

Paul Bercherie

Los
fundamentos
de la
clínica

Historia y estructura del saber psiquiátrico

MANANTIAL

Titulo original

Les Foilements de la Clinique
Histoire et structure du savoir psychiatrique
Navarin Editeur, Paris, 1980
© Navarin Editeur. 1980

Traducción: Carlos A. de Santos Revisión técnica: Enrique Goldchluk

Impreso en la Argentina Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 1986 de la edición en castellano
y de la traducción al castellano
Ediciones Manantial SRL
Av. de Mayo 1365, 6° piso
(1085) Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54 11) 4383-6059 / 4383-7350
e-mail: info@emanantial.com.ar
www.emanantial.com.ar

ISBN 950-9515-10-8

Prohibida su reproducción total o parcial Derechos reservados

A Claudine

*Pues no somos más que la hoja y la corteza. La gran muerte
que cada uno lleva en sí Es el fruto alrededor del cual
todo cambia.*

R. M. Rilke, Libro de las horas

INTRODUCCIÓN

I

Este texto constituía a la vez mi tesis de doctorado en medicina y el informe final de mis estudios de psiquiatría. Para la publicación, hice algunas correcciones, sobre todo de forma, en el texto, y reescribí por completo la introducción y la conclusión, un poco esqueléticas en la versión original.

Ya no estamos en la época en que interesarse por la psiquiatría clásica constituía una actividad curiosa para un analista, sospechosa incluso. Para ello había razones sólidas: la clínica psiquiátrica es esencialmente la observación "morfológica" (Charcot), la *descripción* formal de las perturbaciones psicopatológicas. La Mirada (aunque otras dimensiones perceptivas son allí utilizadas) parece constituir la metáfora que obsesiona a esta práctica y que transparenta la relación que la estructura; pues aplicar a otro el modo de observación que habitualmente se reserva a las cosas, a los objetos de lo real, no deja de plantear algunos problemas. Estos son, por otra parte, los problemas que volvieron sospechosa a la clínica -durante un lapso de medio siglo, y probablemente a justo título- de participar en la alienación de aquellos cuyas perturbaciones pretendía describir exhaustivamente, analizar objetivamente y clasificar racionalmente.

Ella formó parte, sin duda, de lo que durante mucho tiempo obstaculizó el desarrollo de caminos y sobre todo de mentalidades diferentes. Aun cuando el proceso todavía está lejos de haber alcanzado su fin, ha pasado tiempo suficiente como para que hoy sea posible retornar para hacer el inventario de todo lo positivo que tenía ese saber y sus grandes textos. Más aún cuando, al menos por ahora, es imposible ignorar esa "Tabla de orientación" (Jaspers) que constituye el diagnóstico psiquiátrico y, por lo tanto, la clínica y la nosología en el sentido clásico. Quienes lo intentan, parecen conducidos, infaliblemente, a reconstituir su versión empobrecida, envilecida.

Para que un nuevo marco conceptual se establezca, es necesario, evidentemente, la acumulación de conocimientos nuevos, fundados en desarrollos diferentes; en este punto, el desarrollo de la práctica y de la teoría psicoanalítica constituye, sin duda, el comienzo de una nueva era. Pero, por una parte, el hecho es que en su desarrollo actual, el psicoanálisis, aunque incuestionablemente ha asumido el relevo de la investigación psicopatológica, está todavía lejos de poder abarcar el campo inmenso que dominaba, con sorprendente perfección a su nivel, la clínica clásica. Por otra, un gesto de exorcismo no bastaría para borrar algo tan coherente como la psiquiatría clásica. Al no querer conocerla, o al no hacer su análisis histórico o epistemológico, se corre el riesgo de

retomar, sin querer o sin darse cuenta, los mismos impases que determinaron su relativa declinación. Más aún, si se tiene en cuenta que no es fácil acceder a ese saber fascinante al que nos remiten, en forma tan desabrida, los manuales modernos, más preocupados por un eclecticismo a la moda que por transmitir la fineza de mirada de los clásicos, los conocimientos que habían acumulado, los problemas con los cuales tropezaron y que los dividieron. Más aún cuando lo que constituye actualmente la clínica y la nosografía corrientemente utilizadas, y que se presenta como la herencia de la clínica clásica, no tiene nada del conjunto arquitectónico homogéneo que pretende representar: examinándolo, se trata más bien de un rompecabezas hecho de piezas con origen, extensión y conceptualización muy a menudo poco compatibles y redundantes. Aquí como en otros dominios, especialmente en el campo de las ciencias humanas, el conocimiento de la historia y el retorno a los textos son indispensables para la justa aprehensión del desarrollo pasado así como de los problemas presentes.

Por lo tanto, es a la vez por todo lo que puede contener de positivo y de negativo, que me pareció apasionante e indispensable adquirir una visión de la clínica que fuese lo más precisa y global posible, tanto en su desarrollo histórico como en su extensión espacial. En el Espacio, por ende, primero, dado que la clínica no ha progresado con un movimiento igual y unificado, sino que su movimiento está animado por controversias de escuelas. Al respecto, debe precisarse que se trata especialmente de un espacio franco-alemán, en sentido lingüístico al menos, dado que las dos grandes escuelas estuvieron en comunicación y en oposición constante durante todo el período que vamos a estudiar. Los anglo-sajones no parecen haber gustado nunca de la clínica, su pragmatismo natural y su desconfianza por los conocimientos sin consecuencias prácticas inmediatas los alejaron, sin duda, de esta disciplina, en la que siempre tomaron de los franceses y alemanes los rudimentos indispensables. En cambio, existió una escuela italiana muy interesante, cuyo genio se dedicó más bien a madurar las nociones surgidas de las otras dos escuelas y a remitírselas así afinadas, que a crear realmente nuevas nociones. Por eso le hemos consagrado poco espacio.

En segundo lugar en el tiempo pues, como todo saber concreto, la clínica tiene una historia, un desarrollo marcado por rupturas, por mutaciones, así como por escalones, en el que son lentamente extendidos, ampliados, aplicados, los conceptos y los métodos nuevos. Otro fenómeno notable reside en el hecho de que, como se verá, la clínica como método consciente de sí mismo y sistemático apareció en una fecha precisa y con un autor particular, Pinel. Poseemos, entonces, el punto de partida, la extensión en el espacio y, como veremos, el momento de declinación y debilitamiento de ese vasto movimiento. Cuando se lo considera en su conjunto aparece como animado por una progresión dialéctica, efecto de la interacción de los métodos de investigación, de las hipótesis, del saber acumulado por un lado, del encuentro imprevisible con los hechos, de la aparición de medios técnicos y conceptuales por el otro.

Es necesario, sin embargo, precisar desde el principio los límites de este trabajo: se dejaron sistemáticamente de lado los aspectos técnicos e institucionales, incluso jurídicos y sociales, que forman parte del movimiento de conjunto de la clínica. Para hacer la historia de ese saber, y sobre todo de los recorridos conceptuales que lo animaron y de los hechos que encontró, era preferible limitarse a su movimiento, sin desconocer que estaba lejos de ser autónomo respecto al resto del campo social. Intenté indicar brevemente, cada vez que era necesario, los sistemas conceptuales en que se inspiraban los iniciadores de la clínica, pues hubiera sido difícil comprender su recorrido sin ellos, pero entrar en detalles hubiera sido demasiado largo. Finalmente y sobre todo, no se trataba de hacer un trabajo

INTRODUCCIÓN

de historiador, tanto por falta de capacidad como de motivación; es necesario entonces no buscar en este trabajo una erudición completa, sino el estudio de los grandes ejes de cuestionamiento y de conceptualización, de la dirección general de los problemas y de las doctrinas que atraviesan y estructuran la historia de la clínica.

II

1º) Antes de entrar directamente en el tema, es conveniente precisar cierto número de puntos de orden general. Y primero, un pequeño problema que sólo aparenta ser un problema terminológico: ya se me reprochó el reservar el término de clínica a la psiquiatría clásica; ¿no hay igualmente al menos una clínica psicoanalítica? En realidad es perfectamente posible practicar, en el interior del método específico que funda la actitud psicoanalítica, una observación objetivante, incluso volver a relacionar los resultados así obtenidos con materiales surgidos de un método de observación más basto, similar a la clínica clásica. Se trata también aquí de la fuente de todos los conocimientos transmisibles en psicoanálisis, así como de todas las tentativas de sistematización que salpican su evolución. Pero esos estudios de casos, esas "viñetas" clínicas caras a los anglosajones, no surgen directamente de un método de observación: la simple necesidad previa del análisis personal basta para señalar que la observación está allí encuadrada por otra cosa más compleja que genera los hechos psicoanalíticos antes de que sea posible coleccionarlos. En cuanto a la naturaleza exacta de ese "algo", digamos que la concepción que de él se tiene determina en gran medida la opción doctrinaria que define y separa las diferentes escuelas que dividen el mundo analítico, como, por otra parte, la manera en la cual se practica la cura.

En la clínica todo ocurre de modo muy diferente: la observación, más o menos compleja en la modalidad de su mirada según las etapas y las escuelas, la define enteramente. Lo que se muestra en su campo tiene ciertamente otras determinaciones, sociales e institucionales por ejemplo, está lejos sin duda de no tener segundas intenciones, permanece idealmente, se desea potencialmente, purificada de todo otro procedimiento. Veremos con qué rigor los grandes maestros de la clínica, y Pinel inicialmente, fundan sus principios. Esto es lo que hace el valor universal de la clínica y, al mismo tiempo, lo que delimita sus estrechos bordes, la mirilla exigua a través de la cual *mira* el mundo de la psicopatología. Se puede entonces hablar de clínica psicoanalítica con la condición de no olvidar que, en esta expresión compuesta, el adjetivo es más importante que el sustantivo y que los dos términos son inseparables.

2º) Por otra parte, debo explicarme detalladamente sobre la concepción epistemológica de conjunto que guía este trabajo y me sorprendió mucho ver que se la consideraba empírica o positivista. Me parece, en efecto, encontrar siempre en el origen de un saber, de un conjunto sistematizado de conocimientos, un recorrido metodológico particular fundado en un sistema conceptual más o menos elaborado, pero evidentemente que lo guía. El hecho es que, en el uso sistemático de ese acceso a lo real que abre una dirección particular, pasada una fase de extensión en todas direcciones, en la que se opera la primera recolección de "datos" concretos así como las primeras generalizaciones sistematizadas, termina por acumularse toda una masa de observaciones fortuitas, de excepciones a la regla, de hechos difíciles de encuadrar en las doctrinas surgidas en la fase de expansión; entonces comienza una fase de gestación en que se prepara una mutación conceptual que,

integrando los hechos irreductibles a las síntesis precedentes que una frecuentación sistemática de la realidad en causa había suministrado, abre direcciones nuevas y una nueva etapa de ese proceso cíclico que una espiral ilustraría mejor que un círculo. Así se opera un ajuste progresivo, asintomático, del conocimiento con lo real, marcado por rupturas, mutaciones y largas fases de progresos lineales: si la realidad permanece allí, constantemente inalcanzable en su esencia, puede también decirse que ella es allí constantemente aprehendida, en función de los medios y también de las necesidades de una época. Como lo decía Henri Wallon ²: "desde el surgimiento del pensamiento racional y de los logros científicos, el progreso de los conocimientos, posibilitado por los principios racionales... termina siempre por entrar en conflicto con ellos. Un doble movimiento de alternancia se reproduce sin cesar. Por una parte, lo que se fijó en forma de hipótesis, teorías, principios, como aquello que parece necesario para hacer comprensible la experiencia, tiende a desarrollar sus consecuencias lógicas y a suministrar las ciencias deductivas que se anticipan a la experiencia. Por otra parte la experiencia así posibilitada termina por desbordar los marcos, dando resultados cada vez menos conciliables con sus premisas teóricas, y los cambios de hipótesis o de teorías que se imponen pueden llegar a estremecer lo que parecía un principio definitivo, necesario o a priori de la razón. Así, los conocimientos secretan la razón, proceden de ella y la trastocan por turno, bajo el empuje de la experiencia, en la que las influencias tecnológicas y sociales son en cada época solidarias del esfuerzo especulativo".

¡Cómo no encontrar hartos ociosos o más bien bastante teológicos, desde este ángulo, la cuestión de saber dónde comienza la ciencia en este proceso! No he empleado hasta aquí este término para calificar la clínica: arrastra ya demasiado idealismo para no tener que evitarlo sistemáticamente, incluso en el campo de la física ³. Un proceso dialéctico como el que acaba de describirse inspira en todo caso la historia de la clínica: lo veremos. Que este movimiento esté ahora cerrado no indica más que una cosa: la mutación conceptual que prepara la etapa siguiente está todavía en curso y es suficientemente profunda y fundamental como para demandar una larga gestación. No es difícil, por lo demás, saber de qué lado es necesario esperarla: desde hace tres cuartos de siglo el desarrollo del movimiento psicoanalítico acumula en desorden sus materiales.

3º) Una vez planteada una concepción general, que no tiene por otra parte nada de original, será más fácil justificar los principios que guiaron esta relectura de los grandes textos de la psiquiatría clínica. Se trataba ante todo de evitar un escollo que sigue siendo la cruz de toda investigación histórica en psicología: esa lectura del pasado en términos del presente que, con la búsqueda de precursores, parece haber desaparecido de los trabajos modernos de epistemología histórica, pero que florece todavía en nuestra disciplina. Ciertamente, no es fácil dar el sentido real de la producción de autores ya antiguos sin introducir en ella de antemano lo que puede leer allí quien otea toda una época histórica: si los hechos sin duda variaron poco (todavía es éste un hecho difícil de dejar de lado) los observaron y los cuestionaron desde un ángulo específico, imposible de superponer directamente a aquél desde el cual los abordamos ahora. Este ángulo particular de consideración de los fenómenos brinda su sentido al desarrollo histórico y para cada etapa se debe intentar encontrar lo que parecía logrado y en qué sentido, lo que parecía plantear problemas y exigir investigaciones más profundas o nuevas conceptualizaciones, en fin, aquello de lo que se disponía para responder a tal exigencia, medios técnicos y conceptuales nuevos, modelo particular surgido de un descubrimiento reciente o de otra rama de la investigación.

Así se despeja progresivamente el sentido de esta sorprendente aventura que representa la historia de cualquier saber. En lo que concierne a la clínica psiquiátrica veremos que se puede obtener de ella toda una enseñanza. Antes de entrar en lo central del tema, debo hacer una recomendación al lector. Este trabajo puede ser utilizado ciertamente como un manual histórico si se busca en él información sobre tal o cual autor o sobre tal o cual tema particular. Sin embargo, la intrincación en el tiempo entre trabajos sucesivos que son analizados aquí, la deriva progresiva de ciertos términos que siempre son utilizados con sentidos diferentes, a veces a lo largo de ciento treinta años (manía, melancolía, paranoia, demencia, etc.) hacen necesario, en mi opinión, tomar conocimiento del desarrollo histórico *en su conjunto* para poder situarlos correctamente. Por lo tanto, insisto en aconsejar su lectura como un todo que no logra su sentido más que en su globalidad.⁴

1. Se trata naturalmente del campo psicopatológico: la clínica es primero y ante todo una acción médica, aplicada en un segundo tiempo a lo que de entrada fue concebido como una rama de la patología del cuerpo. Ese es el postulado de base de la clínica psiquiátrica, desde su origen en Pinel; las perturbaciones mentales deben considerarse como una variedad particular de las perturbaciones somáticas.
2. *Les origines de la pensee chez l'enfant*, PUF, I, 1945, p. X-XI.
3. En lo concerniente a esta última, su pasaje al rango de fetiche, debido tanto a su antigüedad y por consiguiente al notable grado de formalización que alcanzó, como a su vínculo orgánico con la matemática, objeto de una veneración supersticiosa desde siempre, sólo vuelve más oscura una génesis muy parecida a la de otros saberes menos nobles porque más recientes.
4. Se encontrará al final del libro un índice detallado que restituye el plan del mismo, lo que, espero, facilitará su utilización. Las notas se ubican al final de cada capítulo.

AGRADECIMIENTOS

Debo expresar aquí mi agradecimiento hacia quienes hicieron posible este trabajo y su publicación. Primero, al Señor Profesor Lantéri-Laura que despertó mi interés, así como el de muchos otros, por la historia de la psiquiatría. Mi deuda también es grande con el Doctor Deshaies, que sabe mantener viva la gran tradición clínica, tanto en su enseñanza como en su trabajo cotidiano. Los presidentes de mis jurados de tesis y de informe, el Señor Profesor Pélicier y el Señor Profesor Bourguignon, confiaron en mí desde el principio y me demostraron simpatía e interés, y no podría agradecer suficientemente ese estímulo. Que mi viejo compañero de trabajo, Gérard Mansuy, encuentre aquí una vez más el testimonio de todo lo que le debo y de mi afecto.

Que la redacción de *Ornicar?*, y particularmente mi amigo Gérard Miller, tengan la certeza de mi estima: aceptando publicar una obra de alguien que no pertenece a su Escuela, manifiestan una amplitud de criterio de la que son incapaces quienes hacen pesar sobre ellos una permanente acusación de sectarismo. Finalmente, debo expresar todo mi reconocimiento hacia la Señora Laurence Bataille, quien se tomó el trabajo de revisar completamente el manuscrito para su publicación.

Paul Bercherie

PRIMERA PARTE

LA PRIMERA PSIQUIATRÍA CLÍNICA: LAS ESPECIES DEL GENERO
LOCURA

Capítulo 1

PINEL

Si se quiere apreciar la importancia que tuvo Pinel para sus contemporáneos, el carácter fundante que atribuyeron a su obra y la tradición que origina en él la psiquiatría moderna, es necesario considerar no los aspectos positivos de su obra, sino el espíritu de su trabajo.

En efecto, ni en el plano clínico, donde no agrega nada esencial a las descripciones de los Antiguos o de sus predecesores inmediatos, ni en el plano nosológico, ni en el plano institucional y terapéutico en el que toda la época instituyó nuevas prácticas (cf. Tuke, Chiaruggi, o incluso en Francia, Daquin) sólo se encuentra en Pinel un espíritu claro y sintético muy dotado para la observación y provisto de un dinamismo poco común.

En cambio, en el plano del método, veremos que funda una tradición: la de la Clínica, como camino consciente y sistemático.

Pinel se vincula con el grupo de los Ideólogos, que representa en Francia la síntesis de las corrientes de pensamiento renovadoras y radicalizantes que marcaron el siglo XVIII. Comparte con ellos los principios metodológicos que les parecen estar en la base de todo trabajo verdaderamente científico. Herederos de la tradición nominalista, consideraban que el conocimiento es un proceso cuya base es la observación empírica de los fenómenos que constituyen la realidad. A esos fenómenos, materiales brutos de la percepción, el sabio debe agruparlos y clasificarlos en función de sus analogías y de sus diferencias; constituirá así clases, géneros, especies, evitando introducir en ese trabajo de análisis y síntesis su subjetividad propia bajo la forma de "ídolos", cuyo origen Bacon denunció en el linde de la edad clásica: los ídolos de la tribu, antropomorfismo espontáneo del pensamiento; los ídolos de la caverna, inercia que no cuestiona las nociones inculcadas por la educación, es decir la cultura ambiente; los ídolos del foro, seducción de las palabras y de la retórica, pero también clasificaciones establecidas del lenguaje vulgar; los ídolos del teatro, prestigio de los grandes sistemas filosóficos.

En la cima del edificio, las categorías obtenidas de la experiencia recibirán finalmente el nombre que les da existencia en la ciencia. Este es el sentido del aforismo de Condillac: "la Ciencia no es más que una lengua bien hecha". En efecto, una lengua que funcionase correctamente nombraría a lo real y no a los ídolos que son una herramienta sospechosa para el conocimiento.

Una disciplina sirve de modelo y de ideal a esta investigación: la historia natural y, particularmente, la obra de Buffon². En toda la obra de Pinel se encontrará el llamado a

un método finalmente "histórico" en la consideración de la locura, a "el espíritu de orden y de investigación que reinan en todas las partes de la historia natural" ³. Se dedicará a la aplicación rigurosa de la doctrina en el campo completo de la práctica médica: en el campo clínico, es su obra *Medicina clínica o la medicina hecha más precisa y más exacta por la aplicación del Análisis*; en la nosología, es la gran *Nosografía Filosófica o el Método del Análisis aplicado a la Medicina*; finalmente, en el dominio particular de la alienación, es el *"Tratado médico-filosófico de la Alienación Mental"*.

La filosofía de la que se trata, el análisis, es el método del cual acabamos de hablar, tal como los ideólogos lo reciben de Locke y de Condillac. Es interesante saber que es con su maestro, el médico Sydenham, con quien Locke, que también se inició en la profesión médica, encuentra los lineamientos de su teoría. Sydenham es uno de los iniciadores del retorno a Hipócrates que marca todo el siglo XVIII, es decir, del retorno, más allá de los dogmas explicativos de Galileo, a la observación empírica y clínica. Ciertamente, el galenismo surge de la sistematización de las doctrinas de Hipócrates, pero éstas estaban en equilibrio en Hipócrates con un verdadero culto de la observación clínica, que desaparece en Galeno detrás del sistema. Sydenham transmitirá a Locke ⁴ una confianza en la observación y una desconfianza en la teoría que volvemos a encontrar en Pinel, vía Condillac y los Ideólogos, y cuyo último avatar será el positivismo de Auguste Comte: el hombre puede confiar en sus facultades de observación y de análisis; los fenómenos tal como se le aparecen no son la esencia de la realidad última, pero son suficientemente "paralelos" a ella como para que pueda fundar en ellos un saber a la vez siempre aproximativo y, sin embargo, valedero. No conocerá jamás, empero, verdaderamente lo real (tal como Dios lo conoce) y es por lo tanto inútil que se consuma en vanos sistemas explicativos. Por el contrario, conocerá suficientemente lo que se le presenta de lo real, para obtener de él un conocimiento pragmáticamente eficaz y *esto es lo único que importa*.

En el plano metodológico entonces se encontrará en Pinel un llamado a la frecuentación lo más extensa posible de lo real, es decir, en este caso, de la clínica, a esto se debe su confianza en las opiniones de hombres "sin saber" como Pussin, el inspector de Bicêtre. Al mismo tiempo, recomienda formarse mediante el estudio de la historia natural y la práctica de las matemáticas ⁵ en el espíritu de análisis, pues una observación simplemente empírica sigue siendo intuitiva, no adquiere ningún estatuto en la ciencia, no es acumulativa: debe pasar al lenguaje, adquirir una estructura enunciable; la clínica debe devenir progresivamente una lectura, un texto escrito en la "lengua bien hecha" de Condillac ⁶. Al mismo tiempo, la clínica debe crearse un lenguaje, palabras nuevas, de sentido preciso que, a diferencia de las palabras imprecisas y demasiado sometidas al deslizamiento de sentido de la lengua vulgar, evocarán inmediatamente los fenómenos que engloban. Por el análisis progresivo, por la frecuentación asidua del campo de la observación, se constituirá un saber, cada vez más preciso aunque siempre limitado al campo de los fenómenos.

Naturalmente es válido interrogarse sobre esta epistemología un poco ingenua, pero queda en pie un hecho: Pinel abre la exploración sistemática de un campo y el ordenamiento de los fenómenos que lo constituyen. Este camino ha sido el fundamento sobre el cual se constituyó después el saber realmente positivo de la psiquiatría, una vez que, como a menudo en el nacimiento de las ciencias, un hallazgo inesperado habrá suministrado un método nuevo para explorar y clasificar los fenómenos. El postulado sobre el que reposa la doctrina que Pinel, antes que Comte, retoma de Sydenham, Locke y Condillac, se muestra, en efecto, sistemáticamente erróneo frente al avance

del conocimiento científico: la incognoscibilidad de la esencia real de los fenómenos es una verdad asintótica; en cada etapa del progreso de los conocimientos, parte de lo que parecía constituir el problema de la esencia en la etapa precedente cae en el orden de lo conocido y de lo explicado. El postulado positivista conducirá a Comte a rechazar, entre otros, el conocimiento de la constitución físico-química de los planetas, que la espectroscopia permitirá algunos años más tarde; pensará lo mismo en lo referente a la constitución física de la materia, la matematización y los estudios microscópicos en biología, etc... Igualmente, lo que parecía inaccesible a Pinel, fundará un conocimiento concreto en la segunda mitad del siglo XIX.

Desde este punto de vista, la psiquiatría seguirá con un retraso de medio siglo la evolución de la medicina: Pinel fue de aquellos que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad; resultado de ello es su *Nosografía*. Allí aisló las grandes clases sintomáticas en las cuales la anatomía patológica no juega más que un papel secundario en la clasificación: las flegmasías o las hemorragias son clasificadas según el lugar donde se producen en el cuerpo. Pero esto no constituye un elemento del nivel causal, sino uno de los síntomas del proceso mórbido, el que permanece inaccesible. Menos de diez años más tarde, Bichat planteará el principio de base del método anátomo-clínico: la lesión local explica el cuadro clínico y éste no hace más que manifestarla en el exterior. Michel Foucault, que presenta un notable cuadro de la evolución de los conocimientos y de las doctrinas en medicina durante este período ⁷, opone demasiado estas dos etapas: una surge de la otra; Bichat invoca a Pinel y la organización de la clínica ha suministrado tan sólo las bases necesarias al método anátomo-clínico que, por otra parte, no hace caducar a la primera. El camino empírico sigue siendo una condición previa necesaria para la investigación; debe reconocerse, sin embargo, que cambia de aspecto al volverse orientado (hacia la investigación de signos focales).

De la misma manera, veremos a Falret y su descendencia (Laségue, Falret hijo, Morel, Kahlbaum) desbordar y conmocionar la clínica de Pinel y de Esquirol. Sin embargo, por una parte, es sobre este fundamento como pudo realizarse la "revolución" de la segunda mitad del siglo XIX; por la otra, y esto proviene de la especificidad del campo psiquiátrico, la observación pura permanecerá al menos sectorialmente válida: sigue siendo la condición necesaria, sino la finalidad última, del conocimiento.

Ahora que el pensamiento de Pinel nos es más familiar, que hemos captado que el último error que debe cometerse en relación a su obra es tratarla como un sistema explicativo⁸, podemos comenzar a estudiar sus ideas positivas, las tesis muy prudentes y bastante eclécticas que constituyen su doctrina psiquiátrica.

Pinel considera la alienación mental como una enfermedad en el sentido de las enfermedades orgánicas, una perturbación de las funciones intelectuales, es decir, de las funciones superiores del sistema nervioso ⁹. Por eso las ubica en la clase de las neurosis ¹⁰ es decir, de las afecciones del sistema nervioso "sin inflamación ni lesión de estructura", y que por lo tanto no entran ni en la clase de las flegmasías, ni en la de las hemorragias o las lesiones orgánicas: son también afecciones sin *fiebre*. Debe indicarse sin embargo que, tanto para la alienación mental como para las otras neurosis, cita numerosas causas lesionales junto a alteraciones idénticas de la función sin lesión perceptible: lo importante es que la lesión no es constante y que por lo tanto representa un elemento contingente. En el

capítulo de las lesiones orgánicas (clase 5^a - de la nosografía), sólo encontraremos un capítulo sobre "las lesiones del cerebro y de sus meninges" a partir de la quinta edición (1813); incluso sólo tiene cinco páginas y un contenido puramente crítico (en particular para la doctrina de Gall) que volveremos a encontrar después en el *Tratado de la alienación mental*.

La alienación mental forma parte de las neurosis cerebrales, siendo el cerebro el asiento de la mente; estas neurosis cerebrales son de dos tipos: abolición de la función (afecciones comatosas), perturbación de la función (vesanias). Las vesanias comprenden la alienación mental, la locura propiamente dicha y algunas otras "enfermedades mentales" que no hacen del sujeto un alienado en sentido estricto:

- la hipocondría: cuya perturbación no supera la interpretación permanente e inquieta de las sensaciones viscerales que Pinel considera como suficientemente reales, atribuyéndoles frecuentemente un fundamento orgánico.
- el sonambulismo: que es una locura corta, una locura limitada al período del sueño; Pinel, por otra parte, incluye en él a la pesadillaⁿ.
- la hidrofobia: es decir la rabia, que en la primera edición había incluido dentro de las neurosis espasmódicas a causa del espasmo laríngeo, y que termina clasificando dentro de las vesanias, a causa de los trastornos psíquicos excitados y depresivos que constata en la misma. Es entonces una transición hacia las neurosis motrices y viscerales, así como la hipocondría es una transición, por sus múltiples parestesias, hacia las neurosis de los sentidos. Efectivamente, una clasificación adecuada incluye clases de transición entre sus gran des divisiones, siendo la naturaleza un continuo de formas¹².

Además, es necesario precisar que la alienación mental no forma una clase en la nosografía, se vuelve a encontrar simplemente las cuatro especies que la constituyen en las vesanias. Ella no es, en efecto, más que una categoría empírica, social, (las enfermedades mentales crónicas justifican la internación), a eso se debe su dispersión en el seno de una obra específicamente clasificatoria como la nosografía.

Ubicado el lugar y el estatuto de la locura¹³, veamos su estudio concreto¹⁴. En primer lugar las grandes clases en las que se reparten las manifestaciones mórbidas:

1) la manía propiamente dicha, en la que el delirio es general, es decir, que concierne a todos los objetos, estando lesionadas muchas de las "funciones del entendimiento" (percepción, memoria, juicio, afectividad, imaginación, etc.) y que se acompaña de una viva agitación.

Pinel distingue, no obstante, una subvariedad que será la prenda de importantes batallas futuras: la "manía sin delirio" o "manía razonante", en la que las funciones del entendimiento están intactas y en la que no subsisten más que la alteración de la afectividad y la excitación, a menudo furiosa.

2) La melancolía, en la que el delirio está limitado a un objeto o a una serie particular de objetos, las facultades mentales permanecen intactas fuera de ese "núcleo" delirante y el comportamiento sigue siendo coherente y comprensible, si se tiene en cuenta las ideas delirantes. El estado afectivo y el tema del delirio pueden ser de naturaleza triste o de naturaleza alegre y exaltada.

3) La demencia o abolición del pensamiento, y Pinel precisa que alude como tal al pensamiento en el sentido de Condillac, es decir, el juicio. La demencia es entonces la incoherencia en la manifestación de las facultades mentales, el desorden y la movilidad, la existencia "automática"; la destrucción de la función de síntesis, se habría dicho un poco más adelante.

4) El idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales y afectivas, es decir, la supresión más o menos completa de la actividad mental, quedando el sujeto reducido a una existencia vegetativa, con restos esporádicos de actividad psíquica (ensoñaciones dulces, sonidos semiarticulados, crisis de excitación). Puede ser congénita o adquirida, y entonces a menudo transitoria.

Subrayemos enseguida el error profundo que constituiría toda tentativa de identificar estas categorías, puramente sintomáticas, con nuestras entidades actuales. Los términos que sobrevivieron podrían fácilmente inducir al error, y todavía se ve a historiadores según los cuales Pinel habría descrito la melancolía o la manía, pero no habría aislado la paranoia o habría confundido esquizofrenia e idiotez. Pinel, naturalmente, vio *todo*, pero no con *nuestra* mirada; su nosología apunta a crear grandes clases fenoménicas, de comportamientos, persuadido como está de que esas grandes divisiones recubren algo de la esencia de lo real. Nosotros pensamos con categorías muy diferentes: son para nosotros los pequeños signos los que importan y los que definen el fenómeno. La manía de Pinel (e inclusive, excluyendo la manía sin delirio) incluye los estados de agitación, ya sea los que consideramos actualmente maníacos o epilépticos, confusionales, esquizofrénicos, delirantes, ansiosos, histéricos. Por otra parte, estas categorías pueden "complicarse"¹⁵: accesos maníacos en la demencia, el idiotismo, o la melancolía, idiotismo terminando la manía o lo contrario, etc.

Es la misma concepción que hace de la alienación mental una unidad, pues empírica y metodológicamente forma un grupo homogéneo de fenómenos, claramente diferente de las otras enfermedades y, por ende, detrás de los fenómenos corresponden a algo de las esencias¹⁶. Es el lugar para precisar un punto que tendrá una cierta importancia en lo que sigue: la *Nosografía* clasifica las enfermedades mentales en grandes categorías, sirviéndose para ello de los síntomas más notorios; es entonces con las fiebres (primera de las cinco clases) en parte y sobre todo con las flegmasías (inflamaciones: segunda clase) donde es clasificado el delirio febril agudo, siendo allí el delirio un síntoma y no el fenómeno esencial. Por lo tanto, sin que el problema esté bien explicitado, Pinel mismo comienza el trabajo de separación de las locuras sintomáticas y de las locuras idiopáticas o esenciales que continuará como veremos a lo largo de todo el siglo XIX a través de Georget, Baillarger, Magnan y finalmente Kraepelin.

Para el trabajo de descripción clínica que emprende y que debe proseguirse, a partir de las grandes clases que ha definido, hacia una precisión y una fineza cada vez más grande, Pinel recomienda continuamente utilizar, tanto como se pueda, el trabajo de los psicólogos y en particular el de Locke y Condillac. Para estudiar en su detalle las perturbaciones de las funciones mentales en la locura, lo mejor es empaparse con sus observaciones, con el análisis que realizaron de las funciones de la mente normal, lo que facilitará la descripción de los trastornos de esas funciones en el alienado.

