. MANNONI: «El lenguaje en el esquizofrénico», *Cuadernos Sigmund Freud*, 1976, n.º 2-3, p. 76.

29. H. ISRAËLS: *Schreber, père et fils*, *op. cit.*, p. 126.

30. Los *Schreberplatz* fueron creados en Leipzig por el Dr. Ernst Innocenz Hauschild, en 1864. Eran espacios y plazas destinados al entretenimiento de niños desfavorecidos. Hauschild les dio el nombre de *Schreberplatz* para homenajear al Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreber. Los *Schrebergärten* o Jardines Schreber representan una síntesis de dos valores alemanes importantes, la comodidad (*Gemütlichkeit*) y la competición. Por un lado, un mundo idílico entre mariposas, hortalizas y enanos de jardín; por otro, una vida asociativa intensa con reuniones, fiestas y concursos.

31. *Cf*. H. ISRAËLS, *Schreber, père et fils*, *op. cit.*, p. 253.

32. W. NIEDERLAND: «Schreber: padre e hijo» [1959], *op. cit.*, p. 187. Unas páginas antes, afirma: «El cuerpo central del sistema educativo del doctor Schreber está condensado en su repetido consejo a padres y educadores: deben hacer uso del máximo de presión y coerción los primeros años de la vida del niño».

33. W. NIEDERLAND: «El padre de Schreber» [1960], *op. cit.*, p. 202.

34. M. SCHATZMAN: *El asesinato del alma*, *op. cit.*, p. 55.

35. D. G. M. SCHREBER: *Kalipädie oder Erziehung zur Schönheit durch naturgetreue und gleichmässige Förderung normaler Körperbildung, lebenstrüchtiger Gesundheit und geistiger Veredelung und insbesondere durch möglichste Benutzung specieller Erziehungsmittel: Für Altern, Erzieher und Leher*, Leipzig, F. Fleischer, 1858, pp. 219-220.

36. M. SCHATZMAN: *El asesinato del alma*, *op. cit.*, p. 175.

37. *Cf*. E. CANETTI, «Poderío y paranoia» [1960], en *Masa y poder*, vol. II, Madrid, Alianza, 1983, pp. 407-461. Al parecer, el propio Canetti había encontrado la vinculación entre el nazismo y los métodos educativos de Moritz Schreber en el libro del judío Arnold Zweig (*Bilanz der deutschen Judenheit 1933*), pero jamás lo citó. Lothane ha criticado en diversas ocasiones estas «tonterías» que tratan de emparentar el surgimiento del nazismo con la obra médica y pedagógica del padre de Schreber; véase en especial: Z. LOTHANE: «Vindicating Schreber's father: neither sadist nor child abuser», *Journal of Psychohistory*, 1989, n.º 16, pp. 263-285.

38. «Los instrumentos de tortura (*sic*) utilizados en otro tiempo por los ortopedistas desaparecieron de la clínica de Schreber» (G. RICHTER: *Geschichte des ältesten Schrebervereins, 1864-1939. Festschrift zum 75jährigen Bestehen des Kleingärtnervereins Dr. Schreber*, Leipzig, 1939, p. 17).

39. «Así pasaba el tiempo, cuando el apropiado llegó. / Cuando él, un joven doctor, hablaba de amor, / Una vez que se armó de coraje para hacerle su petición, / No cabía pensarlo mucho» (D.P SCHREBER: «Poema» [para el noventa cumpleaños de su madre], en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, p. 66). La edición citada contiene todos los textos en alemán y en francés.

40. «Saborear por primera vez la alegría de ser madre, / Al tiempo que dedicar todo tu ser al hombre amado, / ¿Qué podría ser, en verdad, más hermoso en esta tierra?» (D. P. SCHREBER: «Poema» [para el noventa cumpleaños de su madre], en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, p. 70).

41. «Amargo golpe, el final doloroso del hijo. / Las enfermedades de los niños en tu propia carne» (D. P. SCHREBER: «Poema» [para el noventa cumpleaños de su madre], en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, p. 74).

42. F. BAUMEYER: «Observaciones complementarias al trabajo de Freud sobre Schreber» [1970], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, *op. cit.*, p. 44. Este autor, siguiendo la indicación de Niederland según la cual los dos nombres de Schreber (Daniel Paul) se corresponde con alguno de los de sus padres, advirtió: esos

nombres implican «una identificación con el padre, que también se llamaba Daniel, y con la madre, cuyo nombre era Pauline. Tomó sobre sí el rol pasivo de la madre y su completo sometimiento al padre» (p. 44).

43. *Cf*. R. B. WHITE, «The mother-conflict in Schreber's psychosis», *International Journal of Psychoanalysis*, 1961, n.º 42, pp. 55-73). De igual modo, H. Searles quiso ver que la madre se valía del «padre prohibidor» para ocultar sus propios sentimientos negativos inconscientes respecto a su hijo Paul (*cf*. HAROLD SEARLES, *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, Nueva York, International Universities Press, 1965).

44. *Cf*. J. CHASSEGUET-SMIRGEL, «A propos du délire trans-sexuel du Président Schreber», *Revue françise de psychanalyse*, 1975, n.º 5-6, pp. 1013-1026.

45. «La idea [de la fábrica] le fue inspirada a Gustav probablemente por el marido de Anna [su cuñado C. Jung], director él mismo de una fábrica [de perfumes y jabones de tocador]» (H. ISRAËLS: *Schreber, père et fils*, *op. cit*., p. 169).

46. El 10 de mayo de 1877, el rotativo *Chemnitzer Tageblatt* publicó la noticia con los siguientes términos: «Bautzen. El 7 de mayo, el doctor Schreber, nombrado recientemente Consejero en la Corte de Distrito, ha puesto fin a su vida disparándose una bala en la cabeza. Todo indica que una fuerte tendencia la melancolía ha sido la causa de tan lamentable suceso».

47. La carta en cuestión es bastante confusa. Dice así: «Querida madre. Supongo que la alianza [o la fiesta] prevista se ha cancelado, cosa con la que estoy totalmente de acuerdo. En consecuencia, regresaré a Leipzig el miércoles por la noche. Como probablemente llegaré ya entrada la noche, le ruego que me envíe la llave de la puerta. Con mis mejores deseos, tu G.» (H. ISRAËLS: *Schreber, père et fils*, *op. cit*., p. 171; el mismo texto, pero en inglés, en Z. LOTHANE, *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, *op. cit*., p. 23).

48. F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, *op. cit*., p. 13; el término «paralítico» se refiere a la parálisis general de aquellos años, es decir, a la sífilis. Unas páginas más abajo cita Baumeyer una carta de Klara, la pequeña de los hermanos, en la que rectifica y detalla algunas de las declaraciones y omisiones de su hermano Paul: «[...] tampoco informa [Paul] que la psicosis progresiva de nuestro querido hermano mayor ya había sido reconocida en aquel momento, pero que el médico, que ya había pensado internarlo en un hospicio, consideró que el pobre hombre no estaba todavía lo suficientemente enfermo» (F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], *op. cit*., p. 26).

49. H. ISRAËLS: *Schreber, père et fils*, *op. cit*., p. 172.

50. No estamos en condiciones de sostener con taxativos juicios si Gustav padecía o no una parálisis general progresiva. Puesto que es un dato desconocido, conviene tener en cuenta el lugar de referencia común que esta enfermedad infecciosa tuvo a lo largo del siglo XIX. Se recurría a ella demasiado a menudo para tranquilizarse sobre el enigma de determinadas conductas extravagantes. Sin ir más lejos, también al propio Paul se le diagnosticó al inicio de su trastorno; lo mismo ocurrió con tantos y tantos otros, incluso con F. Nietzsche, de quien Binswanger y Lange-Eichbaum dieron por sentado que la padeció, mientras que Jaspers y Kolle se mostraron más escépticos (*cf*. W. ROSS, *Friedrich Nietzsche. El águila angustiada. Una biografía*, Barcelona, Paidós, 1994, pp. 827-833). Más aún, el hecho de que Gustav presentara una sífilis terciaria no implicaría en absoluto que no fuera psicótico, pues la primera es una enfermedad del cerebro y la segunda un trastorno del sujeto.

51. Durante el II Reich, los estamentos judiciales de Sajonia estaban compuestos por: 105 Tribunales del Condado (*Amtsgericht*); 7 Tribunales del Distrito, de primera instancia (*Landesgericht*); por encima de éstos, el *Oberlandesgericht*, situado en Dresde, máximo poder de apelación en Sajonia; el *Reichsgericht*, órgano supremo

del poder judicial de todo el Imperio alemán, situado por motivos históricos en Leipzig; finalmente, el organismo encargado de escribir las leyes (*Reichsjustizamt*), en Berlín.

52. Todos los datos relativos a la carrera jurídica de Paul Schreber (peticiones, nombramientos, confirmaciones de destinos, informes médicos sobre su estado mental, etc.) pueden leerse en el *Personalakte*, el dossier personal, que contiene los documentos administrativos del Ministerio de Justicia de Dresde. Esta valiosa documentación fue descubierta por Daniel Devresse y publicada en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, pp. 171-257). La mencionada documentación podrá leerse en alemán y francés.

53. Que se sepa, Paul abandonó Leipzig a lo largo de esos nueve años durante un breve período coincidente con la Guerra Franco-Prusiana de 1870-1871; fue por este motivo destinado temporalmente a Estrasburgo en calidad de Juez de instrucción. También en 1878 fue convocado en Berlín para la redacción de las nuevas leyes del Imperio. Por otra parte, su hermano Gustav, como ya se ha dicho, residió intermitentemente en el domicilio familiar cuando inició su ejercicio judicial; la pequeña de los hermanos, Klara, contraería nupcias a los cuarenta años con Theodor Krause, juez asimismo en Chemnitz.

54. Sabemos por el historial clínico difundido por Baumeyer que, a pesar de no tener ninguna enfermedad física, «el paciente expresó ideas hipocondríacas ya en el momento de su casamiento» (F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], *op. cit.*, p. 13).

55. En su conjunto, el programa político defendido por Schreber estaba muy próximo a las ideas bismarckianas. En su primer artículo sobre Schreber, W. Niederland escribió: «[...] y que ser candidato al *Reichstag* implicaba en cierto modo oponerse a Bismarck, el hombre más poderoso de Alemania»; y más adelante: «Enfermó por primera vez cuando se le solicitó que se convirtiera en miembro del *Reichstag*, como hijo rebelde en oposición al aterrador Bismarck» (W. NIEDERLAND: «Tres notas sobre el caso Schreber» [1951], en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, *op. cit.*, p. 164 y 167). El supuesto enfrentamiento con Bismarck, como ya se ha dicho, no fue tal. Sin embargo, Niedarland vuelve a poner el dedo en el punto que conviene a la hora de explicar el desencadenamiento de la crisis, ya que apunta a lo que Freud llamó el «complejo paterno» (volveremos sobre ello más adelante).

56. D. P. SCHREBER: *Memorias de un neurópata* [1903], Buenos Aires, Petrel, 1978, p. 51; traducidas por Italo Manzi. (En adelante, las abundantes citas de las *Denkwürdigkeiten* se consignarán únicamente anotando la página a la que pertenecen entre paréntesis). Hemos usado, además del original alemán de 1903 (*Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, Leipzig, Oswald Mutze, 1903), las traducciones de Ramón Alcalde, cuya elegancia y fidelidad merecen nuestro encomio (*cf*. D. P. SCHREBER, *Memorias de un enfermo nervioso*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1979; con un estudio preliminar de Jorge Saurí) y la de Marciano Villanueva Salas (*cf*. D. P. SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, *op. cit.*). Hemos elegido la traducción de Manzi porque es la más difundida hasta la fecha.

57. F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], *op. cit.*, p. 10.

58. Son palabras de Oswald Bumke, sucesor de Flechsig en la Clínica entre 1921 y 1924. Citado por Z. LOTHANE: *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, *op. cit.*, pp. 35 y 102.

59. «La enfermedad de Schreber se puede dividir en varios períodos. Comenzó con una fase prepsicótica en la que toda su personalidad había cambiado, pero no presentó síntomas psicóticos [...]. Después de asumir su nueva profesión desarrolló un síndrome hipocondríaco "neurasténico" que lo extenuó completamente y que culminó con la noche en que, terriblemente excitado, tuvo seis poluciones. Comenzó entonces la psicosis en la que el profesor Flechsig, que lo trataba, se convierte en su perseguidor» (M. KATAN: «El delirio de Schreber acerca del fin del mundo», en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, *op. cit.*, p. 119). Aunque no

compartimos el diagnóstico de Katan, apreciamos en sus desarrollos la importancia crucial que confirió a la relación de Schreber con su neurólogo Flechsig en la génesis del delirio. Sus interpretaciones, sin embargo, rozan el despropósito. Son asimismo loables sus esfuerzos por rastrear el material infantil presente en el delirio, aunque se extravía desde el inicio por el hecho de sumarse a la hipótesis freudiana de la homosexualidad, a la que aporta interpretaciones simbólicas desorbitadas. Véanse sobre el particular sus artículos: «El más allá de Schreber. Su construcción (*Aufbau*) y su caída», «Las alucinaciones de Schreber sobre los "homúnculos"», «La fase prepsicótica de Schreber» y «Nuevas observaciones acerca de las alucinaciones de Schreber», en VV.AA., *Los casos de Sigmund Freud. El caso Schreber*, *op. cit.*, pp. 45-118, 126-134, 135-153, respectivamente.

60. *Cf*. P. RACAMIER y J. CHASSEGUET-SMIRGEL, «Revisión del caso Schreber» [1966], *Imago*, 1980, n.º 9, pp. 60-87.

61. Aunque Schreber ya era psicótico en esta primera crisis —escribió Mannoni—, «todavía no se encuentra obligado a darse a sí mismo, de modo delirante, el saber sobre neurología que espera obtener de Flechsig» (O. MANNONI: «Presidente Schreber, Profesor Flechsig» [1974], *Cuadernos de psicoanálisis*, 1978, n.º 1, pp. 33-47 [p. 37]).

62. Z. LOTHANE: *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, *op. cit.*, p. 38. El autor lamenta que la psiquiatría de aquella época tendía a ver la ansiedad y la depresión como síntomas acompañantes y no como «fenómenos propiamente dichos», lo que acarreaba la consecuencia de «vincular la hipocondría con la paranoia antes que con la depresión».

63. Tal como puede leerse en sus *Denkwürdigkeiten*, nada tenían de anecdótico esas convicciones sobre el adelgazamiento imparable: «Durante esta enfermedad me habían impresionado muy favorablemente los métodos terapéuticos del profesor Flechsig. Otro que no fuera yo hubiera podido equivocarse. Ya desde esa época de mi primera enfermedad, pensaba y sigo pensando que frente a muchos de sus enfermos mentales, el psiquiatra nunca puede evitar del todo a recurrir a *mentiras piadosas*, pero que ante esas mentiras debe observar siempre la más extrema circunspección; ahora bien, en lo que a mí se refiere, no había ninguna necesidad de recurrir a ellas, pues debió verse en mí inmediatamente al hombre de espíritu elevado que yo era, dotado de una inteligencia y una perspicacia excepcionales. En verdad, sólo escuchaba mentiras piadosas cuando el profesor Flechsig quería hacer pasar mi enfermedad por una simple intoxicación con bromuro provocada por una receta del Dr. R. de S., con quien me había tratado poco antes. De igual manera, creo que me habría librado con mayor rapidez de ciertas ideas hipocondríacas que me dominaban entonces, como la de adelgazar, si me hubieran enseñado a servirme por mis propios medios de la balanza que utilizaban para pesar a los enfermos, [...]» [p. 52].