Así, lo que no constituía más que un pequeño capítulo de la primera edición del tratado (p. 21 a 25) se transformará en la segunda sección de la segunda edición (p. 55 a 128), ancestro de todos los capítulos de semiología de los tratados posteriores, donde se examinan las perturbaciones de las diversas facultades del entendimiento: sensibilidad, percepción, pensamiento, memoria, juicio, emociones y afecciones morales, imaginación, carácter. La división es tomada de los análisis clásicos de esas facultades en aquella época. Incluso allí, Pinel da pruebas de prudencia y eclecticismo y, por ejemplo, no se privará, a propósito de la manía sin delirio, de criticar a Locke (p. 149, primera edición), a pesar de su "justa admiración" por haber supuesto siempre una lesión intelectual, es decir, una idea delirante como fuente de la locura. El horror a los sistemas no se limita en él a los de

sus adversarios: aconseja para evitar "las divagaciones del Ideologismo" no pedir prestado a esas ciencias "accesorias" ideas sino "con una suerte de sobriedad, sólo tomar aquellas que son las menos cuestionadas" y agregarles la observación (p. 51 y 52 de la introducción, primera edición).

El rechazo de todo sistema totalizante no impide a Pinel profesar una doctrina bastante precisa sobre la alienación mental, que ahora resumiremos.

Hemos visto que, como Cabanis, es partidario de una concepción materialista psico-fisiologista: la mente es una manifestación del funcionamiento del cerebro y las "relaciones de lo físico y de lo moral en el hombre" ¹⁷ le parecen fundamentales y permanentes. La locura, la concibe entonces como un desarreglo de las facultades cerebrales, y propondrá a ese desarreglo cierto número de causas:

1) causas físicas primero:

—directamente cerebrales: un golpe violento sufrido en la cabeza, una conformación viciosa del cráneo (mantiene en particular esta causa para algunos casos de idiotismo congénito, a los que consagra la séptima sección de la segunda edición del tratado).

- simpáticas, es decir que alcanzan el cerebro como consecuencia de sus lazos con los otros órganos del cuerpo: supresión brusca de un exutorio o de una hemorragia ¹⁸, de una afección cutánea o de un herpes, gota, consecuencias de diversas fiebres.

Se relacionan con este orden de causas, las causas fisiológicas (partos, edad crítica de las mujeres) y el hábito de la ebriedad.

2) la herencia, a la cual Pinel le otorga un lugar destacado, ya que es el primer párrafo del capítulo de causas (segunda edición).

3) finalmente, las famosas causas morales, que se pueden ordenar en dos rúbricas, en constante interacción por otra parte:

- las pasiones intensas y fuertemente contrariadas o prolongadas.

—los excesos de todo tipo, las irregularidades de las costumbres y del modo de vida y la "institución" (en el sentido de maestro: la educación) viciosa, ya sea por molicie o por dureza excesiva, que es factor predisponente ¹⁹.

Todavía debe precisarse cómo comprende Pinel la acción, de las causas morales que considera como las más numerosas y las más importantes en la producción de la alienación mental: les atribuye más de la mitad de los casos (segunda edición, p.419). Actúan por la acción que ejercen sobre los órganos de la "economía", es decir, sobre el organismo considerado como un todo funcional, perturbándolos. Pinel cita aquí extensamente a Crichton (o Crighton) ²⁰ quien elabora un catálogo de los efectos diversos ejercidos por las pasiones tales como la alegría, la cólera, el miedo, la tristeza, sobre el estado de las vísceras y de las grandes funciones: circulación y respiración ²¹. Una vez adquirida esta perturbación visceral, el cerebro se altera por vía de "simpatías", de modo que las causas morales son una rúbrica de las causas físicas simpáticas. La perturbación parte "de la región del estómago y de los intestinos desde donde se propaga, como por una especie de irradiación, la perturbación del entendimiento" (segunda edición, p. 142) Además de retomar el viejo tema hipocrático (melancolía = bilis negra), las posiciones doctrinales materialistas de los Ideólogos se expresan aquí. Las perturbaciones de los sentimientos afectivos y del carácter constituyen uno de los síntomas más importantes de la locura (cf. la tesis de Esquirol), que tiene frecuentemente los rasgos de una exaltación pasional.

Puede subrayarse que las causas no son en ningún caso específicas para los diferentes tipos de locura, exceptuando, quizá, el idiotismo congénito, pero éste es tan solo una parte del idiotismo. Pinel tiende más bien a atribuir la forma del acceso a la "constitución" del individuo, es decir, al tipo físico: color de los cabellos o de los ojos, conformación física, sexo; así los hombres robustos de cabellos negros tienen una mayor predisposición a los accesos de excitación, las mujeres, sobre todo rubias, estarían más inclinadas a la melancolía (cf. primera edición, p. 14-15). La alienación aparece aquí como uno de los tipos de reacción del organismo.

Las mismas ideas fundarán la concepción general del tratamiento. Por lo menos, al igual que los dogmas y los sistemas que florecían todavía en aquella época, (humorismo galénico, solidismo de Willis y Boorhave, iatroquimismo de Paracelso, animismo de Stalh, etc.. .) Pine condena a los empíricos y a su búsqueda de un remedio "específico" por vía del azar, con toda la charlatanería que esto puede implicar. Rechaza el activismo terapéutico, el intervencionismo desatado e intempestivo de ambos, y la práctica de la época no podía más que reforzarle esas ideas: las purgas y los vomitivos sistemáticos de los antiguos (eléboro) habían sido suplantados por la sangría y, regularmente, Pinel recibía del *Hotel-Dieu* alienados exangües y moribundos; si escapaban al tratamiento, a menudo quedaban dementes e incurables. De Hipócrates retomará la idea de que la enfermedad tal como se nos presenta es esencialmente una reacción saludable del organismo contra la acción de causas que perturban su equilibrio, cuya terminación natural es la cura. Citemos un poco más extensamente, por una vez, un pasaje que resume todo lo que hemos dicho hasta aquí de la naturaleza de la locura (primera edición, p. 38-39): "Una afección intensa o, para hablar más generalmente, un estimulante cualquiera actúa fuertemente sobre el centro de las fuerzas epigástricas, produce en ellas una conmoción profunda que se repite sobre los plexos abdominales, provocando encogimientos espasmódicos, una constipación pertinaz, ardores de las entrañas. Inmediatamente después se excita una reacción general más o menos fuerte, de acuerdo con la sensibilidad individual; el rostro se colorea, la circulación se vuelve más animada, el centro de las fuerzas epigástricas parece recibir una impulsión secundaria de una naturaleza totalmente diferente de la primitiva, la contracción muscular está llena de energía; generalmente se excita una fogosidad ciega y una agitación incoercible; el entendimiento mismo es arrastrado en esa suerte de movimientos saludables y combinados. Sus funciones se alteran, muchas a la vez o parcialmente, y a veces redoblan la vivacidad. En medio de esta perturbación tumultuosa cesan las afecciones gástricas o abdominales, luego de una duración más o menos prolongada; la calma llega, y trae consigo en general una cura que es más sólida cuanto más violento ha sido el acceso, como lo demuestran las observaciones más reiteradas. Si el acceso está por debajo del grado de energía necesaria, la misma escena puede renovarse en un orden periódico, pero a menudo los accesos así repetidos disminuyen en intensidad y terminan por desaparecer". Es fácil comprender las consecuencias de una tal posición: es el "método expectante" de Hipócrates. El médico debe abstenerse al máximo de toda intervención que fuera a perturbar el desarrollo del ciclo natural de la enfermedad. Cuando el organismo haya desarrollado su reacción sobrevendrá

"crisis", por la cual la enfermedad finalizará, por la eliminación de la "materia mórbida". Pinel consagra así un párrafo (primera edición p. 276) a un caso de cura por erupciones cutáneas "críticas". Sin embargo, al médico le queda un papel importante: la

ayuda que pueda brindar a lo largo del ciclo mórbido; podrá utilizar allí los medicamentos en el momento oportuno para ayudar al organismo en su tarea. Purgantes, evacuantes, vesicatorios, antiespasmódicos, baños fríos o tibios, e incluso sangrías, tienen de este modo un papel que cumplir, a condición de ser "moderados" y de ir en la dirección de la naturaleza; ya no se trata de tratamientos empíricos, utilizados sistemáticamente, sino de indicaciones terapéuticas limitadas y cuidadosamente regladas en base a la observación del caso individual, en la gran tradición de Hipócrates²².

El tratamiento moral, en cambio, cuenta con todo su apoyo y su nombre quedó ligado a él. Si se debe dejar el cuerpo librado a su reacción natural, por el contrario, en la alienación mental, la mente alterada puede ser conducida nuevamente a la razón con ayuda de la *institución curativa*, pues finalmente se pueden relacionar las concepciones de Pinel 23 con un concepto de ese orden. Aún una vez más la Ideología funda la teoría, en particular el sensualismo por el cual, siguiendo a Locke y a Condillac, explica el origen de las ideas y en el que funda su confianza en la maleabilidad y, por ende, en la perfectibilidad de la mente humana. Los contenidos de la mente dependen de las percepciones y de las sensaciones y modificando éstas, se modifica, por intermedio, obviamente, de las pasiones, de la afectividad, único motor humano, todo el estado mental. El medio ambiente del alienado jugará entonces un papel capital en la cura. Es necesario aislarlo en una institución especial, primero para retirarlo de sus percepciones habituales, de aquellas que han engendrado la enfermedad o al menos acompañado su inicio; luego para poder controlar completamente sus condiciones de vida. Allí será sometido a una disciplina severa y paternal, en un mundo completamente regulado por la ley médica. Por el juego dosificado de las amenazas, las recompensas y los consuelos, por la demostración a la vez de un gran cuidado y de una gran firmeza, se lo someterá progresivamente a la tutela médica y a la ley colectiva de la institución, al "trabajo mecánico"²⁴ y a la "policía interior"²⁵ que la reglan. El objetivo es "subyugar y domar al alienado poniéndolo en estrecha dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, sea adecuado para ejercer sobre él un poder irresistible y para cambiar el círculo vicioso de sus ideas" (primera edición, p. 58: siguen ejemplos para ilustrar esta "verdad sensible")- Para obtener este resultado, es necesario conducirse de una manera que suscite el respeto del alienado y su confianza; y para obtener esa "transferencia paterna" Pinel no carece de ideas. Primero, si a menudo es necesario intimidar al alienado, por ejemplo con demostraciones de fuerza (primera edición, p. 66: un "aparato imponente de represión", es decir, enfermeros numerosos y decididos), es necesario, sin embargo, no emplear nunca la violencia ni los métodos degradantes: la dulzura y la comprensión bastarán a menudo; los agitados, por ejemplo, los furiosos, no serán encadenados, sino que se los dejará "divagar" por el parque del asilo, munidos simplemente del chaleco de fuerza, o en el peor de los casos, se los encerrará en celdas.

En ciertos casos, se montan estrategias: representaciones diversas que "realizan" más o menos el delirio del enfermo, como ese melancólico convencido de que estaba en la lista de sospechosos de la Convención y a quien tres hombres disfrazados de jueces van a darle un certificado atestigüando su patriotismo²⁶.

A veces es el sarcasmo, el miedo, la confianza, un contrato firmado con el enfermo, la visita inesperada y cuidadosamente calculada de personas queridas que determinan el choque afectivo buscado y que sacan brutalmente al sujeto de su delirio. Otras veces, la vida regular del asilo, el aislamiento y el reposo, las ocupaciones que distraen (trabajo, la recuperación del pasatiempo favorito después de una larga interrupción) bastan.

Todo esto implica cierto número de recomendaciones institucionales: la proscripción

de la violencia y de las vejaciones inútiles (cadenas, visitas de extraños) ciertamente, pero también la existencia de un personal numeroso y bien entrenado, habituado a observar y a comprender a los enfermos, un supervisor jefe que controle perfectamente a sus hombres y que esté totalmente consagrado al médico, locales que permitan aislar las diferentes variedades de alienados entre sí, sustraer a los idiotas de la mirada, espacio, posibilidades de trabajo para los enfermos. En suma, el asilo debe ser un centro de reeducación modelo y "panóptico" ²⁷ en el que la sumisión es el primer paso hacia la cura; como lo hemos visto anteriormente, una educación mal hecha predispone a la locura; en el asilo, por el contrario, el sujeto adquirirá una educación modelo que se prolongará en los consejos profilácticos para evitar una recaída.

Vemos nuevamente perfilarse aquí las posiciones, éticas esta vez, de los Ideólogos: su movimiento es esencialmente filantrópico y social. En todos los dominios apunta a una reforma de las costumbres, a una sociedad sana y reglada, lejos de la decadencia del *Ancien Régime* o del tumulto revolucionario. Creyeron un instante haber encontrado en el primer cónsul al hombre que realizaría sus grandes proyectos sociales. De todas maneras, estuvieron en el origen de un vasto movimiento de asunción y de regulación del espacio social, por ejemplo, en el dominio de las prisiones ²⁸.

Para concluir, comentaremos la posición de Pinel en relación a la anatomía patológica de la alienación mental. Esta posición está determinada por su desconfianza hacia los sistemas explicativos. Como reacción contra la opinión *más corriente* de la época ²⁹, Pinel rechaza las teorías que dan cuenta de la locura por un daño material en el cerebro, o más bien rechaza la extensión a todo caso de locura de algunas constataciones aisladas: las autopsias que practicó no le mostraron nada constante ni específico; si existían lesiones, ellas podían deberse a la enfermedad que causó la muerte y no tener ninguna relación con la locura, le sucedió encontrar lesiones en personas que no habían presentado manifestaciones delirantes; finalmente, la mayoría de las veces ninguna lesión era perceptible en la locura. Concluye entonces que es probable que en la inmensa mayoría de los casos (exceptuados los idiotismos congénitos en los que una malformación cráneo-encefálica le parece frecuente), la locura está exenta de daño material del cerebro. Esta toma de posición tiene una primera consecuencia, la de proporcionar a la idea de la curabilidad de la locura una base teórica: el cerebro no está dañado, la mente solamente está alterada en su funcionamiento, de donde surge la acción posible del tratamiento moral y la curabilidad potencial de la locura en una proporción que estima muy elevada (cf. segunda edición, p. 444 a 452), al menos para la manía y la melancolía no complicada. En la demencia y el idiotismo las curas son raras: el entendimiento está tan disociado que el sujeto permanece inaccesible a las percepciones exteriores y, por lo tanto, a las influencias exteriores, éstas son sin embargo, posibles, especialmente en el idiotismo adquirido, mediante el uso del tratamiento físico estimulante. Pinel se yergue así contra el dogma de la incurabilidad de la locura, bastante extendido en esa época, y es esto lo que hace que le otorgue tanta importancia a la "manía" intermitente que constituye el tema de su primera memoria psiquiátrica (1797); aquella que versa sobre el tratamiento moral, y no es una coincidencia, es del año siguiente ³⁰; la intermitencia es, en efecto, el modelo y la prueba de la curabilidad. Precisemos que la "manía" intermitente tiene aquí el sentido amplio de alienación mental; Pinel no ha separado, todavía, sus categorías nosológicas: cita allí, por ejemplo, cinco insensatos aquejados de una suerte de obliteración de las facultades del

entendimiento o de lo que se puede nombrar una "demencia de imbecilidad" (primera edición, p. 39). Se trata del género de casos que denominará más tarde idiotismo adquirido: ¡aquí lo da como ejemplo de manía intermitente! Entonces, no se puede comprender aquí manía más que en el sentido amplio de locura, es lamentable que Pinel mismo, en la memoria nosológica de 1799³¹, remita, en el párrafo sobre la manía (esta vez en el sentido restringido), a la memoria sobre la manía intermitente para establecer el carácter típico de un acceso de manía periódica para la manía en general. Es probablemente este género de imperfecciones debidas a la constitución heterogénea de la primera edición del tratado (cf. más arriba y G. Swain) lo que llevará a su reestructuración completa en la segunda edición.

Pero, esta desconfianza hacia la anatomía patológica tendrá una consecuencia más importante a mediano plazo; la de colocar muy rápidamente a Pinel contra la corriente del gran movimiento anátomo-patológico que Bichat inauguró. Su posición escéptica en relación a la clase de las fiebres (primera clase de la nosografía) le valdrá los ataques furiosos de Broussais y finalmente una derrota completa³². En relación a las neurosis y, por lo tanto, a la locura, será muy rápidamente atacado por el mismo Broussais³³ y abandonado por una parte de sus alumnos (ver más adelante el capítulo 3). Sin embargo, por un tiempo su posición permanecerá más sólida, pues se corresponde más con la realidad objetiva. Veremos cómo Bayle tendrá finalmente razón, con bastantes dificultades, por otra parte. Pero es importante ubicar la suerte de hiato que se introduce entre Pinel y su escuela psiquiátrica por un lado y el resto de la medicina de la época por otro. Puede ser atribuido en gran medida a la especificidad de los problemas que plantea el campo psiquiátrico y que, como veremos, es el factor dinámico de su organización en saber.

Por el momento retengamos sobre todo la distancia que Pinel introduce entre la observación de los fenómenos y el ensayo de presentar una teoría explicativa sobre los mismos, que oriente el comportamiento del practicante. Esa distancia fundamental y la jerarquía que se introduce así entre observación y explicación es la que funda la clínica y la que constituye la ruptura que opera, con una consciencia aguda de su originalidad, Philippe Pinel. Rompe así, en efecto, con esa suerte de unidad sincrética que hacía interpenetrarse sin límite neto la forma mórbida y el concepto que daba cuenta de ella³⁴.

1. Cf. Lalande, *Les Théories de la induction et de l'expérimentation*.
2. Cf. M. Foucault, *Las palabras y las cosas*, primera parte.
3. *Traite de l'aliénation mentale*; último párrafo de la introducción.
4. Para todo esto, cf. F. Duchesneau: *L'empirisme de Locke, y Pinel: Nosographie*, I.
5. *Nosographie* I, Introducción.

6. Cf. M. Foucault. *Nacimiento de te clínica*, cap. 6 y 7. 7
Nacimiento de la clínica.
8. No volveremos aquí sobre la tesis de G. Swain. Cf. *Ornicar?*, 15.
9. Pinel es, efectivamente, como Cabanis, partidario de un materialismo psico-fisiológico.
10. *Nosographie*, III. 2da. edición y siguientes.
11. Retoma aquí a Cullen. autor del término de neurosis, que él traduce: éste distinguía manía, melancolía, amentia (demencia + idiotismo de Pinel) y Oneirodinia, es decir, sonambulismo y pesadilla.
12. Cf. M. Foucault; *Las palabras y las cosas*. Ira. parte.
13. O alienación mental o manía para precisar las sinonimias. Manía, en efecto, es sinónimo de locura en esa época: cf. manicomios (asilo), manígrafo (escritor de psiquiatría), cf. también el doble título de la primera edición del tratado: *Sobre la Alienación mental o la Manía*.
14. Cf. *Traite*, primera y segunda edición.
15. Uno de los grandes principios del análisis pineliano es la distinción de las formas puras y de las formas combinadas. Es, por otra parte, un principio fundamental en clínica y por ejemplo se lo puede encontrar en Freud: cf. los argumentos que le permiten distinguir la neurosis de angustia de la neurastenia.
16. No se trata por lo tanto, para nada, de nuestra moderna "unidad de la psicosis" (Swain) que recubriría aquí la idiotez, las confusiones mentales, las perturbaciones organógenas (epilepsias, demencias) y una parte de las neurosis, en resumen, casi toda la neuro-psiquiatría.
17. Cabanis, Memorias leídas en el Instituto en 1796 y 1797, publicadas en volumen en 1802.
18. Tema típicamente hipocrático: si un derrame es habitual en un organismo, su supresión brutal acarreará una perturbación de otro órgano.
19. Esencialmente se trata aquí de las pasiones "artificiales" (orgullo, ambición, gusto por el lujo) del mundo "moderno" y de la decadencia de costumbres de las ciudades. La ideología retomaba parcialmente temas rousseauianos prerománticos y aspiraba a una reforma de las costumbres.
20. En la Introducción de la primera edición, que integrará a la primera sección de la segunda edición, sobre las causas.
21. Aquí se manifiesta una influencia importante: es la de Descartes que consideraba a las pasiones como la gran vía de la interacción del espíritu y el cuerpo; uno y otro se afectan recíprocamente por su intermedio.
22. Cf. el capítulo sobre la Medicina Antigua en Mueller, *Histoire de la psychologie*.
23. Y no a una moderna relación psicoterapéutica dual, como lo plantea G. Swain.
24. "Travail mécanique: loi fondamentale de tout hospice d'aliénés", *Traite.*, Primera edición, Sección V, § 231, p. 224.
25. Título de la Sección V.
26. Curiosamente, J. Rosen redescubrió esas técnicas recientemente. Cf. "L'analyse directe".
27. Institución descrita por J. Bentham. Cf. Foucault: *Vigilar y castigar*. Puede señalarse sobre esto el gusto de Pinel por el tratamiento estadístico de los datos. (Sección VI de la segunda edición del Tratado). El aislamiento de las especies es a la vez un medio terapéutico y un medio de observación (primera edición, p. 177), pero la observación es en sí misma un medio para aplicar una mejor terapéutica: conocer bien el carácter del alienado, es poder atenderlo y por lo tanto tratarlo (primera edición, p. 196).
28. Cf. Castel, *El orden psiquiátrico*, Foucault: *Vigilar y castigar*; También Picavet: *Les Idéologues*.
29. Y que es por otra parte la de Cabanis. Aquí también se ve la independencia de pensamiento de Pinel.
30. Esas memorias forman la base de la primera edición del tratado y están integradas al texto de la segunda edición. Cf. G. Swain: *Le sujet de la folie*, para todo este tema.
Observaciones sobre los alienados y su división en especies diferentes (Sección IV de la primera edición del Tratado).
32. Cf. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, Cap. X. 33.
Broussais, *De l'irritation et de la folie*, 1826.
34. Cf. M. Foucault, Historia de la locura, p. 280 a 296, que muestra el valor estructurante, en la comprensión pre-pineliana de la melancolía, de la imaginaria biliar.

Capítulo 2

ESQUIROL

Esquirol es presentado habitualmente como el fundador de la Clínica psiquiátrica. Pinel habría tenido una importancia esencialmente institucional y práctica, mientras que la obra realmente científica y teórica (ideológica para algunos) comenzaría con Esquirol. Esta presentación de las cosas ya está superada desde hace algún tiempo y G. Swain le dio el golpe de gracia¹. Pinel es, como lo hemos mostrado, el verdadero fundador de la clínica, particularmente de sus bases metodológicas. Esquirol es el más fiel y el más ortodoxo de los discípulos: nos será tanto más fácil penetrar su obra, ya que es enteramente la aplicación, la ilustración, la profundización de las ideas de Pinel.

En el plano general de la doctrina, no encontraremos por lo tanto nada muy original en Esquirol. Define a la locura como "una afección cerebral ordinariamente crónica, sin fiebre, caracterizada por desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad" (I, p. 5)².

Esta definición retoma y conserva la división de las perturbaciones mentales que había operado Pinel en sintomáticas e idiopáticas, ya que las perturbaciones mentales febriles (frenesía) son excluidas de entrada de las enfermedades mentales propiamente dichas. Veremos a Georget³ radicalizar este punto de vista.

El trabajo verdaderamente personal de Esquirol es de profundización clínica: es, además, lo que las generaciones siguientes retuvieron especialmente de él. Excelente observador, sus descripciones clínicas son mucho más completas que las de Pinel y prosigue el análisis y la distinción de los síndromes psicopatológicos. Se apoya en una psicología más compleja que la de los Ideólogos: la de Royer-Collard, el primero de los filósofos de la escuela Espiritualista Ecléctica, que sobre todo ilustrará Maine de Biran⁴. Frente al funcionamiento mecánico y autónomo de las facultades mentales, éste resalta la importancia de una función de control, de selección y de síntesis, la atención voluntaria. manifestación de la acción del yo sobre los automatismos psicológicos. La organización "federalista" del psiquismo como la conciben los Ideólogos, más bien girondinos, cede su lugar a una concepción "monárquica constitucional" y las segundas intenciones se proclaman aquí abiertamente: Bonaparte no se equivoca en ese punto, cuando escribe a Talleyrand. el 4 de diciembre de 1811: "¿Sabe Ud., Señor Gran Elector, que en mi universidad se

desarrolla una nueva doctrina, muy seria, (se trata de Royer-Collard) que podrá sernos de gran utilidad y librarnos perfectamente de los Ideólogos, matándolos en su campo por medio del razonamiento? ". La libertad de expresión voluntaria del yo permitirá, con la importación de la psicología escocesa⁵ y de la filosofía de Kant, el relanzamiento de las grandes categorías de *lo Verdadero, de lo Bello, del Bien* (título de una obra de V. Cousin) más bien destituidas por el siglo XVIII y la Ideología y gracias a ella se producirá una reconciliación con la fe. Pero lo que Esquirol retiene especialmente de todo esto (más allá del aspecto moralizante que la psiquiatría tenía ya con Pinel y que se acentuará en el curso del siglo XIX), es la posibilidad de dar cuenta de las diversas alteraciones mentales por una perturbación del equilibrio entre las facultades inferiores y la gran función sintética del yo, la atención. Esta explicación, esbozada prudentemente en sus escritos, pues como Pinel sigue desconfiando de los sistemas, será largamente retomada por sus discípulos, en particular Moreau (De Tours) y Baillarger.

La nosología de Esquirol marca un neto progreso sobre la de Pinel:

1 -Separa de la idiotez (término que sustituye a idiotismo, que ya tenía un sentido gramatical) congénita o adquirida desde temprana edad y en todo caso definitiva, el idiotismo adquirido de Pinel, del que hace una demencia aguda. Describe los diversos grados de esa enfermedad evolutiva: imbecilidad, idiotez propiamente dicha, y el cretinismo, forma especial. Debe subrayarse que prosigue así el trabajo de separación entre las alteraciones mentales con base orgánica y las alteraciones mentales funcionales, ya que considera la idiotez como debida a "un vicio de conformación" del cerebro (II, p. 284). Diferencia además netamente la idiotez de la locura: aquella "no es una enfermedad, es un estado en el cual las facultades intelectuales no se manifestaron nunca o no se pudieron desarrollar suficientemente (ibid), fijando así para un largo siglo el estado del tema; salvo en el plano de la educabilidad, que juzga nula, y que Seguin, Voisin y Delasiauve mostrarán posible.

2 -Divide a la demencia en una forma aguda curable y dos formas crónicas e incurables: la demencia senil, en la que el tratamiento puede como máximo estabilizar el proceso, y la demencia crónica, muy raramente curable. La demencia le parece un debilitamiento general de las facultades cerebrales con supresión de la atención voluntaria.

Esquirol, primero que nadie, describe claramente los síntomas de la parálisis general como una complicación de la demencia, signo de extensión fatal del proceso mórbido. Hace de ella, por ende, un síndrome exclusivamente motor, que complica a la locura, teoría que retomarán sus alumnos Calméis y Delate en sus tesis⁶ y que permanecerá admitida a pesar de Baile, hasta los años 1840-1850 (trabajos de Parchappe, Baillarger y Falret hijo).

3 - Describe la manía como Pinel, pero excluye de la misma la forma "sin delirio" o razonante, de la que hace una monomanía. Puede así válidamente definir la manía como una alteración y una exaltación del conjunto de las facultades (inteligencia, sensibilidad, voluntad, división canónica en esa época y que durará largo tiempo), un delirio total (o general como dirá Ferrus) que obstaculiza la acción de la atención voluntaria, muy disminuida frente al flujo de sensaciones, ideas, impulsos que asaltan al enfermo. La alteración intelectual es aquí primaria y no secundaria a la alteración afectiva como en las monomanías (II p. 134).

■ Finalmente, crea la gran clase de las monomanías, que reagrupa todas las afecciones mentales que no afectan más que parcialmente a la mente, dejando intactas las facultades, dejando de lado la lesión focal que constituye toda la enfermedad. Reagrupa en ella,

entonces, la manía sin delirio de Pinel y su melancolía, término ambiguo en tanto debía incluir a los delirios expansivos de tonalidad alegre. Las monomanías le parecen esencialmente asimilables a una pasión patológica que actúa sobre la inteligencia fijando su atención. En lo que concierne a la división del grupo, Esquirol manifestará cierta indefinición:

- La primera división es entre las formas basadas sobre una pasión triste o depresiva que llama lipemanía o melancolía (prefiere el primer nombre que pone fin a la confusión) y las formas basadas en una pasión alegre y expansiva, las monomanías propiamente dichas.
- La segunda división se basa en la naturaleza de la facultad dañada. En un primer tiempo, Esquirol no había admitido la existencia de la manía sin delirio: consideraba, en 1818⁷ que los hechos de ese orden podían dividirse en dos grupos:
 - alienados que racionalizan y sistematizan sus alteraciones del carácter y del comportamiento (manía razonante), dándoles apariencias razonables, pero no por ello delirando menos;
 - casos de división del yo en los que la razón y la locura se alternan, el alienado no está loco más que en el momento de sus actos delirantes y sigue lúcido fuera de esos periodos, criticando entonces su comportamiento. Sostenía este punto de vista en nombre de la unidad del yo.

Más tarde, cambia esta opinión y reconoce la existencia de impulsos a los que el yo no puede siempre oponerse con éxito. El trabajo de análisis dejará finalmente una distinción tripartita:

- monomanías intelectuales, donde delirio, ilusiones y alucinaciones están en un primer plano.
- monomanía afectiva o razonante, en la que las alteraciones del carácter, de la afectividad y del comportamiento son sostenidas por capacidades intactas de razonamiento y de racionalización. La mayor parte de los casos de manía sin delirio de Pinel entran en este marco, como la locura moral del Doctor Pritchard (se trata sobre todo de accesos hipomaniacos).
- monomanía instintiva o sin delirio en la que "el enfermo es llevado a actos que la razón y los sentimientos no determinan, que la consciencia reprueba, que la voluntad no tiene más la fuerza de reprimir" (II, p. 2).

La monomanía instintiva causará una gran controversia debido a sus incidencias médico-legales: juristas y jueces criticaron esta coartada fácil suministrada a los criminales⁸. La psiquiatría está en esa misma época construyéndose un lugar importante en el campo de la jurisdicción penal y esa cuestión de la "monomanía homicida" se encontrará en el centro del conflicto de competencia⁹. En general, son casos de obsesión-impulsión los que sirven de modelo a una teoría que se aplica sobre todo a las impulsiones epilépticas o esquizofrénicas.

De ese largo trabajo de elaboración del marco de las monomanías quedarán algunas imperfecciones y algunas vaguedades:

Una monomanía puede ser caracterizada por su coloración afectiva, triste o alegre, o por su estructura psicológica. En la práctica, Esquirol describe claramente una lipemanía razonante (I, p. 420), pero se trata de un caso de depresión con consciencia que, en estricta lógica, no es ni razonante (porque no es asumida por el yo) ni instintiva (porque no se trata aquí de la impulsión a un acto). De hecho, la división lipemanía-monomanía no se aplica más que a las monomanías intelectuales (o delirantes), las otras monomanías

permanecen indivisas. Por ejemplo, el suicidio es una monomanía cuando debería tratarse de una lipemanía instintiva o en rigor razonante.

Quedará la costumbre de llamar monomanía a toda suerte de actos mórbidos (incendio, robo, asesinato, ebriedad, suicidio, etc.), ya sean estrictamente impulsivos o parte y consecuencia de un estado delirante, incluso de otro cuadro clínico tal como manía, demencia, idiotez. Las monomanías están así a caballo en el plano de los síntomas y en el de los síndromes; esta decadencia conceptual justificará la reserva de los autores (Griesinger por ejemplo o Falret y su escuela) y requiere un desmembramiento.

Como balance, la nosología de Esquirol se presenta como un progreso neto sobre la de Pinel, pero también como imperfecta y virtualmente inestable. Sin embargo, su gran valor clínico se impondrá durante un cuarto de siglo al menos. Debe indicarse al respecto, que Esquirol considera a las formas que describe como teniendo un valor "genérico", aunque reconoce que pueden combinarse o sucederse en cualquier orden y que corresponden a "muchas afecciones de origen, naturaleza, tratamiento y terminación muy diferentes (I, p. 23). Como en Pinel, esos géneros "demasiado distintos para poder ser confundidos alguna vez" (ibid) corresponden a esencias distintas que Esquirol, también, parece asimilar a tipos de reacción cerebral. A eso se debe el acento puesto sobre la constitución física del sujeto en su determinación: "quienes tienen los cabellos negros, son fuertes, robustos, de un temperamento sanguíneo, son maníacos y furiosos, el desarrollo de su locura es más agudo, las crisis más sensibles; quienes tienen los cabellos rubios, los ojos azules, un temperamento linfático, devienen monomaniacos, pero su locura pasa fácilmente al estado crónico y degenera en demencia. Quienes tienen los cabellos y los ojos negros, el temperamento seco y nervioso son más a menudo lipemaníacos. Los individuos que tienen los cabellos de un rubio ardiente son furiosos, traicioneros y peligrosos". (I, p. 40).

Esquirol no limita sus estudios clínicos a los grandes síndromes de su nosología. Se consagra también:

- a las alucinaciones que, antes que otros, separa de las ilusiones. Las explica por una lesión de la atención voluntaria (I, p. 192) que deja al sujeto fascinado por las producciones de la memoria y de la imaginación, a las que se les atribuye por hábito carácter perceptivo. Justamente este último punto, el carácter estésico, sensorial de la alucinación, resulta problemático en esta teoría "central", que intenta explicar las diferentes variedades de teorías "periféricas", ya sea las que hacen intervenir las terminaciones nerviosas, como en la época de Esquirol, o los campos de proyección corticales, en su versión más moderna. Esta discusión, destinada a tener un amplio futuro, está todavía lejos de haberse cerrado hoy¹⁰. — a la descripción de las formas clínicas de la lipemanía o de las monomanías (demonomanía, erotomanía, monomanía homicida), de los grandes síntomas (furor, suicidio) o de las locuras sintomáticas (epilepsia, locura puerperal). Su tratado, por otra parte, no es sino la colección de sus obras completas (artículos del *Diccionario de las ciencias médicas especialmente*): gana así en vivacidad lo que pierde en homogeneidad.

No haremos más que sobrevolar los otros problemas planteados por la locura y tratados por Esquirol, siendo sus posiciones totalmente conformes con las de Pinel, con algunas notas personales agregadas. Considera la alienación mental como debida a causas físicas y morales, atribuyendo a estas últimas un neto predominio. Se extiende de manera

detallada sobre las causas físicas y en particular sobre la herencia, la "causa" predisponente más común de la locura (I, p. 64), tesis destinada a tener un gran futuro. Sobre todo, se lo ve con la herencia, su concepción de las causas es más fina, jerarquizada y multifactorial que la de Pinel: las distingue en predisponentes y precipitantes, lo que permite hacer jugar en cada caso un conjunto de causas morales y físicas. Como Pinel, ubica la sede principal de la locura (en particular para las causas morales, las pasiones) en el sistema visceral: "tanto las extremidades del sistema nervioso y los centros de sensibilidad ubicados en las diferentes regiones, así como el aparato digestivo, el hígado y sus dependencias son el asiento principal del mal" (I, p. 75).

En lo que se refiere a los principios del tratamiento, volvemos a encontrar también, en sus grandes líneas, la concepción de Pinel: gusto por el método expectante hipocrático. utilización moderada y adaptada a cada caso de la farmacopea (las indicaciones sobre la misma son quizás un poco más largas y detalladas), insistencia sobre el tratamiento moral. Es sobre todo a propósito de este último que se puede constatar, como lo hará notar más tarde Leuret 11, un ligero deslizamiento de perspectiva, que proviene sin duda en parte de la diferencia de personalidad de ambos autores: Esquirol parece menos autoritario y activo que Pinel.

Se encuentra en él una gran insistencia sobre los medios de romper el círculo vicioso de las ideas (aislamiento en un establecimiento especializado, viajes, ocupaciones, ya se trate de distracciones o de trabajo) actuando, conforme con la teoría que tiene sobre las enfermedades mentales, sobre la atención para distraerla o al contrario fijarla. En cambio, las curaciones milagrosas por choques emotivos, que Pinel tenía muy en cuenta, ocupan un lugar menor: Esquirol busca mucho más obtener la confianza y el afecto del alienado. Si el tema del aislamiento ocupa un lugar importante, que no hará más que crecer en los escritos ulteriores de los alienistas, éste orienta hacia una de las preocupaciones fundamentales de Esquirol: los establecimientos para alienados, su construcción, su equipamiento, su papel terapéutico, ciertamente como instrumento de tratamiento moral como en Pinel, pero también como espacio higiénico ⁿ donde las condiciones del aire, del espacio, del clima tienen una importancia primordial; ese tema hipocrático comienza la deriva que, a través de Georget, llevará a la institución del asilo hacia una función cada vez más alejada de las concepciones originales de Pinel¹³. Es necesario recordar en ese sentido el papel fundamental de Esquirol y de sus alumnos en la implementación del sistema institucional y de la legislación del campo psiquiátrico hasta la adopción de la ley de 1838 ¹⁴ inclusive.

Evoquemos en pocas palabras un problema que preocupó mucho a Esquirol: el de la marcha y el pronóstico de la locura. Vimos el papel de este tema en la organización de su nosografía (delimitación de la idiotez, papel pronóstico de la parálisis, naturaleza a menudo terminal de la demencia crónica, incurabilidad de las demencias seniles y crónicas) y veremos que continuará siendo uno de los organizadores del pensamiento psiquiátrico. En lo que se refiere a las formas curables, Esquirol generaliza la teoría de la terminación "crítica" de la locura, extendiéndola a la cura por influencias morales, en particular en lo que se refiere al papel de las pasiones; así, la teoría del tratamiento se desliza cada vez más hacia una teoría somática: el límite finalmente será atravesado por Georget.

Para la anatomía patológica de la locura, finalmente, su argumentación es simple (I p. 112). Los vicios de conformación del cráneo no se encuentran más que en la idiotez, las lesiones orgánicas del cerebro y de las envolturas no se observaron más que en caso de complicaciones (epilepsia, parálisis) y dependían, por ende, de la enfermedad que hubiese

causado la muerte y no de la locura; las otras lesiones descritas por los autores no son específicas, pues se las encuentra en sujetos que nunca estuvieron alienados y muchos alienados no presentan ninguna alteración en la disección. Concluye entonces: "que la locura depende de una modificación desconocida del cerebro" (p. 113); esta confesión de ignorancia no le incomoda para nada pues "felizmente este conocimiento no es indispensable para la cura de los alienados" (p. 114). Encontramos aquí nuevamente las posiciones de Pinel, pero sobre todo, debe subrayarse, el mantenimiento de una concepción dualista de las alteraciones mentales que será una constante de la psiquiatría del siglo XIX: algunas sólo son secundarias a las afecciones somáticas, cuya sede puede eventualmente ubicarse: frenesía, idiotez; la locura, en su forma pura, está exenta de base lesional y consiste en una modificación funcional desconocida del cerebro. Aquí, también, la curabilidad es a la vez prueba y consecuencia de esta posición (p. 112). Vemos aparecer una clase de alteraciones concomitantes, que complican la locura, y que pueden tener una causa lesional (parálisis general, epilepsia, lesiones orgánicas del cerebro). Serán el motor de los grandes cambios de la mitad del siglo.

1. *Le Sujet de la folie*, cf. nuestra reseña, *Ornicar?* 15.
- 2- Las citas se refieren al *Traite des maladies mentales*, 1838.
3. *De la folie*, 1820.
4. Sobre los Ecléticos: cf. Brehier y también Taine, *Les Philosophes du 19^e siècle en France*.
- 5- Cf. V. Cousin, *Philosophie écossaise*.
- 6- Calmeil, *De la paralysie considérée chez les aliènes*, 1826; Delaye, *Sur un espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliènes*, 1824.
7. Redacción del artículo "Delirio" del *Dictionnaire des sciences médicales*; cf. *Traite*, II, p. 38. 8. Cf. E. Regnault, *Du degré de compétence des médecins dans les questions judiciaires*, 1830.
9. Cf. Foucault, *Moi, Pierre Rivière* y R. Castel, *El orden psiquiátrico*.
- 10- Cf. Paulus, *Le problème de la hallucination d'Esquirol a P. Janet*. 11. *Le traitement moral de la folie*, 1840.
12. Larúbrica "higiénico" figura en el subtítulo del Tratado.
13. Cf. Laurent, *Le traitement moral*, cap. II, p. 67 a 155.
14. Ver las memorias de la 2da. y de la 3ra. parte del Tratado, II, p. 399 a 862. Cf. también Castel, *El orden psiquiátrico*, y la obra de Marc, *De la folie*, donde las ideas de Esquirol son expuestas y defendidas en base a pruebas.

Capítulo 3 LA DESCENDENCIA DE ESQUIROL

Puede considerarse que, durante una generación (1820-1850), la obra de Esquirol es, en sus grandes líneas, objeto de un consenso general y los trabajos de los alienistas franceses, sus alumnos, se refieren a puntos secundarios que los dividen ásperamente. Un hecho es claramente revelador de esta situación: el tratado de Esquirol es la única obra relativamente completa sobre las enfermedades mentales durante este período, siendo todas las otras publicaciones, monografías sobre temas más o menos especializados. En este capítulo, entonces, estudiaremos más bien las corrientes de ideas que los autores; haremos sin embargo una excepción con Georget, debido a su importancia y a la claridad de su pensamiento.

El más importante de los debates que dividen a los alumnos de Esquirol concierne a un problema del que no hemos terminado de hablar: ¿la alienación mental tiene o no una base anátomo-patológica? El problema se planteaba con creciente agudeza, primero, como lo hemos visto, porque las posiciones de Pinel y de Esquirol ponen a la medicina mental en una posición inestable respecto a toda la ortodoxia de la medicina científica; sus alumnos, que hicieron sus estudios médicos desde esa perspectiva, claramente están tentados de aplicar los mismo principios al campo psiquiátrico. Pero otra influencia juega un papel cada vez más importante durante este período: es la frenología de Gall, es decir, la primera doctrina coherente de las localizaciones cerebrales'. Se sabe que Gall fue un neuro-anatomista de primerísimo plano y el primero en haber establecido el papel fundamental de la materia gris y, en particular, de la corteza cerebral en el funcionamiento nervioso; de él proviene la localización cortical de las funciones intelectuales y psicológicas. A esos aportes incuestionables, agrega una concepción pluri-orgánica de la corteza y por lo tanto la idea de la localización de las diferentes funciones que ella asegura; es en la determinación de esas funciones y de esos territorios corticales donde Gall se aventurará a conclusiones prematuras. Partiendo del postulado del paralelismo de las superficies craneanas y corticales, le agrega el de la relación proporcional entre el valor funcional de un territorio y su volumen; finalmente determina una lista arbitraria de veintisiete "facultades" localizadas que le parecen resumir la naturaleza del hombre incluyendo la animalidad, y que van desde el gusto por los riesgos y los combates

hasta el talento poético, pasando por la memoria de las personas y el sentido de orientación. Las capacidades, talentos o defectos se diagnosticaban entonces según la presencia de una u otra protuberancia sobre la superficie craneana; de ellas nos quedó la "protuberancia de las matemáticas". Gall tenía así la esperanza de encontrar para cada territorio una monomanía que se correspondiese con aquél y una protuberancia concomitante en el examen del cráneo del alienado. Agregaba bastante charlatanería o mitomanía a todo esto para encontrar en todos lados la confirmación de sus doctrinas ².

Pese a sus exageraciones, el sistema de Gall ejerció una verdadera fascinación sobre muchos jóvenes alienistas, como por otra parte sobre el público intelectual de la época; hombres del valor de Broussais o de A. Comte lo estimaban mucho. El papel de la corteza y la doctrina de las localizaciones tenían una fuerza convincente que el futuro no haría más que confirmar ³, desmintiendo a la vez a Gall. Quizá fue más la idea de las localizaciones que la doctrina de las "protuberancias" la que tuvo una verdadera influencia: sobre este punto la obra de G. Spurzheim, colaborador directo de Gall, *Observaciones sobre la locura*, publicada en Francia en 1818, corresponde mejor a las preocupaciones de los alienistas. Expone en ella la idea de que si la hipertrofia de un territorio cortical se manifiesta por una perturbación mental, su irritación por un proceso mórbido (inflamación o lesión orgánica) puede tener el mismo resultado; completando así a Gall con Broussais, Spurzheim abre una dirección de investigación anatómo-patológica.

Si muchos de los grandes alienistas de la época formaron parte, en un momento u otro, del movimiento frenológico (puede citarse a Ferrus, Voisin, Scipion Pinel, Briere de Boismont), las influencias conjugadas del movimiento anatómo-patológico y de Gall llevaron a todo un grupo a empeñarse en descubrir lesiones cerebrales en la alienación mental, reanudando así la corriente "solidista" pre-pineliana. Algunos de los que condenaban la frenología (Calmeil, Foville, Falret) no dejaban de proclamar un "anatomismo" de principio. Entre los trabajos más importantes y más influyentes, debe citarse las memorias de Parchappe ⁵, por otra parte opositor de Gall, que hicieron "autoridad en la ciencia" ⁶.

A esa corriente se oponía otra que mantenía las posiciones escépticas de Pinel y de Esquirol. Retomando sus argumentos (cf. Cap. 1 y 2), les era fácil mostrar la disparidad y a veces las contradicciones de las observaciones de los anatomistas ⁷: las lesiones encontradas en la autopsia de los alienados podían, ser consideradas o bien como la expresión de enfermedades independientes, o bien como complicaciones o consecuencias de la locura, lejos de ser su causa (es la doctrina oficial de la parálisis general). La alienación mental les parece ser la consecuencia de una modificación funcional, "semejante a la que producen los sueños, que ocasiona falsas convicciones en individuos razonables, que excita los instintos y las pasiones" (*Leuret, Tratamiento moral*, p. 66).

Vamos a encontrar en Georget ⁸ una posición intermedia entre la de los anatomistas y la de los funcionalistas. Este hombre notablemente brillante, muerto prematuramente en 1828 a los 33 años, a quien Esquirol tenía en gran estima, formula por primera vez Baillarger, se impondrá a las grandes nosologías del fin del siglo XIX, y permitirá la implantación del movimiento psicodinámico en psiquiatría, no sin continuar planteando muchos problemas. Esta tesis concibe las afecciones mentales de manera dualista: de un claramente una tesis que ya hemos visto esbozarse en Pinel y Esquirol y que, a través de

lado las perturbaciones mentales sintomáticas que provienen de una causa orgánica conocida, del otro, las perturbaciones idiopáticas cuya causa precisa nos es desconocida, pero que resultan, obviamente, de perturbaciones puramente funcionales. Son ellas las que constituyen la locura propiamente dicha.

Esta "separación de la psiquiatría y de la neuro-psiquiatría", para retomar el comentario de J. Postel ⁹ encuentra su primera formulación neta en Georget. En oposición, puede decirse que los anatomistas son monistas por naturaleza, incluso cuando, como a Parchappe o Calmeil, la honestidad y el realismo científico los obligan a un dualismo que conciben como provisorio.

Georget, por lo tanto, será conducido a oponer de manera decidida:

- el delirio agudo, término que elige para designar las perturbaciones mentales sintomáticas, ya sean simpáticas de una afección de un órgano distinto al cerebro (delirio febril, frenesías, etc.), secundarias a un daño lesional cerebral (golpes, caídas sobre la cabeza, compresiones hemorrágicas...) o signos de una intoxicación mayor (alcohol, opio, belladona, etc...) ¹⁰. Los distingue por caracteres clínicos donde se puede reconocer un cuadro ya suficientemente preciso de la confusión mental (imperfección de las sensaciones, abolición de las facultades afectivas y del juicio, discurso deshilvanado y sin continuidad, amnesia, delirio de sueño), por caracteres evolutivos (curación o muerte dependen de la alteración causal, siendo el delirio sólo su manifestación) y de terreno (escaso alcance del factor hereditario, reconocible en más de la mitad de los alienados). Traza su diagnóstico diferencial con la demencia en la que la alteración del juicio domina la perturbación de la conciencia y de las percepciones.
- la locura propiamente dicha, para la cual retoma las categorías de la nosología de Esquirol, aportándole una modificación importante. Separa, en efecto, la demencia aguda (idiotismo adquirido de Pinel) y hace de ella un género particular, la estupidez, "ausencia accidental de la manifestación del pensamiento, ya sea que el enfermo no tenga ideas o que no pueda expresarlas" (p. 52), síndrome estuporoso puro ¹¹ en estricta conformidad con la concepción "conductual" de las nosologías de este período. Así la demencia deviene un estado incurable terminal, manifestación de una desorganización cerebral que la parálisis general y la muerte completarán "en más de la mitad de los casos" (p. 55). Puede ser secundaria a otras locuras o primitiva (senil).
- finalmente, clasifica aparte a la idiotez, pues "una falta originaria de desarrollo no es una enfermedad en el sentido estricto" (p. 45).

Estas tres grandes categorías serán retomadas por Baillarger y Parchappe y tenderán a perdurar hasta nuestros días, con reorganizaciones internas de las que daremos cuenta.

A la locura propiamente dicha, Georget le asigna dos tipos de causas exclusivamente: predisponentes (herencia, períodos menstruales y puerperales, involución, patología del modo de vida y de las costumbres) y eficientes, para las cuales no conserva más que las causas morales e intelectuales, rechazando todas las otras causas admitidas, ya sea en la patogenia del delirio agudo (causas patológicas) ya sea en los síntomas secundarios de la locura (perturbaciones digestivas, cutáneas, menstruales, etc. . .), ¹². Sin embargo, no concibe empero a la locura como una simple perturbación psicológica ¹³, sino como una "afección del órgano encefálico" cuyos síntomas más patentes son psicológicos, pero al que también acompañan otros desórdenes: insomnio, dolor de cabeza, estados congestivos cerebrales, alteraciones somáticas secundarias ¹⁴, perturbaciones sensoriales y motoras que demuestran la irritación del órgano. La desaparición de esos síntomas testimonia, por otra parte, cuando la cura no sobreviene, el paso de los estados agudos (manía-

monomanías, estupidez)¹⁵ al estado crónico (demencia). Aún allí, Georget establece un esquema evolutivo que perdurará: lo encontraremos nuevamente en Parchappe y especialmente en Griesinger que lo erigirá en principio nosológico. Esta afección, de naturaleza desconocida, del cerebro es idiopática y por eso Georget considera que su desarrollo, desde el momento en que se efectúa el desencadenamiento, tiene un ciclo propio, independiente de las causas precipitantes (p. 125); ésta es una diferencia capital con las perturbaciones sintomáticas que no tienen un destino diferente de la causa de la que dependen y es igualmente uno de los puntos en que la predisposición (hereditaria en particular) deviene eficiente¹⁶.

Estas consideraciones tienen consecuencias inmediatas en las concepciones terapéuticas de Georget. En el dominio del tratamiento físico, que nombra indirecto porque la acción sobre el cerebro allí es mediata, y racional porque responde a indicaciones precisas, sus indicaciones son muy conformes con las de Esquirol. En cuanto al tratamiento moral o directo (porque actúa directamente, fisiológicamente, sobre el órgano enfermo) o empírico porque no se conoce el detalle (entiéndase la fisiología) de su acción, "puede por sí solo curar muchas locuras" (p. 129), no siendo el tratamiento físico más que un auxiliar. Georget distingue dos partes, o más bien dos fases, en la acción del tratamiento moral:

- el aislamiento, elemento pasivo pero fundamental, que saca al alienado de un medio que causó y mantiene su perturbación, lo ubica en un medio nuevo que a la vez significa cambio y lo obliga a adaptarse. Todo entonces está regulado para obtener la sumisión y la confianza del alienado, al mismo tiempo que se proporcionan las condiciones para el cambio de su estado mental.

— la "educación médica", elemento activo, por el cual se obtiene la cura y se descarta el riesgo de recaída. No puede ser utilizada más que cuando se produjo un neto mejoramiento y el médico juega entonces un papel más personal que en el primer período, en el que es sobre todo la institución la que actúa. Georget enuncia tres grandes principios (p. 140- 141): nunca estimular el pensamiento de los alienados en el sentido de su delirio, nunca atacar de frente sus ideas, afectos y tendencias enfermizas, distraerlo por medio del trabajo, los choques afectivos calculados y las reuniones de alienados.

Pero para terminar, Georget enuncia un principio que es una consecuencia lógica de la concepción, finalmente muy organicista, que se hace de la locura, y que está en contradicción con la exposición muy ortodoxa que acaba de hacer del tratamiento moral: debe vigilarse, durante la enfermedad y la convalecencia, el empleo adecuado del órgano enfermo, que es el cerebro: "¿qué se diría del médico que recomendara correr a un gotoso o a un reumático?" (p. 146). Este principio tiende obligatoriamente a limitar el tratamiento moral a lo que éste tenderá a convertirse cada vez más en el curso del siglo: una higiene cerebral, en la que el aislamiento, el reposo y las distracciones juegan el papel principal, pasando progresivamente a segundo plano el aspecto psicoterapéutico, en particular en sus aspectos más espectaculares. Los principios que planteó Georget van en ese sentido; no contradecir al alienado, no mantenerlo en su delirio, es prohibirse una acción directa sobre éste. Algunos años más tarde, será categórico: "no se buscará para nada hacer razonar a los alienados para conducirlos nuevamente al sentido común, pues errores son tan necesarios como los desórdenes de toda función cuyo órgano está enfermo... Los errores de los alienados son tan necesarios, son la consecuencia tan directa de la alteración de su cerebro, como los desórdenes de una función cualquiera son la consecuencia del desorden del órgano que preside a esta función"¹⁷. Esta posición,

coherente en el plano teórico, será ampliamente adoptada, y conducirá a la declinación del tratamiento moral de Pinel. Leuret intentará, varias veces, oponerse a este movimiento, especialmente en su gran obra de 1840, pero nada contra la corriente y él mismo está bastante lejos de Pinel; su técnica reposa en efecto esencialmente sobre la intimidación y rechazará más de lo que convencerá.

Vemos así un progreso conceptual permitir a la psiquiatría acercarse a la ortodoxia médica, pero, en otro plano, su saldo es una pérdida sensible. Ese proceso, frecuente en la historia de las ciencias, lo vivimos a la inversa actualmente: un progreso en la comprensión y el tratamiento de los problemas mentales produce un abandono de la clínica y de la nosografía psiquiátrica que acarrea el riesgo de la desaparición de los elementos de un saber positivo.

En las ideas de Georget hay una tesis sobre la que ya hemos llamado la atención y que será rechazada, o más bien mantenida en silencio por la mayoría de los alienistas. Es la idea de una división etiológica de las causas mentales: causas morales para la locura, físicas para el delirio agudo, única afección "simpática" es decir secundaria de perturbaciones de otros órganos.

Vimos que Pinel y Esquirol, y el grueso de sus alumnos los siguieron en esta vía, admiten causas tanto morales como físicas para las mismas formas clínicas a las que consideran como tipos de reacciones cerebrales, determinadas no por las causas, sino más bien por factores dependientes del estado general del organismo en el momento de su acción y a su "tipología" constitucional. Un autor algo marginal en la historia de la psiquiatría, pero cuya influencia fue sin duda muy importante debido a su prestigio, Broussais, hará, al contrario de Georget, de la simpatía el mecanismo etiológico esencial de la locura¹⁸. Considera las enfermedades mentales como la consecuencia de una inflamación (irritación) cerebral o del proceso crónico que ella desencadena (atrofia, endurecimiento) y considera que la perturbación primaria es casi siempre una afección del tracto gastrointestinal que reacciona simpáticamente sobre el cerebro. Broussais no era, por otra parte, alienista y sus consideraciones clínicas y terapéuticas son tomadas de Esquirol.

Exceptuando la tesis etiológica, los alienistas seguirán, en su conjunto, a Georget. Tomemos el ejemplo de Parchappe que defenderá el "predominio de las causas morales en la generación de la locura"¹⁹, admitiendo también las causas físicas, expresando así la opinión de un extendido consenso de alienistas. En su tratado necropsíquico²⁰ distinguirá la locura simple en aguda, en la que la autopsia no revela más que una congestión (hiperemia) encefálica reversible, y crónica, en la que la atrofia sigue a las simples perturbaciones funcionales. Las lesiones focales propiamente dichas serán por el contrario debidas a las locuras compuestas (epiléptica, paralítica) y complicadas (meningitis-reblandecimiento, hemorragia), y a la idiotez. Puede subrayarse a la vez la adopción de las ideas de Georget (división patogénica, evolución de la locura aguda) y del borramiento de la separación delirio agudo-locuras agudas, consecuencia lógica del rechazo de la división etiológica: sucede que Parchappe conserva un ideal monista.

Debe recordarse en relación a este tema la importancia de las ideas frenológicas: permiten admitir una predominancia de las causas morales y la ausencia de lesiones orgánicas en ciertas locuras, sin por ello renunciar a la idea de una modificación material: en efecto, la predisposición (hereditaria o congénita), la hipertrofia del órgano encefálico

correspondiente (y la protuberancia craneana que permite asegurarse de ello) son así los responsables del desorden de las ideas. Ferrus particularmente defenderá esta posición que permite ser dualista sin dejar de ser anatomista.

Otra línea de investigación moviliza también a la escuela de Esquirol: es la profundización del conocimiento clínico, de aquí en más dimensión relativamente autónoma en psiquiatría. Nos ocuparán dos rúbricas principales.

Tenemos pocas cosas para decir de la primera. Se trata de la diferenciación de nuevas entidades nosológicas y cabe enteramente, en este período, en la "estupidez" de Georget, que todos adoptarán. En el capítulo siguiente veremos a Guislain y Griesinger abrirle camino a Baillarger para una nueva etapa de ese proceso. En cuanto al delirio agudo, si el término es retenido por algunos autores, la mayor parte del tiempo es en el sentido de la manía hiperaguda, lo que disuelve su especificidad. El rechazo de la división etiológica de Georget hace perder una noción interesante que se disolverá en la manía (formas agitadas) o en la estupidez (formas apáticas y estuporosas). Veremos que cuando Delasiauve retome la descripción de la estupidez, la confusión mental le parecerá caracterizar el síndrome. Todo esto es por otra parte coherente: los criterios de diferenciación nosológicos siguen sendo esencialmente conductistas y las tesis de Georget reposaban en un criterio etio-patogénico.

La segunda rúbrica concierne al trabajo de análisis de los cuadros que la clínica ya aisló, como lo recomendaba Pinel. El principio es siempre reducirlos a perturbaciones elementales cuyos modelos se pueden encontrar en la psicología normal. En algunos autores, ese trabajo sirve para una clasificación de las especies mórbidas en grupos: Esquirol nos dio un modelo con sus tres clases de monomanías que consisten de hecho en reagrupar tres síndromes clínicos diferentes en base a un análisis psicológico idéntico (lesión de una sóla facultad); igual que en las demencias agudas y crónicas. Así Ferrus querrá separar las debilidades intelectuales (adquiridas: demencias; innatas: idiotez; o accidentales: estupidez) de las perversiones intelectuales generales (manía) o parciales (monomanía, hipomanía, alucinaciones)²¹. Pero el riesgo entonces es forjar un cuadro a priori de las facultades mentales y querer completarlo a cualquier precio, oponiendo la disminución y la exaltación de cada función; esta dirección conlleva un abandono del principio clínico que inauguró Pinel y cuyo devenir tratamos de determinar. Scipion Pinel, cuyos presupuestos frenológicos justifican su búsqueda, puede ser citado como ejemplo de esta "desviación" que lo conduce, por ejemplo, a clasificar la manía en las lesiones intelectuales (por exaltación) y la sobreexcitación maniaca en las lesiones de la motilidad (por exaltación igualmente) junto a la corea y a las convulsiones, o a separar las ilusiones y las alucinaciones (lesiones de los sentidos) de las monomanías intelectuales (lesiones intelectuales), en resumen a escindir unidades clínicas por mentalidad de sistema²². En Delasiauve la misma búsqueda culminará en una clasificación extremadamente confusa de las alienaciones parciales, donde la obligación de simetría lo obliga a crear lesiones asténicas que se oponen a las lesiones activas y que no se manifiestan más que por la hipertrofia de la tendencia antagónica, pura construcción teórica que ningún ejemplo clínico sostiene²³. Los psiquistas alemanes (cf. Cap. 4) constituyen otro ejemplo de esta mentalidad (cf. la clasificación de Heinroth)²⁴.

Otros, mejor inspirados, intentan penetrar la estructura psicopatológica de las perturbaciones mentales: puede citarse en particular el importante libro de Leuret, *Fragmentos*

psicopatológicos sobre la locura (1834) cuyas sorprendentes observaciones serán retomadas extensamente²⁵. Pero una cuestión sobre todo apasionará y dividirá a los autores: la de la alucinación. En su análisis, dos corrientes de pensamiento se enfrentan, y una vez más debemos decir que se trata de un conflicto con mucho futuro, ya que nunca hemos salido del mismo:

La primera, cuyo representante más conocido es Lélut²⁶, subraya el aspecto estésico de la alucinación y, apoyándose en Locke, Condillac y los Ideólogos, concibe la alucinación como el despertar del carácter esencialmente perceptivo de las imágenes mentales por un proceso que Freud llamará, medio siglo más tarde, una "regresión tópica", cuyo modelo es el sueño. Una discusión apasionada se entablará para decidir si esta regresión es siempre patológica (opinión de Lélut) o si puede ser el efecto de una concentración de la atención y por lo tanto producirse en un sujeto normal, incluso superdotado²⁷.

La segunda, que puede legítimamente reivindicar su paternidad en Esquirol (cf. Cap. 2), analiza el fenómeno alucinatorio como una perturbación de la creencia, en la que la consciencia debilitada se deja engañar por los fantasmas engendrados por la imaginación y la memoria. De allí en más, como lo subraya Moreau de Tours²⁸, que extiende por otra parte esta explicación al conjunto de la patología mental (delirios, perturbaciones afectivas, impulsos irresistibles, desorientación témporo-espacial, exaltación maníaca), es el "estado primordial" el que precede y explica la alucinación. Ese estado representa una disminución de la vigilancia, una dominación del poder de síntesis y de control voluntario del yo por las facultades inferiores exaltadas; su modelo es el sueño, y es lógico que Moreau de Tours concluya en una identificación completa entre el estado de sueño y la locura²⁹. Esta concepción es, ya se habrá notado, netamente mentalista y al mismo tiempo, en lo esencial, más organicista que la precedente, ya que no podría admitir alucinaciones "fisiológicas". Moreau es por otra parte uno de los primeros en sostener un organicismo integral.

Leuret presenta una posición más flexible y más cercana a los hechos clínicos³⁰. Subraya también el carácter estésico del hecho alucinatorio que desaparece en parte en la teoría de la creencia y que le parece exigir "una acción particular de nuestros órganos"; sin embargo, encontrando en los hechos de la inspiración un modelo, insiste en la disociación mental: ésta engendra la desapropiación de pensamientos que le parecen tan ajenos al sujeto que su contenido lo sorprende a menudo y a veces le enseña. Leuret inaugura entonces las teorías llamadas psicosenoriales o mixtas cuya versión más completa dará Baillarger³¹, introduciendo la distinción, que se volvió clásica, entre alucinaciones psíquicas (representación xenopática sin carácter estésico, en donde por ende la teoría de Moreau y Esquirol es válida) y alucinaciones psicosenoriales, cuyo carácter netamente estésico muestra la intervención de los aparatos perceptivos, donde la psicogénesis es por lo tanto insuficiente, habiendo intervenido un factor de orden neurológico.

Es necesario insistir en un corolario importante de las interpretaciones por el "principio de automatismo" (Baillarger) que se impondrán progresivamente. El hecho psicopatológico aparece en él como esencialmente diferente del funcionamiento psicológico normal³² ya que necesita la subversión de la instancia que lo regula; la locura, alienación tanto más profunda, sólo parece por ende derivar de una causalidad somática. Puede parecer extraño que, habiendo insistido en la concepción finalmente organicista de Pinel y de Esquirol, realicemos tales diferencias: su punto de vista era, a pesar de todo, suficientemente ambiguo como para que la línea de demarcación entre las pasiones y la

locura (en particular para las monomanías) fuera muy indefinida, autorizando el tratamiento moral o posiciones como las de Leuret. Ya en Georget, y cada vez más con el correr del siglo, la locura aparecerá como el efecto de una "influencia órgano-psíquica"³³ y su tratamiento como el de un órgano enfermo.

No podemos aquí más que volver a referir a los trabajos de G. Lantéri-Laura, que hizo mucho para dar todo su valor a la frenología, más allá del juicio demasiado rápido de la historia. Cf.

2. Histoire de la *phrénologie* y también su reciente obra con Hécaen.

3 Cf. las anécdotas bastante mordaces de Leuret, *Traitement moral*, p. 49 a 51.

Cf. Lantéri-Laura y Hécaen, *Evolution de les connaissances et des doctrines sur les localisations cerebrales*.

Esta manera de enfocar las cosas lo lleva a negar todo valor a la forma clínica, puro efecto del azar de la extensión y de la localización del proceso. En esto se sitúa fuera de la corriente surgida

5. de Pinel.

Recherches sur Vencéphale, Premier et deuxième mémoires; Traite de la folie.

6. Comentarios de B. de Boismont en la bibliografía de su gran artículo "*Des maladies mentales*". 1866.
7. Cf. Lelut. *Inductions sur la valcur des altérations de l'alienation mentale*; Leuret. *Traitementimoral*, cap. I
8. *De la Folie*, 1820.
9. Cf. Su introducción, p. 16. a la reedición que nos procuró de la obra de Georget. Reedición desgraciadamente mutilada, pero que reproduce lo esencial y cuya paginación utilizaremos por comodidad. No seguiremos integralmente el comentario de J. Postel que muestra, sin embargo, el punto crucial.
10. Cf. p. 110-111.
11. Que Chaslin confundirá más tarde con el delirio agudo de Georget en su "confusión mental". como lo señala J. Postel. No es, por otra parte, el primero en hacerlo (Etoc-Demazy, Delasiauve).
12. Es necesario, una vez más, subrayar la importancia de las posiciones de Georget: por primera vez. encontramos una división de las formas clínicas de las perturbaciones mentales en función de la causa; la superposición de una división etiológica y de una división patogénica (locuras sintomáticas e idiopáticas) oculta la originalidad de las ideas de Georget, pero es la primera vez que esta idea se manifiesta y quedará oculta hasta Morel que la volverá a encontrar por su propia cuenta.
13. Esto es, nos parece, lo que J. Postel entendió mal.
14. Como lo indicamos más arriba, Georget considera las habituales causas físicas de la locura (por ejemplo las perturbaciones digestivas y la supresión de los derrames) como síntomas secundarios de éste, que aparecen posteriormente.
15. Es uno de los argumentos de Georget para separar esta forma de la demencia.
16. Este tipo específico de reacción cerebral que es la locura exige una constitución especial, de la cual la herencia suministra una explicación cómoda.
17. Art. "*Folie*" del Dictionnaire de médecine, 1829. Citado por Leuret: op. cit, p. 109.
18. Cf. *De l'irritation et de la folie*. Es igualmente, como lo indicaremos más adelante, la posición de la escuela somatista alemana, contemporánea de Broussais y de Georget.
19. *AMP*, 1843. Utilizaremos en adelante las iniciales A.M.P. para citar los *Anales Médico Psicológicos*, a los cuales deberemos remitir sin cesar.
20. *De la Folie*, 1840.
21. "Leçons cliniques sur les maladies mentales", *Gazette médicale*, 1833, 1834, 1836. Citado en R. Semelaigne, *Pionniers de La Psychiatrie Francaise*, p. 151 a 164.
22. S.Pinel, *Traite de pathologie cérébrale*, 1844. Cité en Semelaigne, op. cit., p. 184 a 188.
23. Delasiauve, *Essai de classification des maladies mentales*, 1844.
24. Ver su *Traite des perturbations de la vie mentale*, 1822.,
25. Especialmente por Griesinger y Morel.
26. *Le Démon de Socrate*, 1836.
27. Opinión de Briere de Boismont. *Ci.Des hallucinations*, 1845.
28. Moreau de Tours, *Du hashish et de l'alienation mentale*, 1845.
29. Cf. su memoria en los *Annales Médico-Psychologiques*, 1855.
30. *Fragments psychologiques sur la folie*.
31. "Physiologie des hallucinations", 1844, *Recherches sur les makdies mentales*, I, 1890.