64. Terminada la redacción de las *Memorias*, aún conservaba Flechsig —el primer perseguidor— un papel crucial, tal como evidencia la «Carta abierta al Profesor Flechsig (Consejero médico privado)», redactada en marzo 1903: «Hace años que reflexiono incesantemente sobre la manera de cómo poder conciliar esos hechos con el respeto de su persona, *ya que no tengo el más mínimo motivo para poner en duda la honorabilidad y el valor moral de ella*. Además, recientemente se me ocurrió una idea nueva, poco antes de la publicación de mi trabajo, que *tal vez* podría llevar a la solución del enigma. Como lo observo al final del capítulo IV y a comienzos del V de mis *Memorias*, no me cabe la menor duda de que el *primun movens* de lo que mis médicos siempre consideraron triviales "alucinaciones", y que en cambio para mí tiene el significado de una relación con fuerzas sobrenaturales, consistía en una *orden impartida por su sistema nervioso a mi sistema nervioso*. ¿Cómo explicarlo? Siento la tentación de encarar la posibilidad siguiente: ¿no habría podido usted en persona mantener con mis nervios —al principio, quiero creerlo, con un objetivo terapéutico— una relación de orden hipnótico, sugestivo o de otro tipo, a pesar de la *distancia* espacial que nos separaba? De manera que a través de esta

relación usted hubiera podido darse cuenta de pronto que desde el Más Allá trataban de adoctrinarme mediante voces que denotaban un origen sobrenatural» [p. 16].

65. Baumeyer, en su breve artículo de 1970, informó de que Sabine Schreber «tuvo en el transcurso de su matrimonio seis partos infructuosos» (hijos nacidos muertos o abortos). «De este modo se aclara también —continúa Baumeyer— la contradicción que mencioné en mi primer trabajo. Schreber se refiere a dos abortos de su mujer entre su primera y su segunda enfermedad, de 1885 a 1893. El hecho de que ya en la historia clínica de 1884 se mencionen dos abortos se aclara fácilmente a partir del testimonio de la hija adoptiva de Schreber, según la cual la señora Schreber tuvo un total de seis abortos» (F. BAUMEYER: «Observaciones complementarias al trabajo de Freud sobre Schreber» [1970], *op. cit.*, p. 41). Sin embargo, si se tiene en cuenta que Sabine tenía cuarenta y cinco años cuando su esposo salió por segunda vez del manicomio, nos inclinamos a considerar, como hace Israëls, que «los abortos tuvieron lugar probablemente antes de la segunda enfermedad de Paul» (H. ISRAËLS: *Schreber, père et fils*, *op. cit.*, p. 194). Según los datos aportados por Lothane, además de los abortos, Sabine dio a luz dos niños muertos: una niña en 1888 y un niño en 1892 (*cf*. Z. LOTHANE, «Daniel Paul Schreber en su propios términos, o cómo las ficciones interpretativas se convierten en hechos históricos; 1.ª Parte», *Análisis. Revista de psicoanálisis y cultura de Castilla y León*, 2006, n.º 11-12, p. 69).

66. ¿Qué mantuvo a Schreber estabilizado entre la primera y la segunda crisis? Desde luego que no lo sabemos, pero nos permitimos sugerir algunas hipótesis que pueden tomarse por separado o en conjunto: la relación con su mujer; la esperanza de tener por fin un hijo; incluso la identificación a su función de magistrado; quizás, también, la infatuación narcisista: «debió verse en mí inmediatamente al hombre de espíritu elevado que yo era, dotado de una inteligencia y una perspicacia excepcionales» [p. 52].

67. La reciente traducción de Marciano Villanueva Salas propone: «Se trataba de la idea de que debía resultar muy placentero ser una mujer cuando se entrega al coito» (D. P. SCHREBER: *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, *op. cit.*, p. 50). El texto que Schreber escribió dice: «Es war die Vorstellung, daß es doch eigentlich recht schön sein müsse, ein Weib zu sein, das dem Beischlaf unterliege», que literalmente puede traducirse como: «Era la idea de que en el fondo tenía que ser muy hermoso ser una mujer que se entrega al coito» (D. P. SCHREBER: *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, Leipzig, Oswald Mutze, 1903, p. 36).

68. Parece pertinente colegir a partir de los libros de Moritz Schreber el tipo de educación sexual que había imbuido a sus hijos. Se trataba, en resumen, de fomentar la continencia valiéndose de ciertos consejos preventivos para no dejarse arrastrar por la excitación sexual; *cf*. M. SCHREBER, *Ärztliche Zimmergymnastik oder Darstellung und Anwendung der unmittelbaren*, Leipzig, Fleicher, 1855. El propio Paul Schreber expresó estos mismos principios con palabras inequívocas: «Pocos hombres fueron educados con principios morales tan severos como yo, y pocos se habrán impuesto, como lo hice yo sobre todo en lo referente a la materia sexual, una discreción tan conforme a esos principios» [p. 278].

69. El «fenómeno notable» al que se ha aludido consistía en que a lo largo de varias noches de insomnio, «un crujido que se repetía 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 ratón, a pesar de que debía sorprendernos mucho que un ratón 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 [...]» [p. 54]. Este pasaje constituye un excelente ejemplo de un fenómeno elemental paradigmático: por una parte, se anticipa temporalmente al gran desencadenamiento psicótico y, por otra, contiene en sí mismo la estructura general del delirio desarrollado a base de un ímprobo trabajo. Podemos analizar los pormenores semiológicos de ese

fenómeno en los términos que tanto gustaban a Clérambault: es inicialmente neutro, anidéico y atemático, y sólo más tarde, ese ruido —al principio atribuido a un ratón— adquirirá una significación delirante ligada indefectiblemente al sujeto.

70. «Pero inmediatamente antes de irme a dormir se presentaron síntomas más inquietantes. Por desgracia la cama, que había sido ventilada demasiado, resultaba muy fría, de modo que inmediatamente fui presa de un fuerte temblor, y tomé el somnífero en medio de una gran agitación. Este somnífero careció casi completamente de efecto, de manera que mi esposa, después de una o varias horas, tuvo que suministrarme el hidrato de cloral que estaba preparado por las dudas. A pesar de todo pasé la noche casi en blanco, y durante esa misma noche abandoné mi lecho una vez para intentar suicidarme con una toalla u otro elemento. Mi mujer, que en todo este movimiento se había despertado, impidió que realizara mi propósito. Por la mañana siguiente tuve una gran depresión nerviosa; la sangre afluía hacia mi corazón [...]» [p. 56-57].

71. Estos apuntes se desprenden de la historia clínica recogida por Baumeyer, que continúa así: «Posteriormente, sus alucinaciones auditivas y visuales se acrecentaron mucho. Imaginaba estar muerto y en descomposición; ya no se encontraba "en condiciones de ser enterrado", "enfermo de peste", [...]; su pene había sido retorcido y arrancado mediante un instrumento denominado por él "sonda de nervio"; sostenía que era una mujer, pero declaraba a menudo que tenía que armarse de una fuerte resistencia contra "el amor homosexual de ciertas personas"» (F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], *op. cit.*, p. 13-14).

72. *Cf*. P. FLECHSIG, *Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen*. Vortrag gehalten beim Antritt des Lehramtes an den Universität Leipzig am 4, März, 1882, Leipzig, Veit.

73. Animada sobre todo por los trabajos de Meynert, a finales del siglo XIX la orientación neuroanatómica fue copando un buen número de cátedras en el territorio de lengua alemana: Meynert en Viena, Wernicke en Breslau, el propio Flechsig en Leipzig, Hitzig en Halle, Westphal en Berlín, von Gudden en Múnich y Nasse en Heidelberg. Sobre Flechsig y Weber véase, antes que cualquier otro, el libro de Z. LOTHANE, *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, pp. 199-316; para informarse sobre las obras y vidas de los «médicos de nervios» alemanes, véase el clásico de TH. KIRCHHOFF, *Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens*, vols. I y II, Berlín, Springer, 1921-1924.

74. El propio Emil Kraepelin, que había sido durante tres meses asistente de Flechsig en 1882, recuerda en sus *Memorias* la decepción que sufrió al comprobar repetidamente el desinterés que Flechsig manifestaba por sus pacientes. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Lebenserinnerungen*, Berlín, Springer, 1983, p. 22 y ss.

75. «Rectoratswechel an der Universität Leipzig/am 31. Oktober 1894. Rede des antretenden Rectors Dr. med. Paul Flechsig»: *Gehirn und Seele*, Leipzig, Alexander Edelmann, Universitäts-Buchdrucker. Dos años después, Flechsig añadió a este discurso un Prólogo, algunas ilustraciones —cortes y dibujos del cerebro— y una larga y densa lista de notas aclaratorias (*Anmerkungen*), que conformaron la segunda y más célebre edición: *Gehirn und Seele*, Leipzig, Veit, 1896.

76. La mielogénesis es uno de los conceptos centrales en toda su producción. Tanto en su último libro (*Anatomie des menschlichen Gehirn und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage*, Leipzig, Thieme, 1920) como su autobiografía intelectual (*Meine myelogenetische Hirnlehre mit biographischer Einleitung*, Berlín, Spinger, 1927) le otorga un papel central en el conjunto de sus investigaciones.

77. Daniel Devresse ha argumentado que el traslado se produjo porque Flechsig consideró en un momento determinado que su paciente era «incurable», y, como era costumbre en su clínica, los enfermos así calificados eran trasladados a un manicomio de larga estancia (*cf*. D. DEVRESSE, «Éléments nouveaux sur Daniel Paul Schreber: sa carrière de magistrat et l'histoire de sa maladie à la lumière de son dossier personnel», en D.

DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, pp. 147-169). Se comprobará en las páginas que siguen de nuestro texto que la consideración de «incurable» contradice los primeros informes de Guido Weber, director médico del manicomio de Sonnenstein adonde Schreber fue trasladado. No obstante, pasados unos años también Weber terminaría por compartir esa opinión.

78. Schreber se refiere en las *Denwürdigkeiten* a la clínica del Lindenhof como la «cocina del diablo» del Dr. Pierson. Tan pronto Schreber se alejó de Flechsig —su Otro perseguidor— se sintió enormemente reconfortado: «Por eso, cuando un día (hacia mediados de junio de 1894) se aparecieron al alba tres guardianes con una valija que contenía mis pocos efectos personales, y me anunciaron que debía prepararme para abandonar la clínica, ante todo sentí como una *liberación* de una residencia donde me amenazaba un mundo de peligros infinitos. [...] El objeto del viaje me resultaba indiferente: el *único* sentimiento que tenía era que en ningún lugar del mundo podría estar peor que en la clínica de Flechsig [...]» [pp. 109-110].

79. Así lo hicieron tanto Griesinger como Kraepelin. *Cf*. W. GRIESINGER, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Sttutgart, 1867, pp. 520-538; E. KRAEPELIN, «Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1918, n.º 38, pp. 161-275. Según las informaciones que refieren los cronistas, en 1900 la Casa de Salud Real de Sonnenstein contaba con 620 pacientes: 330 hombres y 290 mujeres.

80. Como habrá podido comprobarse en el capítulo dedicado a la paranoia, el *Wahnsinn* correspondía a una de las formas delirantes de la locura enmarcadas en el impreciso espectro de la paranoia pre-kraepeliniana; en este caso, el adjetivo «alucinatorio» explicita el carácter marcadamente sensorial de dicha psicosis.

81. G. WEBER: «Informe del 21 de noviembre de 1894», en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, p. 218. Un año después del informe que acaba de comentarse, Weber volvió a dictaminar sobre el estado de su paciente. Al considerar este psiquiatra forense que cuando las ideas delirantes se conforman en un sistema estable ya no cabe esperar curación, el nuevo informe muestra un tono más desfavorable y pesimista: a pesar de su ligera mejoría, el sistema delirante ha adquirido una «forma más o menos sistemática»; sin embargo, no se puede afirmar «con razones fundadas» que *Herr Präsident* Dr. Schreber podrá estar en condiciones de recobrar la completa integridad psíquica, ni tampoco que estará en condiciones de cumplir con los deberes de su cargo (G. WEBER: Informe del 7 de noviembre de 1895», en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, pp. 240-242).

82. En este período se desarrollan gran parte de los milagros ominosos y dolorosísimos producidos por los rayos en el cuerpo de Paul Schreber.

83. Aquí se sitúa el momento culminante del delirio. Schreber accede a la reconciliación con Dios para procurarle el goce que éste le exige. Este punto de inflexión fue destacado por Freud y Lacan: compromiso de la razón en el que el sujeto motiva la aceptación de su destino. El término *Versöhnung* (reconciliación, conciliación) no aparece, en cambio, en los capítulos XIII y XXI en los que Schreber describe los porqués de su aceptación de la eviración; usa allí otras palabras que contienen sentidos similares. Empero, Schreber empleó el término en cuestión en los «Complementos» (*Nachträge*) a las *Denkwürdigkeiten* a propósito del egoísmo de Dios (*Egoismus Gottes*): «Einstweilen hat für mich der Gedanke etwas ungemein Tröstliches und Erhebendes, daß der feindliche Gegensatz, in den sich Gott zu mir gestellt hat, immer mehr an Schärfe verliert und der gegen mich gefürthe Kampf immer *versöhnlichere* Formen annimmt, um zuletzt vielleicht in eine vollkommene Solidarität auszuklingen» (literalmente: «De momento el pensamiento tiene para mí algo enormemente consolador y elevado, que la oposición hostil en la que se ha presentado Dios pierde cada vez más consistencia y que el combate que ha

dirigido en mi contra adopta cada vez formas más *conciliadoras*, para finalmente acabar quizás en una completa solidaridad» (D. P. SCHREBER: *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, *op. cit.*, pp. 359-360).

84. Freud interpretó esta variación sustancial respecto a la eviración en los siguientes términos: «En el desenlace del delirio de Schreber, la fantasías sexual infantil celebra un triunfo grandioso; la voluptuosidad misma es dictada por el temor de Dios, y Dios mismo (el padre) no deja de exigírsela al enfermo. La más temida amenaza del padre, la castración, ha prestado su material a la fantasía de deseo de la mudanza en mujer, combatida primero y aceptada después» (S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente*, *op. cit.*, p. 52). Tampoco Lacan dejó de enfatizar esta variación de la posición subjetiva: «Todo se arregla en la *Versöhnung*, la reconciliación que lo sitúa como la mujer de Dios» (J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit.*, p. 113). Lacan introdujo en su escrito correlativo algún matiz diferente respecto a los desarrollos expuestos en el Seminario: «la palabra [*Versöhnung*] tiene el sentido de expiación, de propiciación, y, en vista de los caracteres de la lengua fundamental, debe empujarse aún más hacia el sentido primitivo de la *Sühne*, es decir hacia el sacrificio, mientras que se le acentúa el sentido de compromiso» (J. LACAN: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» [1959], en *Escritos 2*, México D. F., Siglo XIX, 1980, p. 252). Conviene advertir que el término *Versöhnung* contiene como elemento central *Sohn*, es decir, 'hijo', presente en todas y cada una de las ramas temáticas del presente delirio; a falta de alguna respuesta más humana ante la pregunta por la paternidad, la procreación y la genealogía, Schreber se vio forzado a inventar tamaña metáfora delirante.

85. Sirva como ilustración de las conquistas del delirio en el proceso de elaboración de sus *Denkwürdigkeiten* el párrafo que sigue: «Que el propio Dios hubiera sido el cómplice, si no el instigador primero, del plan urdido para perpetrar en mí el asesinato del alma y entregar mi cuerpo a la subasta como el de una prostituta femenina, es un pensamiento que se me impuso mucho más tarde y que en realidad sólo tuve claro en la conciencia durante la redacción del presente trabajo» [p. 75].

86. Al ser un psicótico el autor, pudiera sorprender al profano que reconociera tan abiertamente su «enfermedad de los nervios». Mas no se trata de eso, sino de todo lo contrario. Hay que tener en cuenta, máxime cuando quien escribe es un paranoico, la literalidad de su texto. «Enfermo de los nervios» (*Nervenkranken*) no se refiere a un trastorno psicopatológico (*Geisteskranke*), sino a una enfermedad derivada de la «conexión nerviosa» que su propio neurólogo [*Nervenarzt*, es decir, «médico de nervios»] y Dios mismo habían trabado con fines malévolos con sus propios nervios, es decir, con esos filamentos finísimos que «contienen el alma humana». De esta manera, antes que un reconocimiento subjetivo de sufrir una psicosis, Schreber manifiesta de nuevo su certeza originaria de ser el objeto de la persecución de un Otro que goza de eso. Basten los siguientes pasajes para ilustrar cuanto se acaba de exponer: «Pero considero —argumenta Schreber respecto a la descripción que Kraepelin había realizado en 1896 de las alucinaciones— que la ciencia se equivocaría gravemente si usara el mismo patrón y tratara de ficciones o "alucinaciones" a *todos* los fenómenos de este tipo por carecer *todos* de realidad objetiva, si bien esa consideración estaría justificada en las alucinaciones *sin relación* con lo sobrenatural que trata Kraepelin» [p. 92]; «Sólo puedo pronunciarme con absoluta certeza en lo referente a mi propio caso: efectivamente, en mí, es un origen exterior el que actúa en esas *estesias* y especialmente un origen exterior el que debe investigarse; [...]» [pp. 296-297]; «Puedo situarlo rápidamente diciendo que *todo lo que ocurre se refiere a mí*. [...] Desde que Dios se comprometió conmigo en un sistema de conexión nerviosa exclusivo, me he convertido para Él, en cierto sentido, simplemente en el Hombre, o sea, el ser humano único alrededor del cual gravitan todas las cosas, y al cual hay que referirlo todo: [...]» [p. 261].

87. Los hechos memorables propiamente dichos se componen de los relatos de sus experiencias

inconmensurables, precedidos de dos *excursus*: el primero incluye los dos capítulos iniciales («Dios y la inmortalidad» [*Gott und Unsterblichkeit*] y «¿Una crisis en el reino de Dios? El asesinato del alma» [*Ein Krisis der Gottesreiche? Seelenmord*]), el segundo comprende los capítulos XVIII y XIX («Dios y los procesos de la creación, generación espontánea, insectos milagrosos. "Dirección forzada de la mirada". Sistema de examen» [*Gott und die Schöpfungsvorgänge; Urzeugung; gewunderte Insekten. «Blickrichtung»*] y «Continuación del capítulo precedente. Omnipotencia divina y libre albedrío humano» [*Fortsetzung des Vorigen. Göttliche Allmacht und menschliche Willensfreiheit*]). Estos *excursus* constituyen una síntesis de su ideario delirante y visionario, dando paso al resto de capítulos que relatan sus experiencias y vicisitudes personales. Es necesario llamar la atención sobre dos cuestiones más: en primer lugar, el título de los capítulos fue añadido por el editor de la publicación; segundo, el capítulo III, que trataba supuestamente de «ciertos hechos referentes a *algunos miembros de mi familia* [...]» [p. 49], fue suprimido, seguramente para preservar ciertas intimidades familiares.

88. Sobre este particular, véase en especial el artículo de R. ALCALDE, «Schreberiana I: nominación, emasculación, visión», *op. cit*.

89. Pueden consultarse al respecto los «Complementos, segunda parte» [pp. 330-470], en los que se hallará la documentación de los peritajes médico-legales, la exposición de los medios de apelación y, especialmente, un enjundioso escrito de Paul Schreber intitulado: «En qué condiciones una persona juzgada alienada puede ser mantenida en un establecimiento hospitalario contra su voluntad expresa» [pp. 330-353].

90. Quienquiera que haya intentado exprimir y resumir el contenido de las *Denkwürdigkeiten* habrá experimentado la dificultad extrema que entraña tamaño propósito. Ningún extracto de esta obra al que se pueda acceder, por más riguroso que sea, alcanza por sí mismo a compilar todas sus ramas temáticas y mucho menos todos los sabrosos matices que contiene. Por esta razón animamos a su lectura. Asimismo, son loables las síntesis y comentarios desplegados tanto en el ensayo de Freud como en el *Seminario III* de Lacan (*cf*. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit*). Una rigurosa investigación de Elvira Guilañá puede servir de guía para acercarse al texto schreberiano; *cf*. E. GUILAÑÁ I PASLANQUES, *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis: Una lectura a través del caso Schreber*, tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, 1997.

91. Así sintetizó el Dr. Weber el delirio schreberiano en el proceso judicial a resultas del cual el Dr. Schreber recobró la libertad y los derechos ciudadanos, pese a la opinión del propio Weber, que actuaba como experto forense; *cf*. «Juicio de la Corte de Apelación Real de Dresde con fecha 14 de junio de 1902», en D. P. SCHREBER, *Memorias de un neurópata*, *op. cit*., p. 434.

92. G. WEBER: «Peritaje médico-legal (9 de diciembre de 1899)», en D. P. SCHREBER, *Memorias de un neurópata*, *op. cit*., pp. 360-361.

93. S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit*., pp. 18-19.

94. Son numerosos los pasajes que ratifican dicho determinismo a lo largo de las *Denkwürdigkeiten*, pues no en vano el tema de la mudanza en mujer es con mucho el más mimado del texto. A este respecto, Schreber escribió: «Pero, ni bien estoy a solas con Dios —si puedo expresarme así— necesito esforzarme con todos mis medios, con toda la fuerza de mi inteligencia, para dar a los rayos divinos de manera continua [...] la imagen de una mujer sumida en el rapto de la voluptuosidad» [p. 278]; y también: «[...] sin un gran desgaste de mi imaginación puedo procurarme un bienestar que da una clara presciencia de lo que puede ser el goce femenino durante el coito» [p. 267].

95. J.-A. MILLER: «A propósito de la psicosis: síntoma y fantasma», en J.-A. MILLER, *Introducción a la clínica*

lacaniana. Conferencias en España, Barcelona, RBA, 2006, pp. 42-43.

96. «[...] sólo puedo compararlo con el Calvario de Jesucristo en la cruz» [p. 289].

97. *Cf*. J. LACAN, «Présentation des *Mémoires d'un névropathe*» [1966], en *Autres écrits*, París, Éditions du Seuil, 2001, p. 215.

98. S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit*., p. 33.

99. En tal sentido se manifestó en el último capítulo de las *Denkwürdigkeiten*: «Sólo a título de posibilidad podría tenerse en cuenta nuevamente la eviración: eviración de hecho que, tras fecundación divina, permitiría nacer de mí un nuevo linaje; o también que mi nombre estaría ligado a una fama como jamás le ha tocado a ninguno de los millares de hombres de espíritu incomparablemente superior al mío, que vivieron antes que yo» [p. 288].

100. Estos aspectos fueron argumentados en nuestra disertación «The function of delusion in the Schreber case», presentada en el *Symposium «Why is Senatspräsident Schreber such a controversial person?»*, desarrollado en el marco del *X World Congres of Psychiatrie*; Madrid, 25 de agosto de 1996. La hemos ampliado posteriormente en nuestro estudio «La certeza como experiencia y como axioma» (*Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006, pp. 157-174).

101. Recuérdese que Paul Schreber no había manifestado ningún interés por la religión mientras permaneció sano. Que se sepa, sólo su hermana Anna, también prolífica escritora, profesó profundas creencias religiosas.

102. «Debido a algún atributo inherente a su esencia, es imposible que la experiencia adquirida le sirva a Dios como lección para el futuro» [p. 188].

103. «Lo que se desprende de todo esto es que Dios, a través de todas las contrariedades que me hace sufrir, y desde que el mecanismo de los milagros ha perdido gran parte de lo que tenía de temible, se me aparece sobre todo bajo un aspecto ridículo y necio» [p. 320].

104. «[...] los nervios de las personas vivas, sobre todo en estados de hiperestesia, tienen tal poder de atracción sobre los nervios divinos, que Dios no podría librarse de ella y por consiguiente se sentiría amenazado en su propia existencia» [pp. 29-30].

105. «El "*orden del Universo*" es la religión legítima, *intrínseca a la esencia y a los atributos mismos de Dios, que existe entre Dios y la criatura llamada a la vida por Él*» [p. 77]. El «orden del Universo» es, a nuestro juicio, uno de los pilares del delirio schreberiano. Como trataremos más adelante de mostrar, ahí radica la única salvaguardia que pudo inventar Paul Schreber para acotar el goce divino.

106. «En virtud del orden del Universo, no podía haber modalidades regulares de intercambios entre Dios y las almas sino después de la muerte. Entonces Dios podía aproximarse sin correr peligro a los *cadáveres* para extraer y, gracias al poder de los rayos, atraer sus nervios, en los cuales, lejos de estar aniquilada la conciencia de sí estaba solamente en estado de sueño, y para despertarlos a una nueva vida celestial; la conciencia volvía en sí gracias a la acción de los rayos. Esta vida nueva, más allá, es el estado de *beatitud* al que puede aspirar el alma humana. Todo ello exigiría una purificación y una selección previa de los nervios humanos [...]. A Dios le servían solamente los nervios humanos puros [...] pues su destino era articularse a Dios mismo y, en cuanto "vestíbulos del cielo" (*Vorhöfe des Himmels*), llegar a ser partes en cierta forma integrantes de Dios» [p. 30]. Que el trato de Dios se limitara al contacto con cadáveres, o a lo sumo con hombres acostados y soñando, llevó temporalmente a Schreber a «una exigencia absolutamente monstruosa: debía comportarme como un cadáver» [p. 149].

107. El Dios schreberiano es ante todo un dios de lenguaje. Tras la «anexión nerviosa», Dios quedó ligado a Schreber por la fuerza inusual de atracción que los nervios de éste contenían. Dios intentaba soltarse y

desprenderse de tal atracción, tratando para ello de destruir la inteligencia de Schreber, quien para no ser dejado «tirado» (*Liegenlassen*) se veía compelido a pensar continuamente («coacción al juego continuo —forzado— del pensamiento»). Surgieron en ese contexto las «frases interrumpidas», ante las cuales debía responder para atribuirles una significación. Véase sobre el particular el excelente análisis de J. Lacan en «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» [1959], *op. cit.*, pp. 217-268.

108. «Esta ebriedad permanente en el goce y al mismo tiempo en el recuerdo de su pasado humano, representa en efecto para las almas la dicha suprema» [p. 35].

109. «Pues bien, desde los primerísimos comienzos de mi relación con Dios (mediados de marzo de 1894), las voces que me hablan denuncian cotidianamente el origen de la crisis que se desencadenó en los Reinos Divinos. Ya sea por culpa de unos o de otros, necesariamente se ha debido perpetrar un asesinato del alma. Si antes Flechsig estaba designado como el instigador primero del asesinato del alma, actualmente y desde hace cierto tiempo veo que existe la intención de invertir la situación y de quererme hacer pasar ante mis ojos por el que ha cometido ese asesinato del alma. Por ello supuse que otrora, entre las familias Flechsig y Schreber, en antiguas generaciones, debió producirse un acontecimiento que puede calificarse como asesinato del alma. También yo, basándome en otros datos, llegué a la convicción de que un asesinato del alma volvió a ser intentado contra mí por algún partido, en la época cuando mi enfermedad nerviosa parecía tomar un cariz diferente» [p. 40].

110. Cierto que Schreber no consiguió jamás aclarar por completo los motivos definitivos y el agente principal del asesinato del alma. Eso no ha impedido a algunos comentaristas dar con el quid de la trama y revelar la identidad del furtivo; Schatzman no albergó duda al respecto, culpando al Dr. Moritz Schreber. *Cf*. M. SCHATZMAN, *El asesinato del alma*, *op. cit*.

111. S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit.*, p. 27.

112. Dios «entró en contradicción con sí mismo» [p. 77].

113. En el capítulo final de las *Denkwürdigkeiten* bosquejó Schreber algunas posibles recompensas tras su triunfo. En ese momento ya estaba «infaliblemente seguro» de que «nunca Dios alcanzará el fin que persigue, nunca se producirá el aniquilamiento de mi razón» [p. 284].

114. Sobre este particular, véase nuestro trabajo «Límites de la concepción fenomenológica del delirio», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, n.º 58, pp. 257-276.

115. S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit.*, p. 65; la cursiva es del propio Freud.

116. El último de los peritajes de Weber concluye con estas palabras: «En las condiciones actuales, existen todas las razones para suponer que ya no se producirán cambios notables en el estado mental del requiriente, ni degradaciones notables en ese estado mental» (G. WEBER: «Peritaje del doctor Weber, consejero privado [con fecha 4 de abril de 1902]», en D. P. SCHREBER, *Memorias de un neurópata*, *op. cit.*, p. 432).

117. Véase: G. WEBER, «Forensisch-psychiatrische Vereiningung; sesión del 23 de abril de 1903», *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*, 1905, n.º 62, pp. 402-406. Hace unos años publicamos en español las actas del mencionado debate: «Actas de las Asociaciones Psiquiátricas. Reunión psiquiátrico-forense en Dresde. Sesión número 81 del 23 de abril de 1903 (A propósito del magistrado Dr. Paul Schreber)», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XVIII, n.º 72, pp. 631-635 (p. 635).

118. Es un hecho muy llamativo en la vida de Schreber la falta de amigos. Esto parecería explicarse muy adecuadamente aduciendo que estaba loco y que el loco, ya se sabe, tiene ahí grandes dificultades. Sin embargo,

nos parece más pertinente considerar las relaciones de exclusión que mantienen entre sí paranoia y amistad. Coincidimos plenamente a este respecto con F. Colina cuando afirma: «Creo que antes que al orden de lo enfermo, la paranoia compromete a la amistad. Pues los más graves impedimentos para amistarse no tienen como consecuencia principal la soledad sino la paranoia» (F. COLINA: «Paranoia y amistad», en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA [dirs.], *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997, p. 9).

119. «La muchacha, que provenía del círculo de allegados de la señora Schreber, era hija de un actor. Después de la muerte de su madre volvió a un orfanato cerca de Innsbruck, de donde la señora Schreber la recogió. Schreber, por lo visto, trabó una buena relación con la muchacha, ya que más tarde decidió adoptarla» (F. BAUMEYER: «Observaciones complementarias al trabajo de Freud sobre Schreber» [1970], *op. cit.*, p. 41). A este respecto, Lothane matiza: «los Schreber adoptaron a Fridoline, nacida fuera de matrimonio en 1890 en el Tirol austriaco de un famoso tenor, Franz Setter, amigo de la familia Behr, y Josefa Schranz, que se suicidó ahogándose en 1895. Esta hija fue más tarde enseñada y educada cariñosamente por Paul Schreber, fue su compañera en sus viajes a la Suiza sajona, y le ayudó a que fuera admitido en el recién abierto Instituto Leipzig-Dösen cuando la melancolía le golpeó por última vez en 1907» (Z. LOTHANE: «Daniel Paul Schreber en su propios términos, o cómo las ficciones interpretativas se convierten en hechos históricos; 1.ª Parte», *op. cit.*, p. 74).