32. Desde este punto de vista, la referencia constante al sueño como modelo de la alucinación es reveladora. Sirve a Leuret para sostener la idea del carácter esencialmente psicológico de la locura (cf. más arriba). Moreau encuentra allí un argumento organicista: soñar totalmente despierto no puede parecerse a la vida psíquica normal. Ey retomará esta argumentación contra Freud.
33. Expresión muy gráfica que empleaba Mignard, un siglo más tarde.

Capítulo 4 GUISLAIN Y GRIESINGER

Para cerrar este primer período de la historia de la psiquiatría, debemos, todavía, dar cuenta de la obra del fundador de la escuela alemana, Wilhelm Griesinger. Hasta él, la "revolución pineliana" no había podido entrar en Alemania. Allí disputaban dos escuelas, oponiendo entre sí dos sistemas cerrados y completos, de los cuales deducían su forma de considerar los problemas concretos.

La escuela llamada "psiquista" consideraba la locura como una enfermedad del alma, una pérdida de su equilibrio armonioso natural; buscaba su razón en una desviación de los principios divinos (*Heinroth*) o éticos (*Ideler*) que deben regular la conducta del sujeto ¹; las nosologías que proponía eran deducciones 'formales a partir de una construcción racional a priori del espíritu humano. La escuela "somática", por el contrario, consideraba que las enfermedades mentales eran siempre sintomáticas de una afección orgánica y casi siempre simpática; partía, por otra parte, de una opción igualmente metafísica: la inalienabilidad del alma, dado que sólo las enfermedades del cuerpo podían alterar la mente (posición que volveremos a encontrar en Morel); atribuía según Jacobi ², su representante más prestigioso, sólo un carácter secundario al cuadro clínico, concentrando todos sus esfuerzos sobre la investigación etiológica.

Entonces puede considerarse la psiquiatría alemana anterior a Griesinger como pre-pineliana: es él quien introducirá en Alemania la tradición clínica propiamente dicha, no sin tomar mucho de los somáticos. La escuela alemana conservará siempre, como ya veremos, tentaciones "totalizantes" y una tendencia a partir "de una interpretación fisiológica del cuadro clínico y de la interrelación de los síntomas (mientras que) la observación clínica francesa gana indudablemente en autonomía relegando las consideraciones fisiológicas a un segundo plano" ³.

Consagremos primero algunas líneas a Joseph Guislain, el fundador de la psiquiatría belga, que influenció mucho a Griesinger (y también a Morel). Su doctrina globalmente

está muy cerca de la de Esquirol. Algunos puntos, sin embargo, presentan una originalidad

que explica su influencia ⁴:

1— Guislain considera las frenopatías (término que forjará para reemplazar el de locura, muy impreciso y próximo al lenguaje común) como reacciones psicológicas a un estado de

dolor moral, de "frenalgia" ⁵. Encuentra el modelo de esas reacciones en los estados psicológicos normales (tristeza, estupefacción, exaltación) o paranormales (bizarrerías del pensamiento, del carácter, simpleza de espíritu); cuanto más próxima es la locura de los tipos comunes de reacción, será más fácilmente reversible y mejor será su pronóstico. A la frenalgia inicial le asigna, apoyándose en su larga experiencia de "médico privado" (es decir vinculado a familias importantes), causas morales; en la inmensa mayoría de los casos sus verdaderas razones no son confesadas al médico consultante, él, que tan a menudo conoció "la otra cara de la medalla", lo sabe bien. Sin embargo, a veces admite causas físicas, o mejor aún un concurso de causas, pero la predisposición hereditaria le parece siempre esencial.

Esta idea de un dolor inicial, precediendo incluso las locuras de tonalidad afectiva alegre, será discutida, pero finalmente reconocida bastante ampliamente como un progreso en la comprensión psicopatológica.

2 - Insiste en la frecuencia y la importancia de las formas combinadas y en la rareza relativa de las formas nosológicas puras (que llama monomanías o monofrenopatías). Profundiza así las consecuencias de esa idea que ya habíamos encontrado en Pinel y Esquirol y, en su tratado de 1833, describe cierto número de formas combinadas.

3 - Finalmente, en la descripción de las formas puras Guislain hace progresar la diferenciación nosológica. En efecto, aísla, bajo el nombre de delirio, las formas con ideas delirantes primitivas de las formas en las que el delirio es secundario a las perturbaciones afectivas (depresión, ansiedad, exaltación), aislando así, por primera vez, una clase de psicosis delirante que los alemanes llamarán más tarde paranoia y que distingue de las perturbaciones afectivas de tipo maniaco y melancólico ⁶. Esta distinción que veremos retomada a lo largo de todo el siglo y que nos alcanzó, culmina el trabajo de diferenciación propiamente sindromático comenzado por Pinel; en el plano nosológico, la psiquiatría no puede ir más lejos manteniéndose en este punto de vista; siendo la introducción de otros parámetros (etiología, patogenia, evolución) lo que producirá la fase siguiente.

Guislain describe entonces⁷:

- la melancolía, exaltación de los sentimientos de tristeza;
- el éxtasis: es la estupidez de Georget, pero de la cual lo diferencia, pues siguiendo a los autores franceses lo confunde con lo que Georget llamaba el delirio agudo (confusión mental) al que clasifica como demencia;
- la manía, estado de exaltación moral;
- la locura, anomalía de la voluntad impulsiva (monomanía instintiva de Esquirol y de Marc);
- el delirio, anomalía en las ideas;
- la demencia, obliteración de los actos mentales;⁸

Podría sorprender que Guislain confunda en su demencia los casos congénitos (idiotez de Esquirol), las formas adquiridas (demencia de Georget) y las formas accidentales / reversibles (delirio agudo de Georget). Pero sucede que no quiere introducir en su clasificación ningún criterio extrínseco a la clínica descriptiva, uno de cuyos grandes maestros tras fue; así se lo ve más cerca de Pinel que de Esquirol.

"Siempre debemos ver antes que nada en las enfermedades mentales una afección del cerebro" ⁹. Esta afirmación sin ambages y el considerar la afección cerebral siempre como material, si bien no siempre aprehensible con los medios de la época, hicieron que se considerara a Griesinger como el primero de los "organicistas". Los capítulos precedentes nos

parecen demostrar suficientemente la extrema banalidad de semejante afirmación; la pertenencia de Griesinger a la corriente "anatomista" (cf. cap. 3), al menos a título de ideal, no cambia nada. Lo que pesó considerablemente en esa apreciación, es que Griesinger es el autor del primer verdadero tratado de psiquiatría. Efectivamente, vimos que la obra de Esquirol fue una colección de artículos más que un tratado y que sus alumnos sólo escribieron monografías. El tratado de Pinel, en su segunda edición al menos (pues a la primera le caben las mismas objeciones que a la obra de Esquirol), tiene un estilo muy de su época, bastante literario; las observaciones están mezcladas con las consideraciones teóricas y no podía ser utilizado como un manual. Se vuelve a encontrar esas características de estilo en los artículos de Esquirol. Por el contrario, la obra de Griesinger se presenta ya con las divisiones (consideraciones generales, semiología, etio-patogenia, formas clínicas, anatomía patológica, pronóstico y tratamiento) que pueden todavía encontrarse en los tratados de fin de siglo e incluso de nuestros días; las observaciones están separadas netamente de los párrafos teóricos que ilustran; el estilo es muy sobrio, salvo por la ausencia de un índice, la obra puede servir de manual de referencia que puede consultarse sobre una cuestión que necesite esclarecimiento¹⁰. Esto explica su éxito y su prestigio, acrecentado en el caso de la traducción francesa por las notas (y un largo apéndice sobre la parálisis general) de Baillarger mismo. JP. Falret recomendará su lectura y su hijo la designará "la mejor obra que existe actualmente en nuestra especialidad"¹¹.

Griesinger se apoya en una psicología muy interesante, mucho más fina que la de los autores franceses de la misma época. Toma sus tesis principales de Herbart pero sigue siendo muy personal. Trataremos de aprehender sus grandes líneas, por una parte por su interés intrínseco, y por otra porque, como veremos, anticipa concepciones que encontraremos casi un siglo más tarde en Blondel, Guiraud y Jaspers, finalmente porque, sin duda, influyó fuertemente a Freud; su ejemplar estaba "cuidadosamente subrayado con lápiz"¹², particularmente "es del mayor interés la acumulación de marcas en las páginas en las que Griesinger presenta su teoría del ego y su concepción de la metamorfosis del ego"¹² en el delirio, tesis que Freud retomará muy ampliamente.

Apoyándose en las primeras conquistas de la neurología, asimila el cerebro a un inmenso centro de acciones reflejas, en el cual... las excitaciones sensoriales... se transforman en intuiciones de movimiento" (p. 26) y considera entonces las actividades superiores como formas diferenciadas de las actividades neurológicas inferiores (arco reflejo medular): "se forma allí, por así decir, una esfera accesoria que está en el entre la sensación y la impulsión motriz... Esta esfera es la inteligencia" (p.28-29).

Concibe la inteligencia como una actividad asociativa cuya base son las representaciones mentales. Las representaciones (clásicamente) surgen de las sensaciones y entre percepción y consciencia "una infinidad de analogías importantes" (p. 32). tienen una tendencia espontánea a realizarse por medio de actos adecuados, una suerte de impulsión motriz, pues las representaciones son portadoras (representantes diría Freud) 'sensaciones que provienen de todo nuestro organismo, pero particularmente de las vísceras, de los intestinos, de los órganos genitales en tanto que necesidad (y que) nos impulsan...a actuar" (p. 43). De esos "móviles" que subyacen a las representaciones, los más simples y fáciles de comprender son el hambre y el instinto sexual" (p. 44). Ellos

producen, primero, "movimientos oscuros de la consciencia . . . que se designan en parte como sentimientos" (ibid), después, "complejos de ideas relativas al objetivo a alcanzar y que luchan contra los obstáculos que se oponen a su realización" (p. 45). "Cuando las ideas claras y de las cuales tenemos consciencia llegan... a ejercer una influencia sobre los músculos, se da a ese fenómeno el nombre de voluntad" pero "en el fondo, es el mismo proceso que en la acción refleja" (p.46); las ideas cuanto más fuertes y persistentes son, más se transforman en voluntad" (p. 48).

A esta síntesis de asociacionismo y de materialismo psico-fisiológico, Griesinger agrega una concepción de la conciencia y del yo que toma de Herbart. En efecto, las representaciones y por su intermedio las tendencias que ellas representan luchan por ocupar el campo de la consciencia, es decir para transformarse en acto; en esa *struggle for Ufe* gana la más fuerte, pero a la larga, se entablan alianzas entre tendencias asociadas: "en el curso de nuestra vida, se forman grandes complejos de ideas cada vez más sólidamente encadenados" (p. 54). La naturaleza de esos complejos depende en cada uno de su historia, de los acontecimientos exteriores que le sucedieron y también "de las influencias del organismo entero, devenidas persistentes" (ibid). Esos complejos dominantes constituyen el yo; las representaciones que le son conformes son "reforzadas" y pueden abrirse paso, las otras son *reprimidas* (el término es de Herbart).

Pero el yo puede modificarse en el curso de la vida. En efecto, el yo no es una unidad sino que numerosos conflictos de tendencias lo atraviesan y su relación de fuerzas puede evolucionar con el tiempo y las circunstancias. La pubertad con sus modificaciones orgánicas es un ejemplo de ello: una infinidad "de nuevas sensaciones, de ideas vagas o netas, de nuevos impulsos" penetran poco a poco la consciencia y el "círculo de las ideas antiguas, llegan a formar parte integrante del yo; éste deviene por esta razón totalmente diferente, se renueva y el sentimiento de sí mismo sufre una metamorfosis radical" (p. 55). Es el modelo de proceso por el que se produce la locura. "La enfermedad cerebral hace nacer disposiciones e inclinaciones que devienen el punto de partida de emociones" (p. 65); modifica sutilmente la circulación de los pensamientos, el "tempo" de la actividad mental, para emplear una formulación moderna, pero también el humor de base y los diversos sentimientos; produce neo-formaciones psíquicas en "esta esfera sumergida en las tinieblas y el crepúsculo, que es mucho más grande y característica para la individualidad que el número relativamente pequeño de ideas que pasan al estado de consciencia. . . (y que) contribuye poderosamente a determinar la disposición actual del carácter . . . a dirigir nuestros gustos . . . nuestras simpatías y nuestras antipatías" (p. 30). El yo experimenta esos fenómenos primero con un oscuro sentimiento de angustia, de dolor moral (frenalgia inicial de Guislain). Puede dejarse llevar o al contrario reaccionar "si la fuerza motriz de las reacciones mentales deviene libre" (p. 322), exaltarse y ser invadido por un estado de humor inverso. De todas maneras, progresivamente, el novel estado mental genera nuevas representaciones concordantes, "falsos juicios (ideas fijas) que el enfermo no puede rectificar" (p. 65), al principio porque el estado emocional en que está no le da tiempo de reflexionar, pero pronto, esas neo-formaciones se fortifican, se consolidan, "establecen relaciones cada vez más fuertes con el complejo de ideas del antiguo yo . . . que es desvirtuado, convertido totalmente en otro" (p. 56); "los falsos juicios devienen parte integrante del yo" (p. 65), así metamorfoseado. La lucha puede cesar, la tormenta mental disiparse, el enfermo volver a encontrar un pensamiento "formalmente justo", pero las ideas anormales se deslizan en él como premisas irresistibles"; "el enfermo no es más, bajo ningún concepto, el mismo que era antes, es totalmente otro: su yo ha devenido un yo nuevo y falso" (p. 56). Es la locura sistematizada (*Verrucktheitj*). El

proceso puede ser más destructor: puede disociar al yo en muchas masas poco coherentes y contradictorias (discordantes, se dirá más tarde), haciendo desaparecer la unidad de la persona en la demencia.

La cura de la locura no puede ordinariamente producirse más que en las fases primarias, a menudo largas, "en las que la locura consiste principalmente en un estado emocional" (p. 66); las disposiciones mórbidas desaparecen entonces con su sustrato afectivo y el yo retoma sus derechos. En la fase secundaria en la que la agitación cesó, en la que "el antiguo yo está viciado, corrompido, falseado en todas sus caras . . . tan completamente reprimido . . . que el enfermo ha cambiado toda su personalidad por otra", la curación es casi imposible (p. 67). Más aún en tanto que esas fases secundarias "que se pueden designar . . . como enfermedades del entendimiento" están a menudo acompañadas por lesiones cerebrales irreversibles, lo que no deja ninguna esperanza de curación. Finalmente, su concepción del tratamiento es muy ecléctica ya que, si bien le acuerda gran importancia al tratamiento físico, presenta una concepción del tratamiento moral muy higienista y próxima a la inspiración de Georget, sin rechazar en ciertos casos el activismo de Leuret, al que le gusta citar.

La nosología de Griesinger se deduce de las consideraciones que acabamos de exponer. Eso lo lleva a oponer:

- formas primarias, poco lesionales y en las que la perturbación afectiva es el factor esencial; las divide en depresiva y expansiva (siguiendo la gran división de las emociones de Herbart):

1 — Melancolía: extensión y sistematización de la frenalgia inicial. Distingue como formas clínicas la hipocondría (depresión con consciencia y centrada en el cuerpo), la melancolía propiamente dicha, la melancolía con estupor, la melancolía con tendencias destructivas (suicidio, asesinato, impulsiones destructivas), la melancolía agitada.

2— Estados de exaltación mental: reacción de defensa contra la frenalgia inicial¹³. Los divide en manía y monomanía exaltada (*Wahnsinn*), a la que considera como una elaboración intelectual de la manía, autorizada por una menor inestabilidad intelectual. El *Wahnsinn* comprende todas las monomanías de Esquirol cuyas tonalidades afectivas son suficientemente "cálidas" para permitir su clasificación en los estados agudos, el resto entra en los delirios sistematizados con las formas "re-enfriadas" y estereotipadas de melancolía de Esquirol.

-Formas secundarias, a menudo lesionales, en las que la tormenta emocional cesó, dejando detrás de sí:

3 — Delirio sistematizado (*Verrücktheit*) con debilitamiento mental y deformación del

4- Demencia agitada (*Verwirrtheit*) en la que el carácter obtuso de lo afectivo y la incoherencia intelectual no impiden el mantenimiento de cierta actividad física.

5- Demencia apática (*Blódsinn*): aquí la actividad mental misma está casi abolida. Finalmente:

6- Idiotismo y cretinismo: estados de debilitamiento congénito o adquirido tempranamente en la infancia.

Puede señalarse que Griesinger niega toda autonomía a las monomanías razonantes e instintivas de Esquirol, de las que decía que habían sido creadas "para desgracia de la ciencia". Las vincula, siguiendo una tendencia que, por otro lado, ya estaba presente en Esquirol, al menos en una primera fase de su pensamiento (cf. cap. 2), ya sea con la melancolía, ya sea con la manía, ya sea con las formas secundarias. Igualmente, el estupor no le parece más que un síntoma que entra la mayor parte del tiempo en el marco de la melancolía (melancolía con estupor de Baillarger).

Debemos ahora analizar los grandes rasgos de originalidad de esta obra llamativa, a la vez cierre de un período y apertura del siguiente.

No examinaremos la psicopatología de Griesinger, pero subrayemos el interés de la idea de una perturbación generadora sutil, del orden de la experiencia vivida más que del concepto claro, cuya forma mórbida acabada no es más que una elaboración intelectual. Es la primera aparición de una fenomenología de las "vivencias delirantes primarias" (Jaspers), así como de una distinción de estratos de estructura diferentes en la masa de los fenómenos delirantes (idea que de Clérambault o Guirard retomarán posteriormente).

Sobre el plano nosológico, puede señalarse el progreso que representa el aislamiento del grupo de los delirios crónicos, ya preparado por Guislain. Baillarger pronto impondrá las mismas ideas en la psiquiatría francesa (1853). Que se los considere siempre secundarios a un episodio agudo representa evidentemente una imperfección, cuyas razones se pueden comprender y que Griesinger deberá corregir más tarde reconociendo la existencia de la *Verrücktheit* primitiva de Snell (1865); Baillarger impugnará igualmente (nota de la página 396) la presencia constante de un debilitamiento intelectual, prefigurando el debate de los años 1900 entre alienistas franceses y alemanes (Kraepelin) sobre las formas sistematizadas de los delirios crónicos alucinatorios. A pesar de todo es un logro considerable.

Pero esta conquista se hace sobre el fondo de un punto doctrinal que modifica profundamente el espíritu de la clínica de Pinel y de Esquirol. Griesinger, en efecto, nos presenta una nosología construida sobre la idea de la evolución de las formas clínicas; esto es lo que le permite aislar los delirios crónicos. Toma de su maestro Zeller la idea, muy aceptada en Alemania en esa época, de la "monopsicosis", que Neumann sistematizará en su tratado de 1860: todas las formas clínicas de locura no serían más que las fases sucesivas de una misma enfermedad. Y, efectivamente, las formas que describe Griesinger representan las fases de un mismo proceso; de la frenalgia inicial a la demencia completa terminal, entendiéndose que en cada etapa ese proceso puede fijarse o retroceder (cada vez menos, como vimos, a medida que avanza hacia su término).

Vemos entonces aparecer un nuevo criterio clínico, la evolución, en la construcción nosológica y lo veremos participar en el trastocamiento de las ideas vigentes hasta ese momento.

Finalmente, es necesario insistir en un aspecto de esa primera obra propiamente clínica de la psiquiatría alemana: sigue siendo acentuadamente dogmática. Griesinger nos presenta un sistema completo que continúa los debates de escuela de principios de siglo en Alemania y bastante alejado, por el contrario, de la prudencia de Pinel y de Esquirol. Como contraparte, su conceptualización es mucho más elaborada y penetrante. Estos caracteres marcarán la psiquiatría alemana¹⁵ hasta nuestros días y los volveremos a encontrar en el desarrollo de este trabajo. Se deben, sin duda, a la muy diferente organización de la Universidad en los países germánicos, donde la formación científica y la formación filosófica permanecen fuertemente asociadas y a los caracteres específicos que marcan la filosofía alemana.

- 1 Cf. Lasegue y Morel. "L'école psychique allemande", AMP, 1844 y 1845.
- 2 Cf. Morel, "*Jacobi*". AMP, 1848.
- 3 Es Freud el que se expresa de ese modo: conoció bien a Meynert y su escuela, muy característica desde ese punto de vista: "Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot. Lecons du mardi de la Salpêtrière". 1892, *StandardEdition*, I, p. 134-135. 4. *Traite des phrénopathies*, 1833, *Lefons orales sur lesphrénopathies*, 1852. "Esta última obra. . . es el tratado más práctico de los tiempos modernos", dirá B. de Boismont, 1866. 5 Cf. el epígrafe del "*Traite des phrénopathies*: 'Todas las impresiones nacen dolorosas en el alienado'. 6. Recordemos una vez más que sólo se trata aquí de formas fenomenales y no de entidades clínicas, en el sentido que fijará Falret. La melancolía representa el grupo de los estados depresivos, ya sean organógenos, endógenos o reaccionales.
7. Nos basaremos sobre las *Lefons orales* de 1852, cf. 2da. edición, I, p. 76 a 78. 8. En el *Tnité* de 1833, agregaba también las convulsiones y la "divagación", incoherencia limitada a la expresión de las ideas (probablemente casos de afasia) que eliminará en 1852.
9. Griesinger, *Traite des maladies mentales*, p. 1.
10. Podría señalarse que será necesario esperar los años 1860 en Francia, con los tratados de Mareé, de Morel, después de Dagonet, para tener el equivalente.
11. Introducción a la traducción de la lección de Griesinger en Zurich, AMP, 1865, p. 1.
12. E. Harms, *A fragment of Freud's library*.
13. Dide y Guiraud retomaron, casi un siglo después, esta teoría explicativa del delirio de grandeza.
14. Esta conceptualización evoca otra, más moderna, la de H. Ey que hubiera podido encontrar en Griesinger un "precursor" más legítimo que de costumbre.
15. En un primer momento, es el aspecto neurologizante el que más lo influirá: Meynert es el principal discípulo de Griesinger.

SEGUNDA PARTE

LOS FUNDAMENTOS DE LA NOSOLOGÍA CLÁSICA

Capítulo 5 EL DESCUBRIMIENTO DE BAYLE

Puede sorprender que no se haya citado hasta aquí los trabajos de Bayle, a pesar de que aparecen en la primera parte del período que acabamos de estudiar, desde 1822, fecha de su tesis (1), hasta 1826 en que publica el primer tomo, el único que aparecerá, de su *Tratado de las enfermedades del cerebro*, enteramente consagrado a la parálisis general. Sucede que las ideas de Bayle fueron tan unánimemente rechazadas en esa época que, decepcionado sin duda, abandona la psiquiatría y serán necesarios veinte años para que su descubrimiento comience a ser reconocido, treinta años para que produciéndose efecto, provocando una conmoción completa de la ciencia de las enfermedades mentales.

Durante ese período continúa la elaboración de la clínica de los síndromes que había inaugurado Pinel. Baillarger², después de Guislain y de Griesinger, pero más radicalmente que ellos, separa la lipemanía del grupo de las monomanías; opone dos clases de delirios generales, manía y melancolía (o lipemanía), en las que el conjunto de las facultades mentales está afectado (afectividad, voluntad, intelecto), a un gran grupo en el cual el daño mental es parcial y actúa sobre la voluntad (monomanía instintiva) o sobre el intelecto (monomanía intelectual). La monomanía razonante es crecientemente discutida y vinculada, en parte a la excitación maniaca moderada (nuestra hipomanía), y en parte a estados congénitos que se acercan a la imbecilidad³ y que formarán el núcleo de las "locuras hereditarias" de Morel.

Baillarger, se ve, lleva a su término la división de Ferrus entre alienación parcial y alienación general; la teoría del automatismo (cf. cap. 3) le permite conservar la idea de una lesión idéntica de las funciones superiores del yo (pérdida de la consciencia del estado mórbido), pudiendo ser parcial o general el daño de las funciones inferiores automáticas. hacerse notar, por otra parte, que la división pasa, de hecho, al interior de la lipemanía, ya que los delirios con tonalidad afectiva triste (en particular los delirios de persecución) entran en el marco de las monomanías, cuando no se acompañan de una afección marcada de la afectividad o de la voluntad (iniciativa psicomotriz). Quedan los que Griesinger llamaba *Wahnsinn* o monomanía exaltada y que Esquirol puso en el centro de su descripción de las monomanías; pero Baillarger las considera siempre sintomáticas de la parálisis general⁴.

Siguiendo la misma dirección vincula la estupidez⁵ con la lipemanía, cuya forma extrema ella representaría (lipemanía con estupor) debido a la inhibición psicomotriz. en base al argumento de que en la misma siempre se encuentran ideas delirantes o alucinaciones de tonalidad triste o ansiosa. Precisemos una vez más que no se trata ya del síndrome descrito por Georget, sino de un grupo bastante heterogéneo de estados estuporosos. También Delasiauve⁶ opondrá a Baillarger un análisis clínico muy notable de la confusión mental en el que "la obscuridad intelectual incesante (es) atravesada por visiones fantásticas fortuitas, incoherentes, cual rayos en una nube tormentosa"⁷. En este síndrome típico de las intoxicaciones y de las grandes neurosis⁸ y que puede revestir una forma excitada o apática, Delasiauve ve también una alienación general y una afección de las funciones superiores; pero considera, como Esquirol, a las lipemanías como alienaciones parciales en las que las funciones superiores están intactas y son arrastradas por la perversión de una o varias facultades inferiores. Esta psicología pasablemente ecléctica le permite más objetividad clínica que la teoría un poco dogmática de Baillarger. De todas maneras el debate no podía ser definido en función de posiciones de análisis psicológico y los parámetros de etiología y de evolución sólo tendrán valor nosológico en la etapa siguiente.

Teniendo en cuenta la controversia Baillarger-Delasiauve que se definirá más bien en favor del primero, puede presentarse el siguiente cuadro nosológico al cual se le otorga un consenso bastante extenso.

- 1 - Idiotez, imbecilidad, cretinismo
- 2 - Locura propiamente dicha:
 - general: manía
lipemanía
estupidez (lipemanía con estupor)
 - parcial: monomanías intelectuales
monomanías instintivas (locura impulsiva)
- 3 - Demencia.

A este cuadro le falta una entidad que todo alienista en esa época hubiera inscripto, pero que trastoca su equilibrio; es la parálisis general, cuya historia trazaremos ahora.

En 1822 entonces, cuando Bayle publica su tesis, la parálisis general es un síndrome reconocido: Esquirol y Georget la describieron; es posible que la hayan diferenciado mal de los otros síndromes paréticos (lesiones focales del cerebro); pero principalmente la consideran como una simple complicación de la locura que puede sobrevenir en cualquiera de sus formas, pero principalmente en la demencia, y que convierte al pronóstico en fatal a breve plazo. Esta es la doctrina, que Baillarger llamará dualista (locura y parálisis son dos procesos diferentes, aunque ligados entre sí), que defenderán Delaye y Calmeil en sus tesis.

El objetivo de Bayle en su tesis⁹ es contribuir a levantar "una parte del velo que cubre el tema que nos ocupa" (p. 15), es decir la naturaleza íntima, las causas próximas de la alienación mental; los alienistas esclarecieron las causas que preparan y desencadenan la locura pero no su substrato inmediato, su patogenia. Vimos que se trata precisamente del género de problema que despertaba desconfianza y escepticismo de parte de Pinel y de

Esquirol. Bayle cita a Georget y parece retomar el espíritu de su distinción de las Alienaciones esenciales y sintomáticas; quiere entonces describir casos de alienación sintomática:

_ de una inflamación de las meninges (parálisis general)¹⁰; _ de una gastroenteritis (ideas de Broussais y de Prost que cita); _ de una "gota irregular".

Esas tres rúbricas forman los tres capítulos de su tesis; sólo el primero, el más extenso, nos interesa aquí. En el mismo hay seis observaciones y conclusiones que contienen lo esencial de las ideas que Bayle desarrollará en el *Tratado*. Atribuye allí a una meningitis crónica (aracnitis crónica que distingue de la aracnitis aguda o frenesía) el desencadenamiento de una alienación mental acompañada de perturbaciones motoras que evoluciona en tres fases (p. 46):

- delirio monomaniaco con un estado de exaltación más o menos considerable;
- delirio maniaco general con agitación, logorrea, a veces furor;
- demencia con incoherencia y amnesia.

La parálisis general incompleta marcha "al mismo paso y proporcionalmente" con las perturbaciones mentales, a lo largo de estos tres períodos. Uno de los períodos puede faltar, particularmente el segundo.

En 1825 Bayle publica un folleto, *Nueva doctrina de las enfermedades mentales*, en el que anuncia las tesis que espera desarrollar, con apoyo de observaciones, en los dos volúmenes de su tratado inacabado. Allí expresa un anatomismo integral:

"1 - La mayor parte de las alienaciones mentales son el síntoma de una flegmasia (inflamación) crónica primitiva de las membranas del cerebro ...

2 - Algunas alienaciones muy raras dependen de una irritación simpática del cerebro ...

3 — Cierta número de monomanías y de melancolías se deben primitivamente a una lesión profunda y durable de las afecciones morales y a un error dominante ... Pero estoy lejos de no prestar a lo físico ninguna influencia en el desarrollo de esas especies de alienación ... hay predisposiciones hereditarias y constitucionales (y) esas especies de alienación producen sobre el cerebro y sus dependencias ciertos efectos que, a su vez, devienen causas de ciertos síntomas ...

4 — El idiotismo depende ordinariamente ... de un vicio innato en la conformación o la organización del cerebro" (Tratado, p. 24 a 26).

Bayle, como vemos, no resistió la tentación de extender su descubrimiento a "la mayor parte de las enfermedades mentales" (p.26). En lo referente a la parálisis general, el Tratado propone ochenta observaciones detalladas (p. 1 a 398), un estudio bastante

precisa que en la tesis y especialmente
Si bien retoma los tres períodos, acentúa la importancia del
delirio ambicioso, de potencia y de riquezas:

que adquiere la forma monomaniaca (con exaltación) en el primer período, acompañándose de cierta conservación del juicio sobre los demás temas pero ya clásico de las causas (predisponentes y ocasionales, físicas y morales), una descripción anátomo-patológica más precisa que en la tesis y especialmente un estudio clínico mucho más completo. Si bien retoma los tres períodos,

- en el que domina la agitación maniaca extravagante del segundo período y en el que éste se vuelve incoherente;

— del que se puede todavía encontrar los fragmentos en el debilitamiento demencial profundo del último período, antes que el enfermo se hunda en la estupidez y la muerte (p. 495 a 514).

Luego de evocar las complicaciones (especialmente convulsivas), las remisiones eventuales y antes de un capítulo sin convicción sobre el tratamiento, Bayle intenta una explicación patogenética de los síntomas. Atribuye a la inflamación meníngea y a su irradiación a la corteza cerebral, la exaltación del humor que produce el delirio (delirio de bienestar) y la agitación; la demencia y la parálisis se deben a la compresión y a la atrofia progresiva de la corteza. Esas ideas le parecen confirmar las tesis de Flourens y rechazar las de Gall, pero también de Foville y Delaye ¹¹ en lo referente a la localización de las funciones intelectuales y motrices.

Tratemos ahora de comprender qué hay exactamente de radicalmente nuevo en las ideas de Bayle. A primera vista, y es así como los alienistas de su época percibieron su trabajo, se trata de la anátomo-patología de la parálisis general, y a este nivel el problema de prioridades es difícil de zanjar, más aún en tanto que la descripción de Bayle es incompleta, ya que no describe las lesiones primitivas de la corteza sobre las cuales Calmeil y Delaye (después Parchappe) insistirán. Pero se trata, de hecho, de algo mucho más esencial: lo que Bayle describe efectivamente y por primera vez en la historia de la psiquiatría, es una entidad mórbida que se presenta como un proceso secuencial que despliega en el tiempo varios cuadros clínicos sucesivos, que pequeños signos diferencian de otros cuadros parecidos, asociando signos físicos y psíquicos simultáneos que reposan sobre una base anátomo-patológica unívoca. En este proceso diacrónico, las entidades de la nosología de Pinel y de Esquirol constituyen subelementos, síndromes, y el diagnóstico se hace, no en base a cuadros globales, sino en base a síntomas accesorios (naturaleza de las ideas delirantes, acompañamiento afectivo, pequeñas alteraciones motoras) y sobre todo, en base al conjunto del ciclo clínico evolutivo que se vuelve cada vez más característico al acercarse a su terminación.

Los contemporáneos inmediatos de Bayle no comprendieron esto. Confundidos por sus exageraciones entusiastas, creyeron que proponía una anátomo-patología de los síndromes mórbidos que ellos conocían, sin darse cuenta que la enfermedad que describía atravesaba verticalmente toda la nosología horizontal de Pinel y de Esquirol. No se trataba de *la* monomanía, de *la* demencia, de *la* manía, sino de un proceso específico que integraba estados monomaniacos, maniacos, demenciales específicos que se podían distinguir de otros estados del mismo orden.