120. El 19 de junio de 1907, poco después de morir su madre y poco antes de su ingreso definitivo, Paul dedicó a Sabine algunos versos con motivo de su cincuenta cumpleaños. En ellos evoca con tristeza los amargos tiempos pasados, la separación motivada por la enfermedad, la soledad de Sabine («te considerabas una viuda») y la desesperanza de volver a convivir con su marido. El poema concluye con una mirada futura («Ignoramos lo que el futuro nos tiene reservado / Pero que las cosas continúen así por mucho tiempo»); los últimos versos están llenos de emotividad: «Y si fuera preciso que nada permaneciera de cuanto hemos deseado, / Que una cosa al menos resista al tiempo: / Guárdame tu antiguo amor / Como yo fielmente te he dedicado el mío». Este poema está encabezado por una pequeña dedicatoria: *Seinem lieben Sabchen [...] von Ihrem Paul* («Para la querida Sabinita [...] de su Paul»); D. P. SCHREBER: «Poema» (para el cincuenta aniversario de su mujer), en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, pp. 90 y 92.

121. Sabine era diabética y, según se desprende de los comentarios de Fridoline, de temperamento colérico.

122. *Cf*. Z. LOTHANE, *In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry*, *op. cit.*, pp. 449-456.

123. La casa de Dresde en cuestión todavía existe; está emplazada en el número 15 de la Angelikastrasse.

124. «[...] su comportamiento exterior era bastante normal. Se ocupaba de la administración de las casas, caminaba mucho, era un activo miembro de un club de ajedrez, y también intentó trabajar para el Ministerio pero no obtuvo trabajo. Ocasionalmente realizó algún trabajo privado que resultó siempre muy correcto. Durante el primer año a veces gritaba aún por las noches y una vez lo hizo durante un viaje. Fue perdiendo esto gradualmente y sólo una que otra vez gritaba durante el sueño. Dormía sin narcóticos» (F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], *op. cit.*, p. 19).

125. F. BAUMEYER: «El caso Schreber» [1956], *op. cit.*, p. 37.

126. *Ibid.*, p. 19.

127. Tanto en su ensayo de 1911 como en algunos pasajes de la correspondencia con Jung, Freud había elaborado toda la interpretación del delirio como una defensa contra el amor homosexual que Schreber sentía por su médico Flechsig. Así por ejemplo: «La reducción al complejo nuclear resulta fácil. Su esposa se enamora del médico y conserva durante años su retrato sobre su escritorio. Él, naturalmente, también, pero en la mujer tienen lugar frustraciones, también falla la descendencia; se llega así al conflicto; ha de odiar a Flechsig como rival, pero le ama, debido a su predisposición y a la transferencia a partir de la primera enfermedad» (S. FREUD y C. G. JUNG:

«Carta de 1 de octubre de 1910», *Correspondencia*, *op. cit*, p. 417). Dejando a un lado esta interpretación, Paul Schreber tenía muy buenas razones para no volver a ser tratado por Flechsig. Y no sólo porque éste se había dedicado a recetarle algunas drogas y darle palabras de ánimo que no tuvieron ningún efecto beneficioso, sino también porque a partir de cierto momento le consideró incurable y perdió todo interés por el caso; por lo demás, después de todos esos años de locura, parece razonable considerar que Schreber desconfiara de lo que un especialista en neuroanatomía pudiera aportarle para apaciguar su drama personal.

128. R. SIEGEL: «Die Wochenschrift "Der Schreber gärtner" und die Leipziger Schrebervereine», *Der Freund der Schreber-Vereine*, 1907, n.º 3, pp. 289-292 [p. 291].

129. *Cf*. H. ISRAËLS: *Schreber, père et fils*, *op. cit*., p. 262; también, en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit*., pp. 95-101.

130. D. P. SCHREBER: «Erklärung über Schreberveriene» (1 de noviembre de 1907), en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit*., p. 100.

131. Han Israëls halló, junto a la historia clínica difundida por Baumeyer, ocho papeles garabateados por Paul Schreber durante su última hospitalización en el asilo de Leipzig-Dösen. Israëls se tomó asimismo el trabajo de descifrarlos, pues la caligrafía rozaba lo ilegible. El 9 de agosto de 1909, Schreber escribió: «*Erdbeeren / Nicht essen*» («Fresas / No comer»); «*bleibt ewing / unserm / Herren vertrauen*» («permaneced eternamente / confiando en nuestro Señor»); y el 10 de noviembre: «*Ursachen erforschen*» («Investigar las causas»); D. P. SCHREBER: «Últimos escritos», en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit*., pp. 111 y 113, respectivamente.

132. F. BAUMEYER: «El caso Scherber» [1956], *op. cit*., pp. 19-25.

133. No está de más destacar el telón de fondo en el que Freud elabora esta doctrina de la paranoia y de la psicosis. Su referencia crítica es la clínica del Burghölzli, en la que brillan con luz propia su catedrático Bleuler y C. G. Jung, uno de sus asistentes. La disputa transciende el ámbito meramente nosográfico (paranoia *versus* demencia precoz-esquizofrenia) e incumbe a la etiología de la psicosis. Tal y como hemos explicado con detalle a lo largo del capítulo anterior, tanto Bleuler como Jung defienden en última instancia la causalidad orgánica de la esquizofrenia. Por su parte, Freud, saliendo al paso —quizás apresuradamente— de esta concepción organogenética, se vio forzado a introducir el narcisismo para sostener una psicogénesis libidinal. Tal es, de forma sucinta, el marco del debate. Sin embargo, no ha faltado quien ha pretendido explicar el fundamento y la obstinación respecto al vínculo consustancial entre paranoia y homosexualidad alegando no se sabe qué conflictos inconscientes del propio Freud. Formular interpretaciones de esa naturaleza nos parece que es llevar las cosas demasiado lejos: «Opino que la tendencia a articular la paranoia con la homosexualidad, y la homosexualidad únicamente con el vínculo de alguien del mismo sexo, está en función de lo que entonces sucede en la relación con Jung y de lo que pasará en las relaciones con Ferenczi» (L. E. PRADO DE OLIVEIRA: «L'invention de Schreber», en VV.AA., *Le cas Schreber: contributions psychanalytiques de langue anglaise*, *op. cit*., p. 30). El hecho de que existan determinados pasajes en la correspondencia entre Freud y algunos de sus discípulos que permitan entrever alguno de los aspectos apuntados, no debería autorizar interpretaciones tan taxativas, pues entrar en el juego de interpretar el fundamento subjetivo de tal o cual teoría nos llevaría a franquear las lindes de los soportes epistemológicos y clínicos que son, antes que nada, el objetivo primero de cualquier investigador.

134. La importancia de la relación entre Freud y Fliess para el devenir de la doctrina psicoanalítica puede seguirse en la monografía de SERGE ANDRÉ, *¿Qué quiere una mujer*?, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002.

135. S. FREUD: «Manuscrito H. Paranoia (24-1-1895)», en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, en *Obras Completas*, vol., I, *op. cit*., pp. 247.

136. El lector no versado puede dirigirse, para una exposición general de los distintos períodos de la psicopatología de Freud, a nuestro Tratado (*cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, pp. 597-738).

137. S. FREUD: «Manuscrito H. Paranoia (24-1-1895)», en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, *Obras Completas*, *op. cit*., vol., I, p. 249.

138. Los pasos son cuatro: primero, la represión de una vivencia sexual perturbadora; segundo, el recuerdo de ésta al que sobreviene una nueva represión, cuya consecuencia es la formación del síntoma primario; tercero, un tiempo de defensa exitosa en el que el síntoma primario domina el cuadro clínico; finalmente, la enfermedad propiamente dicha en la que el Yo se defiende de los retornos de las representaciones ya reprimidas, formando así los síntomas más visibles del cuadro mórbido.

139. S. FREUD: «Manuscrito K. Las neurosis de defensa (Un cuento de Navidad) [1-1-1896]», en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, *Obras Completas*, *op. cit*., vol., I, pp. 266-267.

140. S. FREUD: «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa [1896]», en *Obras Completas*, vol. III, *op. cit*., p. 183.

141. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 17 de febrero de 1908», *Correspondencia*, *op. cit*., p. 159. Dos años después de esta misiva, Freud manifiesta abiertamente su teoría causal de la paranoia relativa a la pulsión homosexual rechazada. Además de la mencionada carta a Jung, Freud se explicó ante Sándor Ferenczi en los siguientes términos: «Después del caso Fliess, en cuya superación me ha visto usted recientemente ocupado, aquella necesidad se ha extinguido. Una parte de la catexis homosexual ha sido retirada y empleada en el ensanchamiento de mi propio yo. He tenido éxito allí donde fracasan los paranoicos» (S. FREUD: «Carta a S. Ferenczi del 6 de octubre de 1910», en E. JONES, *Vida y obra de Sigmund Freud*, vol. II, Buenos Aires, Hormé, 1981, p. 94). Por otra parte, quizás no le faltara razón a Freud al calificar a Fliess de paranoico. Si el lector pretende establecer una fundada opinión al respecto, puede leer el ensayo de FLIESS *La relación entre la nariz y los órganos genitales femeninos* (*Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen*, Viena, F. Deuticke, 1897). A partir de su práctica de médico de oído, nariz y garganta, Fliess llega a despejar una «auténtica ley natural» que bastaría para dar cuenta no sólo de los avatares del devenir humano, sino para explicar a plena satisfacción el funcionamiento completo del Universo. Véase sobre este particular nuestro ensayo *El concepto de psicosis anterior a la teoría freudiana del narcisismo*, Memoria para la Sección Clínica de Barcelona, 1990. Más información se puede leer en ROBERT WILCOCKS, *Maelzel's Chess Player: Sigmund Freud and the Rhetoric of Deceit*, Rowman & Littlefield, 1994, pp. 65-226.

142. Como ya se ha dicho, fue Jung quien alentó a Freud a la lectura del libro de Schreber (*cf*. S. FREUD y C. G. JUNG, «Carta del 17 de abril de 1910», *Correspondencia*, *op. cit*., pp. 363-365). De especial interés para este asunto son las cartas fechadas los días: 29 de septiembre de 1910, 1 de octubre de 1910, 31 de octubre de 1910 y 18 de diciembre de 1910.

143. Tanto Flechsig como Dios son subrogados paternos: «Por tanto, también en el caso Schreber nos encontramos en el terreno bien familiar del complejo paterno. Si la lucha con Flechsig se le revela al enfermo como un conflicto con Dios, nosotros no podemos menos que traducirlo a un conflicto infantil con el padre amado» (S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit*., p. 52).

144. Adviértase en este punto las influencias de algunos comentarios clínicos de K. Abraham vertidos en su texto de 1908. Se trata en concreto del caso de un varón que, tras una intervención de su médico, comenzó a considerarlo «un perseguidor homosexual». «Este ejemplo saca a la luz el componente homosexual [...] y muestra

al mismo tiempo el origen erógeno de una idea de persecución» (K. ABRAHAM: «Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz» [1908], en *Psicopatología y sexualidad*, Buenos Aires, Hormé, 1973, pp. 32-52 [p. 51]).

145. S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit.*, p. 41.

146. Por estar el delirio de mudanza en mujer consustancialmente unido a la procreación de una nueva raza, Freud incurre en una contradicción respecto a un breve artículo de 1908: «Así, el muchacho podía fantasear que él mismo concebía hijos, sin que por eso pudieran imputársele inclinaciones femeninas» (S. FREUD: «Sobre las teorías sexuales infantiles», en *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. IX, p. 195).

147. *Cf.* S. FREUD, «Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica», *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. XIV, pp. 259-272.

148. S. FREUD: «Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad», *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. XVIII, p. 218). Por nuestra parte, hemos tratado de resaltar que en la clínica clásica ya se habían descrito casos de paranoicos cuyo delirio estaba inscrito en una persecución homosexual, pero sin que de ello se extrajesen conclusiones causales; *cf.* J. M.ª ÁLVAREZ, «Paranoia y homosexualidad», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XV, n.º 54, 1995, pp. 485-488.

149. «Debo anticipar —escribió Freud en 1905—, repitiendo lo que he dicho en otras publicaciones, que estas psiconeurosis, hasta donde llegan mis experiencias, descansan en fuerzas de origen sexual. Con ello no quiero decir que la energía de la pulsión sexual preste una mera contribución a las fuerzas que sustentan a los fenómenos patológicos (síntomas), sino aseverar expresamente que esa participación es la única fuente energética constante de las neurosis, y la más importante, de suerte que la vida sexual de las personas afectadas se exterioriza de manera exclusiva, o predominantemente, o sólo parcial, en esos síntomas. Como he expresado en otro lugar, los síntomas son la práctica sexual de los enfermos» (S. FREUD: *Tres ensayos de teoría sexual*, *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. VII, p. 148).

150. Tales diferencias se han expuesto en las últimas páginas del capítulo anterior.

151. S. FREUD: *Puntuaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Dementia paranoides) *descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit.*, p. 55.

152. En esta reducción se aprecia la coincidencia de Freud con Clérambault. El primero la consigue por la retorsión gramatical del enunciado que liga al sujeto con su Otro, tal como se explica arriba; el segundo llega a conclusiones similares condensando en una frase («Postulado») la esencia de la erotomanía: el Otro es quien ha comenzado a amar, quien más ama o el único que ama.

153. S. FREUD: «Las neuropsicosis de defensa» [1894], en *Obras Completas*, vol. III, *op. cit.*, p. 59.

154. S. FREUD: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente* [1911], *op. cit.*, p. 66.

155. S. FREUD: *De la historia de una neurosis infantil* [1918], en *Obras Completas*, vol. XVII, *op. cit.*, p. 78.

156. Los pasajes citados en alemán corresponden a S. FREUD, *Zwei Fallberichte: 'Schreber' (Paranoia), 'Haitzmann' (Teufelsneurose)*, Francfort del Meno, Fischer, 1997, p. 159; *Zwei Krankengeschichten: 'Rattenmann', 'Wolfsmann'*, Fráncfort del Meno, Fischer, 2000, p. 204.

157. *Cf.* I. MACALPINE y R. HUNTER, «The Schreber case. A contribution to schizophrenia, hypochondria and psychosomatic symptom-formation», *The Psychoanalytic Quarterly*, 1953, n.º 22, pp. 328-271.

158. I. MACALPINE y R. HUNTER: «Introduction», en D. P. SCHREBER, *Memoirs of my nervous illness*, *op. cit.*, p. 24.

159. Sobre los aspectos delirantes de la «generación espontánea sin procreadores» puede consultarse F. PERRIER, *Les corps malades du signifiant*, París, Inter-Editions, 1984.

160. *Cf*. O. MANNONI, *Ça n'empêche pas d'existir*, París, Seuil, 1982. O. Mannoni ha sido uno de los autores que más referencias ha dedicado a Schreber; pueden consultarse igualmente: «La patogénesis de la creación», en *Ficciones freudianas*, Madrid, Fundamentos, 1980, pp. 151-183; «Schreber als Schreiber», en *La otra escena. Claves de lo imaginario*, Buenos Aires, Amorrortu, 1973, pp. 58-75.

161. Esta línea de argumentación, que considera el delirio schreberiano como un intento de reconstruir un fallo simbólico relativo al linaje y la genealogía, ha dado pie a Azouri para exponer algunos comentarios de interés; *cf*. CH. AZOURI, *J'ai réussi là où le paranoïaque échoué*, París, Danoël, 1991.

162. I. MACALPINE y R. A. HUNTER: «Notes and Discussion», en D. P. SCHREBER, *Memoirs of my nervous illness*, *op. cit*., pp. 385-386.

163. *Ibid*., pp. 389-390. Aunque no se puede por menos que estar de acuerdo con la crítica de estos autores a la tesis freudiana de la homosexualidad, tampoco se puede aprobar la ausencia de referencias al complejo de Edipo, asunto éste que no parecen encontrar de su agrado (*cf*. J. LACAN, «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», en *Escritos 2*, *op. cit*., 230).

164. Sobre el contexto psicoanalítico y psiquiátrico en el que Lacan impartió este Seminario, véase J. M.ª ÁLVAREZ, V. COCCOZ y A. GOYA: «Grupo de investigación de la psicosis», en VV.AA., *Investigaciones Clínicas I*, Madrid, NUCEP, 2005.

165. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit*., p. 456.

166. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit*., p. 56.

167. Estos aspectos fueron poco después nuevamente examinados en su escrito complementario «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis». En permanente movimiento, cosa que Miller ratificó con su enunciado «Lacan contra Lacan», su obra proseguiría desde una perspectiva nueva, la clínica borromea, desde la que trató de dar nuevas respuestas a la problemática de las psicosis no desencadenadas y de las suplencias. Los trabajos que exponen la doctrina de Lacan sobre la psicosis son innumerables. De entre todos, nos parecen muy recomendables los dos siguientes: A. DI CIACCIA y M. RECALCATI, *Jacques Lacan. Un insegnamento sul sapere dell'inconscio*, Milán, Mondadori, 2000, pp. 113-163; J.-C. MALEVAL, *La forclusión del Nombre-del-Padre. El concepto y su clínica*, Buenos Aires, Paidós, 2002 [2000].

168. J. LACAN: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» [1959], *op. cit*., p. 230.

169. *Cf*. J.-A. MILLER, «Complemento topológico a "De una cuestión preliminar [...]"», en *Matemas I*, Buenos Aires, Manantial, 1987, pp. 136-154; del mismo autor puede consultarse su conferencia «Lacan clínico» (*Matemas II*, Buenos Aires, Manantial, 1988, pp. 115-136).

170. *Cf*. J.-A. MILLER, «Lacan et psychose» [1987], *Abords*, 1994, 0, pp. 3-15.

171. Esta ausencia de la significación fálica se manifiesta genéricamente en la psicosis en esa llamativa inversión respecto a la neurosis por la que el sujeto se sitúa como mero objeto del goce del Otro; a este rasgo de estructura se añaden en ocasiones otras manifestaciones más abruptas, como ocurre en algunos casos de transexualismo consentido por la propia ciencia, o en pasos al acto en los que se mutilan los órganos sexuales, y otras mucho más comunes y sórdidas en las cuales los sujetos se sienten ignominiosamente aterrorizados por una supuesta homosexualidad de la que tienen constancia por un sinfín de referencias provenientes de sus semejantes.

172. «Es en un accidente de este registro y de lo que en él se cumple, a saber la recusación (*forclusion*) del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el efecto que da

a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis» (J. LACAN: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» [1959], *op. cit.*, p. 260).

173. J. LACAN: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» [1959], *op. cit.*, p. 264.

174. El término «metáfora delirante», creado por Lacan, se corresponde estrictamente con la concepción freudiana de la función reestructurante del delirio. En los capítulos precedentes hemos tratado de enfatizar este mismo hecho bajo otras dos rúbricas: «conquistas del delirio» y «trabajo de formación del delirio» (*Wahnbildungsarbeit*).

175. Con los término «empuje a *la* mujer», Lacan precisa que al no poder ser el falo que falta a la madre, «le queda la solución de ser la mujer que falta a los hombres». Resulta ahora más evidente la diferencia entre la supuesta homosexualidad inconsciente y esa maniobra sobredeterminada por la propia estructura que empuja a ese lugar inaudito de *la mujer* que falta a todos los hombres.

176. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit.*, p. 179.

177. Seguimos aquí los desarrollos plasmados en J. M.ª ÁLVAREZ, V. COCCOZ y A. GOYA: «Grupo de investigación de la psicosis», en VV.AA., *Investigaciones Clínicas I*, *op. cit*.

178. J.-A. MILLER: «La última enseñanza de Jacques Lacan» (Curso *El lugar y el lazo*, 2000-2001), en J.-A. MILLER, *Lo real y el sentido*, Buenos Aires, Diva, 2003, p. 97.

179. *Cf*. J. LACAN, *Des noms-du père*, París, Seuil, 2005, pp. 65-104. Una perspectiva sucinta de estas elaboraciones puede leerse en ESTHELA SOLANO, «El saber en la psicosis: de la *Verwerfung* al *sinthome*», *Freudiana*, 2007, n.º 50, pp. 73-82.

180. *Cf*. J. LACAN: *El Seminario. Libro 23: El sinthome*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 2006.

181. *Cf*. J.-A. MILLER *et al.*, *La psicosis ordinaria*, Buenos Aires, Paidós, 2004.

182. *Cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Psicosis actuales», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 81-93. En la misma orientación, J. M.ª ÁLVAREZ, J. DE LA PEÑA y J. RODRÍGUEZ EIRAS, «Las otras psicosis. ¿A partir de cuándo se está loco?» (en prensa).

183. J.-A. MILLER: «Cierre», en J.-A. MILLER *et al.*, *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999, p. 413. Con respecto a las diferencias de las dos concepciones clínicas de Lacan, véase R. MAZZUCA, F. SCHEJTMAN y M. ZLOTNIK, *Las dos clínicas de Lacan. Introducción a la clínica de los nudos*, Buenos Aires, Tres Haches, 2000.

184. *Cf*. J.-A. MILLER, «S'Truc Dure», *Pas Tant*, 1985, n.º 8/9, pp. 4-11.

185. Es frecuente escuchar por boca de los psicóticos, incluso con palabras similares a las referidas arriba, esa vivencia tan inquietante de la causalidad y la sobredeterminación. Sirvan de ejemplo al respecto las propias palabras de Paul Schreber: «[...] toda idea de casualidad debe excluirse» [p. 226].

186. J. LACAN: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» [1959], *op. cit.*, p. 262.

187. *Ibid*. El propio Lacan destacó algunas de las coyunturas dramáticas más típicas que pueden aislarse en el comienzo de la psicosis: «Ya se presente para la mujer que acaba de dar a luz en la figura de su esposo, para la penitente que confiesa su falta en la persona de su confesor, para la muchacha enamorada en el encuentro del "padre del muchacho", se la encontrará siempre, y se la encontrará más fácilmente si se guía uno por las "situaciones" en el sentido novelesco de este término» (J. LACAN: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis [1959]», *op. cit.*, pp. 262-263).

188. Recordemos brevemente que Freud explicó la precipitación de la segunda crisis alegando varios factores: uno «somático» (andropausia), otro relativo a la transferencia con Flechsig, y otro aún por no haber tenido hijos, lo cual le hubiera servido de consuelo por la pérdida del padre y del hermano, además de para canalizar la ternura

homosexual insatisfecha. De igual modo, Freud consideró que el segundo trastorno era una repetición del primero, pues en ambos coincidían las mismas circunstancias y los mismos mecanismos. Niederland siguió fielmente a Freud en estos planteamientos, insistiendo que las dos primeras crisis habían irrumpido en dos coyunturas idénticas: Schreber debía asumir un rol masculino activo, un personaje paterno, tanto en la elección al *Reichstag* como en el nombramiento de *Senatspräsident*; según su parecer, la incapacidad de asumir ese «rol masculino» fue el detonante de las crisis.

189. «Helo aquí introducido en la cumbre de la jerarquía legislativa, entre los hombres que hacen las leyes y que son [casi] todos veinte años mayores que él: perturbación del orden de las generaciones» (J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit.*, p. 456).

190. Al respecto del desencadenamiento de la tercera crisis, Devresse escribe con buen criterio: «Es una demanda de autentificación, de legitimación del nombre del padre que se le dirige al hijo: él es requerido a pronunciarse sobre si las actividades de tal asociación se enmarcan o no bajo la égida espiritual [...] del padre» (D. DEVRESSE, «Éléments nouveaux sur Daniel Paul Schreber: sa carrière de magistrat et l'histoire de sa maladie à la lumière de son dossier personnel», en D. DEVRESSE, H. ISRAËLS y J. QUACKELBEEN, *Schreber inédit*, *op. cit.*, p. 161).

191. *Cf*. J. LACAN, «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis [1959]», *op. cit.*, p. 244.

192. Macalpine y Hunter fueron de los primeros autores psicoanalíticos en considerar a Schreber «un esquizofrénico», si bien en su texto utilizan habitualmente el concepto más genérico de psicosis para nombrar su trastorno; *cf*. I. MACALPINE y R. A. HUNTER, «Introduction», en D. P. SCHREBER, *Memoirs of my nervous illnes*, *op. cit.*, p. 25.

193. Algunos autores, extrapolando las categorías psiquiátricas a la clínica psicoanalítica, han optado en este caso por calificar de parafrenia la psicosis de Schreber: «Podemos admitir, por el contrario, que el enfermo a partir de un estado de tipo melancólico, bosquejó una posición paranoica en la cual no se pudo mantener, viéndose arrastrado en el camino de la desorganización psicótica hacia una parafrenia grave» (P. RACAMIER y J. CHASSEGUET-SMIRGEL: «Revisión del caso Schreber» [1966], *op. cit.*, p. 74).

194. Zvi Lothane prefiere el diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva, ya que en su consideración los aspectos melancólicos son los más sobresalientes: ansiedad, desilusión, desesperación, profunda depresión y deseos de muerte; así pues, en esta locura «atípica» la «depresión era lo fundamental». Lothane apoya asimismo su opinión en los antecedentes depresivos que provenían del padre de Schreber y en los conocimientos que arrojan actualmente las neurociencias: «Sin embargo, las modernas investigaciones sobre los aspectos neuroquímicos y de comportamiento acerca de la depresión han mostrado que ésta es una respuesta fundamental psicobiológica a la tensión vital, que es especialmente proclive a darse entre algunos predispuestos en condiciones de pérdida» (Z. LOTHANE: *In defense of Schreber*, *op. cit.*, p. 432). Por otra parte, tras criticar el diagnóstico de paranoia establecido por Freud, Lothane argumenta: «El autodiagnóstico de Schreber era el de enfermedad afectiva y melancolía, lo que se corrobora tras la lectura atenta de las *Memorias* y de la historia clínica del hospital» (Z. LOTHANE: «El caso Schreber: una revisión», *Rev. Asoc. Esp. Neuropiq.*, 1995, vol. XV, n.º 53, p. 266). Este autor critica de múltiples maneras el diagnóstico de paranoia establecido por Weber, pues considera que, al llevar implícito un pronóstico de incurabilidad, acarreó innumerables sufrimientos a Paul Schreber. Finalmente, en una conferencia de 1998, volvió a enfatizar estos mismos aspectos, resumiéndolos en la siguiente fórmula: «melancolía que se resolvió mediante un acto creativo» (Z. LOTHANE: «Las enseñanzas de Paul Schreber», conferencia pronunciada en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid el 8 de mayo de 1998).

195. Uwe H. Peters ha mostrado su firme oposición a que se considere a Schreber un esquizofrénico, prefiriendo el diagnóstico de psicosis de angustia o estrés (*Emotionspsychose*), tal como manifestó en su conferencia «Schreber's psychosis reconsidered: paranoia, yes, but no schizophrenia. What was it?», *Symposium «Why is Senatspräsident Schreber such a controversial person?»*, *X World Congres of Psychiatrie*; Madrid, 25 de agosto de 1996. Los mismos argumentos en U. PETERS, «De quoi souffrait Schreber? Considerations sur la maladie de l'auteur des Memoires d'un nevropathe sous les aspects actuels», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE (eds.), *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, *op. cit.*, pp. 65-79.

196. El término *Dementia paranoides*, como se ha explicitado abundantemente a lo largo del capítulo tercero, había sido inventado por Emil Kraepelin para nombrar la forma más delirante de la demencia precoz; Kraepelin incluso había distinguido dos formas de demencia paranoide, una ligera y otra severa, atendiendo, como siempre hizo, a los supuestos grados de deterioro. Ambos tipos clínicos estaban perfectamente separados de la paranoia, ya que ésta consistía en una forma de psicosis psicógena caracterizada por un delirio sistematizado sin alucinaciones; un paranoico, en definitiva, jamás podría confundirse con un demente precoz paranoide, pues ambos padecerían enfermedades distintas desde el punto de vista etiológico, fenomenológico, evolutivo y de sus formas de terminación. Animados a imaginar, podríamos aventurar que para Krapelin el diagnóstico de Paul Schreber habría entrañado notables dificultades. Es seguro que jamás lo hubiera incluido dentro de la paranoia, pues alucinaba más de lo que un paranoico debía alucinar por definición; además, su último episodio psicótico contenía manifestaciones deficitarias incompatibles con la paranoia. Presumiblemente lo hubiera considerado un demente precoz de tipo paranoide, aunque el inicio tan tardío de su psicosis habría contradicho uno de los postulados básicos de la demencia precoz. Es probable que a partir de 1912 Schreber habría sido considerado un parafrénico, pero también aquí se le podría objetar tanto la elaboración notablemente sistemática del delirio como el marcado deterioro de la última crisis. En resumen, la enfermedad kraepeliniana más afín a la locura de Schreber es la demencia precoz, pero para que ello fuera posible tendríamos que eliminar, nada menos, sus características clínicas de precocidad y de demencia (excepto en los últimos tres años y medio de su vida).

197. Con ocasión de las Jornadas *Schreber revisité* tuvimos ocasión de defender algunos de los argumentos aquí expuestos, sin que las muchas objeciones que se nos formularon —especialmente las de Jean Garrabé— contribuyeran a reblandecer nuestra posición; *cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, J. BACHS y E. GUILANÁ, «Schreber et le problème de la paranoïa dans la clinique psychiatrique», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE (eds.), *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, *op. cit.*, pp. 43-53. Véase también: J. GARRABÉ, «La paranoïa en 1911», en D. DEVRESSE, Z. LOTHANE y J. SCHOTTE (eds.), *Schreber revisité. Colloque de Cerisy*, *op. cit.*, pp. 55-64.

198. Véase sobre este particular nuestro trabajo: «La construcción del concepto de psicosis por Freud», en VV.AA., *Psicosis y trastornos límite*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1991, pp. 8-20.

199. En el capítulo segundo se recogen algunos comentarios particularmente jocosos de Kraepelin sobre las incursiones de Freud en el terreno de la paranoia.