En el plano inmediato, la discusión recaerá sobre la teoría "monista" (Baillarger) que Bayle propone de la parálisis general, ya que considera las lesiones intelectuales y motrices como simultáneas y dependientes de un mismo proceso mórbido, y también sobre el detalle de la anátomo-patología. Calmeil y Georget criticaron duramente el trabajo de Bayle "hipotético e inverosímil" (Georget), en el que "el autor se refuta a cada instante... (y) se esfuerza por establecer un principio extraordinario" (Calmeil); sólo la generación siguiente comprenderá su alcance. Esquirol, por otra parte, influirá con toda su autoridad en ese debate.

Indiquemos que Bayle hace su descubrimiento buscando el substrato anátomo-patológico de la locura de Pinel: éste y Esquirol, piensa al principio, "trazaron cuadros tan verdaderos y tan completos de los desórdenes de la inteligencia, que en vano se encontrará algún síntoma o algún fenómeno que hubiera escapado a esos observadores" (*Investigaciones*,... p. 15). La consideración de lo real nunca está exenta de convicciones previas, de cierta orientación teórica de la investigación, pero es dentro de esta orientación donde puede hacerse el descubrimiento inesperado que la trasciende.

Parchappe es el primero de los alumnos de Esquirol que admite la parálisis general como unidad clínico-evolutiva y anátomo-patológica. Desde 1838 ¹², define a la parálisis general como "una enfermedad sintomáticamente caracterizada por una lesión apréctica, simultánea y general de la inteligencia, de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad", le asigna una lesión "constante y patognomónica ... el reblandecimiento inflamatorio de la capa cortical" que no siempre acompaña una meningitis crónica.

En el plano mental, se encuentra un debilitamiento demencial de la inteligencia, a veces puro, pero a menudo acompañado de un delirio maniaco con ideas de riqueza y de grandeza. Considerando la parálisis general como una especie nosológica distinta, Parchappe prefiere llamarla locura paralítica.

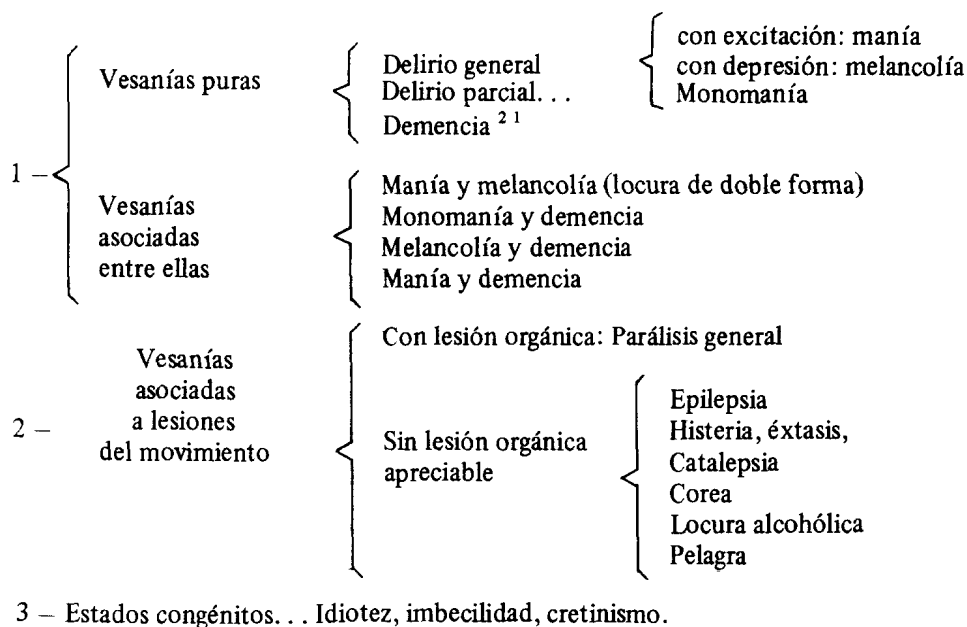
Luego es J. Falret en su tesis ¹³, probablemente muy inspirada por las ideas de su padre, quien retoma la teoría monista de Bayle y, separando netamente la parálisis general de las otras parálisis que puedan afectar a los alienados, consolida el edificio. Baillarger consagra, desde 1846 a 1890, numerosos trabajos a la parálisis general ¹⁴, con el genio clínico que lo caracteriza, desarrolla notablemente su descripción, insiste en el valor diagnóstico del signo pupilar, describe primero que todos la variedad melancólica con delirio hipocondríaco (síndrome de Cotard) y publica numerosos casos de forma demencial pura sin delirio. Sobre la base de estas últimas intenta hacer sobrevivir el dualismo de Esquirol, oponiendo la demencia paralítica pura, en la que la parálisis debutante es de entrada evidente, y las locuras paralíticas, que prefiere llamar congestivas, en las que el delirio se manifiesta mucho tiempo antes de la parálisis, siendo la demencia y la muerte tan sólo sus complicaciones (pasaje de la congestión a la lesión). Le parece que numerosos casos totalmente idénticos terminan con la curación sin aparición de la parálisis. Se apoya aquí en la disociación de los signos físicos y psíquicos, sobre la cual Falret ya había insistido al criticar la descripción paralela de Bayle.

Baillarger no logrará imponer sus puntos de vista, pero la descripción de la parálisis general gana en profundización por las controversias que desencadena (cf. discusión de la Sociedad Médico-Psicológica en 1858).

Progresivamente entonces, pero en forma segura, la doctrina de Bayle se impone y comienza a carcomer el edificio nosológico de Esquirol. Todos los alienistas, que a partir de 1845 admiten la parálisis general como entidad nosológica, son más o menos sensibles a este desfase: algunos se contentan con yuxtaponerla a la nosología admitida clínicamente: es el caso de Delasiauve ¹⁵ o Dagonet en su excelente tratado ¹⁶; la mayoría sigue a Parchappe ¹⁷. Como vimos (cf. cap. 3), éste retoma el dualismo de Georget y divide la alienación mental en formas simples (las especies nosológicas de Esquirol y de Georget) y formas compuestas y complicadas, es decir sintomáticas de una etiología orgánica precisa (epilepsia, parálisis general, hemorragias, tumores, meningitis, ••) a las cuales se agrega la idiotez. Será éste, ya lo vimos, el punto de vista de Bayle

mismo. Brierre de Boismont ofrece una versión particularmente evidente de ese tipo de posición ¹⁸ ya que, exceptuando la idiotez, opone los "tipos antiguos" (manía, monomanías, estupidez, demencia) a las "locuras especiales" cuyas causas son específicas (locura paralítica, puerperal, alcohólica, histérica).

En efecto, todo un grupo de alienaciones "sintomáticas" comienza a separarse al lado de la parálisis general. Además de las lesiones cerebrales, se comienza lentamente a describir los caracteres específicos de las perturbaciones mentales del alcoholismo crónico (Magnus Huss, 1852) y de otras intoxicaciones, así como las que están ligadas a las "grandes neurosis" (epilepsia, histeria, corea). Baillarger propondrá, en sus lecciones clínicas de 1854 ¹⁹, un principio de clasificación inspirado en Parchappe, y por lo tanto en Georget, que Marcé colocará como fundamento del tratado que publica en 1862 ²⁰. En esta obra notablemente clara, que formará una generación entera de estudiantes, "toma casi todo de las clasificaciones propuestas en Francia por Parchappe y sobre todo por Baillarger" (p. 54) y distingue por lo tanto:



El reagrupamiento de las alienaciones "sintomáticas" alrededor de la noción de "lesiones del movimiento" permite a Baillarger hacer sobrevivir las concepciones de Esquirol (teoría dualista de la parálisis general).

Puede decirse que el trabajo del futuro consistirá en destruir ese compromiso que hace del *statu quo* (Brierre de Boismont nos lo mostró claramente) institución y en anexas progresivamente las "locuras simples" a las nuevas doctrinas nosológicas.

Tal es el objetivo que se da Morel, de manera prematura ciertamente pero visionaria y que alcanzará Kraepelin, al cierre de esta nueva etapa de la estructuración de la clínica psiquiátrica.

- 1 *Recherches sur les maladies mentales.*
- 2 "Essai sur une classification des différents genres de folie", *Recherches*, op. cit., I, 1853, p. 61 a 84.
- 3 Cf. Mareé. *Traite pratique des maladies mentales*, p. 391.
- 4 Cf. su nota a la traducción del tratado de Griesinger, p. 375.
- 5 "De l'état désigné sous le nom de stupidité", *Recherches sur les maladies mentales*, I, p. 85 a 142, 1843.
5. "Du diagnostic différentiel de la lypémanie", *AMP*, 1851, p. 380. 7, "Des pseudo-monomanies", *AMP*, 1859, p. 227.
- g. Es decir epilepsia e histeria. Se ve que en esto estamos muy lejos de Georget.
9. Utilizamos la numeración de la reedición del centenario, Masson, 1922, que reproduce la introducción y la primera parte, consagrada a la parálisis general.
10. El término de "parálisis general" fue impuesto por Delaye. Por comodidad, emplearemos la expresión consagrada.
11. Cf. Hécaen y Lantéri-Laura, *Histoire des doctrines et des connaissances sur les localisations cérébrales*,
12. *Recherches sur l'encéphale*, segunda memoria.
13. "Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales", 1853, retomadas en *Etudes cliniques*, 1890, p. 56 a 206.
14. Reunidos en el segundo tomo de las *Recherches sur les maladies mentales*.
15. *Journal de Médecine mentale*, 1861, op. cit.
16. *Traite élémentaire et pratique des maladies mentales*, 1867.
17. *Traite de la Folie*, 1841.
18. *Des maladies mentales*, 1866.
19. Cf. Desruelles, Leculier et Gardien, "Contribution a l'histoire des classifications psychiatriques", *AMP*, 1934.
20. *Traite pratique des maladies mentales*.
21. En una muy notable nota, "De la démence incohérente et de la démence simple", *Recherches*, I, p. 625 a 629, Baillarger intenta oponer la demencia "consecutiva a una vesania", demencia incoherente con disociación del discurso y de las ideas pero donde "la inteligencia no está nada abolida, y el ejercicio intelectual está bastante activo", p. 626, a la demencia "sintomática de una afección orgánica del cerebro" que "consiste en la disminución progresiva de la inteligencia y (donde) como consecuencia la inercia sucede poco a poco a la actividad", p. 628. Esta idea tardará medio siglo en imponerse con Kraepelin y Bleuler. Mareé, con el conjunto de autores del siglo 19, considera la "demencia vesánica" como una verdadera demencia.

Jean-Pierre Falret es el ejemplo vivo de esos hombres que a fuerza de buscar la idea nueva, terminan, al final de su vida, por encontrarla. Desde la época lejana en que publicaba *Acerca de la hipocondría y el suicidio* (1822), alineándose con las posiciones de Georget, hasta la introducción del grueso volumen que reunió sus principales escritos (1) y en el que intenta trazar su biografía intelectual, Falret no deja de profetizar una reestructuración completa del campo de la psiquiatría. Primero quiere encontrarla en un anatomismo militante: "creemos firmemente que en todos los casos, sin excepción, se encontrará en el cerebro de los alienados o en sus membranas, lesiones apreciables" (*Acerca de las enfermedades mentales*, p. VI). Algunos años de investigaciones encarnizadas lo convencieron de que no lograría demostrar su tesis y que, de todas maneras, "esas lesiones, por importantes que pudieran ser, no bastaban para explicar científicamente" los fenómenos psicológicos de la locura (ibid). Entonces se lanzó sin reservas a los escritos de los psicólogos (se trata de la psicología de la escuela escocesa próxima a los espiritualistas) y en la búsqueda, en los alienados, de lesiones de las diferentes facultades mentales (memoria, juicio, abstracción, asociación de ideas...), aclarando la fisiología, como se debe y como lo enseñaba Pinel, la patología. Necesitó esta vez una quincena de años para recobrar, por su propia cuenta, las posiciones de Pinel: "... se libra de este modo a un trabajo artificial, que consiste en encontrar la lesión de una facultad, para ponerla en paralelo con cada uno de los actos de esa facultad en el estado normal. • En lugar de hacer una distribución útil de los síntomas tal como los presenta la enfermedad, ... se limita a un trabajo de abstracción. .. sin resultado práctico. Se señalan a menudo hechos insignificantes para llenar un lugar vacío en el propio cuadro sinóptico y se ignoran precisamente los hechos más importantes.. . Se arranca un hecho psíquico de todo su entorno para hacerlo figurar en una misma categoría, al lado de otros hechos que realmente están separados de él" (p. VIII-X). Falret llega pues a una crítica de las posiciones que vimos representadas por Scipion Pinel o los psiquistas alemanes (en quienes se inspiraba, por otra parte, en este período de su pensamiento). Desemboca entonces en el tercer período de su vida, período de madurez, que él mismo llama "clínico". Sin darse cuenta aparentemente de que está rehaciendo el camino de Pinel², profesa excelentes reglas metodológicas para la observación clínica : el médico especialista debe dedicarse al estudio de los estados psíquicos complejos tal como existen en la naturaleza" (p. X), y no escindirlos en función de las teorías psicológica

preconcebidas. Debe intentar abarcar el conjunto del estado patológico, no solamente los hechos más salientes, los más manifiestos y superficiales (grandes manifestaciones delirantes), también los menores aspectos de su estado mental y, particularmente, las disposiciones generales de sus inclinaciones y de sus sentimientos, el fondo afectivo de sus perturbaciones. El alienista debe observar tanto los hechos negativos como los positivos, las lagunas, omisiones, ausencia de manifestaciones, al mismo tiempo que los actos o las palabras pronunciadas" (p. XVI): no debe, en una palabra, "reducir su papel al de secretario de los enfermos". Los síntomas deben ser investigados tanto en el orden psíquico como moral⁴. Finalmente y sobre todo, debe observarse "la marcha de la enfermedad, las diversas fases que atraviesa, las oscilaciones y las alternativas que presenta"(ibid).

Antes de analizar las consecuencias que surgen de tales principios, debe insistirse sobre la madurez que alcanza aquí el pensamiento clínico y el progreso realizado en una cincuentena de años, desde los principios firmes pero rústicos de Pinel a las ideas de aquél que abre la era de la gran psiquiatría clásica.

Los principios enunciados por Falret se aplican primero a la teoría del delirio y de las manifestaciones delirantes. Aparece en este punto más próximo a Griesinger, a quien cita frecuentemente, que al espiritualismo ecléctico que inspira a los clínicos franceses de la época (Baillarger particularmente).

También él considera la enfermedad mental como una enfermedad cerebral cuya "modificación orgánica primitiva (nos es) desconocida en su esencia, pero perceptible en sus efectos". Esos efectos no son directamente los fenómenos ruidosos de la alienación mental, sino las modificaciones sutiles tal como las hemos visto descritas por Griesinger y que crean "la aptitud para delirar" (P. XIII).

Sobre ese fondo mórbido se instala la dialéctica propia del psiquismo como nivel autónomo de fenómeno, es decir el engendramiento propio de las ideas y de los sentimientos por las ideas y los sentimientos. De la misma manera, "el delirio ... se según las leyes que le son propias ... y que se deben a ese trabajo de la sobre ella misma" (ibid). Lo que da cuenta "de la variedad infinita de los delirios, la multiplicidad de sus formas, de sus matices tan numerosos y delicados" (ibid); a esto debe la crítica tan pertinente que dirige a los somatistas alemanes y a Moreau de Tours, eren asimilar pura y simplemente el delirio agudo de las enfermedades somáticas y intoxicaciones (cuyas manifestaciones estereotipadas se conoce) con el delirio de la locura. Esta concepción dialéctica, por otra parte, "permite creer en la del tratamiento moral" que se apoya en la parte que permaneció sana del psiquismo para ayudarla a luchar contra la invasión delirante: permite también la descripción de tres etapas del proceso abandonado a sí mismo: fase de incubación, donde aparece la frenalgia inicial de Guislain y la "aptitud para delirar" (el "humor delirante" de Jaspers); fase de sistematización, donde "la perturbación vaga y general de las facultades intelectuales y afectivas (se encuentra) formulada o encarnada en algunas series de ideas determinadas (p.XIX) a través de una elaboración "continua y perseverante"; período último en el cual el delirio, devenido estereotipado, inmodificable, es de allí en más incurable. Este estudio de la evolución de las ideas delirantes le parece abrir un método de descripción y de clasificación más interesante y útil" que el estudio bastante superficial

de los temas delirantes o de las facultades dañadas; ya se ha señalado su cercanía con las ideas y la nosología de Griesinger.

En una primera etapa de la operación de renovación que se propone hacer, Falret lógicamente atacará la noción de monomanía. Son menos los hechos lo que cree impugnar, es decir, la existencia de la "alienación parcial" (término retomado de Ferrus), que la doctrina que atribuye ese estado a la alteración de una facultad mental aislada: como vimos es el conjunto del psiquismo lo que le parece dañado en la locura, las manifestaciones ruidosas y superficiales de aspecto localizado reposan sobre un fondo de perturbación general del que los estados de excitación y de depresión le parecen suministrar un buen ejemplo (p. XIX). Morel, el primer discípulo importante de Falret, entablará el debate al rechazar la noción de monomanía en sus *Estudios clínicos* de 1852⁶; en esa obra describe, a imagen de Griesinger, alienaciones depresivas (lipemanías) o expansivas (manía), pudiéndose sistematizar ambas como alienación "parcial". Delasiauve⁷ y Baillarger⁸ intentan defender la teoría de la monomanía aportándole importantes enmiendas: vimos que Baillarger separaba lipemanía y monomanía, no dejando en esta última categoría más que los delirios crónicos puros; Delasiauve, por su parte, excluye de las monomanías las "pseudo-monomanías" o locuras parciales difusas en las cuales, de acuerdo a su teoría de la alienación parcial, las facultades superiores están intactas (entonces no hay alienación general), pero estando lesionadas las facultades inferiores de manera difusa, lo que explica un delirio múltiple y cambiante pero con integridad del juicio. Da así una nueva base a las monomanías razonantes de Esquirol, clase clínica bastante confusa que Jules Falret pronto desmembrará.

En 1854, Falret intervendrá en el debate publicando un informe más completo: *Acerca de la no existencia de la monomanía*⁹ que impresiona fuertemente, como el resto de su enseñanza, a la generación joven.

Pero en realidad es todo "el edificio de las doctrinas de Pinel y de Esquirol... (del que) se ve, cada día, caer algunas piedras" (p. XV) y que él espera trastocar. "En efecto, la manía, la melancolía, la monomanía y la demencia, que en la clasificación reinante se consideran como formas diferentes, no representan más que estados sintomáticos provisorios y no reúnen ninguna de las condiciones necesarias para constituir especies verdaderamente naturales" (p. XXIII-XXV). No se podría explicitar mejor todo lo que estaba implícito en la obra de Bayle. Falret también argumenta en función del hecho de que "esas pretendidas formas no tienen ningún curso especial y determinado" (ibid): ¿acaso no se complican sin cesar las unas con las otras? Las formas "naturales" de Pinel y de Esquirol toman así el rango de simples síndromes que "encierran" en su marco los hechos más dispares, que no se acercan entre sí más que por sus caracteres exteriores (ibid).

De aquí en más debe primar, no ya el aspecto más aparente, el más "central", sino el detalle de los signos, cuidadosamente recogidos (cf. más arriba), que permitirá vincular el cuadro clínico por su periferia, sus matices secundarios, con una verdadera especie mórbida. Examinando las grandes clases de la nosología de Esquirol¹⁰, Falret muestra su carácter global e inconexo, los estados diferentes que reagrupan: a propósito de la melancolía; aprueba el recorrido, sin embargo insuficiente en su opinión-de Baillarger (separación de la melancolía afectiva y de las monomanías tristes); se yergue contra la confusión en el marco de la demencia de todas las formas terminales: "cada

especie particular tiene su modo de terminación que le es propia, que se debe estudiar y (describir separadamente" (p. XL); también aísla el período terminal de "delirio estereotipado" de los delirios crónicos (cf. más arriba), la *Verrücktheit* de Griesinger. Falret recurre entonces a un trabajo fino de análisis que permitirá la descripción de verdaderas especies mórbidas con síntomas específicos "y un modo de desarrollo previsto por anticipado". Algunos especímenes de esas formas naturales le parecen ya constituir un logro (p. XLI): la parálisis general o más bien "la locura paralítica" de Parchappe ¹¹; las perturbaciones mentales de los epilépticos, que comenzaban a ser bien conocidas (por los trabajos de Delasiauve entre otros); el delirio agudo o crónico debido a la acción de las debidas alcohólicas, del cual Magnus Huss había hecho el estudio en 1852 ¹²; finalmente, dos tipos de "locuras intermitentes", que Falret describía ya en sus lecciones clínicas de 1850 pero de las que no osa hacer especies mórbidas más que en 1854, como veremos: la locura circular y la locura remitente de accesos cortos.

Nos detendremos un poco en la locura circular cuya historia merece justificadamente un comentario. En 1854 Baillarger presenta en la Academia de Medicina un informe ¹³ en el que se propone describir un nuevo género nosológico. Numerosos autores anteriores (y más particularmente Guislain y Griesinger) habían señalado la "complicación" posible de la manía con la melancolía o a la inversa. Pero Baillarger, aun admitiendo casos correspondientes a una concepción tal, afirma la existencia de una "locura de forma doble" en la que la sucesión de las dos formas no constituye más que un sólo acceso; "un género especial de alienación mental caracterizado por la existencia regular de los dos períodos" (p. 144). Una pseudo-intermitencia, a veces bastante larga, puede existir entre ambos períodos pero no se trata de un verdadero retorno al estado anterior: un examen mis preciso o la opinión de los familiares puede mostrarlo. Finalmente, el acceso puede constituir un episodio único, renovarse, incluso asumir una forma intermitente o continua: la marcha del acceso completo no constituye entonces un criterio de aislamiento. Y, efectivamente, la nueva especie se yuxtapone a la nosología de Esquirol, a la que viene de algún modo a completar (cf. la clasificación de Marcé).

Algunos días después de la lectura del informe de Baillarger, Falret reclama la prioridad y sostiene ante la Academia un informe titulado *Acerca de la locura circular* ¹⁴. Afirma haber descrito bajo ese nombre, en sus lecciones clínicas de 1850, la locura de doble forma de Baillarger y lo hace editar en ese momento como separata ¹⁵. Aprovecha esa edición para modificar el texto a fin de hacerlo más explícito ¹⁶. Estas peripecias, que arrojan una luz poco gloriosa sobre la honestidad intelectual de Falret, no tendrían gran interés si no se disimulase bajo la querrela de prioridad, una crucial diferencia de apreciación.

Falret cree describir una entidad mórbida que constituye "a más justo título que la manía y la melancolía una forma natural, pues ella no está basada en un sólo carácter principal, la cantidad de delirio, la tristeza o la agitación, sino en la reunión de tres estados particulares (manía, melancolía, intervalo lúcido) que se suceden en un orden determinado previsible, que no es susceptible de transformación" (p.462). Se trata, por otra parte, de una enfermedad que dura largos años, sino toda la vida, cuyo pronóstico es entonces desesperante, y que presenta características clínicas específicas (Baillarger las había señalado, por otra parte): "los dos estados, cuya sucesión continua constituye la locura circular, no son en general, ni la manía ni la melancolía propiamente dichas con su carácter habitual: es de alguna forma el fondo de esas dos especies sin su relieve" (p. 337). El estado de excitación se refiere sobre todo a los actos, sin verdadera incoherencia; la depresión es un abatimiento sin delirio marcado. La enfermedad, muy hereditaria, es más

frecuente en las mujeres. Por último, los accesos presentan en el mismo enfermo un gran parecido, "no solamente en sus síntomas principales, sino también en la mayoría de los detalles '.. hasta la reproducción de las mismas manifestaciones en la misma época de cada período" (p. 462).

Falret, que nuevamente aquí se remite al modelo de la locura paralítica, insiste también sobre los caracteres específicos de las locuras intermitentes de las que cree; describir al menos una forma bien individualizada, *la locura remitente de accesos cortos* invasión súbita, curso uniforme, declinación brusca caracterizan esta especie que recidiva de manera desesperante, de forma principalmente maniaca (p. 458 - 459).

Se ve entonces la importancia del foso que separa en realidad a Baillarger de Falret como antes Bayle y Georget, estos dos contemporáneos viven en dos épocas conceptuales diferentes. Uno perfecciona a Esquirol, el otro prepara a Magnan y Kraepelin; la posteridad retendrá que ambos conjuntamente comenzaron a aislar la psicosis maniaco-depresiva, agregando un anacronismo suplementario a este "asunto tenebroso". La enseñanza de Falret necesitará treinta años para dar sus frutos. Debe decirse que él abre una investigación para la cual no sería suficiente "la obra de un solo hombre" ni incluso de una generación. Exige, para ser conducida a un buen puerto, el trabajo de varias generaciones antes de que un hombre de genio pueda intentar reunir en un conjunto armonioso esos diversos elementos dispersos" (J. Falret, op. cit., p. 23).

Mientras tanto, un pequeño grupo comprendió la lección y comienza a aplicar sus principios. Estudiaremos primero a Laségue y a Jules Falret, cuya acción puede decirse se adecúa estrictamente a la enseñanza de J.-P. Falret, reservando a Morel y Kahlbaur, mucho más originales y personales, para capítulo separados.

Desde 1852, Laségue comienza la descripción de una nueva "especie natural", el delirio de persecución¹⁷. Invocando desde el principio "el más bello descubrimiento que haya enriquecido la ciencia de la alienación" (p. 31, se trata naturalmente de la parálisis general) y la enseñanza de Falret, quiere aislar una forma específica de alienación parcial, particularmente frecuente (un enfermo internado sobre seis, casi cuatro veces más mujeres que hombres) entre treinta y cinco y cincuenta años. La idea de persecución no le parece para nada específica y se encuentra en todos los tipos de locura; sin embargo, es en ésta en la que se vuelve predominante y es la sucesión de tres fases bien delimitadas lo que define la nueva entidad.

En una primera fase el enfermo, anteriormente normal (este "delirio ... no es la consecuencia de una forma de carácter", p. 32), experimenta "un malestar indefinible que no se parece en nada a la más viva inquietud de la que pueda quejarse la gente sana (p. 33). Es buscando la causa de esta impresión singular, de esta "cenestopatía inicial como dirán los autores modernos, como pasa al segundo período de sistematización delirante. Esta sistematización consiste en construir, apoyándose en pequeños detalles insignificantes¹

cantes, la explicación gracias a una intervención exterior. Durante todo ese tiempo, a veces largo, "el delirio no se acompaña de grandes perturbaciones del sentimiento (p. 34), en particular de abatimiento melancólico; el alienado conserva, por el contrario una cierta estabilidad de humor. No comprendiendo las razones de su infelicidad, acusa a seres misteriosos, colectivos (la policía, los físicos, los magnetizadores), con poderes ocultos. Desde el principio, "el órgano del oído suministra las sensaciones sobre las que

ejerce la inteligencia perversa" (p. 36); el enfermo interpreta los fragmentos de conversación, los ruidos que percibe, como un sordo desconfiado. "Hasta aquí, el desdichado perseguido se mantuvo en el límite de las sensaciones verdaderas" (p. 37); cierto número de enfermos permanece en esas interpretaciones e ilusiones delirantes pero muchos franquean un escalón más.

El tercer período está caracterizado por la alucinación auditiva-verbal: "la alucinación auditiva no es ni la consecuencia obligada ni el antecedente necesario del delirio de persecución, pero es la única compatible con él" (P. 38). La presencia de las alucinaciones visuales, tan frecuentes en el delirium tremens, basta para poner en duda el diagnóstico: en los delirios parciales, la alucinación auditiva excluye la alucinación de la vista".

Frecuentemente, se agregan a este cuadro "impresiones nerviosas": alientos interiores, colores secundarios, aumento de peso, dolores atroces y pasajeros y otros accidentes tan cambiantes de la histeria" (p. 39).

La descripción de Laségue, que parece haber pasado inicialmente un poco desapercibida (*Falret* no la cita en su introducción de 1864), progresivamente se impondrá. Como veremos, Morel la retoma y la completa en su gran *Tratado* de 1860, Falret hijo la utiliza a menudo, y en 1871, Legrand de Saulle le consagra una imponente monografía de más de 500 páginas¹⁸. En adelante, la entidad de Laségue deviene uno de los grandes ejes de estructuración de la psiquiatría clínica francesa: Magnan hará de él su "Delirio crónico de evolución sistemática", pilar de la nueva nosología que espera promover.

Laségue consagra, con iguales intenciones, numerosos trabajos a las perturbaciones mentales del alcoholismo (alcoholismo crónico, alcoholismo subagudo, dipsomanía). La más conocida es su célebre monografía de 1881 sobre el delirium tremens: "*El delirio diabólico no es un delirio, sino un sueño*"¹⁹ donde, un poco en contrapunto con su estado de la alucinación del perseguido, subraya el carácter visual, onírico, escénico del alcoholismo, su aspecto de sueño vivido en el que "el paso del delirio dormido al despierto se opera sin transiciones" (p. 90). Consagra igualmente muchos trabajos a los síntomas histéricos, esta dirección le parece el antecedente necesario de una descripción de conjunto. Charcot y su escuela, en la misma época, se dedicaban más éxito a la misma tarea, y finalmente quedará poco de las ideas de Laségue, su importante descripción de la anorexia mental: "*Acerca de la anorexia*"²⁰ 1837 punto de partida de todos los trabajos sobre ese problema. Citemos sus trabajos médico-legales (los exhibicionistas, el robo de vitrinas) y la nosografía que escribe en 1877 con Falret hijo sobre "la locura de a dos"²¹, grandando un término que pasó tal cual a las obras de psiquiatría inglesas y alemanas.

Jules Falret permaneció toda su vida como el fiel propagador de las ideas de su padre Consagra su tesis (1853) y otros trabajos²² a la parálisis general, sosteniendo la teoría monista de Bayle y de Parchappe. Su discurso de 1860 sobre la clasificación de las

enfermedades mentales²³ es la exposición más completa de las ideas de J.-P. Falret, y ya la hemos citado. Publica también importantes informes sobre la locura circular²⁴ y las

perturbaciones mentales de la epilepsia²⁵.

En su esfuerzo por ayudar a la definición de las nuevas especies naturales, participa en la discusión de 1866²⁶ en la Sociedad Médico-Psicológica sobre la locura razonante

sin delirio de Pinel, monomanías afectiva e instintiva de Esquirol).

Conforme al

de las críticas dirigidas a la nosología de Esquirol por su padre, la considera no

"como una forma distinta de enfermedad mental. .. (sino como) una reunión artificial de hechos inconexos, pertenecientes a categorías diferentes. .. confundidos hoy bajo ese mismo nombre" (p. 489). Intenta por lo tanto describir "las categorías naturales" recubiertas por ese "grupo informe" (p. 490):

1 - La exaltación maniaca (nuestra hipomanía) ya sea pura o constituyente de una de las fases de la manía circular.

2 - El período prodrómico de la parálisis general, que recibirá más tarde el nombre de "fase médico-legal" a causa de las perturbaciones de comportamiento que acarrea esta hipomanía sintomática.

3 - La locura histérica, término bajo el cual reagrupa las perturbaciones del carácter de los histéricos (y no las "psicosis histéricas" de los autores que siguieron la descripción de Morel): versatilidad emotiva, ciclotimia, espíritu de contradicción sistemático, tendencia a la mitomanía y a la mentira, impulsividad, gusto por la ensoñación novelesca, propensiones eróticas o a los celos, tiranía familiar, excentricidades.

4 - Ciertos delirios de persecución disimulados por la reticencia de los enfermos y en los que las perturbaciones de carácter y de comportamiento consecutivos aparecen puros a primera vista.

5 - Ciertas "locuras hereditarias" de Morel.

6 - Los accesos cortos de locura epiléptica que se manifiestan por impulsos violentos con conservación aparente de la razón.

Por último, Jules Falret agrega a esas categorías ya conocidas dos entidades originales, que encuentran por primera vez una descripción detallada:

7 - La "hipocondría moral": en la que, sobre un fondo de pesimismo y de postración, se desarrolla un estado en el cual el mundo exterior parece descolorido, cambiado, sin atracción, el sujeto se siente transformado, insensible e indiferente a todo, incapaz de actuar o de querer, sin iniciativa, sin gusto, sin energía. La inteligencia está poco perturbada, el sujeto tiene consciencia de su estado permanente de ansiedad; estos enfermos están sujetos a crisis de terror y a obsesiones impulsivas próximas al vértigo (atracción y horror al suicidio, del asesinato, de actos incongruentes u obscenos). Finalmente, un cortejo de perturbaciones neuropáticas (cenestopatías, equivalentes ansiosos) completa este cuadro.

8 - La "alienación parcial con predominancia del miedo al contacto con objetos exteriores (locuras de duda y locura del tacto)", próxima de la precedente, pero de todos modos distinta, y en la que se reconoce, por primera vez, una descripción clara y completa de la neurosis obsesiva.

Subrayemos de paso que los dos estados que Jules Falret distingue cuidadosamente serán confundidos después por la mayor parte de los autores, que tratarán de incluir cada uno de los dos cuadros en el otro, en nombre de sus numerosas formas mixtas. La predominancia del primero da la psicastenia de Pierre Janet (cf. la bella descripción de los sentimientos de incompletud); la del segundo, la neurosis obsesiva de Freud y los psicoanalistas. En general, los psiquiatras franceses de fin de siglo seguirán, con Magnan,³ Morel y englobarán estos estados en las locuras hereditarias.

Después será al delirio de persecución de Laségue al que Jules Falret aplicará el método analítico heredado de su padre. Morel ya había completado su descripción agregándole la

fase tardía de delirio de grandezas. La primera fase y la segunda fase de Laségue se fusionan, en general, en una sola fase de incubación y de interpretación delirante, lo que mantiene tres períodos (a los cuales Magnan agregará un cuarto período de demencia vesánica). Pero Falret tiene tendencia a dividir el segundo período en dos: primer término, un segundo período de sistematización delirante caracterizado por la elaboración del delirio y por las alucinaciones auditivas; luego un tercero en el que se manifiesta el desdoblamiento de la personalidad por la multiplicación de las voces (diálogo permanente, eco del pensamiento) y en la que aparecen los neologismos. Agregará después el criterio de la entrada en escena de las alucinaciones cenestésicas, olfativas y gustativas (delirio de persecución físico de Kraepelin).

Como veremos, Magnan considera infundada esta distinción: en particular, el síndrome alucinatorio le parece alcanzar a menudo de entrada todos los sentidos; en cuanto al resto, se trataría más bien de fenómenos que preludian la instalación del delirio de grandezas.

Pero es sobre un punto mucho más esencial donde se sitúa el aporte principal de Jules Falret: Laségue había, en su enseñanza oral y sus prácticas, señalado que una parte de los perseguidos, luego de haber sufrido pasivamente las persecuciones, pasaba a la defensa activa y atacando directamente a sus enemigos supuestos, se volvían a su vez perseguidos. Desde 1878²⁷, J. Falret señala que se trata en este caso de dos tipos diferentes de enfermos. Su alumno Pottier presentará en 1886, en su tesis²⁸, el resultado de los trabajos de su maestro:

"1 — Los alienados que sufren delirio de persecución devienen a menudo perseguidores cuando han personificado su delirio... 2 - conviene admitir dos variedades distintas de alienados perseguidores: unos, alucinados que siguen la evolución mórbida del delirio de persecución esencial (tipo Laségue), otros que se vinculan con las locuras rasonantes, no alucinados y que presentan la mayor parte de los caracteres de los alienados hereditarios" (op. cit., p. 72).

La descripción clínica de esta nueva variedad clínica, los perseguidos-perseguidores de Magnan, de la que Sérieux y Capgras harán, veinte años más tarde, su "delirio de reivindicación", es la parte original del trabajo de Pottier (p. 28 a 55): la personalidad anterior de esos enfermos, netamente patológica, es muy diferente de la de los futuros perseguidos de Laségue, desconfiados y recelosos pero "normales". Siempre presentaron los estigmas²⁹ del desequilibrio psíquico, existencia cambiante e irregular, perversiones sexuales, tendencia a la mentira y al engaño. Por otra parte, son inteligentes, activos, poco excitados, "razonadores" (manía razonante) e incluso prosélitos (delirio muy "contagioso"), orgullosos sin verdadera megalomanía delirante.

Su delirio es difícil de apreciar porque es verosímil y basado en hechos reales (no hay alucinación, fabulación delirante ni interpretación simbólica). "El médico, para pronunciarse, no puede contentarse con el examen directo del enfermo; está obligado a consultar su legajo, es decir, a hacer una investigación retrospectiva que deberá establecer la exactitud o la falsedad de los hechos afirmados por el enfermo" (p. 32).

Sobre todo son los actos los que los caracterizan. Su estado mental próximo de la hipomanía los impulsa a "actuar" su delirio: procesos, amenazas, escándalos, actos violentos y vías de hecho, graforrea, (cartas, panfletos, apelaciones al público). Inagotables, de una tenacidad a toda prueba, persiguen sin tregua a su víctima; internados, saben disimular su delirio y obtener de las autoridades su salida para recomenzar sus actuaciones.

La evolución es también característica: el delirio deviene más complejo, pero no

cambia nunca de carácter ni deviene jamás hermético, paralógico e incoherente como el de los verdaderos perseguidos (evolución hacia la demencia vesánica, cuarta fase de Magnan). Tampoco presenta transformaciones de la personalidad ni megalomanía.

Pottier enumera las grandes variedades temáticas del futuro "delirio de reivindicación": querulantes-procesantes, perseguidores hipocondríacos, perseguidores enamorados (erotomanía de Clérambault), celosos, son frecuentes las formas mixtas y complejas.

La enseñanza de Jules Falret tendrá mucha importancia para la psiquiatría francesa. que recibe de ella una tendencia analítico-clínica, que hará su originalidad en la "edad de oro" de los años 1880-1920. Toda una escuela surge de él, ilustrada por Séglas, Chaslin, Ballet, Cotard, Arnaud y muchos otros. Cierta tensión continuará separando este grupo de la tendencia más sintética surgida de Morel (Magnan y su escuela: Garnier, Legrain, Sérieux y Capgras, Clérambault). ¿J. Falret mismo no adoptaba, en relación a su amigo Morel, ese "escepticismo benévolo" que mostraba ya su padre? Es que con el pensamiento de J.-P. Falret, una distancia fundamental se introduce entre clínica y nosología, estrechamente asociadas en las concepciones surgidas de Pinel; se trataba entonces de las especies constitutivas de un mismo género, su recorte se operaba por el juego de diferencias y semejanzas (es el método taxonómico, que estructura los saberes de la edad clásica: cf. Foulcault, *Las palabras y las cosas*). Ahora bien, las "formas naturales" tienen una existencia independiente de sus homólogas: la clasificación es un cuadro recapitulativo provisorio, el balance de un momento de la investigación, tal como el que presentaba Falret o la "clasificación nomenclatura" de Kraepelin. En Morel, lo veremos, sobrevive pues un impulso clasificatorio, ya un poco retrógrado con respecto a las exigencias de Falret, para quien sólo el descubrimiento de las formas nuevas debe orientar la investigación.

1. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, 1864.
2. El indica, en la introducción del *Traite*, p. XLV y siguientes, primera edición, un itinerario muy parecido. Cf. Lantén-Laura, *Savoir et pouvoir dans l'oeuvre de Pinel*.
3. Falret consagra la primera de sus famosas *Leçons cliniques* de 1850, op. cit., p. 105 a 135. a la observación de los alienados.
4. Falret insiste en particular, junto a las lesiones de los sentimientos y de las inclinaciones, sobre la perturbaciones del movimiento (tics, contracturas, espasmos de los músculos de los miembros de las visceras) y de las funciones orgánicas. >

5. Ibid. Se trata de la concepción surgida de Georget (diversiones, disciplina e higiene).
- 6.. Morel, *Etudes cliniques, Traite théorique et pratique des maladies mentales*.
7. Diversas memorias en los AMP a partir de 1853. Cf. especialmente "Des pseudomonomanies ou folies partielles diffuses", *AMP*, 1859, p. 219.
8. "Essai de classification", op. cit.
9. *Des maladies mentales*, p. 425 a 448.
10. Se encuentra una versión ampliada de la misma discusión en el discurso de Jules Falret a la Société Médico-Psychologique: "Principes á suivre dans la classification des maladies mentales", 1860, *Etudes Cliniques*, p. 1 a 31.
11. Falret no le atribuye directamente la paternidad a Bayle, quizás por patriotismo de escuela: Parchappe, al menos, es del clan.
12. "De l'alcoolismo chronique", 1952; reseña y resumen de Renaudin, *APM*, 1953, p. 60.
13. "De la folie a double forme", *Recherches*, I, 1854, p. 143 a 157.
14. *In Maladies mentales*, p. 456 a 475.
15. Hasta entonces sólo habían aparecido en un diario bastante oscuro, la *Gazette médicale*. Se encuentra nuevamente en el volumen *Des maladies mentales*, p. 105 a 350.
16. Para todo esto, cf. la parte histórica de Baillarger, *Recherches*, I, p. 667 a 686.
17. "Du delire de persécutions", *Ecrits psychiatriques*, p. 28 a 47.
18. *Le delire des persécutions*, 1871.
19. *Ecrits psychiatriques*, p. 84 a 105.
20. *Ecrits psychiatriques*, p. 135 a 150.
21. *Ecrits*, p. 49 a 84.
22. *Etudes cliniques*, p. 56 a 275.
23. Ibid., p. la 31.
24. Ibid, p. 584 a 620 (1878).
25. Ibid., p. 338 a 409
- (1860). 26. Ibid, p. 475 a 554.
27. Cf. su corta nota en los *Anuales Médico-Psychologiques*, 1878, p. 396 a 400.
28. *Etude sur les alienes persécuteurs*.
29. Presenta igualmente, siguiendo a Pottier y Falret, los famosos estigmas físicos de degeneración de Morel y Magnan, cf. cap. VII.

Capítulo 7

MOREL

Apenas algunos años separan la iniciación por parte de Falret de una nueva dirección clínica y nosológica de la tentativa de respuesta global que intenta Morel en 1860¹. Sin duda, el paso del análisis a la síntesis parece un poco prematuro (ese es, por otra parte, el sentido de la crítica, sin embargo elogiosa, de los dos Falret) y el grueso volumen del tratado, a menudo de composición demasiado rápida, parece oscuro y confuso en bastantes pasajes. Pero de todos modos se realiza un paso decisivo.

"Me parece que una clasificación esencialmente basada en el elemento etiológico era el mejor medio para salir de la vía demasiado exclusiva que se había seguido hasta ahora, al caracterizar a los alienados según las perturbaciones o las lesiones de las facultades intelectuales o afectivas" (p. 2); "el *Tratado de las Enfermedades Mentales* es la confirmación del principio de que en cada forma de alienación se encuentra, en los individuos afectados por el mismo mal, una manifestación similar de los mismos fenómenos patológicos y que la naturaleza de la causa indica la naturaleza del tratamiento" (p. 6). "Por eso es indispensable que la causa que produce la locura adquiera los elementos de su actividad en un orden de hechos que se engendran y se determinan de manera tal que generarán efectos determinados, fijos, invariables, que producirán con absoluta necesidad, no solamente la locura con todas sus consecuencias, sino también tal variedad de locura y no tal otra" (p. 252). Es entonces en la unidad de la evolución y de la causa del cuadro clínico donde Morel espera encontrar la solución del problema de las "entidades naturales" que Falret había planteado.

||j

Señalemos primero que se trata, debido precisamente a su filiación falretiana, de una tesis muy diferente de aquellas, ya numerosas en la época y que se multiplicarán, que proponen una clasificación etiológica de las enfermedades mentales, aun manteniendo una nosología clínica conforme con la de Esquirol. En su lección inaugural de 1865'-Griesinger propone, por una parte, una clasificación "fisiopatológica" que prepara a Wernicke (la forma clínica está relacionada con su supuesto punto de partida en una perturbación de las esferas sensoriales y motrices del sistema nervioso central) —a la cual le yuxtapone una clasificación "etiopatogénica" en la que se amontonan diversas rúbricas causales (desde la anemia hasta la tuberculosis, pasando por el alcoholismo y el

paludismo)- que se superpone con su clasificación de 1845 (cf. cap. 4), a la que juzga ya como puramente sindromática. Igualmente, Winge en 1860, Hack Tuke en 1870, Maudsley en su tratado³ y especialmente Skae en 1873⁴, proponen listas interminables de causas (treinta y cuatro para Skae) a título de clasificación etiológica, pero conservando de hecho, en el plano clínico, una nosología esquioliana: ¡las locuras amenorreicas, post-connubial, ovárica, tísica, gotosa, oxalúrica y fosfatúrica de Skae se prestan difícilmente a la descripción de un cuadro clínico específico! Se trata, a guisa de nosología, de una simple enumeración etiológica, finalmente bastante fantaseosa y no siempre homogénea.

Es totalmente diferente lo que pretende Morel. Establece una distinción fundamental entre las innumerables causas "ocasionales", entre las cuales, aun admitiendo las causas físicas variadas caras a los somatistas, otorga un lugar importante, conforme a la tradición francesa, a las causas morales y a las causas *determinantes*, aquellas "que dan a la locura «forma particular, que no permiten confundir una variedad de alienación con otra y a los alienados pertenecientes a tal clase con los de tal otra clase" (p. 251). Esas causas determinantes, específicas, son poco numerosas; se dividen en dos grupos, el primero de los cuales nos es bien conocido: la locura constituye en él un hecho primario (que puede estar) enteramente ligado a la acción de la causa. Ellos son: 1- Las locuras por intoxicación, cuyo prototipo es el alcoholismo. 2- Las locuras consecutivas a las grandes neurosis (histeria, hipocondría, epilepsia). 3- Las locuras simpáticas determinadas por fenómenos patológicos "cuya sede no está primitivamente en el cerebro" sino en otro órgano.

■ Las locuras idiopáticas en las que el cerebro está primitivamente lesionado en su *¿sustancia?* y cuyo modelo sigue siendo la parálisis general.

Se ve que se trata aquí de todo el grupo de las enfermedades mentales "sintomáticas" que Baillarger, continuando la tradición de Georget, separaba cuidadosamente de las manías puras o esenciales. La originalidad de Morel es justamente asignar a estas últimas una causa determinante, que constituye nuestra segunda rúbrica y que nos exigirá una exposición detallada. Se trata de la degeneración hereditaria, la causa más importante, más generalizada de las enfermedades mentales.

Las concepciones psiquiátricas de Morel se inscriben, en efecto, en el interior de una *¿¿¿* concepción antropológico-psiquiátrica expuesta en su *Tratado de las Degeneraciones en 1857*⁵ del cual el *Tratado de las Enfermedades Mentales* no constituye, en realidad, *¿¿¿* que su parte aplicada. Muy influido por las tesis metafísicas de su amigo Buchez, Morel "ubica de entrada su concepción bajo la autoridad del Génesis" bíblico⁶: "el hombre ha sido creado siguiendo un tipo primitivo perfecto" (Genil-Perrin, p. 52). Toda desviación de ese tipo es una degradación, una degeneración; la posibilidad de esa degradación es favorecida por la acción sobre el hombre de circunstancias exteriores nocivas y como última determinación, por el pecado original que lo sometió a las vicisitudes de sus relaciones con el mundo. "La idea más clara que podemos hacernos de degeneración de la especie humana consiste en representárnosla como una desviación enfermiza de un tipo primitivo" (*Tratado de las Degeneraciones* p. 5). Lo que hace la *¿¿¿* del tipo primitivo, y por lo tanto de la naturaleza humana, es la dominación de lo primitivo moral sobre lo físico, es decir, la libre aceptación por el sujeto de la "ley moral", de la "convicción del deber" al cual se somete "sin protesta", realizando su "destino social" en

tanto que "fuerza libre e inteligente" (*Tratado de las Degeneraciones*, p. 446). El cuerpo, en efecto, no es más que "el instrumento de la inteligencia" (*Tratado de las Enfermedades Mentales*, p. 7). La enfermedad mental tiene como efecto invertir esta jerarquía y, reduciendo al hombre al rango de la bestia, encadena la mente a las aberraciones de su instrumento enfermo: "una enfermedad mental no es más que la expresión sintomática de las relaciones anormales que se establecen entre la inteligencia y su instrumento enfermo, el cuerpo" (ibid). Esta tesis, cuyo ropaje religioso la ridiculiza un poco cuando la examinamos un siglo después⁷, puede recuperarse, en su versión laica, en todos los autores que retomarán la teoría de la degeneración según Morel; por otra parte, ¿no constituye el fondo de toda teoría organicista de las enfermedades mentales, y por ende de concepciones sobre las cuales la unanimidad se había logrado desde hacía mucho tiempo, en lo que concierne a las perturbaciones mentales que Baillarger llamaba "sintomáticas"?

Pero lo esencial de la doctrina de la degeneración reside en su carácter de transmisibilidad hereditaria: "esta desviación, por simple que se la suponga en su origen, encierra, sin embargo, elementos de transmisibilidad de una naturaleza tal que aquel que lleva su germen se vuelve cada vez más incapaz de cumplir su función en la humanidad, y que el progreso intelectual, ya frenado en su persona, se encuentra también amenazado en la de sus descendientes" (*Tratado de las Degeneraciones*, p. 5). Ciertamente se puede comentar la evidente intención política y social que contienen todas estas proposiciones. Señalemos más bien el carácter hereditario de la degeneración y especialmente su carácter de herencia progresiva: a medida que el germen patológico se transmite, sus efectos se agravan y los descendientes descienden los grados de la decadencia física y moral hasta "la esterilidad... , la imbecilidad, la idiotez y finalmente la degeneración cretínosa" (*Tratado de las Enfermedades Mentales*, p. 515); al final del recorrido, el linaje afectado se extingue por sí mismo, por una suerte de eliminación natural.

Más allá de la posición personal de Morel que, como ya dijéramos, casi no tendrá éxito, puede comprenderse fácilmente lo que hacía necesario este concepto de degeneración y lo que asegurará su extraordinario éxito durante varias décadas. Vimos que, desde Pinel y Esquirol, la noción de herencia ocupaba un lugar central en la jerarquía de las causas de la locura; esta posición no hace sino acrecentarse a lo largo del siglo y se vuelve cada vez más el contrapunto de la predominancia acordada a las causas morales. La partición de las perturbaciones mentales en función de su patogenia, cuya forma canónica vimos surgir en Baillarger, hacía aparecer cada vez más al grupo de las "vesanías puras" o funcionales como dependientes de una predisposición. Su razón no reside únicamente, lejos de eso, en una aspiración a un sistema explicativo globalizante. Desde hacía mucho tiempo, los alienistas señalaban la frecuencia de las perturbaciones afectivas, del carácter y del comportamiento, de las manifestaciones de desequilibrio "nervioso" de los alienados antes del inicio de las perturbaciones mentales propiamente dichas y después de su eventual curación; habían notado la frecuente distribución familiar de ese género de patología, así como la notable concentración de enfermedades mentales en ciertas familias particulares y a veces incluso la sorprendente semejanza de las perturbaciones encontradas en generaciones sucesivas (cf. por ejemplo los casos en que una familia entera era devastada por la propensión al suicidio, a lo largo de varias generaciones). Una sola explicación se presentaba a todo esto: desde su nacimiento, esos sujetos, que desde su infancia habían sido conocidos como bizarros, anormales, difíciles, eran portadores de una tara que podía suponerse era a menudo transmitida hereditariamente, quizá adquirida *in útero* o en los primeros años de la infancia⁸. Debemos por lo tanto retener la sonrisa con-

descendiente que estas primeras elaboraciones tienden a suscitar: vemos emerger aquí, por primera vez claramente, el material mismo sobre el cual se edificará la psicología dinámica y cuya dilucidación será a la vez su éxito y su dificultad. Que esas nociones emerjan en un conceptual anticuado, históricamente y hasta políticamente fechado, que Freud y la escuela psicoanalítica hayan debido criticarlos y desarmarlos pieza por pieza, no les impide ser una etapa del mismo camino. A quienes nos reprochasen caer en la ilusión del precursor, les contestaremos que en la historia de las ideas y de los conocimientos, ningún recorrido es "radicalmente nuevo", que todos se arraigan profundamente en el tejido mismo en el que operan a veces un "corte" y que confundir la oposición dialéctica entre una mutación conceptual y sus antecedentes inmediatos, con el surgimiento *ex-nihilo* de la verdad arrancada al mundo del error, es testimoniar una singular ingenuidad y una acentuada preferencia por los mitos heroicos. La sistematización, con Morel, del tema de la degeneración, acarrea, por otra parte, una "desestabilización" de toda la conceptualización de la alienación mental. Cierta-mente, casos de locura "innata", congénita, son citados desde Pinel y Esquirol; pero quedan marginados y no conmueven los grandes criterios que permiten la delimitación de la razón y de la locura⁹:

- la pérdida del libre arbitrio es más un tema ideológico que un criterio concreto; - la no consciencia del estado de enfermedad, además de implicar una referencia obligada al juicio del observador (quien tiene consciencia de ella), sólo incluye una parte de las perturbaciones mentales y deja de lado por ejemplo los casos que Esquirol llamaba ???manías instintivas.

Queda el gran criterio que proponía J.-P. Falret en su artículo de 1838 "Acerca de la Alienación mental" ¹⁰: la comparación del individuo enfermo consigo mismo en las diversas etapas de su existencia, es decir, la noción de una ruptura existencial profunda entre el episodio patológico y el estado mental habitual del sujeto, justifican la idea de una curación restitutiva. Puede decirse que hasta Morel, ese criterio era generalmente adoptado, salvo, ya lo dijimos, en algunos casos excepcionales. Ahora bien, si sigue siendo válido para el primer grupo de su nosología (las locuras sintomáticas de Baillarger) en las que un "proceso" en el sentido de Jaspers interviene, ya no lo es para las locuras hereditarias, en las que no solamente no existe solución de continuidad entre el estado mental de un sujeto que está siempre en las "fronteras de la locura" (título de un libro de ????) y el episodio patológico, sino que, por el contrario, la filiación entre ambos constituye su carácter distintivo¹¹.

Como contragolpe, la apreciación del observador deviene el hecho esencial, con el riesgo de normativización conformista que siempre implicará: "Comparémoslo (al enfermo) por medio del pensamiento con la conducta, las ideas, los sentimientos o los actos habituales de los hombres en general, en las condiciones en que él mismo ha vivido, juzquémoslo con el criterio del sentido común general, de las ideas reinantes en su tiempo, de las costumbres o de las convenciones sociales de su época. Veamos si su conducta se adecúa al sentido común o al buen sentido general, y si no atacó frontalmente y demasiado violentamente todas las ideas aceptadas, todas las convenciones generales, en una palabra, el fondo común que constituye la razón general de la humanidad; pues es en esta apreciación de la razón común, con sus numerosas variaciones y oscilaciones individuales posibles, donde reside el punto de comparación fundamental que permite diferenciar en último análisis la locura de la razón". Así comienza la era de las incertidumbres y de las impugnaciones, y los primeros textos anti-psiquiátricos, las primeras campañas de prensa contra las "bastillas modernas", girarán alrededor de esos

casos de monomanías rasonantes que constituyen la espina dorsal de las locuras hereditarias de Morel ¹³.

Es necesario señalar además que, aquí también, Morel trabaja como un buen discípulo de J.-P. Falret; ¿acaso éste no aconsejaba, en la investigación del fondo patológico del que nacían los síntomas, accidentes de un estado basal, "remontarse en el pasado de los alienados, seguir su afección en su desarrollo, desde su origen más remoto hasta el período en el cual se lo observa" (*Acerca de las enfermedades mentales*, p. XVI)? En la insistencia que ponía Falret en recomendar la observación diacrónica de los alienados, Morel representa la tendencia a estudiar especialmente el pasado, mientras que Kahlbaum, veremos, se interesará más en el futuro, en los estados terminales; volveremos a encontrar esta oposición treinta años más tarde entre Magnan y Kraepelin.

Nos falta indicar las causas asignadas por Morel a las degeneraciones ¹⁴:

- 1 - Intoxicaciones: paludismo, alcohol, opio, constitución geológica del suelo (para el cretinismo por ejemplo), hambrunas, epidemias, intoxicaciones alimenticias.
- 2 - Medio social: industrias, profesiones insalubres, miseria.
- 3 - Afección mórbida anterior o temperamento enfermizo.
- 4 - Mal moral (la inmoralidad de las costumbres es efectivamente en sí misma una causa de descendencia degenerativa).
- 5 - Invalidez congénita o adquirida en la infancia.
- 6 - Influencias hereditarias.

Se ve que se dividen entre las etiologías adquiridas de la locura: intoxicaciones (rúbricas 1 y 2), afecciones idiopáticas o simpáticas (rúbricas 3 y 5) y la herencia (rúbricas 4 y 6). La idea de Morel es efectivamente que todas las locuras están emparentadas, algunas constituyen un hecho primitivo (causas adquiridas), otras, la consecuencia de ese hecho para la descendencia del individuo afectado. El predispuesto es particularmente sensible a las afecciones "primitivas": atribuye, por ejemplo, en la etiología de la parálisis general, un papel importante a la tendencia "congestiva" tan frecuente en los hereditarios; los neuróticos, por otra parte, suponen una predisposición a los desequilibrios del sistema nervioso y son primos de las locuras hereditarias. Nada más explícito en ese sentido que el célebre esquema que da Morel de una degeneración progresiva, a lo largo de cuatro generaciones: "En una primera generación no se observará, supongo, más que el predominio del temperamento nervioso, la tendencia a las congestiones cerebrales, con sus consecuencias naturales: irritabilidad, violencia, arrebatos del carácter. En una segunda generación, podrá constatarse un recrudecimiento de esas disposiciones enfermizas del sistema nervioso. Se señalarán hemorragias cerebrales, afecciones idiopáticas del cerebro o al menos algunas de esas neurosis capitales que se vinculan, bastante más frecuentemente de lo que se cree, con las disposiciones anteriores de los ascendientes: epilepsia, histeria, hipocondría. Continuemos esta progresión, ya que suponemos que nada se intenta para detener el encadenamiento sucesivo e irresistible de los fenómenos. En la generación siguiente, las disposiciones a la locura son por así decirlo innatas; las tendencias serán instintivas y de naturaleza maligna. Ellas se resumirán en actos excéntricos, desordenados, peligrosos. Esos seres desdichados tendrán ese carácter especial que nos permitirá determinarles el lugar que les pertenece en la jerarquía de las inteligencias caídas, debido a predisposiciones hereditarias de naturaleza maligna.

"Finalmente, siendo la progresión siempre creciente, nos será posible seguir la sucesión y el encadenamiento de los hechos de transmisión hereditaria hasta sus últimas ramificaciones patológicas, tanto desde el punto de vista de las degeneraciones de orden intelectual y moral como de las degeneraciones de orden fisiológico: sordomudez.

debilidad congénita de las facultades, demencia precoz; o existencia limitada de la vida intelectual, esterilidad o al menos viabilidad disminuida de los hijos, imbecilidad, idiotez y finalmente degeneración cretinosa" (*Tratado de las Enfermedades Mentales*, p. 515). Naturalmente, no se trata más que de un esquema y la evolución está lejos de presentar siempre esta regularidad: hay latencias posibles en una generación; una buena alianza matrimonial puede permitir "remontar la corriente" (es la base de la orientación profiláctica); finalmente el estado del niño depende también del momento de su concepción, lo que explica las diferencias entre los hijos de una misma pareja. Señalemos para concluir que se trata siempre para Morel de una misma "familia mitológica", las enfermedades del sistema nervioso. Otros autores extienden el círculo a todas las enfermedades "constitucionales", (tuberculosis, gota, reumatismo, escrófulas, etc.), lo que Morel rechaza: sería bastante difícil entonces encontrar una familia que se salve.

Debemos ahora pasar al contenido específicamente clínico del *Tratado de las Enfermedades Mentales*. Su patología general se adecúa totalmente a las ideas de Falret. El volumen se abre, como se debe, con un rechazo de la nosología de Esquirol. "Se me preguntará, quizá, qué devienen, en mi clasificación, la manía, la melancolía, la lipemania diversas monomanías . . . Esos fenómenos no son entidades mórbidas específicas, sui generis; no se las debe considerar más que como síntomas de una enfermedad principal, de una afección especial del sistema nervioso" (p. 7 y 8); y son descriptos en el apartado sintomatología".

En la patología especial encontramos la descripción de las entidades mórbidas de la nosología de Morel: - locuras hereditarias, - locuras por intoxicación, "locuras histérica, epiléptica, hipocondríaca, - locuras simpáticas, - locuras idiopáticas, - demencia.

Desde la perspectiva de Falret, la sexta y última categoría, que agrupa todos los "estados terminales" en función de sus caracteres comunes, es un poco herética: por eso Morel no le consagra más que dos páginas. Jules Falret se lo reprochará sin embargo: admitir la demencia como especie específica, cuando se tiene por objetivo establecer ??? as basadas en el curso de las enfermedades . . . nos parece que es una contradicción en el principio que se ha adoptado" (*Estudios clínicos*, p. 24). - Las locuras hereditarias se caracterizan por cierto número de caracteres propios¹⁵: - la facilidad con la que el delirio explota súbitamente, casi instantáneamente bajo la influencia de la menor causa determinante ("delirios iniciales" de Magnan); - la facilidad con la cual retrocede: "la cesación súbita de los fenómenos delirantes está en relación con su instantaneidad" (p. 20), a ello se debe la tendencia a las formas remitentes, intermitentes (Morel no admite la autonomía de la locura circular de Falret); la tendencia, en otros casos, a la fijeza de las ideas delirantes sobre un mismo punto, con perpetuación del "*statu quo* de una situación enfermiza inmodificable" (ibid). la presencia, especialmente en las variedades en las que la degeneración es profunda, de

los famosos "estigmas físicos" (deformidades del cráneo y de la cara, achicamiento de la talla, invalideces diversas, particularmente a nivel de los órganos genitales).

Ellas se dividen en cuatro grandes clases, etapas de descenso progresivo en la escala "del mal físico y del mal moral".

La primera clase se caracteriza por la exageración del "temperamento nervioso", vieja noción clínica que Cerise (bajo el nombre de "neuropatía proteiforme") y Sandras (que la llama "estado nervioso") habían vuelto a utilizar ¹⁶. Irritabilidad, impresionabilidad, tendencias ansiosas, alternancia de períodos de exaltación y de depresión, propensión a los estados pasionales, caracterizan a esos grandes emotivos. Más allá de su facilidad para delirar, están sujetos a todas clases de "ideas fijas" obsesionantes y de excentricidades (caprichos, coleccionismo, fobias más o menos bizarras). De este grupo Morel separará, en 1886, el "Delirio emotivo, neurosis del sistema nervioso ganglionar" ¹⁷, en el que reagrupa fobias y obsesiones ansiosas en una nueva neurosis, entidad autónoma caracterizada por un fondo de desequilibrio emotivo y de ansiedad, base de las manifestaciones "delirantes".

La segunda clase reagrupa individualidades mórbidas en las cuales el desequilibrio es netamente perceptible: sus acciones tienen un sello de excentricidad, de incoherencia, de irregularidad y a menudo incluso de profunda inmoralidad. Sus cualidades intelectuales son a veces brillantes, pero esos "genios parciales" no llegan ordinariamente a "fecundar sus invenciones" (p. 259). "A esta clase son relegados una cantidad de individuos con proyectos quiméricos, reformadores de la especie humana, utopistas de todo género, inventores" (ibid) y su delirio sistemático orgulloso coincide con una lucidez aparente (alienados razonantes de los autores). En sus paroxismos delirantes pueden cometer actos peligrosos, revelando sus tendencias "instintivamente malignas". El temperamento emotivo está muy acentuado en ellos y tienen tendencia a excesos de todo tipo y a "depravaciones de los instintos" (perversiones sexuales). Finalmente, son portadores de estigmas físicos y a veces estériles.

En la tercera clase se encuentran, desde la más tierna edad, los signos de la inercia intelectual ("aprenden con dificultad y olvidan rápidamente") y la depravación de las tendencias morales. "Sus tendencias innatas para el mal me hicieron designarlos, desde el punto de vista médico-legal, bajo el nombre de maníacos instintivos. El incendio, el robo, el vagabundaje, las propensiones precoces para los excesos de todo tipo, forman el triste balance de su existencia moral y esos desdichados... pueblan en gran proporción las instituciones penitenciarias infantiles y las prisiones" (p. 260). Los signos físicos son más destacados en ellos que en la segunda clase y tienen una gran tendencia a caer en una "demencia precoz".

Señalemos, en este sentido, que la atribución a Morel de la primera individualización de la demencia precoz de Kraepelin, por los alienistas franceses de principio del siglo XX, no reposa más que en una homonimia (y un sólido chauvinismo): Morel habla de una demencia de aparición precoz que acecha a hereditarios e histéricos, y no de una entidad mórbida que, por otra parte, no figura en su nosología.

La cuarta clase está formada por los imbéciles e idiotas, en los cuales todos los "signos hereditarios" están presentes al máximo, ya sean morales o físicos.

Como se ve, la gran idea de la Degeneración es la de relacionar todas las personalidades patológicas, que más tarde se llamarán neuropatas (primera clase), paranoicos (segunda clase), psicópatas (tercera clase) ¹⁸, con la categoría de enfermos mentales que, desde Esquirol, todos separan de la locura propiamente dicha en tanto "carencia originaria de desarrollo mental" (Georget). Las analogías entre la idiotez y las personalidades

patológicas reposan, por una parte, en su carácter generalmente "constitucional", ya que en ambos casos se conoció siempre la perturbación patológica, desde la infancia misma del sujeto -mientras tanto Morel y sus adeptos mantienen una categoría de degeneración adquirida; la ambigüedad será superada por Magnan que prefiere el término de degenerado al de hereditario, sin perjuicio de considerar la herencia como la más frecuente de las causas de degeneración- por otra, sobre un análisis psicológico que considera las perturbaciones de carácter como carencias o insuficiencias del desarrollo de ciertas "facultades", de donde surge el término de "desequilibrio" (la noción más moderna de "disarmonía evolutiva" reposa en concepciones muy próximas, si bien más elaboradas).

A fin de cuentas, en la disociación operada en medio siglo, se formaron tres grupos a partir de la locura: las vesanías puras, las vesanías sintomáticas, la idiotez. Para solucionar la dificultad que plantea el primer grupo, los psiquiatras de esa mitad del siglo tienden a asimilarla ya sea al segundo grupo (tendencia Falret) ya sea el tercero (tendencia Morel). Quienes los seguirán, como veremos, ensayarán diversas combinaciones de esas dos soluciones.

Antes de pasar a los otros grupos nosológicos, señalemos que la teoría de la degeneración no desemboca en una actitud práctica de resignación y de observación: en todas las etapas (profilaxia, tratamiento de los episodios delirantes) el tratamiento moral cativo se impone; el tratamiento físico tiene igualmente su lugar, tanto como un ??? eugenismo que tiende a impedir la progresión del mal en la descendencia del paciente.

Dejaremos provisoriamente de lado las alienaciones mentales tóxicas, ideopáticas y ???mpáticas, en las que la concepción de Morel es muy clásica, para estudiar las locuras por ???formación de las neurosis donde sus ideas son más originales.