200. S. FREUD: *Tótem y tabú* [1913], *Obras Completas*, vol. XIII, *op. cit.*, p. 95.

201. S. FREUD: *De la historia de una neurosis infantil* [1918], *Obras Completas*, vol. XVII, *op. cit.*, p. 77.

202. S. FREUD: *Una neurosis demoníaca en el siglo VII* [1923], *Obras Completas*, vol. XIX, *op. cit.*, p. 93.

203. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta de 23 de mayo de 1907», *Correspondencia*, *op. cit.*, p. 84.

204. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 17 de febrero de 1908», *Correspondencia*, *op cit.*, p. 161.

205. S. FREUD y C. G. JUNG: «Carta del 21 de junio de 1908», *Correspondencia*, *op. cit.*, p. 200.

206. Una aceptable descripción clínica de la paranoia, bastante acorde con el espectro clínico que Freud le otorgó, la hallamos en el informe pericial sobre Paul Schreber redactado por Guido Weber el 5 de abril de 1902.

«La paranoia es una afección característicamente crónica. Su desarrollo suele ser insidioso; el comienzo a veces es agudo, con la aparición de una confusión alucinatoria que, en el desarrollo de una sintomatología tumultuosa, toma el aspecto lento y evolutivo que se le conoce. Como característica de la paranoia —sin que necesariamente estén presentes ciertas anomalías agudas del humor—, retendremos la aparición de ideas delirantes, frecuentemente en relación con alucinaciones e ilusiones de la memoria; las ideas delirantes pronto se fijan en un delirio sistematizado, organizado, duradero, para siempre irreductible e inquebrantable, pero en el cual la presencia del espíritu, la potencia de la memoria, el orden y la lógica del pensamiento, permanecen enteramente conservados. Que las ideas delirantes se apliquen al propio cuerpo (tipo hipocondríaco) o a los campos político, religioso o sexual, eso no tiene una importancia capital para apreciar el cuadro de conjunto. Sin embargo, hay que subrayar como elemento característico que el centro de las representaciones mórbidas es siempre la persona del enfermo, con la combinación habitual bipolar de las ideas de perjuicio y persecución por una parte, y las ideas de sobreestimación de sí por otra; es característico también el hecho de que, por lo menos durante cierto tiempo, las ideas delirantes están circunscriptas a un campo limitado de representaciones, mientras que los otros campos permanecen relativamente intocados» (G. WEBER, en D. P. SCHREBER: *Memorias de un neurópata*, *op. cit.*, pp. 418-419). El lector podrá comprobar, tras examinar los argumentos desgranados a lo largo del capítulo segundo, que esta definición disiente notablemente de la promovida por Emil Kraepelin en dos aspectos decisivos: el inicio, ocasionalmente agudo, y la presencia conspicua de alucinaciones.

207. Sobre el concepto de parafrenia, véanse nuestros comentarios al final del capítulo anterior. Por otra parte, adviértase que mientras Kraepelin y Bleuler consideraron frecuentes las transiciones entre las distintas formas de la demencia precoz o de la esquizofrenia, Freud trató de derribar el muro edificado entre la paranoia y la esquizofrenia, y enfatizar la vinculación entre ambas.

208. *Luder*, además de «carroña», es un término despectivo que suele emplearse en lenguaje coloquial como sinónimo de «puta» o «guarra» («*Du bist ein Luder*»: «Eres una guarra»).

209. Difieren de nuestro parecer los autores del *Libro de casos. DSM III-R*, quienes se sirven de Schreber para ilustrar la «esquizofrenia indiferenciada crónica»; *cf*. R. SPITZER, *et al*., *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Libro de casos. DSM III-R*, Barcelona, Masson, 1990, pp. 471-473. Más recientemente, el mismo caso parece encontrar mejor acomodo entre la esquizofrenia de tipo paranoide (*cf*. Robert L. SPITZER *et al*., *DSMIV-TR. Libro de casos*, Barcelona, Elsevier España, 2003, pp. 523 y ss.). No sólo la psiquiatría actual tiene las cosas tan claras respecto a la psicosis de Schreber. Dentro del psicoanálisis, un autor tan leído en otro tiempo como fue Otto Fenichel manifestó la misma tendencia a incluir la paranoia dentro de la esquizofrenia. En su más conocida publicación, las muy contadas referencias a Schreber se hallan en el capítulo sobre la esquizofrenia; y no podía ser de otro modo, pues en las más de ochocientas páginas de letra apretada que componen su texto no hay ningún capítulo ni epígrafe dedicado a la paranoia. *Cf*. O. FENICHEL, *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1966, pp. 479-480.

VI. REFLEXIONES SOBRE LA PSICOSIS A LA LUZ DE LA CLÍNICA Y LA HISTORIA

1. Con respecto al texto de la primera edición, el presente capítulo ha sido reordenado de una manera que nos parece más lógica. Se ha ampliado y corregido con algunos argumentos desarrollados en los últimos años. Para los epígrafes sobre la certeza, los fenómenos elementales y los polos de las psicosis seguimos la perspectiva trazada en nuestros estudios «Los fenómenos elementales de la psicosis» y «La certeza como experiencia y como axioma» (*Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006, pp. 97-118 y 157-174).

2. E. ESQUIROL: *Tratado completo de las enajenaciones mentales consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal*, Madrid, Imprenta del Colegio de sordomudos, 1847 [1838], p. 67.

3. *Cf*. CH. LASÈGUE, «Du délire de persécutions», en *Études médicales*, t. I, París, Asselin, 1884, pp. 546-566.

4. R. TARGOWLA y J. DUBLINEAU: *L'intuition délirante*, París, Maloine, 1931, p. 262.

5. A. STRINDBERG: *Inferno*, Barcelona, Fontamara, 1981, p. 61.

6. D. P. SCHREBER: *Memorias de un neurópata* [1903], Buenos Aires, Petrel, 1978, p. 54.

7. *Cf*. S. FREUD, «Manuscrito K. Las neurosis de defensa (Un cuento de Navidad) [1-1-1896]», en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, vol. I, pp. 260-268.

8. Sobre el error, la certeza y la creencia desde el punto de vista filosófico, véase en especial VICTOR BROCHARD, *De l'erreur* (tesis doctoral), París, Benger-Levrault y Germer Baillière, 1879; sobre todo la segunda parte (pp. 73-210).

9. *Cf*. B. SPINOZA, *Tratado del entendimiento humano. Principios de filosofía de Descartes. Pensamientos metafísicos*, Madrid, Alianza, 2006.

10. «No la duda, es la *certeza* lo que hace loco... » (F. NIETZSCHE: *Ecce homo*, en *Jenseits von Gut und Böse und andere Schriften*, t. 3, Colonia, Könemenn, p. 413).

11. Se podría objetar a lo dicho que también el delirante escruta, verifica y se informa. Sin embargo, nada de lo que encuentra —mejor dicho, reencuentra— conmueve un ápice su certeza. Un delirante pasional erotómano, por ejemplo, para quien todas las dimensiones de su experiencia derivan del postulado o certeza «El Otro me ama», se desaira y enoja ante los desplantes evidentes de su amante irredento, sea porque éste se case con otra persona o porque lo rechace con las palabras más groseras. Mas nada de eso afecta lo más mínimo a su certeza; siempre tendrá a mano alguna ocurrencia capaz de explicar tan sorprendentes negativas, esas conductas «paradójicas del objeto», como las llamaba Clérambault (*cf*. G. G. DE CLÉRAMBAULT, «Les délires passionels; Érotomanie. Revendication. Jalousie», en *Oeuvres Psychiatriques*, París, P.U.F., 1942, pp. 337-345).

12. Sobre las diferencias entre certeza y creencia, véase: C. SOLER *et al*., «Estructura y función de los fenómenos erotomaníacos de la psicosis», en VV.AA., *Clínica diferencial de las psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1988, pp. 206-216; C. SOLER, «El amor del psicótico», *El Analiticón*, 1987, n.º 4, pp. 45-58. Fuente de permanentes debates y discrepancias, el estatuto de la certeza en la psicosis ha sido discutido por analistas del Campo freudiano en Angers. En la conferencia de clausura, J.-A. Miller terció a este respecto: «Así pues, el vacío enigmático de la significación conoce una serie de transformaciones: se transforma en certeza; se transforma en certeza de la demanda del Otro; se transforma en certeza de la falta en el Otro; y, después, es a mí a quien transforma. Porque, si está en mí colmar la falta del Otro, ¿qué soy entonces yo? ¿Qué *quod*, qué *a*, soy para Él si está en mí satisfacerlo? Y allí me vuelvo enigmático para mí mismo; yo mismo soy ese significante enigmático

que a continuación descifraré como *ser la mujer*, *o el hijo*, *de Dios*» (J.-A. MILLER: «Vacío y certeza», en J.-A. MILLER *et al*., *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999, p. 193).

13. Remo Bodei, en su singular estudio sobre el delirio, equipara la fe a la certeza delirante aunque establece algunas matizaciones: «Barreras, prohibiciones, sanciones políticas, religiosas, éticas... todo se utiliza para preservar las creencias racionalmente frágiles. La fe equivale a la certidumbre del delirio individual, por eso la tasa de fe socialmente movilizada crece proporcionalmente en las zonas de mayor peligro y mayor inverosimilitud. Donde la creencia es intrínsecamente improbable, se la invoca con urgencia» (R. BODEI: *Las lógicas del delirio. Razón, afectos, locura*, Madrid, Cátedra, 2002, p. 72).

14. F. COLINA: *Deseo sobre deseo*, Valladolid, Cuatro, 2006, p. 69.

15. Véase el número monográfico «Ciencia y locura» de la revista *Colofón*, n.º 19.

16. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, Barcelona-Buenos Aires, Paidós, 1981, p. 109.

17. En una entrevista del 14 de diciembre de 1995, a la pregunta del profesor George Mackey sobre cómo era posible que alguien como él, un matemático, un científico, pudiera creerse que los alienígenas lo habían reclutado para salvar el mundo, Nash respondió: «Porque las ideas que concebí sobre seres sobrenaturales acudieron a mí del mismo modo en que lo hicieron mis ideas matemáticas, y por eso las tomé en serio» (S. NASAR: *Una mente prodigiosa*, Barcelona, Debolsillo, 2002, p. 12).

18. *Cf*. J.-P. FALRET, «Du délire» [1839], en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864, pp. 351-424.

19. *Cf*. S. FREUD, «Las neuropsicosis de defensa» [1894], en *Obras Completas*, vol. III, *op. cit*.

20. «Y es por esto por lo que toda la psiquiatría del siglo XIX converge realmente en Freud [...]» (M. FOUCAULT: *Historia de la locura en la época clásica*, t. 2, México D. F., F.C.E., 1976 [1964], p. 261).

21. *Cf*. CL. NEISSER, «Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte», *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1892, Enero, t. III, n.º 15, pp. 1-20 (p. 3). La traducción española de este texto («Disertación de la paranoia desde el punto de vista clínico») puede leerse en J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA (eds.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997, pp. 85-112. Aunque las autorreferencias ya habían sido descritas con anterioridad a Neisser, por ejemplo en el *Beachtungswahn* o «delirio de observación» de Meynert, nadie había destacado, como él lo hizo, que el delirio es un producto secundario, es decir, una respuesta a esa perplejidad inicial que se manifiesta en la experiencia enigmática de las autorreferencias enfermizas. De acuerdo a lo expuesto en el capítulo segundo, la ordenación de la sintomatología de la paranoia a partir de la experiencia de la *Eigenbeziehung* constituye la base de las concepciones alemanas más destacadas sobre dicho trastorno. En esta orientación se inscriben los notables trabajos de Robert Gaupp y los de su alumno Ernst Kretschmer a propósito del delirio de relación sensitivo.

22. *Cf*. A. MARGULIÈS, «Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia», *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1901, t. X.

23. K. JASPERS: *Psicopatología general*, México D. F., F.C.E., 1993 [1913], p. 113. Este pasaje dará pie a la hermosa descripción de Klaus Conrad sobre los primeros pasos del delirio esquizofrénico (*La esquizofrenia incipiente*, Madrid, La Alhambra, 1958). En su revisión del fenómeno elemental, H. WACHSBERGER («Del fenómeno elemental a la experiencia enigmática», *Freudiana*, 1995, n.º 13, p. 95) atribuye a Jaspers la primera caracterización de la experiencia enigmática, cosa que ya había sido abundantemente descrita por Lasègue, Neisser y Meynert.

24. *Cf*. M. WESTERTERP, «Prozes und Entwickelung bei verschiedenen Paranoiatypen», *Zeitschift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1923, t. 91, pp. 259-380.

25. El término «xenopatía» ha sido esporádicamente empleado por algunos clínicos franceses para nombrar ciertas experiencias alucinatorias y algunos delirios de influencia. Paul Guiraud, uno de los autores que más lo ha usado, proponía que los estados afectivos, las representaciones y las tendencias a la acción que sobrevienen en el curso de la actividad mental son reconocidos por las personas normales como provenientes de su propia actividad psíquica; en cambio, en algunos delirantes esos mismos estados son experimentados como ajenos y son atribuidos a una influencia exterior (xenopática). *Cf*. P. GUIRAUD, *Psychiatrie générale*, París, Le François, 1950. Nosotros usamos ese término en un sentido más amplio, aunque evidentemente conservamos esa dimensión de intrusión e influencia. Se trata de la inefabilidad de experimentar el propio pensamiento, los propios actos, las propias sensaciones corporales o los propios sentimientos como si fueran ajenos o impuestos, como si estuvieran determinados o provinieran de otro lugar —no importa que sea exterior o interior— del que el sujeto, perplejo y sumido en el enigma, no se reconoce como agente sino como un mero y exclusivo receptor (*cf*. J. M.ª ÁLVAREZ, «Significación personal y xenopatía», *Freudiana*, 1997, n.º 19, pp. 83-91). Por otra parte, en lo que atañe al ámbito del pensamiento, nos parece apropiado oponer la xenopatía a la endofasia, distinción que se vuelve ejemplar cuando se compara la atomización del pensamiento esquizofrénico con la rumiación mental del obsesivo.

26. *Cf*. J. LACAN, *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit*., p. 33. La investigación de los fenómenos elementales se remonta en la obra de Lacan a su tesis doctoral, donde había destacado al respecto los estados oniroides, la incompletud, la interpretación y las ilusiones de la memoria. *Cf*. J. LACAN, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México D. F., Siglo XXI, 1979 [1932].

27. Siguiendo una línea argumental contraria a la nuestra se sitúan buena parte de las investigaciones que se vienen realizando en los últimos años a propósito de la detección precoz de la psicosis, asunto en el que tanto interés tienen las multinacionales farmacéuticas. Una de ellas es la publicada por Jane Edwards y Patrick Macgorry con el título *La intervención precoz en la psicosis* (Madrid, F.I.T.E.O.P., 2004). Según el parecer de estos autores, ninguna conexión mediaría entre dichos fenómenos y el posterior rumbo de la psicosis. Lo que más nos llama la atención de esta investigación, sin embargo, es que la determinación de los signos y de los síntomas prodrómicos resulta un tanto vaga si se la compara con la descripción del Síndrome de Pasividad realizada por Clérambault, autor, por lo demás, a menudo ignorado en este tipo de estudios. Del conjunto de estas investigaciones, si hubiéramos de elegir alguna nos quedaríamos, por su seriedad, con la llevada a cabo por Óscar Vallina en el Servicio Cántabro de Salud; véase, en especial: O. VALLINA, S. LEMOS GIRÁLDEZ y P. FERNÁNDEZ IGLESIAS, «Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis», *Apuntes de Psicología*, 2006, vol. 24, n.º 1/3, pp. 185-221.