La idea de que las grandes neurosis -todavía llamadas neurosis generales (histeria, epilepsia, hipocondría, corea) pues afectan el conjunto del sistema nervioso y no segmentos particulares de éste (neurosis locales: parálisis, calambres, euralgias, amaurosis, perturbaciones viscerales diversas tales como asma, hipo, palpitaciones, etc. . .)- pueden engendrar perturbaciones mentales, es antigua. Ya la hemos encontrado para la epilepsia en Esquirol y, para las otras neurosis, en el tratado de Marcé. Se trata aquí naturalmente del concepto antiguo de neurosis, enfermedad no lesional del sistema nervioso, y no de la noción moderna, salida de los trabajos de los alumnos de Charcot (Janet, Babinski, Déjerine, Freud). Es justamente esta concepción, entonces clásica, la que Morel retoma para la epilepsia.

Pero para la hipocondría y la histeria, junto a los síntomas

psíquicos admitidos por los autores (perturbaciones carácterológicas, delirio onírico, acompañando o reemplazando el acceso en la histeria) ¹⁹, Morel propone la noción de "neurosis transformada", en la cual los síntomas clásicos desaparecen o pasan a un segundo plano para dar lugar a "nuevas condiciones patológicas ... (que) reflejan siempre el carácter fundamental de la neurosis, de la que son una transformación" (p. 264). Así describe una locura histérica y una locura hipocondríaca.

La locura histérica se caracteriza por la extrema movilidad de los fenómenos patológicos (sucesión de períodos de exaltación, de postración o de remisión completa), la presencia de alucinaciones y de delirios "extravagantes", las tendencias impulsivas (homicidio, suicidio, incendio y otros "actos de naturaleza maligna"), la tendencia a "terminaciones deplorables", en el embotamiento, la degradación y una demencia precoz.

Se trata en este caso de perturbaciones que los otros autores consideran más bien como complicaciones de la histeria (cf. Marcé, p. 562); sin embargo, Moreau de Tours²⁰ pronto retomará esta concepción muy extensa de la histeria que permanecerá corriente, pese a su confusión (denunciada, entre otros, por Jules Falret). hasta Magnan y Charcot.

La locura hipocondríaca es una transformación de la hipocondría simple²¹ (primera variedad de Morel) en delirio de persecución de Laségue (segunda variedad) con su fase tardía, de mal pronóstico, de delirio de grandeza²¹ (tercera variedad). La evolución en tres fases no es automática y puede estar signada por períodos de remisión y de exacerbación.

Para terminar, pasemos rápidamente revista a los tres últimos grupos:

- las alienaciones mentales por intoxicación reagrupan las perturbaciones mentales provocadas por las sustancias embriagantes y por ciertos productos industriales (primera clase), una alimentación insuficiente o alterada (tipo: ergotismo, segunda clase) o influencias palúdicas o geológicas (tercera clase). La constitución geológica del suelo está particularmente en juego en la génesis del cretinismo (cuyo origen se comenzaba a comprender en aquella época), junto a una fuerte predisposición degenerativa.
- las alienaciones idiopáticas se dividen en dos clases: las enfermedades crónicas del cerebro y de sus envolturas (hemorragias, meningitis, reblandecimiento, atrofia, lesiones traumáticas, etc.) por una parte, y por la otra, la parálisis general (o locura parálítica de Parchappe). Para el reagrupamiento de estas diferentes entidades, Morel sigue las concepciones de Calmeil en la gran obra que acababa de publicar (23).
- las locuras simpáticas, que desaparecen con la causa patológica que las provocó, salvo en cuanto a "entrar de pleno derecho en uno de los (otros) géneros de la clasificación general" (p. 270), ya sea que haya sido la reveladora de una predisposición hereditaria o neurótica, ya sea que se haya transformado en lesión idiopática del cerebro, ya sea que haya debilitado al enfermo hasta reducirlo a la demencia.

Persiste, entonces, en Morel con este último grupo, una clase de perturbaciones mentales en sujetos libres de predisposición o de lesión cerebral adquirida. Para ese grupo, cuyo pronóstico es excelente, Morel propone una concepción "somatista". Volveremos a encontrar este "resto" en todas las nosologías hasta Kraepelin.

Traite des maladies mentales.

1. Traducido por J. Falret, *AMP*, 1865.
2. *Lapathologie de Vesprit*. Primera edición, 1876.
3. Cf. el análisis en *AMP*.
4. *Traite des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*.
5. Seguimos el análisis de Génil-Perrin en su excelente tesis *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, 1913.

7. Apenas treinta años después. Legrain le reprochará su carácter "estrecho y poco científico", citado por Génil-Perrin, p. 53.
- g. La degeneración adquirida es admitida por Morel y por todos sus émulos. 9. Cf. J-Falret, *Etudes cliniques*, p. 479. 10. *Des rmladies mentales*, p. 1 a 26. Delasiauve piensa también que la experticia médico-legal "no podría tener mejor punto de partida que aquel en que el enfermo comienza a diferir consigo mismo". (Des pseudo-monomanías", op.cit., 228).
11. Es por influencia de Morel que Lombroso anexa a la patología mental el criminal "de derecho común", considerado hasta él como normal y punible por los tribunales, a diferencia de los actos delictuosos de los enfermos mentales (Cf. Génil-Perrin, cap. IX). Morel, por lo tanto, también está en los orígenes de la criminología moderna.
12. J. Falret, *Etudes diniques*, 1866, p. 486 y 487.
13. Cf. por ejemplo *La manie raisonnante du Docteur Campagne*, Thulié, 1870, o las inquietudes de Cullère en la introducción de las *Frontières de la folie*, 1888.
- M. Cf. el plan del *Traite des dégénérescences*.
15. Volveremos a encontrar esos caracteres en la base del trabajo de diferenciación que permitirá a Magnan la constitución de su nosología.
16. Cf. Sandras, *Traite pratique des maladies nerveuses*, 1851.
17. *Archives générale de Médecine*, 1866.
18. Esos acercamientos no tienen más que un valor aproximativo: hemos insistido suficientemente sobre el peligro de superponer los conceptos de períodos diferentes.
19. Cf. Briquet, *Traite clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, p. 428. 20. *De la folie névropathique (vulgo hystérique)*, 1869.
21. Numerosos autores (Georget, Guislain, Griesinger) consideraban la hipocondría como una vesania, otros conservan la noción tradicional de neurosis. No hay, verdaderamente, contradicción: por eso Morel puede conciliar los dos puntos de vista haciendo de la hipocondría simple la primera variedad de las locuras hipocondríacas.
22. Con el delirio de grandeza de la parálisis general y la variedad del delirio orgulloso de los hereditarios, se definen tres variedades bien individualizadas: Falret ha sido escuchado.
23. *Traite des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859.

Como veremos, las concepciones psiquiátricas alemanas quedarán muy influenciadas por las ideas de Griesinger, en particular su división evolutiva de las perturbaciones mentales en estados primitivos y formas secundarias. Kahlbaum representa una de las ramas salidas de esas concepciones, una rama visiblemente diferenciada debido al contacto con las ideas de J.-P. Falret.

En 1863, en una monografía hoy inhallable¹, propone a la vez una nueva clasificación de las enfermedades mentales y los principios de una reforma de la organización del saber y de la investigación psiquiátrica, siguiendo un método que llama simplemente "clínico". Recupera el tono de Falret para rechazar un enfoque anátomo-patológico que se limitaría a buscar las lesiones responsables de la manía o de la melancolía, "formas que se producen en las más variadas combinaciones con otros estados, y que son tan poco expresiones de un proceso patológico íntimo, como el complejo de síntomas llamado fiebre o el nombre colectivo hidropesía, que pueden, en el caso de ciertas enfermedades orgánicas, ser consideradas tanto como características o como siendo su sustrato específico" (p. 2); igualmente, en lo referido a un enfoque psicopatológico que se contentaría "con los objetos de la psicología normal, tomados negativamente o patológicamente desviados ... sería preferible que permanezca no escrito" (p. 6). La verdadera vía es la de la patología clínica cuya fecundidad demostró la neuropatología: entidades bien definidas clínicamente (parálisis bulbar, afasia) se revelaron como una base fructífera para la investigación anátomo-patológica. Para esto, "todas las manifestaciones del alienado deben ser el objeto del estudio patológico", tanto los síntomas somáticos como los procesos psíquicos más fundamentales para la psiquiatría; y esto no a la manera de la psicología "donde todos los fenómenos deben ser deducidos de un principio único . • sino por los métodos de las ciencias naturales, en las que el patólogo debe crearse su propio análisis fisiológico, si no encuentra uno ya preparado en la fisiología existente (p. 4). El acento debe ser puesto:

- sobre el relevamiento de todos los fenómenos vitales que presenta el enfermo: "los somáticos tanto como los psíquicos y entre los psíquicos, los intelectuales tanto como los afectivos y éticos, los conscientes y voluntarios tanto como los inconscientes e involuntarios" (p. 6).

sobre el desarrollo en el tiempo del proceso mórbido: diagnósticos contruidos de esta manera deben permitir "reconstruir la evolución de la enfermedad hasta el momento presente . . . (y) predecir su desarrollo futuro . . . en los detalles del cuadro sintomático"

sobre la utilización de innovaciones terminológicas, una nomenclatura más rica "es necesaria para investigaciones más minuciosas . . . y para encontrar su camino en el laberinto de las manifestaciones mórbidas" ².

Así se obtendrán verdaderas entidades clínicas y evolutivas que permitirán orientar la investigación anátomo-patológica. Un modelo, naturalmente, constituye el prototipo del nuevo método de "patología clínica": la parálisis general. Pero, "el ejemplo... no fue seguido para la construcción de grupos clínicos similares de enfermedades mentales. . . son los franceses los que descubrieron esta primera forma y quienes ahora, casi solos, hacen nuevos esfuerzos para progresar en el camino de la clínica (locura circular de Falret)" (p.3).

A partir de esas bases teóricas Kahlbaum propone el esbozo de una nueva clasificación de las enfermedades mentales y, al mismo tiempo, aísla cierto número de tipos nuevos. Un boceto de inspiración etiológica le permite oponer las categorías siguientes: 1 - *Vesania*: se trata de afecciones cerebrales idiopáticas en las que el delirio es *???*eral (en el sentido de Esquirol y Ferrus), que se caracterizan por un curso *???*cialmente *cíclico*. El enfermo recorre cierto número de etapas patológicas (melancolía, manía, *Wahnsinn* o monomanía exaltada de Griesinger), puede fijarse o volver a ellas o bien recuperar la salud. Si el proceso sigue su curso hasta su término desemboca en un estado de debilitamiento secundario demencial, en el que pueden persistir algunas ideas delirantes incoherentes y mal sistematizadas, en medio de un estado de disociación mental y de obtusión afectiva (cf. los estados secundarios de Griesinger). Kahlbaum distingue la *???*ania *progresiva* (parálisis general) y la *vesania típica* que corresponde al gran ciclo de la "psicosis única" de Griesinger y Neumann, llevada aquí a la escala de una entidad nosológica. Como simple variedad clínica de la vesania típica es descrita primero la "Vesania catatónica", caracterizada por un estado de estupidez, y que tomará el nombre de catatonía en la monografía de 1874.

2 - *Vecordias*: afecciones ideopáticas en las que las perturbaciones mentales están limitadas a un sólo aspecto del psiquismo (monomanías de Esquirol, delirio parcial de Ferrus) y en las que el complejo sintomático es estable, sin transformación del cuadro clínico. La perturbación puede afectar:

- el humor afectivo: *distimia* (melancolía de los autores). En 1882, Kahlbaum le agregará la *ciclotimia* (locura circular de Falret), simple perturbación del humor en el sentido de la depresión o de la exaltación, sin locura, ni demencia (incluso tardía) y en la que la internación nunca es necesaria. Se trata, como se ve, de las formas más ligeras del síndrome descrito por Falret.

— la inteligencia: *paranoia* (es la primera vez que se emplea ese término para designar los delirios crónicos sistematizados primitivos).

- la voluntad: *diastrefia* (locura moral de los autores).

3 — *Disfrenias*: perturbaciones mentales simpáticas (perturbaciones cardíacas, tifoideas, trauma craneano, etc.) en las que el delirio, sintomático, es general, variable, sin

evolución regular (es el "delirio agudo" de Georget). Según la fuente somática, puede tratarse de *disfrenia nervosa*, *quimosa (visceras)*, *sexualis*.

4 - *Neofrenias*: detención del desarrollo psíquico congénito o adquirido en la infancia (idiotéz).

5 - *Parafrenias*: Enfermedades mentales que aparecen en conexión con uno de los grandes períodos de mutación del desarrollo biológico y se manifiestan por una regresión intelectual rápida. Puede tratarse:

- de la senilidad: demencia senil o *presbiofrenia* (es Wernicke el que dará más tarde su sentido moderno a este término).
- de la adolescencia: *hebefrenia*, a la cual Hecker, primer discípulo de Kahlbaum y su único colaborador, consagra en 1871 un estudio importante. La describe como un proceso mórbido, en el cual una imbecilidad profunda sucede a algunos accesos de depresión y de excitación superficiales y poco coherentes, acompañados de perturbaciones del pensamiento, del lenguaje y del comportamiento, en adolescentes cuya evolución intelectual era hasta entonces normal o incluso brillante.

En 1890, Kahlbaum retomando la descripción que había propuesto de una "nueva forma de locura moral" (1885), forja el término de *heboidofrenia* para designar lo que parece ser una forma atenuada y curable de la *hebefrenia*. Mal humor, perturbaciones intelectuales (pensamiento indefinido e impreciso), se acompañan en jóvenes degenerados con perturbaciones del comportamiento sin ideas delirantes, sin excitación de tipo maniaco ni accidente agudo.

Nos encontramos entonces frente a una segunda tentativa de aportar una respuesta global a las exigencias de J. - P. Falret. Al igual que en Morel, esta respuesta se encontró en el elemento etio-patogénico, pero el rechazo de Kahlbaum a la teoría de la degeneración "que desgraciadamente ha (bía) comenzado ya a infiltrarse en la literatura alemana" (p. 92), permite la elaboración de un conjunto original. El marco etio-patogénico queda allí bastante indefinido: sobre todo es la descripción de cierto número de cuadros clínico-evolutivos lo que caracteriza la obra de Kahlbaum, finalmente más próxima a la inspiración de los Falret (y del modelo "parálisis general") que a Morel. Más allá de una cosecha de neologismos casi todos destinados a un gran futuro, sus concepciones tuvieron, en un primer momento, poca influencia frente al éxito de Morel en Alemania; las nuevas entidades serán rechazadas o consideradas como simples formas clínicas (de la paranoia aguda para la catatonía, según Schule, de la idiotéz para la *hebefrenia*, según Krafft-Ebing); el estatuto marginal de Kahlbaum, privado de una cátedra universitaria, facilitará ese borramiento³.

La obra de Kahlbaum, sin embargo, es rica en ideas interesantes: su clasificación etiológica es, lo hemos dicho, bastante flexible. Reposa, en líneas generales, en la oposición de las enfermedades mentales propiamente dichas (idiopáticas), de las perturbaciones mentales simpáticas (delirio agudo de Georget: confusión mental y delirium. alienación general anárquica) y de los estados de debilitamiento psíquicos congénitos o adquiridos (demencias involutivas de la senilidad y de la adolescencia). Más allá de la asimilación conceptual de la idiotéz, de la demencia senil y de la *hebefrenia*, la gran idea de Kahlbaum es la división de las enfermedades mentales "verdaderas" (idiopáticas) en dos clases: la primera, cuya evolución cíclica lleva a estados de debilitamiento secundario y cuyo modelo es la parálisis general; la segunda, en la que las perturbaciones mentales permanecen parciales fijas, estables, sin debilitamiento secundario. Esta división le permite, primero que nadie, separar netamente la *Verrücktheit* secundaria de Griesinger. en la que la disociación mental está netamente marcada, del delirio sistematizado

primitivo (paranoia) en el que aquella no se encuentra. Veremos todo el beneficio que Kraepelin sacará de estas ideas. Finalmente, la parte más arriesgada de las ideas de Kahlbaum es la asimilación, pura y simple, de los delirios generales "puros" (sin debilitamiento secundario) a las formas abortivas de la *Vesania típica* (V.T. abortiva), lo que le permite (como a Morel) no incluir más en su clasificación a las manías propiamente dichas ni a la estupidez. Aquí también, como veremos, será seguido por Kraepelin.

Vamos ahora a examinar con un poco más de atención esa verdadera obra maestra clínica que representa el trabajo de Kahlbaum sobre la catatonía o "locura de tensión". La define: "una enfermedad cerebral de curso cíclico, alternante, en la cual la sintomatología psíquica presenta sucesivamente el aspecto de la melancolía, de la manía, estupor, de la confusión (*Vewirrtheit*) y de la demencia (*Blódsinnj*). Uno o más de esos síntomas pueden estar ausentes... Además de los síntomas psíquicos, como síntomas típicos se presentan procesos nerviosos locomotores, con un carácter general de convulsiones" (p. 83).

Ciertamente, es el estado de estupor el que caracteriza la afección; a veces es el efecto de una ausencia completa de pensamiento y de una incapacidad para observar" (p. 46). Otras veces, es una alucinación imperativa la que parece gobernar la actitud del paciente. Otro grupo es "incapaz de indicar la razón de su silencio" (ibid). Kahlbaum piensa entonces que se trata en todos los casos de un fenómeno sufrido por el enfermo ???pasma), que se acompaña a veces de una justificación intelectual asociativa⁴. En el plano físico, el estado de estupor muy comúnmente está acompañado por una flexibilidad ???osa y ataques de contracturas y convulsiones, más o menos localizadas, próximos a la histeria y a la epilepsia; edema y perturbaciones tróficas son igualmente frecuentes (p. 50).

Desde los estadios primarios de la afección, pequeños signos hacen sospechar el «agnóstico, en particular en la fase de excitación:

un "singular comportamiento patético" marcado por "constantes declamaciones y recitados acompañados de gesticulaciones animadas. Esto lleva a veces al deseo de ser actor o a la ilusión de serlo realmente" (p. 34). "Otros pacientes hablan de temas triviales en un tono que podría sugerir que se trata de un problema del más alto interés para la humanidad" (ibid). Muchos evocan efectivamente temas extremadamente elevados, muy por encima de su situación, mientras llevan una existencia "sin orden ni decencia". Piensan, sin verdadera megalomanía, "que el mundo está profundamente interesado en las banalidades de su existencia" (ibid).

- la verbigeración, síntoma patognomónico (que Kahlbaum asimila a una convulsión de los centros cerebrales del lenguaje)" en el curso del cual el paciente produce un discurso compuesto de palabras y de frases continuamente repetidas y desprovistas de sentido" (p. 41). Se trata de términos comunes o de neologismos, a veces de sonoridad extraña. El paciente se comporta como si todo eso se dirigiese a un interlocutor y tuviese un sentido preciso; pero no presta habitualmente ninguna atención a las personas presentes y no reacciona a las tentativas hechas para interrumpirlo; frecuentemente verbigera sin auditorio. "A veces, el oyente . . . puede percibir un contenido inteligible en las palabras pronunciadas" (ibid). La verbigeración debe ser distinguida tanto de la jerga de los dementes como de la fuga de ideas o de las confabulaciones fantásticas. ~ de las formas parciales de mutismo: musitaciones, discurso casi inaudible o incluso que

no se traduce más que por movimientos de los labios; respuestas muy cortas, de pocas palabras, a las preguntas que se les hacen. Estos síntomas nos acercan a:

- la tendencia al negativismo en sus diversas formas: resistencia activa "a los esfuerzos

hechos para hacer cambiar de actividad al enfermo" (p. 48) negativismo "que brota de las

propias intenciones del sujeto (sin intervención exterior) y que es típico de esta

enfermedad: en las formas más severas, el paciente se niega a dejar la cama o a alimentarse" (ibid); "crítica destructora". Kahlbaum señala que el rechazo a comer no tiene otra motivación que la de oponerse a las voluntades del medio (inexistencia de un deseo de suicidio o del miedo al envenenamiento, por ejemplo); como ocurre en la inhibición motriz, a veces están presentes ideas delirantes, pero entonces parecen más bien secundarias.

- la presencia de gestos particulares, más o menos bizarros y estereotipados. Se los encuentra especialmente en el estadio de demencia, pero ya están presentes en los accesos de agitación o de estupor (posturas bizarras rígidamente conservadas). Kahlbaum señala en particular los espasmos de la musculatura facial, tal como el "hocico de cerdo".
- una tendencia general a las ideas místicas y religiosas y a las preocupaciones de este orden.

Se ve la fineza de esta descripción a la que Kraepelin tendrá poco para agregar y que Kahlbaum confronta sistemáticamente con la parálisis general y con la manía clásica (fase de excitación de la *Vesania típica*). La catatonía le parece ser el contrapunto de la parálisis general: los síntomas motores tendrían una tendencia predominante al espasmo y a la contractura, en oposición a la parálisis. Ambas entidades se opondrían a la tercera forma cíclica (*Vesania típica*) que no presenta perturbaciones motoras⁵. No nos extenderemos sobre la anatomía patológica "específica" ni sobre la etiología, que lo es menos aún. Por el contrario, es necesario insistir sobre el curso cíclico de la afección: un número indeterminado de estados de agitación, de depresión, de estupor pueden producirse antes de la demencia terminal: en cada etapa de ese ciclo puede haber regresión de los fenómenos mórbidos. Es lo que motiva el buen pronóstico general de la catatonía y su extensión demasiado grande, que la hace recubrir, alrededor de su núcleo típico, todos los casos en que el estupor aparece. Kahlbaum no hesita, en efecto, en incluir en ella todo lo que antes suyo fue descrito como estupidez, demencia aguda, melancolía con estupor, arruinando la credibilidad de su trabajo. Es una de las razones de la desfavorable acogida que recibirá: Séglas y Chaslin en el notable análisis que le consagran⁶ concluyen "que se reunió en esta afección, hechos más o menos diferentes desde diversos puntos de vista y que más bien se hizo la historia de un síntoma, o mejor, de un síndrome, que de una verdadera enfermedad" (p. 65).

Cuando Kraepelin retome el mismo cuadro clínico, en verdad mejor delimitado, será por el contrario universalmente aceptado.

1. Utilizaremos como texto de referencia la monografía sobre la catatonía, texto, por otra parte bastante raro hasta la aparición reciente (1973) de una traducción inglesa.
2. P. 5. Ese gusto por los neologismos es una de las causas (con las dificultades de un estilo muy pesado) de la poca influencia que tuvo Kahlbaum a corto plazo.

Arndt es uno de los pocos, en su tratado de 1883, en retomar una parte de las descripciones de Kahlbaum: vesania típica, catatonía y paranoia primitiva a la cual asimila curiosamente la hebefrenia: (paranoia hebética).

Es lo que volverá a encontrar Baruk, sesenta años más tarde. Cf. "L'état mental au cours de l'accès catatonique" *AMP*, 1934,1, p. 317.

Se debe tener en cuenta que entre 1863 y 1874 las concepciones de Kahlbaum sufrieron una cierta evolución. "La catatonie", *Archives de Neurologie*, 1888.

LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA: LA CLÍNICA DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES

Página 86 en blanco

Capítulo 9

CONSIDERACIONES GENERALES

Entramos ahora en un período de unos cuarenta años (en términos generales desde el Año 1876, año del informe de Westphal sobre la paranoia, hasta los años 1910¹, en el que nuevas ideas surgidas de la psicología dinámica y de la fenomenología comienzan a penetrar y a conmover las concepciones clásicas en psiquiatría) que verá elaborarse la mayor parte de las nociones y de las entidades nosológicas que aún manejamos. El todo clínico alcanza entonces cierta perfección y llega hasta el límite de sus posibilidades. De una mutación muy profunda se deberá esperar luego una profundización de los conocimientos.

Este largo período se caracteriza por cierta homogeneidad de los puntos de vista y de las doctrinas y en particular por el papel de modelo que se arroga la neurología. Para el conjunto de los alienistas de entonces, la psiquiatría es una rama de la neurología: un poco una pariente pobre, debido a sus dificultades para darse un verdadero fundamento anátomo-patológico; un poco también una pariente rica, pues se ocupa de las perturbaciones de las funciones más complejas y más apasionantes del sistema nervioso central. Ante entonces, la psiquiatría entrará a la corta o a la larga en la neurología y, por lo tanto, en la patología general: una parte de ese programa parece ya realizado con las enfermedades mentales "sintomáticas" que aislaron Baillarger o Brierre de Boismont y cuyo modelo sin par sigue siendo la parálisis general (por estar delimitada por la clínica y la anátomo-patología). Los psiquiatras eran igualmente neurólogos en esa "situación de techo de la medicina que desapareció completamente en nuestros días, pero que existía realmente en la época que describimos: el jefe de servicio examinaba sus pacientes, tanto neurológicos como psiquiátricos, sabía enseñar anatomía a sus colaboradores, los colorantes y el microscopio le eran tan familiares como el escalpelo, no experimentaba sobre los animales mucho menos que otros"².

Frente a este programa que todos aceptan, se adoptarán dos actitudes. Unos, impacientes, quieren anticipar los resultados tan esperados y traducen directamente la clínica en metáforas neurológicas. Son los sucesores de los dogmáticos de siempre y, cualesquiera fueran sus cualidades, son conducidos a salirse del enfoque clínico. Así Luys en Francia³, Meynert y especialmente Wernicke⁴ en Alemania, para citar a los más grandes, producen sistemas psiquiátricos completos, pero sin futuro (aun cuando algunos Buenos trabajos clínicos engalanan a los dos últimos). Los otros, herederos de la Prudencia de Pinel, se contentan con cierta manipulación de hipótesis neurologizantes,

pero mantienen firmemente la autonomía del enfoque clínico. Son ellos sobre todo los que elaborarán los trabajos positivos.

De todas maneras, la regla es la reaparición pura y simple de las concepciones psicológicas implicadas en la neurología, particularmente la doctrina de las localizaciones cerebrales, que conoce su "edad de oro" en ese mismo momento (cf. Hécaen y Lantén-Laura, op. cit., Cap. V). Vimos enfrentarse, a lo largo del período precedente, muchos tipos de psicología: el sensualismo de los Ideólogos tenía todavía algunos partidarios; el espritualismo ecléctico de Maine de Biran y de Jouffroy ocupaba una posición netamente dominante con su traducción clínica, la teoría del automatismo de Baillarger (Jackson pronto la unirá al evolucionismo de Spencer); finalmente, la teoría que encontramos en Griesinger, Falret y Morel, que representa un primer esbozo de las corrientes fenomenológicas en psiquiatría, todavía no tiene un estatuto bien determinado.

Puede señalarse de paso que cada una de esas teorías da cuenta perfectamente de ciertos problemas clínicos que las otras explican mal: por ejemplo, las alucinaciones estésicas para la primera, las obsesiones y las ideas fijas para la segunda, las psicosis afectivas y los delirios "procesales" para la tercera.

En todo este período, por el contrario, una sola teoría psicológica será dominante, y es en el interior de esa gran corriente donde se diferenciarán matices de puntos de vista más que tendencias opuestas.

La actividad psíquica se concibe en función del esquema del arco reflejo: aquella corresponde a la actividad de la corteza cerebral entre los centros sensoriales y los centros motores de la corteza. Tiene, por lo tanto, como punto de partida, percepciones (o su despertar), como punto de llegada, el acto motor.

La actividad psíquica es una actividad asociativa, en el sentido de la ley de *asociación de ideas* de los psicólogos, pero también en el sentido de los haces de asociación de los neurólogos, dado que estos conceptos son considerados como las dos caras del mismo fenómeno. La asociación se hace entre *imágenes* mentales que son la huella de percepciones anteriores: se trata de los diversos sentidos e igualmente de las sensaciones quinesísticas que corresponden a las percepciones surgidas del "sentido muscular", es decir, de las percepciones que el sujeto tiene de sus propios movimientos. Las imágenes elementales se conservan en los centros sensoriales de la corteza; ellas se asocian para constituir complejos de imágenes correspondientes a los grandes órdenes de lo real (objetos, espacio, tiempo, mundo exterior, propio cuerpo, semejantes), de la subjetividad y de las abstracciones (conceptos, valores, objetos irreales). Estos conceptos son los que reciben un símbolo verbal asociado, con sus cuatro componentes (auditivo, visual, quinesístico de articulación, quinesístico gráfico)⁵.

Lo que motiva la actividad psíquica es la acción combinada de los estímulos exteriores (perceptivos) y de las necesidades fisiológicas, representadas por sus objetos, es decir, el recuerdo de los estados de satisfacción. La escala del placer y del displacer y el recuerdo de las experiencias anteriores agradables o desagradables son los que regulan en último término el comportamiento del sujeto. El placer corresponde a la satisfacción de una necesidad y por ende a lo que es positivo para el organismo; el displacer a lo que es negativo o peligroso para el organismo, ya sean peligros o insatisfacción. Los comportamientos y motivaciones superiores (valores sociales abstractos, amor, religión, etc.) son explicados por medio de la complejización de ese gran esquema de base.

Para dar cuenta de la afectividad y del sentimiento de sí, se remite a una sensorialidad general indiferenciada del cuerpo (somestesia o cenestesia) noción que ya encontramos para explicar el humor de base en Griesinger y Falret.

Finalmente, las funciones psíquicas superiores (consciencia, apercepción, voluntad) son explicadas de una manera un poco divergente, según que se las incluya en todo elemento mental y que por ende se haga de ellas la resultante del conjunto del funcionamiento psíquico (tendencia inglesa) o se las identifique con una función psicológica específica (tendencia más bien alemana que ilustra "la apercepción" de Wundt) y a un territorio cortical particular (zonas de asociación y especialmente corteza prefrontal). Señalemos que la concepción del inconsciente⁶ es bastante diferente según esas dos orientaciones: sobre todo es la segunda, descendiente finalmente de Herbart, la que considerará la consciencia como un "lugar" o una función limitada, dejando fuera de ella segmentos enteros de actividad psíquica "a media luz", pero siempre prestos para invadir la consciencia (teoría de la paranoia de Krafft-Ebing); la primera tendrá una concepción más bien fisiológica del inconsciente: lo que no alcanzó el límite del nivel de la consciencia, el nivel funcional de los fenómenos conscientes (concepción tipo Spencer-Jackson).

A esta concepción general del psiquismo ("frenología" de la corteza), se agrega una interpretación vertical que escalona a lo largo de los grandes centros funcionales del neuroeje las funciones autónomas: se calificarán fácilmente como "espinales" las sensaciones hipocondríacas o ciertos actos impulsivos, se opondrá las manifestaciones {Urticales y sub-corticales de las enfermedades mentales según su aspecto más o menos voluntario y controlado (cf. la oposición, en Schule, de las manías típicas, en la que la agitación se mantiene concordante, y las manías graves en las que la agitación deviene puramente motriz) etc. . . No podemos extendernos más tiempo sobre estas concepciones generales que son aplicadas por todos los autores de este período⁷. Sin duda continúan el pensamiento psicológico inglés y francés (Ideólogos y Espiritualistas son reconciliados por el biologismo evolucionista de Spencer y Darwin); instituyen sin embargo un punto de vista algo simple sobre los fenómenos psicológicos, muy rápidamente reducido a la fisiología. El problema de la alucinación puede servir una vez más de modelo: Tamburini impondrá una concepción basada en la idea de una "epilepsia de los centros sensoriales" cuyo éxito es enorme, a pesar de su escasa pertinencia en clínica psiquiátrica y el aplastamiento que entraña de una realidad rica y compleja que, sin embargo, habían comenzado a diferenciar los autores del período precedente. Aquí también, un progreso general de los conocimientos se paga con un retraso sensible en otros puntos.

1. 1911, en efecto, es el año en el que Bleuler publica su monumental trabajo sobre la esquizofrenia, Freud su estudio del caso Schreber, Ballet sus trabajos inspirados en Janet sobre la psicosis alucinatoria crónica, la "Psychopathologie générale" de Jaspers es de 1913, la tesis de Blondel de 1914.
2. Hécaen y Lanteri-Laura, op. cit., p. 130-131.
3. *Traite clinique et pratique des maladies mentales*. 1881.

4. Cf. E. Burckard, *Les conceptions psychiatriques de Wernicke*, 1931.
5. *Cf.* para la exposición de una versión canónica de ese sistema, la de Charcot. el libro de G. Baile: *Le langage intérieur et les diversx formes de Vaphasie*, 1886.
6. *JL%* necesario señalar que ésta es una noción muy ampliamente utilizada antes de Freud que ^ inscribe en la tradición herbatiana?
7. No podemos más que remitir a un trabajo que preparamos sobre los orígenes de la metapsicoloiij de Freud, que comparte decididamente los mismos principios.
8. Y que Ségla y Tanzi intentaron restituir por diversas enmiendas. Paia todo esto, cf. Paulus. op cit.. cap. II y Ségla, *Lecons cliniques*, 1895. p. 1 a 56.

LA ESCUELA DE ILLENAU

La psiquiatría alemana de este período es el resultado del encuentro y de la síntesis de la tradición heredada de Griesinger y de las ideas llegadas de Francia, en particular de las tesis de Morel. Ella se constituye alrededor de dos grandes líneas de fuerza. Siguiendo a Griesinger mismo (1) los psiquiatras alemanes adoptan el principio etiológico. Las ideas de Morel conocerán entonces una gran difusión, particularmente la teoría de la degeneración, y las grandes clases de su nosología serán ampliamente adoptadas: locuras de las lesiones idiopáticas del cerebro y de las intoxicaciones, locuras neuróticas y hereditarias. Las locuras simpáticas, en cambio, serán ignoradas; una clase de locuras adquiridas no degenerativas les corresponde (las psiconeurosis de Schule y Krafft-Ebing) siguiendo una división que recuerda a Baillarger y Parchappe; volvemos a encontrar en ella las grandes categorías de Griesinger, limitadas, como en Kahlbaum, a un único sector de la nosología. El trabajo de reabsorción de la psiquiatría de Esquirol continúa pues en esta nueva etapa, que conserva todavía algunos de sus elementos.