28. Sobre las elucidaciones de Lacan del fenómeno elemental, véanse especialmente: J.-A. MILLER, «Seminario do Campo freudiano (Primeira Conferéncia)», *Falo. Revista Brasileira do Campo freudiano*, 1988, n.º 2, pp. 87-96. R. MAZZUCA, «Los fenómenos llamados elementales», en S. TENDLARZ (comp.), *Análisis de las alucinaciones*, Buenos Aires, Eolia-Paidós, 1995, pp. 59-116. C. SOLER, «L'expérience énigmatique du psychotique, de Schreber à Joyce», *La Cause Freudienne. Revue de psychanalyse*, 1993, n.º 23 (*L'énigme & la psychose*), pp. 23-35. 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, pp. 69-83.

29. A fin de ilustrar estas consideraciones, Lacan comenta el siguiente caso: «Uno de nuestros psicóticos relata el mundo extraño en que entró desde hace un tiempo. Todo se ha vuelto signo para él. No sólo es espiado, observado, vigilado, se habla, se dice, se indica, se lo mira, se le guiña el ojo, sino que esto invade [...] el campo de los objetos reales inanimados, no humanos. [...] Si encuentra un auto rojo en la calle [...], no por casualidad

dirá que pasó en ese momento. [...] Este auto tiene una significación, pero a menudo el sujeto es incapaz de precisar cuál» (J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit.*, p. 19).

30. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit.*, p. 110.

31. J. LACAN: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» [1959], en *Escritos 2*, México, Siglo XIX, 1980, p. 224.

32. «La palabra misma se convierte en el interlocutor principal del esquizofrénico» (F. COLINA: *De locos, dioses, deseos y costumbres. Crónica del manicomio*, Valladolid, Pasaje de las letras, 2007, p. 24).

33. Aunque referidas a la locura, las palabras que siguen de Lacan bien podrían ser aplicadas a lo que llamamos el estado esquizofrénico: «En la locura, la ausencia de palabra se manifiesta por las estereotipias de un discurso en el que el sujeto más que hablar es hablado» (J. LACAN: «Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse» [1953], *Écrits*, París, Seuil, p. 280).

34. J.-A. MILLER: *De la naturaleza de los semblantes*, Buenos Aires, Paidós, 2002 [1991-1992], p. 50.

35. Como señalamos en el capítulo anterior, entre las últimas palabras garabateadas por Schreber puede leerse: «Ursachen erforschen» («Investigar las causas»).

36. Recordamos nuevamente uno de los numerosos pasajes en los que Paul Schreber matiza su posición de objeto exclusivo del goce divino: «Dios exige un estado constante de goce; es entonces mi deber ofrecerle este goce, en la medida de lo posible en las condiciones actuales atentatorias contra el orden del Universo, y ofrecérselo en forma del mayor despliegue posible de voluptuosidad del alma» (D. P. SCHREBER: *Memorias de un neurópata* [1903], *op. cit.*, pp. 280-281).

37. *Cf.* J. M.ª ÁLVAREZ y J. DE LA PEÑA, «Sobre el delirio, su función y sus usos en el tratamiento de la psicosis», en A. DÍAZ PATRICIO y R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, Madrid, A.E.N., 2006, pp. 199-240.

38. Si el lector ha echado en falta precisiones sobre los fenómenos elementales característicos de la melancolía, esa ausencia no se debe al descuido sino a nuestro desconocimiento y escasa experiencia clínica en ese ámbito. Algunas pistas sobre el particular pueden hallarse en F. SAUVAGNAT y R. SAUVAGNAT, «Fenómenos elementales y estabilizaciones en las psicosis maníaco-depresivas», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, vol. XVIII, n.º 67, pp. 459-470.

39. C. SOLER: «Pérdida y culpa en la melancolía», en *Estudios sobre las psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1991, p. 38.

40. H. SCHÜLE: *Traité clinique des maladies mentales*, París, Delahaye y Lecrosnier, 1888, p. 124; traducción de la 3.ª ed. alemana de 1886.

41. El interés de los psicopatólogos por Jean-Jacques Rousseau se remonta a finales del siglo XIX. Sérieux y Capgras lo encasillaron entre la variedad resignada del delirio de interpretación, es decir, la locura razonante (*cf.* P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, París, Alcan, 1909; en especial el capítulo cuarto «Variedades»). En cambio, Régis lo calificó de «perseguido melancólico» (*cf.* E. RÉGIS, «Étude médicale sur J.-J. Rousseau», *La Chronique médicale*, 1900, febrero-julio). Al estudiar sus escritos autobiográficos y su correspondencia, se advierten en el filósofo tanto el polo paranoico como el melancólico; su caso resulta ejemplar para investigar la articulación de la culpabilidad y la inocencia en la psicosis (*cf.* J.-J. ROUSSEAU, *Correspondance complète de Jean-Jacques Rousseau: édition critique*, Génova, Institut et musée Voltaire, 1965; *Las Confesiones*, Madrid, Alianza, 2004, y *Las ensoñaciones del paseante solitario*, Madrid, Alianza, 1998). A partir de esta polaridad, C. Soler ha tratado de caracterizar la paranoia y la melancolía, aportando una guía de investigación para distinguirlas y también articularlas (*cf.* C. SOLER, *Estudios sobre la*

psicosis, *op. cit.*). J.-A. Miller, al examinar el Libro IX de *Las confesiones*, advirtió que en Rousseau se conjuga un fantasma masoquista con el desarrollo de una psicosis paranoica (*cf.* J.-A. MILLER, «Lógicas de la vida amorosa. Segunda conferencia», en *Lógicas de la vida amorosa*, Buenos Aires, Manantial, 1991, pp. 19-34). Por nuestra parte, tratando de fundamentar la visión unitaria de la psicosis, el ejemplo de Rousseau y de E. Wagner nos han servido para mostrar la articulación entre el polo melancólico y el polo paranoico de la psicosis (*cf.* J. M.ª ÁLVAREZ, «La certeza como experiencia y como axioma», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 157-174). Cuando tenía dieciséis años, Rousseau robó una cinta acusando después, cuando se descubrió el robo, a la joven criada Marion. Tanto en las *Confesiones* como en *Las ensoñaciones del paseante solitario*, Rousseau se refiere a este incidente calificándolo de «gran crimen», cuyo «remordimiento» no dejó de afligirlo en adelante «sin disminuir en mi conciencia». Rousseau se presenta como culpable ante sí mismo y como inocente ante Dios: «Dios es justo; él quiere que yo sufra; y él sabe que yo soy inocente» (J.-J. ROUSSEAU: *Las ensoñaciones del paseante solitario*, *op. cit.*, p. 47). Por otra parte, la locura de Rousseau muestra con claridad el papel desempeñado por el fantasma al que permanece fijado el sujeto. Cuando se atiende a este hecho, se comprende que todas las variedades o subtipos clínicos descritos por los psicopatólogos derivan en gran medida de esas posiciones fantasmáticas y no de la expresión natural de la enfermedad.

42. Según Neumann, el progreso de la psiquiatría sólo se produciría cuando se dejaran de lado las clasificaciones, pues no hay más que una clase de perturbación mental «y la llamamos locura». «Es preferible ninguna clasificación a una clasificación equivocada» (H. NEUMANN: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Erlangen, Enke, 1859, p. 181).

43. En su definición de la psicosis única, nuestro compatriota Bartolomé Llopis destacó, entre otros aspectos, sólo dos de los tres que nosotros consideramos comunes al conjunto de las concepciones psiquiátricas: «Al hablar, pues, de psicosis única se quiere expresar que los síntomas psíquicos son siempre los mismos en las más diversas enfermedades; que el cerebro, de cuya afección directa o indirecta dependen siempre aquellos síntomas, tiene, igual que los demás órganos, las mismas respuestas para todas la agresiones. Pero significa también que entre todas estas respuestas hay una continuidad, una transición insensible; que los diversos cuadros no representan más que grados de intensidad del mismo trastorno fundamental» (B. LLOPIS: «La psicosis única» [1954], en D. BARCIA, *Esquizofrenia, cuadros afines y cuadros delirantes*, Madrid, E.L.A., 1997, p. 269). El lector interesado hallará otros argumentos contrarios a los nuestros en J. SANTO-DOMINGO, «La psicosis unitaria en la actualidad: de H. Ey y B. Llopis a la ICE-10 y la DSM-IV», *Archivos de Neurobiología*, 1998, n.º 3, vol. 61, pp. 175-186. En relación con la teoría de Llopis, véase J. LÁZARO, «Darwin contra el DSM: la vindicación de la psicosis única», en B. LLOPIS, *La psicosis única. Escritos escogidos*, Madrid, Triacastela, 2003, pp. 9-54.

44. W. GRIESINGER: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* [4.ª ed.], Berlín, 1871, p. 212.

45. *Ibid.*, p. 213.

46. *Cf.* E. HARMS, «A fragment of Freud's library», *Psychoanalytic Quarterly*, 1971, t. XL, n.º 3, pp. 491-495.

47. Véase nuestro estudio «Delirio y crimen: a propósito de la responsabilidad subjetiva», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit.*, pp. 63-80.

48. Las definiciones que se han dado son muchas pero homogéneas. La que aporta A. Porot en su *Diccionario* es representativa de la opinión de la mayoría de los autores: «Siempre que se producen percepciones erróneas o juicios desviados, el psiquismo puede revelar ideas falsas. La idea falsa se convierte en *idea delirante* cuando se halla en oposición con la realidad y choca con la evidencia. Una idea delirante que se mantiene y continúa constituye el delirio» (A. POROT: *Diccionario de Psiquiatría*, t. I, Barcelona, Labor, 1977, p. 329).

49. *Cf. SCAN. Cuestionarios para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría. Glosario. Definiciones*

diferenciales de los ítems del SCAN y comentarios sobre el texto, Madrid, Meditor, 1993, pp. 133-143.

50. Aún hoy en día puede leerse en algunas publicaciones en nuestra lengua el término «delusión» para traducir *Wahn* o *delusion*, haciéndose eco de la terquedad manifestada por Honorio Delgado a este respecto. La opinión más extendida —también la nuestra— sigue empleando el término «delirio» para nombrar las ideas delirantes y reserva «delirium» para aquellos cuadros confusionales en los que resultan evidentes las alteraciones de la conciencia, como es el caso del delirium tremens.

51. G. Lantéri-Laura, con el buen criterio que le caracterizaba, señaló que la palabra *Wahn*, antes de significar 'opinión falsa', 'ilusión', 'ofuscación', 'quimera', quería decir 'deseo'. *Cf*. G. LANTÉRI-LAURA, «L'unicité de la notion de délire dans la psychiatrie française moderne», en H. GRIVOIS (dir.), *Psychose naissante, psychose unique*?, París, Masson, 1991, pp. 5-21. Desconocemos hasta qué punto esa resonancia popular influyó en la psiquiatría romántica alemana (Heinroth e Ideler) y casi un siglo después en E. Bleuler, pues en todos ellos existe el denominador común de vincular el delirio con un deseo —también con un temor— imposible de realizar en la realidad común.

52. Más detalles sobre las opiniones enfrentadas a propósito del malentendido terminológico pueden leerse en: H. EY, *Hallucinations et délire*, París, Alcan, 1933; R. SARRÓ, «Enfermedades mentales», en A. PEDRO PONS (dir.), *Tratado de Patología y Clínica Médicas*, t. IV, Barcelona, Salvat, 1959, pp. 1089-1178; H. DELGADO, «Psychopathologie des délires», *Discussion Congr. Mond. Psychiat.*, París, Hermann, 1952; A. COLODRÓN, *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983, pp. 75-79; H. EY, P. BERNARD y CH. BRISSET, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1969, pp. 124-128 y p. 500 y ss.; y J. GARRABÉ, *Diccionario taxonómico de psiquiatría*, México D. F, F.C.E., 1993, pp. 66-68.

53. *Cf*. J.-C. MALEVAL y D. CREMNITER, «Délire psychotique ou delirium névrotique. Essai de différenciation structurelle», *Bulletin de Psychologie*, 1986-1987, n.º 378, t. XL, pp. 21-36. Sobre esta misma cuestión, puede consultarse, además J. M.ª REDERO, «¿Delirios en la neurosis?», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1997, n.º 61, vol. XVII, pp. 63-74.

54. J.-P. Falret introdujo respecto a sus predecesores la dimensión de desconocimiento que entraña la propia experiencia delirante, es decir, la ignorancia de «*la conciencia de su estado* que el enfermo nunca podría recuperar sin la interrupción del delirio» (J.-P. FALRET: «Du délire» [1839], en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, *op. cit*., p. 354).

55. *Cf*. E. GEORGET, *De la folie. Considérations sur cette maladie: son siège et ses symptômes; la nature et le mode d'action de ses causes; sa marche et ses terminaisons; les différences qui la distinguent du délire aigu; les moyens de traitement qui lui conviennent; suivies de recherches cadavériques*, París, Grevot, 1820, pp. 224-242.

56. El término «polimorfo» con el que se acostumbra a calificar determinado tipo de delirio debe entenderse no sólo como alternancia múltiple de contenidos o temas delirantes, sino también como la diversidad de mecanismos (alucinatorios, interpretativos, pasionales, imaginativos) que se articulan y simultanean en los delirios más desorganizados de las llamadas esquizofrenias. Se acostumbra a usar el término «sistemático» para indicar lo contrario: la organización interna, la invariabilidad temática y la primacía de un mecanismo, por lo general la interpretación.

57. *Cf*. V. MAGNAN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*, París, Bureaux du Progrès Médical y Louis Bataille Éditeur, 1893 (2.ª ed.), pp. 171-191 y 213-226.

58. *Cf*. PH. CHASLIN, *La confusion mentale primitive*, París, Asselin y Houzeau, 1895.

59. *Cf*. E. RÉGIS, *Le délire onirique des intoxications et des infections*, Burdeos, G. Gounouilhou, 1900. Los

trabajos de Régis sobre el onirismo desarrollan y profundizan las constataciones de Lasègue sobre el delirium de los alcohólicos.

60. *Cf*. PH. CHASLIN, *Eléments de sémiologie et cliniques mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912, pp. 770 y ss.

61. *Cf*. TH. MEYNERT, *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie auf Wissenschaftlichen Grundlagen*, Viena, Braumüller, 1890; una versión en español puede leerse en TH. MEYNERT, «La *Amentia* o confusión» (1890), en VV.AA., *Alucinar y delirar*, t. I, Buenos Aires, Polemos, 1998, pp. 171-184. El propio Freud, su alumno, utilizó el término *Amentia* en algunos de sus primeros bocetos psicopatológicos («Manuscrito K» y «Carta 55» a W. Fliess), pero sobre todo en el «Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños», escrito en 1915.

62. *Cf*. K. BOHOEFFER, «Zur Frage der exogenen Psychosen», *Zentbl. Nervenheilk*., 1909, n.º 32, pp. 499-505.

63. Puede consultarse a este respecto el *Tratado de psiquiatría* de Ey, Benard y Brisset, en el que una simple lectura revela la arbitraria reunión de estos cuadros clínicos.

64. Con todas las reservas que merece su proyecto, es necesario reconocer el impulso que J.-C. Maleval dio a la clínica diferencial entre la psicosis y ciertos estados agudos, confusionales y crepusculares. Entre sus numerosas publicaciones pueden consultarse: *Locuras histéricas* y *psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós, 1987; «Las histerias crepusculares», *Confrontaciones* psiquiátricas, 1994, n.º 27, pp. 67-103; y J.-C. MALEVAL *et al*., «Las variaciones del campo de la histeria en psicoanálisis», en VV.AA., *Histeria* y *obsesión*, Buenos Aires, Manantial, 1986, pp. 83-90. De especial interés es el reciente estudio de KATRIEN LIBBRECHT, *Hysterical Psychosis: A Historical Survey*, Nueva York, Transaction Publishers, 1995.

65. *Cf*. A. L. FOVILLE, *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, París, J.-B. Baillère, 1871.

66. *Cf*. H. LEGRAND DU SAULLE, *Le délire des persécutions*, París, H. Plon, 1871.

67. En nuestro país, R. Sarró describió unas cuarenta unidades temáticas o mitologemas, creyendo encontrar en ellas la esencia de lo que llamaba delirios esquizoparafrénicos. Sobre el particular, se encuentra abundante información y bibliografía en el n.º 69 que la revista *Anthropos* le dedicó en 1987.

68. *Cf*. V. MAGNAN, *Leçons cliniques*, *op. cit*., pp. 220 y ss. Asimismo, V. MAGNAN y P. SÉRIEUX, «Délire chronique à évolution systématique», en A. MARIE (dir.), *Traité international de Psychologie pathologique*, vol. II, París, F. Alcan, 1910, pp. 605-639.

69. *Cf*. H. EY, P. BERNARD y CH. BRISSET, *Tratado de psiquiatría*, *op. cit*., pp. 551-528.

70. *Cf*. J. OBIOLS VIÉ, *El caso Julia. Un estudio fenomenológico del delirio*, Barcelona, Aura, 1969, p. 65 y ss.

71. Tales referencias se encuentran desarrolladas en nuestra investigación *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932). Una reflexión sobre la construcción, desplazamientos y reducciones de la categoría 'paranoia' en la clínica psiquiátrica*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1992.

72. A decir de Jules Séglas, el delirio consiste en «un conjunto más o menos complejo de ideas mórbidas relativas al "yo" o a sus relaciones con el mundo exterior» (J. SÉGLAS: «Séméiologie des affections mentales», en G. BALLET (dir.), *Traité de pathologie mentale*, París, Tave Doin, 1903, p. 222). Tras establecer esta definición general, estima necesario distinguir entre «delirios primitivos» (aquellos que aparecen súbitamente y no vienen precedidos de otros desórdenes psíquicos, bien sea en sujetos que han mostrado cierta predisposición o bien bajo la influencia de una causa ocasional) y «delirios secundarios» a otros trastornos mentales. Una y otra vez se interroga Séglas si el delirante es consciente o no de sus ideas morbosas y si tiene una certeza incuestionable o una creencia sujeta a modificaciones, sin aportar sobre tan decisivo asunto argumentos definitivos.

73. De acuerdo con sus puntos de vista inspirados en la teoría de la degeneración, el profesor R. von Krafft-

Ebing precisó en su célebre *Tratado* que las ideas delirantes son alteraciones de la naturaleza de la representación consecutivas a una enfermedad cerebral. Como no le pareció que bastara con manifestar ideas erróneas para considerar eso un delirio, propuso cuatro indicaciones destinadas a distinguir la idea delirante de un alienado del error de un hombre sano. Primera: a diferencia de la idea delirante, producto de una enfermedad cerebral que está en conexión etiológica y clínica con otros síntomas, el error es un resultado de la ignorancia, de una falta de atención, o de una adhesión supersticiosa o apasionada a determinadas ideas. Segunda: la lógica y el razonamiento no sirven de nada cuando se confrontan con las ideas delirantes, pues al ser éstas un síntoma de una afección cerebral sólo podrá hablarse de curación cuando desaparezca dicha dolencia. Por el contrario, el error del hombre sano cesará tan pronto como se le convenza de su absurdidad. Tercera: la idea delirante se muestra, por lo general, en contradicción con la antigua manera de razonar del enfermo, mientras que el error del hombre sano de espíritu es explicable por sus anteriores concepciones y por la instrucción recibida. Cuarta: el error del sano y la idea delirante del alienado tienen distintos puntos de apoyo: «Ambos pueden creer en la existencia de brujas, por ejemplo; pero el hombre sano cree por superstición, por estrechez mental, mientras que el delirante cree porque las siente y se siente amenazado por ellas» (R. KRAFFT-EBING: *Traité clinique de Psychiatrie*, París, Maloine, 1897, pp. 89-90; traducción de la 5.ª edición alemana). Tal como se comprueba en el trabajo diario, la razón parece asistir a Krafft-Ebing cuando afirma que el error del hombre sano no le causa una influencia excepcional en su forma de conducirse; cosa bien distinta sucede con los delirantes, cuyas ideas pueden llevarlos a reacciones violentas en el terreno de los sentimientos y de los actos.

74. *Cf*. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*, Leipzig, J. A. Barth, 1908-1915; E. KRAEPELIN y J. LANGE, *Psychiatrie*, Leipzig, J. A. Barth, 1927.

75. K. JASPERS: *Psicopatología general*, *op. cit*., p. 110.

76. *Cf*. L.-F. CALMEIL, *De la folie*, 2. vols., París, Baillière, 1845.

77. K. JASPERS: *Psicopatología general*, *op. cit*., pp. 110-111.

78. *Ibid*., p. 111.

79. K. JASPERS: «Delirio celotípico, contribución al problema: "¿Desarrollo de una personalidad" o "Proceso"?», en *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gredos, 1977 [1910], pp. 145-146. La lectura atenta de los historiales clínicos muestra, así nos lo parece, menos diferencias entre el proceso y el desarrollo que las señaladas por el autor.

80. Sobre este asunto, véase el excelente trabajo de F. SAUVAGNAT, «Los psicoanalistas y la cuestión de la comprensibilidad de los trastornos psicóticos», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 1994, n.º 51, vol. XIV, pp. 659-674.

81. *Cf*. H. W. GRUHLE, «Über den Wahn», *Nervenarzt*, 1951, n.º 22, pp. 125-126.

82. *Cf*. K. SCHNEIDER, «Sobre el delirio», *Symposium sobre esquizofrenia*, Madrid, 1957, pp. 37-41. Los mismos planteamientos, pero ampliamente desarrollados, así como una visión de conjunto de su obra, pueden leerse en su *Patopsicología clínica*, Madrid, Paz Montalvo, 1951.

83. Esperamos no forzar demasiado las paradojas de la fenomenología al llevarla hasta el límite de la confrontación, siempre implícita, entre lo observable y los hechos contrastados. En ese sentido entendemos la siguiente afirmación de K. Schneider: «Los conceptos psicopatológicos están recogidos de la observación y deben siempre ser medidos y contrastados con los hechos observados». (K. SCHNEIDER: «Zum Begriff des Wahns», *Fortschr. Neurol. Psychiat*., 1949, n.º 17, pp. 23-31; p. 31).

84. Además, es preciso considerar si la supuesta «desaparición» de un delirio obedece a una ocultación intencionada. Véase sobre el particular: F. COLINA, «Sobre la ocultación del delirio», en *Escritos psicóticos*, Madrid, Dor, 1999, pp. 207-221.

85. *Cf*. K. JASPERS, *Psicopatología general*, *op. cit*., pp. 119-122.

86. J. LACAN: *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-1956)*, *op. cit*., p. 31.

87. *Cf*. CH.-L. TREPSAT, «Sur un cas de délire de persécution disparu au bout de trois ans», *Encéphale*, 1920, n.º 15, pp. 106-113.

88. J. ROGUES DE FURSAC: *Manuel de psychiatrie*, París, Alcan, 1923, p. 88.

89. «Parece entonces que no habría propiamente ideas delirantes, sino únicamente sujetos delirantes» (J.-C. MALEVAL: *Logique du délire*, París, Masson, 1996, p. 13).

90. Usamos a sabiendas ese término, quizás forzando el sentido originario que le confirió Lacan («infatuación del sujeto») en 1946. Lacan mostraba allí, al hilo de la polémica con H. Ey, que el objeto de la creencia delirante no es una representación ni más ni menos falsa de la realidad común sino, primero y antes que nada, una representación infatuada de sí mismo, por tanto, sin la distancia que separa al sujeto de su imagen ideal. *Cf*. J. LACAN, *Acerca de la causalidad psíquica*, Buenos Aires, Homo Sapiens, 1978, pp. 80 y ss. Es muy probable que Lacan, considerando las referencias que entonces le importaban, retomara el término «infatuación» del epígrafe «La ley del corazón y el desvarío de la infatuación», de G.W.F. HEGEL, *Fenomenología del espíritu*, Madrid, F.C.E., 1993 [1807], pp. 217-224.

91. S. FREUD: *El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen*, *Obras completas*, vol. IX, *op. cit*., p. 67. La misma expresión puede encontrarse en *Psicopatología de la vida cotidiana*, 1901; también en *Moisés y la religión monoteísta*, 1939.

92. S. FREUD: «Manuscrito H. Paranoia (24-1-1895)», en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, en *Obras Completas*, vol., I, *op. cit*., pp. 251.

93. F. LEURET: *Fragments psychologiques sur la folie*, París, Crochart, 1834, p. 41-42.

94. *Cf*. K. SCHNEIDER, «Sobre el delirio», *op. cit*., pp. 38-39.

95. S. FREUD: «La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis», *Obras completas*, vol. XIX, *op. cit*., p. 197.

96. A propósito de Schreber, puede seguirse el desarrollo minucioso con el que Lacan mostró la transformación de la realidad al final del proceso psicótico, valiéndose para ello de los esquemas R e I. *Cf*. J. LACAN, «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», *Escritos 2*, *op. cit*., pp. 217-268.

97. *Cf*. S. FREUD, *Conferencias de introducción al Psicoanálisis* (Parte III), *Obras completas*, vol. XVI, *op. cit*., p. 360. Asimismo, ya desde 1911, venía insistiendo Freud en las perturbaciones del neurótico respecto a la realidad, desmarcándose, no obstante, de la teoría más generalizada por entonces, en especial la Janet y la pérdida de «la fontion du réel». *Cf*. S. FREUD, «Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico», *Obras completas*, vol. XII, *op. cit*., pp. 218-231.

98. Por este orden, véanse: S. FREUD, *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*, *Obras completas*, vol. X, *op. cit*.; TH. FLOURNOY, *Des Indes à la planète Mars*, París, Alcan, 1900; S. FREUD, *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, *Obras completas*, vol. XIX, *op. cit*.; M. PRINCE,«Genèse et développement des "personnalités" des demoiselles Beauchamps», *Actes du IV Congrès international de psychologie, Paris, 20-26 août 1901*, París, Alcan, 1901; S. GANSER,«État particulier d'hystérie crépusculaire», en J. POSTEL (dir.), *La psychiatrie*, París, Larousse, 1994, pp. 373-377.

99. Véase «La certeza como experiencia y como axioma», en *Estudios sobre la psicosis*, *op. cit*., pp. 169-170.

100. F. COLINA: *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001, pp. 74-75. Esta monografía constituye, a nuestro parecer, la más importante contribución al conocimiento del delirio que se ha escrito en los últimos tiempos.

101. *Ibid*., p. 76.

102. Incluso un estudio como el firmado por H. Ey, tan meticuloso, termina por incurrir en los antiguos criterios evolutivos, patogénicos, deficitarios, etc., para diferenciar los delirios paranoicos, parafrénicos y esquizofrénicos. *Cf*. H. EY, *Estudios sobre los delirios*, Madrid, Paz Montalvo, 1950.

103. Usamos a propósito el término «paranoico» y eludimos de igual modo el espurio calificativo «paranoide» («semejante a la paranoia»), y lo hacemos para evitar cualquier tipo de atribución del delirio a otras categorías en las que suele subdividirse la psicosis. Además, nos mueve a tal precisión el siguiente hecho: «la utilización en inglés de un solo adjetivo: *paranoid*, contribuirá a que las escuelas inglesa y norteamericana acepten una concepción más amplia todavía que la de Kraepelin, puesto que toda la paranoia quedará englobada dentro de los *paranoid states*, que en una traducción literal se volverán "los estados paranoides", dado que el colmo de la confusión será cuando *paranoid* se traduzca indistintamente así en las lenguas latinas, incluso cuando se quiera decir paranoico» (J. GARRABÉ: *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, D. F., F.C.E., 1996, p. 44).

104. «Llamo clínica universal del delirio [...] [al hecho por el que] todos nuestros discursos no son más que defensas contra lo real» (J.-A. MILLER: «Clinique ironique», *La Cause freudienne. Revue de psychanalyse, L'énigme & La psychose*, París, E.C.F., 1993, p. 8).

105. F. COLINA: «Fronteras», en *Escritos psicóticos*, Madrid, Dor, 1996, p. 36.

106. A este punto llega ineluctablemente cualquier intento de universalizar el delirio o la psicosis: «Psicóticos lo somos todos, psicotizados no» (F. COLINA: «Fronteras», en *Escritos psicóticos*, *op. cit*., p. 36).

107. J.-A. MILLER: «La invención del delirio», en J.-A. MILLER *et al*., *El saber delirante*, Buenos Aires, Paidós, 2005, p. 88.

108. Respecto a la polémica de si el delirio es alucinación o si la alucinación es delirio, véase F. COLINA (*El saber delirante*, *op. cit*. pp. 63-69). Partiendo del plano de análisis que los hermana, Colina escribe: «[...] en el fondo, el cuerpo común es el delirio, cuyo discurso es de contenido sensorial [...] en el caso de la alucinación, y conceptual, principalmente, cuando aludimos al delirio. [...] Ese valor sensorial del pensamiento psicótico es el que vuelve indisociables la alucinación y el delirio, obligándonos a pensar siempre, en el dominio de las psicosis, que hablar de alucinación delirante es un pleonasmo indómito en el que, querámoslo o no, incurrimos de continuo» (p. 68).

109. *Cf*. S. FREUD, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, en *Obras Completas*, vol. XII, *op. cit*., pp. 65-66.

110. SÉNECA: *Epístolas morales a Lucilio*, t. I, Madrid, Gredos, 2000, p. 300 (V, 52, 1-2).

CONSULTE OTROS TÍTULOS DEL CATÁLOGO EN:
www.rbalibros.com

Índice

PRÓLOGO: PSIQUIATRÍA Y CULTURA	5
NOTA DEL AUTOR	14
INTRODUCCIÓN	16
I. LOCURA, ALIENACIÓN MENTAL Y ENFERMEDADES MENTALES	19
II. LA PARANOIA: ENTRE LA LOCURA Y LA NOSOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	71
III. DEMENCIA PRECOZ: EL ROSTRO MÁS DEFICITARIO DE LA LOCURA	151
IV. LA ESQUIZOFRENIA: CINCO VISIONES SOBRE EL DESGARRAMIENTO DE LA IDENTIDAD	181
V. LA LOCURA DESDE DENTRO: LAS ENSEÑANZAS DE PAUL SCHREBER, PROFESOR DE PSICOSIS	255
VI. REFLEXIONES SOBRE LA PSICOSIS A LA LUZ DE LA CLÍNICA Y LA HISTORIA	315
BIBLIOGRAFÍA CITADA	361
NOTAS	405