Las concepciones más originales de los alemanes se elaboran alrededor del problema de la locura sistematizada (*Verrücktheit* de Griesinger). Hemos visto que Griesinger la consideraba como siempre secundaria a una forma de locura aguda y daba de la misma una descripción en la que la disociación mental estaba siempre en primer plano. Kahlbaum, debe recordarse, le opone desde 1863 una breve descripción de un delirio sistematizado primitivo que no se acompaña de otras afecciones de las funciones mentales que llama paranoia, retomando un término caído en desuso. En 1865 Snell² describe con el nombre de *Wahnsinn* un estado delirante y alucinatorio que le parece primitivo y secundario respecto a movimientos afectivos como en la manía y en la melancolía; en este marco el tema de persecución le parece más frecuente que el delirio de grandeza y precede a menudo a éste último; la actividad está conservada, a diferencia de la melancolía y la evolución, crónica, sólo es demencial rara y tardíamente. Se trata pues, en definitiva, de una reestructuración bastante profunda, algo paralela al trabajo de Baillarger. En 1867 Griesinger admite la descripción de Snell a la que denomina *Primare Verrucktheit*; e inspira el trabajo de Sander de 1868 sobre una forma especial de esta locura sistematizada primitiva, la *Verrücktheit* originaria que tiene sus raíces en anomalías degenerativas de la inteligencia y del carácter: emotividad, desconfianza, misantropía, tendencia al subjetivismo mórbido (delirio de "significación personal" de los autores posteriores), a las excentricidades y a las bizarrerías, a las perversiones sexuales.

Algunos de estos sujetos, cuya personalidad está perturbada desde la infancia, en la pubertad caen rápidamente en la demencia, después de algunas manifestaciones delirantes (hebefrenia de Kahlbaum); otros resisten más tiempo pero los problemas de su carácter se exageran progresivamente, se hipertrofian y originan un delirio de persecución y de grandeza cuya evolución muestra frecuentes remisiones y escasa tendencia a la demencia. Se ve la influencia de las descripciones de Morel en todo esto; de manera general, los alemanes se inspiran en él y en el delirio de persecución de Laségue.

En 1876 Westphal, en un informe (impreso en 1878) que tuvo gran repercusión, reagrupa bajo el nombre de *Verrücktheit*:

- la *Verrücktheit* crónica que comprende la forma originaria de Sander y la forma tardía de Snell;
- una forma aguda que se encuentra aquí descrita por primera vez, caracterizada por la explosión súbita de alucinaciones de todos los sentidos, pero especialmente auditivas, y de ideas delirantes diversas en una atmósfera de obnubilación de la consciencia que puede llegar hasta una confusión verdadera en las formas muy alucinatorias;
- una forma que llama "abortiva" y que corresponde a las obsesiones, porque ellas consisten también en la invasión de la consciencia por neoformaciones ideicas y a veces alucinatorias. Esta concepción psicopatológica inversa a la de Morel (delirio emotivo) se apoya en la existencia de representaciones obsesionantes no emotivas.
- no cita la forma secundaria de Griesinger que permanece sin embargo como una noción extensamente admitida.

Es la época en que la *Verrücktheit*, para la cual Krafft-Ebing impondrá poco después el término de paranoia retomado de Kahlbaum, adquiere una extensión máxima, recubriendo gran parte de la patología mental. Es también el inicio de una gran discusión clínica y nosológica. La paranoia abortiva (o rudimentaria) tiene poco éxito: solamente Arndt y algunos autores italianos retoman esta noción. De hecho, los debates se centran sobre el problema de la paranoia aguda. En efecto, retomando las descripciones de Delasiauve y de Dagonet, los autores alemanes admiten muy generalmente una demencia primaria aguda incurable (o estupidez) caracterizada por el aniquilamiento de toda actividad psíquica, la apatía, el estupor con o sin catalepsia y donde se pueden encontrar algunas alucinaciones, incluso accesos de agitación. Lo que está en cuestión es la delimitación entre demencia aguda y paranoia aguda por un lado, y entre paranoia aguda y paranoia crónica por otro.

Siguiendo a unos, la paranoia aguda no es más que una forma de confusión alucinatoria en la cual la profusión de alucinaciones pone la confusión en segundo plano; asimismo, con Krafft-Ebing, prefieren llamarla *Wahnsinn*, reservando el término de paranoia para los delirios crónicos. Meynert³ incluye en su *Amentia* las dos formas, una como *Amentia stuporosa*, la otra como *Amentia deliriosa*; su notable análisis de la psicología del confuso se acompaña con una traducción "neuro-fisiológica" muy riesgosa.

A la inversa, Schule y quienes lo siguen ponen el acento en las numerosas formas de transición entre paranoia aguda y crónica, en particular en las fases de exacerbación de la forma crónica ("momentos fecundos") que son idénticas a la forma aguda.

La idea de que existe una confusión alucinatoria aguda por una parte y una paranoia aguda por la otra, en la que la obnubilación es secundaria a la intensidad de la experiencia delirante y no primitiva, emergerá lentamente con Wille (1888) sin imponerse muy netamente. Como antes, en la discusión entre Delasiauve y Baillarger⁴, el carácter muy psicológico del debate⁵ impide a los adversarios conciliar sus análisis.

Indudablemente, es la escuela de Illeau -el gran asilo de Bade donde se suceden Shule y Krafft-Ebing (quien obtendrá más tarde una cátedra de la Universidad de Viena)- la que representa la corriente dominante en este período. Sus dos tratados gemelos, aparecidos uno en 1878⁶, el otro en 1879⁷, tuvieron gran éxito y numerosas ediciones. Difieren en algunos puntos secundarios (como el problema de la paranoia aguda) pero en lo esencial están de acuerdo. Nos basaremos en el tratado de Krafft-Ebing cuya concepción general es más clara. Su clasificación está basada en una serie de dicotomías; las psicosis (el término, introducido por Feurhtesleben, devino muy corriente en Alemania) se dividen primero en:

1-- retardo del desarrollo psíquico: idiotez, imbecilidad, cretinismo y locura moral considerada como una agenesia parcial), y

2-- psicosis del cerebro desarrollado: estas últimas acompañadas o no por lesiones anátomo-patológicas.

- a) Psicosis con lesiones anátomo-patológicas constantes (enfermedades cerebrales con perturbaciones psíquicas predominantes) o psicosis orgánicas: se trata del delirio agudo, que Calmeil había aislado, de la parálisis general, de la sífilis cerebral y de la demencia senil, con, en apéndice, las intoxicaciones (alcoholismo, morfínismo). ???)
- b) Psicosis funcionales: volvemos a encontrar entonces aquí, a través de la división de Ballarger, a la vesania puras. Aquí es donde aprovechó las ideas de Morel. Las psicosis funcionales se dividen efectivamente en dos grupos, según afecten un cerebro sano psiconeurosis) o un cerebro ya predispuesto, tarado (degeneraciones psíquicas)⁸. La psiconeurosis (es decir las neurosis de las funciones mentales: las vesanias de Pinel) se desarrollan en individuos cuyas funciones cerebrales eran hasta entonces normales la existencia de perturbación del carácter, del comportamiento, de la emotividad o de las facultades intelectuales) bajo la acción de causas ocasionales potentes, físicas o morales. El curso es típico, sin tendencia a la periodicidad o al polimorfismo; se terminan por la cura o un estado secundario de debilitamiento (cf. las concepciones de Griesinger o la Vesania típica de Kahlbaum). La enfermedad y la salud están claramente opuestas una a una en el tiempo (Jaspers llamará más tarde "proceso" a una ruptura tal). Por el contrario, las degeneraciones psíquicas afectan a los sujetos portadores de estigmas físicos y cuya constitución nerviosa y psíquica siempre fue anormal, desequilibrada. Las causas ocasionales son insignificantes, a veces simplemente fisiológicas (pubertad), el curso atípico, polimorfo, salpicado de remisiones y de intermitencias. La tendencia a la cura es débil, pero la demencia secundaria es rara y tardía (o a veces precoz y muy rápida); especialmente la transición de la salud a la enfermedad es imperceptible, no siendo esta última más que el desarrollo de la constitución anterior, esa mezcla de lucidez y de locura que hace que, "incluso en el apogeo de la enfermedad, . . . el enfermo pueda reconocer sus perturbaciones" (*Tratado*, p. 343).

Las psiconeurosis comprenden la melancolía (inhibición dolorosa de las funciones psíquicas), la manía (facilitación exaltada), la demencia aguda o estupidez (abolición), el *Wahnsinn* o delirio alucinatorio⁹ (excitación de los centros sensoriales con perturbación de la consciencia). Estas cuatro formas agudas pueden ser seguidas por dos formas Secundarias de debilitamiento intelectual: paranoia secundaria (caracterizada por la degradación mental y la indiferencia afectiva y ética), demencia secundaria agitada o apática, terminando la segunda frecuentemente a la primera. Las degeneraciones psíquicas reagrupan:

1 -- la alienación constitucional emotiva: formas rasonantes de la manía (hipomanía) o de la melancolía (depresión crónica con consciencia).

2 - la paranoia, profundamente enraizada en las anomalías del carácter que vendrán "la constitución paranoica" (carácter reconcentrado y desconfiado, orgulloso, tendencia imaginativa, emotividad, dificultades adaptativas y a veces tendencia a la violencia excéntricas), y que se divide en una forma originaria y una forma tardía. De acuerdo con los temas, la forma tardía es persecutoria (típica i.e. con transformación megalomaniaca

secundaria; querulante) o expansiva (delirio de invención, reformadores, delirio místico, erotomanía). Como puede verse, no hay ninguna distinción entre las formas alucinatorias y no alucinatorias en esta gran clase de "delirios crónicos".

3 - la locura obsesionante (paranoia rudimentaria).

4 - las locuras periódicas que reagrupan todas las formas periódicas y alternantes de psiconeurosis (manía, melancolía, *Wahnsinn*, locura circular, formas con episodios de estupidez) en una síntesis mucho más inclusiva que la noción francesa equivalente.

5 - finalmente, las alienaciones mentales debidas a las grandes neurosis constitucionales (epilepsia, histeria, hipocondría). Debemos detenernos en esta última categoría cuya concepción general es, todavía, la surgida de Morel, pero que ha ganado en claridad. Krafft-Ebing opone el estado mental habitual del neurótico (neuropsicosis¹⁰, es decir perturbaciones psíquicas que surgen de la afección difusa que produce la neurosis sobre el sistema nervioso), y las psicosis con base neurótica, que son de dos tipos: accidentes mentales que forman parte de la neurosis (como los delirios que acompañan o reemplazan el acceso histérico), y las psicosis verdaderas (las neurosis transformadas de Morel) en que la neurosis, como toda tara degenerativa, sirve de base al desarrollo de una psicosis-tipo, particularmente de una paranoia, que presenta por esta razón algunos caracteres específicos -la paranoia histérica utiliza los síntomas de la neurosis como base (delirio de persecución física)-, las alucinaciones visuales, los temas místicos y eróticos son frecuentes en ella; en la paranoia hipocondríaca, las cenestopatías ocupan el centro del delirio. Se puede igualmente encontrar psiconeurosis de una forma particular y estados de debilitamiento (demencia precoz).

A partir de la cuarta edición de 1890 (y por lo tanto en la traducción francesa de la quinta edición), Krafft-Ebing introduce una modificación importante que desequilibra fuertemente su sistema: agrega, en efecto, un capítulo sobre la neurastenia¹¹ a las neurosis constitucionales y allí incluye la locura por obsesiones. La descripción de la "debilidad irritable", con sus perturbaciones de la emotividad, sus cenestopatías, su humor depresivo, sus innumerables manifestaciones vegetativas, coincide bastante desdichadamente con el estado mental habitual del degenerado; la hipocondría, por otra parte, parece no representar en ella más que una forma especial (así, nada distingue la paranoia hipocondríaca de la nueva paranoia neurasténica).

El tratado de Schule, indudablemente, no tiene la claridad del de Krafft-Ebing: se pierde en inextricables distinciones de formas clínicas (quince formas diferentes de paranoia aguda, siete formas de paranoia histérica, etc.). Peor escrito, peor armado, es, sin embargo, a menudo más fino, más rico clínicamente. La concepción de conjunto es la misma, con un matiz nosológico que manifiesta perfectamente el espíritu de precisión de Schule. Hemos visto en efecto que Krafft-Ebing distinguía finalmente dos clases de locuras degenerativas: las agenesias (idiotéz y locura moral) y las degeneraciones propiamente dichas. Como Morel, Schule quiere introducir muchas clases en ese gran

grupo. Divide entonces la psicosis de manera ligeramente diferente (*Tratado*, p. 5 a 18): incluye la idiotez en las "psicosis del individuo con desarrollo órgano-psíquico

- la neurosis hereditaria: estado mental del degenerado (y psicosis transitorias),
- la locura por obsesión (y las perversiones sexuales que todos los autores de la época asimilan con las impulsiones),
- La *Verrücktheit* originaria,
- la locura moral,
- la idiotez,

en las "psicosis del individuo con desarrollo órgano-psíquico completo" dejando aparte las psicosis orgánicas (clase 3: delirio agudo y parálisis general, y clase 4: psicosis de las lesiones cerebrales), reagrupa las "vesanias puras" bajo el nombre general de psiconeurosis y las divide en dos grupos:

- 1 - La psicosis del cerebro válido (sin predisposición) cuya causa es a menudo moral y que se parece a la reacción emotiva normal. Se trata de manías y melancolías puras con sus formas secundarias (paranoia y demencia secundarias).
- 2 - Las psicosis del cerebro inválido (predisposición degenerativa hereditaria o adquirida, por ejemplo como consecuencia de una afección del primer grupo) donde las perturbaciones intelectuales son primarias o bien cuyos síntomas manifiestan una (pensión extra-cortical (lo que explica el término de "cerebro-psicosis" que las designa); que incluyen: la manía grave con incoherencia intelectual, agitación desordenada (el proceso mórbido por lo tanto ganó las regiones subcorticales); la paranoia, que prefiere llamar *Wahnsinn* para marcar la proximidad de las formas crónicas y agudas (la catatonía ??? incluida en la forma aguda); la estupidez; las locuras neuróticas (histérica, epiléptica, hipocondríaca).

Se incluyen en este grupo las psicosis periódicas y las perturbaciones psíquicas consecutivas a una enfermedad no cerebral¹² (afecciones febriles, puerperalidad) o a una intoxicación, que necesitan un terreno cerebral frágil.

La concepción de Schule, en efecto, se apoya esencialmente en una hipótesis etiológica: ciertas enfermedades mentales funcionales no pueden producirse más que en un cerebro tarado, pues sus manifestaciones testimonian una gran fragilidad del mecanismo mental. ya sea que el sujeto delire muy fácilmente, incluso sin afección afectiva previa (paranoia), ya sea que los síntomas indiquen una afección cerebral más profunda que la ??? perturbación de las funciones psicológicas: afecciones "subcorticales" donde, ??? en la manía grave, la agitación ni siquiera tiene *sentido*, sino que parece un reflejo automático. Como se ve, este punto de vista está lejos de carecer de interés, ya que ??? a parámetros extra-clínicos que no se encontraban en Krafft-Ebing.

Debemos decir una palabra de la psiquiatría italiana que, desde esta época y en adelante se alinea con la alemana. A. Verga, su gran renovador, inspirándose en Baillarger, impulsa una nosología largo tiempo oficial que distinguía¹³ las enfermedades mentales congénitas (idiotez), las enfermedades mentales adquiridas simples (manía, melancolía, monomanías intelectual e impulsiva, locura moral, locura circular, demencia) y complicadas locuras "sintomáticas" de Baillarger: locura neurótica, puerperal, sifilítica, tóxica, ???lítica, senil). Los autores que lo siguen presentarán en cambio concepciones

inspiradas en la evolución de la psiquiatría alemana (Illenau antes de 1900, Kraepelin después). Ellos se distinguen por una manera muy original de considerar el problema de la degeneración. Deben a Lombroso la idea que la degeneración es un retorno involutivo a etapas superadas de la historia de la humanidad (14) : el criminal nato es una suerte de hombre de Cro-Magnon perdido entre nosotros, con sus instintos salvajes y su ausencia de inhibición¹⁵. Siguiendo este enfoque los italianos se dedicaron a un análisis del pensamiento delirante que les hace diferenciar mecanismos específicos (pensamiento mágico, simbolismo, extensión de los conceptos, etc.) en un nivel global que contrasta en esta época de atomismo psicológico.

En el plano nosológico por el contrario, el clásico tratado de Morselli (1885) podría haber surgido de Illenau¹⁶:

- primer grupo: retardo del desarrollo psíquico (idiotéz).
- segundo grupo: anomalía del desarrollo cerebral. Este grupo degenerativo recubre:
 - las degeneraciones psíquicas: psicosis criminal, locura "matoide" (idealistas apasionados), locura razonante, inversión sexual, paranoia originaria.
 - las psicopatías constitucionales simples (paranoia rudimentaria, locura periódica) o graves (locuras neuróticas).
- tercer grupo: afección del cerebro completamente desarrollado: se trata, por una parte, de las psiconeurosis (manía, melancolía, locura alucinatoria aguda, estupidez, catatonía) y de sus formas secundarias; por otra de las encefalopatías orgánicas o tóxicas.

Para concluir trataremos de definir los caracteres generales de las concepciones que acabamos de revisar. Como señalamos, son esencialmente el efecto de la síntesis de las ideas de Morel y de la tradición surgida de Griesinger. Es decir, que se trata de una concepción clínica fundada sobre dos parámetros: la etiopatogenia y la forma sindrómica, como nos lo indica Krafft-Ebing muy claramente: "en patología hay tres modos de clasificación: anatómica . . ., etiológica . . ., clínica y funcional, según la *forma* particular de las perturbaciones de las funciones producidas por el proceso mórbido" (*Tratado*, p. 339). En la medida en que no se pueden utilizar enteramente los dos primeros principios, el tercero contribuye en forma importante a la diferenciación clínica; ahora bien, se trata no de un punto de vista clínico-evolutivo, sino de una concepción sindrómica, todavía muy próxima de Esquirol: Falret y Kahlbaum no han logrado todavía gran audiencia. Esto explica:

- el carácter muy formal de conceptos como "la paranoia", que corresponde finalmente a las monomanías intelectuales de Baillarger. Por eso se encuentra dispersa por doquier en la nosología (psiconeurosis secundaria, degeneración psíquica, psicosis neurótica, incluso cerebro-psicosis de Schule) y engloba una forma perfectamente individualizada como el delirio de querulancia, que ahí se encuentra desdibujada¹⁷.
- las discusiones sobre la delimitación de la estupidez, de la paranoia aguda y de la paranoia crónica, manejadas sobre bases puramente psicológicas.
- el aspecto muy confuso de las psicosis periódicas: cuando el criterio del curso está utilizado, es a título *patogénico* y no en el marco de una concepción clínico-evolutiva. Por eso entran en el grupo todas las especies clínicas intermitentes, sin tener en cuenta su aspecto.

Un autor como Ziehen⁸ podrá a la vez rechazar el concepto de degeneración como

criterio nosológico, presentar una clasificación de espíritu muy esquiroleano y permanecer muy próximo de la Escuela de Illenau:

I - Psicosis sin déficit intelectual.

a) formas simples: afectivas (manía, melancolía, neurastenia) e intelectuales (estupidez, paranoia aguda¹⁹ y crónica, obsesiones).

b) formas secundarias (incluyendo paranoia secundaria, locura de doble forma, catatonía).

II - Psicosis deficitarias congénitas (idiotéz) y adquiridas (demencias diversas, incluyendo la demencia secundaria a las psicosis del primer grupo).

1. Cf. su lección inaugural de 1865, que ya hemos citado.
2. Para una historia detallada de todo el problema de la paranoia en este primer período, ver: Ségla
"La paranoia" *Archives de neurologie*, 1887, y el trabajo de Keraval: "Les delires plus ou moins systématisés designes sous le nom de Paranoia". *Archives de neurologie*, 1894-1895.
3. Cf. la parte histórica de la *Confusión mentale primitive* de Chaslin, 1895; et Roubinovitch, *Les formes cliniques de la folie en France et en Allemagne*, 1896.
4. Que ya no tiene objeto para los alemanes, quienes saben distinguir la melancolía con estupor de la estupidez.
5. Por las mismas razones H. Ey borrará más tarde esa distinción que Ségla había establecido netamente (cf. *Lecons cliniques*, cap. 14 sobre la paranoia aguda).
6. Schule, *Traite clinique des maladies mentales*, trad. francesa de la 3ra. edición, 1888.
7. Krafft-Ebing, *Traite clinique de psychiatrie*, trad. francesa de la 5ta. edición, 1897.
8. Cf. el gran cuadro comparativo, p. 342-343, del *Tratado*.
9. Paranoia aguda: cf. más arriba.
10. Ese es el término que Freud elige, curiosamente, para designar lo que llamará luego psiconeurosis (neurosis de transferencia y psicosis) en sus artículos de 1894 y 1896. Ningún traductor parece haberse dado cuenta del matiz, ni siquiera Jean Laplanche. Ahora bien, se sabe que Krafft-Ebing había sucedido a Meynert en la cátedra de psiquiatría de Viena para la misma época; todo neuropsiquiatra, por otra parte, conocía su tratado.
11. Se trata de una nueva descripción, muy completa, del "estado nervioso" del norteamericano Beard, 1879, que tuvo un éxito extraordinario en Europa.
12. Schule no los describe en el *Tratado*, y con razón: se encontrará en él diversas "psiconeurosis", esta vez como síntomas.
13. Cf. E. Tanzi, *Trattato delle Malattie Mentali*, 1905, p. 246.
14. Génil-Perrin, op. cit. p. 207 a 233.
15. Es, por otra parte, portador de estigmas físicos simiescos (prognatismo, hirsutismo, frente baja, etc.).
16. Cf. Tanzi, op. cit. p. 247.
17. No deja de tener interés el señalar que es justamente ese concepto de paranoia el que Freud utiliza.
18. *Psychiatrie*, 1894.
19. Incluye las psicosis histérica, epiléptica, alcohólica.

MAGNAN

Las concepciones de Magnan representan una síntesis de las grandes corrientes de ideas que atraviesan la psiquiatría francesa en los años 1880: fue alumno de Baillarger y de Lucas, el autor del *Tratado de la herencia natural* que tanto influenció a Morel, pero también de J. - P. Falret, y los trabajos de Laségue y J. Falret lo influenciaron mucho. Finalmente, es contemporáneo y amigo de Charcot y muchas veces colaboran en la redacción de trabajos clínicos¹; de este modo obtuvo un amplio provecho de la "psicología cerebral" del maestro de la Salpêtrière y del trabajo de desmembramiento de la histeria que aquél llevaba a cabo desde 1870. En su esfuerzo por hacer finalmente la síntesis de la "gran neurosis"², Charcot, utilizando el método que ya le fuera tan exitoso en neuropatología, busca constituir un "tipo clínico" completo reuniendo la mayor parte de los síntomas conocidos y cuyos casos corrientes no son más que "formas frustradas" o mixtas³: "el método del *estudio de los tipos* es fundamental en nosografía. Pero, una vez constituido el tipo, ... es necesario aprender a reconocer los casos imperfectos, frustrados, rudimentarios. . . (y) los complejos nosológicos. . . que resultan de una asociación, de una yuxtaposición, en la cual cada uno de los componentes conserva su autonomía"⁴. Opone así en la histeria:

- estigmas permanentes: zonas de anestesia o de hiperestesia cutáneas o mucosas. perturbaciones visuales, contracturas o parestias localizadas, temblores⁵.

- accidentes paroxísticos: perturbaciones tróficas (edema azul, hemorragias) o vegetativas (iscuria, fiebre), que seguirán siendo bastante discutidas; pero sobre todo la gran crisis histérica con sus cuatro períodos: primer período epiletóide, segundo período de contorsión

y grandes movimientos (clownismo), tercer período de actitudes pasionales, cuarto período de delirio; la inmixión de los fenómenos del "gran hipnotismo" (letargia-sonambulismo, catalepsia) completará después la descripción de las crisis⁶.

- finalmente el estado mental permanente de las histéricas, para el cual Charcot y su escuela organizan una vasta campaña de "rehabilitación". El temperamento histérico les parecía haber sido demasiado descripto a partir de los enfermos de los asilos de alienados. que agregaban a las manifestaciones de la neurosis, perturbaciones caracterológicas y estados delirantes que surgían más bien de la degeneración; a eso se debe el acento puesto sobre las "perversidades y mentiras" de las histéricas⁷. Los neurólogos, en su práctica. frecuentemente tuvieron relación con enfermos, en particular hombres⁸, cuyo carácter no ofrece esos defectos sino que simplemente presentan los estigmas de emotividad-impresionabilidad y de sugestibilidad que acompañan a la neurosis .

Este trabajo de clarificación permite la disociación de la nebulosa informe de "la locura histérica". La histeria incluye perturbaciones mentales típicas: los estados de delirio que corresponden a la fase del gran ataque completo y que se presentan como onirismos con obnubilación de la consciencia, delirios ecnésicos, estados segundos o litados crepusculares; su duración es en general corta y el retorno a la razón rápido. Las micosis prolongadas y las perturbaciones del comportamiento de "la locura histérica" deben ser atribuidas a esas *asociaciones mórbidas* sobre las cuales Magnan había ya insistido (10).

Una vez vinculada sin dificultad la hipocondría a la degeneración, las grandes neurosis no planteaban más problemas nosológicos y, en la línea de Baillarger, Magnan puede oponer, en la clasificación que propone en 1882 (11), los estados mixtos y las locuras propiamente dichas.

Los *estados mixtos* pertenecen tanto a la patología como a la psiquiatría, y reagrupan las perturbaciones mentales de las lesiones orgánicas del cerebro (P. G. P., demencia senil y ateromatosa, lesiones cerebrales vestibulares), de las neurosis (histeria, epilepsia), de las intoxicaciones (alcoholismo, morfínismo, cocainismo, ergotismo, saturnismo) y el cretinismo mixedematoso.

Magnan debe su celebridad esencialmente a los trabajos que consagra a las locuras propiamente dichas o *psicosis*. Sin embargo, publicó mucho sobre los estados "mixtos" (epilepsia, parálisis general, alcoholismo especialmente) y está en el origen de un movimiento de liberalización en la práctica de los asilos (abandono del chaleco de fuerza por ejemplo).

Las psicosis o locuras propiamente dichas se dividen en dos grandes grupos: las locuras de los degenerados y las psicosis que se desarrollan en individuos que están, evidentemente, predispuestos pero cuya tara permanece latente (sin manifestarse por un desequilibrio psíquico particular y que no presentan estigmas físicos de degeneración). Estas comprenden:

-- la manía y la melancolía puras, que Magnan llama "elementos simples" para diferenciarlos de los *estados* maníacos y melancólicos, que representan síndromes incluidos en otras psicosis (parálisis general, epilepsia, degeneración y locura intermitente). Les consagra, por otra parte, pocos trabajos: una lección clínica¹³ sobre la manía nos indica igualmente que excluye de la forma simple la manía delirante y la exaltación maniaca (hipomanía), no manteniendo en aquella más que la manía típica que resume con la famosa fórmula "tout en dehors" [todo afuera].

--- El Delirio Crónico de evolución sistemática, uno de los grandes ejes de su clasificación pues con él son continuamente confrontados en su descripción los delirios de los degenerados. Le consagra numerosos trabajos: los estudiaremos más adelante. - las locuras intermitentes, "especie patológica que se caracteriza por la repetición en sujeto con predisposición latente, hasta entonces sano de mente, de accesos maníacos o melancólicos aislados o combinados de diversas maneras. . . Estos accesos pueden -ofrecer en su curso variedades de evolución que ciertos autores han considerado como suficientes para constituir especies patológicas distintas; es así que se admiten las locuras intermitentes, las locuras alternas, las locuras circulares, etc. . . ; pero puede probarse fácilmente con la historia clínica de los enfermos, que esas distinciones reposan en

caracteres seguramente demasiado ostensibles, demasiado llamativos, pero sin embargo secundarios y limitados a una fase episódica de la melancolía" ¹⁴. Se puede apreciar, por comparación con las concepciones bastante confusas de la Escuela de Illenau, la calidad de la delimitación clínica de este grupo. Magnan insiste en los caracteres que Falret había ya aislado perfectamente: la brusquedad del inicio y de la declinación del acceso (en relación al largo período prodrómico de las manías y melancolías simples), la amplia conservación de la integridad mental en los intervalos de los accesos. Finalmente, las locuras intermitentes, a menudo hereditarias, le parecen una transición entre las psicosis no degenerativas y las locuras de los degenerados.

Ahora resumiremos la descripción clínica del Delirio Crónico de Magnan ¹⁵, último avatar del delirio de persecución de Laségue, que alcanza así su máxima sistematización. Lo que caracteriza esa psicosis del "cerebro válido", es la larga resistencia que mostrará el sujeto a la irrupción mórbida, como lo indica "un curso regular, metódico, que presenta en su evolución sucesiva cuatro etapas bien delimitadas" ¹⁶:

- primer período: período de incubación y de inquietud, marcado por un malestar cenestésico general. Nervioso, excitable, inquieto, desconfiado, el sujeto, a diferencia del hipocondríaco, busca más bien en las influencias extrañas la causa de su sufrimiento. Comienza a interpretar todos los hechos que encuentra, que adquieren una significación personal. "Finalmente, la idea constante de una persecución, la permanente tensión de la mente por lo que oye, terminan por afectar el centro cortical auditivo: es la alucinación del oído" ¹⁷.

- segundo período: período de persecución. La alucinación, primero elemental (murmullos, susurros, cuchicheos), deviene verbal, permanente (monólogos, diálogos), acompañada de ilusiones auditivas, de eco del pensamiento. Rápidamente, perturbaciones

de la sensibilidad general, alucinaciones genitales, olfativas, a veces visuales (Magnan, a diferencia de Laségue, insiste sobre su existencia) completan el cuadro e implican la coordinación y luego la sistematización del delirio. Las reacciones son variables: "el delirante crónico pasa en general por las siguientes etapas: huye, se defiende, ataca" (p. 620). El delirio termina por estereotiparse: entonces aparecen los neologismos que el paciente crea, "no encontrando más en el lenguaje ordinario las palabras adecuadas al mundo de sensaciones nuevas en el cual vive" (p. 621); "el mundo real no existe más para él: enteramente librado a sus sufrimientos, indiferente a todo lo que no puede servir a la sistematización de su delirio, muestra un egoísmo desmesurado, y mantiene en relación a todos una actitud teñida de recelo" (p. 622), emplea mil subterfugios para luchar contra sus tormentos (cierre de los orificios corporales, gestos y palabras simbólicas, vigilia voluntaria, etc. . .). Finalmente, el debilitamiento físico que engendra esta lucha permanente, los efectos disociantes del eco del pensamiento y de las sensaciones cenestésicas insólitas quiebran su resistencia mental: el sujeto siente su personalidad cambiada.

disociada, infiltrada por entidades extrañas. En esta fase de desagregación sobreviene el:

-tercer período: período de grandeza. Las ideas de grandeza aparecen ya sea por deducción lógica (si tanto se lo quiere destruir, es porque él es un personaje importante). ya sea por la vía alucinatoria (Magnan señala que el sujeto resiste entonces a menudo cierto tiempo a las sugerencias de las voces), ya sea espontáneamente: el aislamiento autístico secundario y la disgregación mental que determinó el delirio suministran un terreno propicio para la eclosión de las ideas ambiciosas, señal de un cerebro "inválido". Las voces devienen entonces favorables, consoladoras, el delirio de persecución se atenúa. se borra poco a poco. Finalmente, el delirio se empobrece, se circunscribe, mientras que el comportamiento del enfermo cambia: la actitud, la fisonomía, el discurso y los actos son testimonio de su nueva posición.

- cuarto período: período de demencia. Poco a poco, la memoria se debilita, la actividad intelectual disminuye, limitándose a la repetición de algunas fórmulas estereotipadas. El enfermo está totalmente indiferente al medio, perdido en monólogos, actitudes, gestos Siempre idénticos; su discurso, sembrado de neologismos, es confuso e ininteligible.

El ciclo que muestra esta notable descripción puede durar veinte a treinta años; a veces, sin embargo, la evolución es más rápida; a veces, por el contrario, después de muchas décadas, "ciertos delirantes crónicos pueden todavía hablar razonablemente sobre temas diferentes a su delirio" (p.629). Un delirante célebre representa un ejemplo típico de ese ciclo mórbido: el presidente Schreber. Magnan insiste, por otra parte, en las numerosas variaciones del "color" del delirio "según la educación y el medio social... A fin de la Edad Media y del Renacimiento se hablaba de brujería, de espíritus malignos, de obsesiones y de posesiones diabólicas. . .; a fin del siglo XVIII, del mesmerismo y del fluido magnético; más tarde el espiritismo con sus espíritus inquietos, sus mesas movibles, formaban parte del arsenal del perseguido. En nuestros días, las luchas políticas, las grandes fuerzas naturales, el magnetismo, la electricidad, las numerosas aplicaciones de los agentes físicos y químicos han reemplazado a lo maravilloso . . . Los demonópatas, los licantropes no son más que perseguidos; pero mientras que el diablo, las brujas, los espíritus malignos atormentaban a los primeros, los perseguidos de hoy son atormentados por los jesuitas, los agentes secretos, los masones, los comisarios del pueblo"¹⁸. Es la estructura general y no el contenido lo que define una entidad clínica: volveremos a encontrar esta noción fundamental en la obra de Seglas.

Según Morel, la reunión de los retardos mentales con las perturbaciones del carácter y de la personalidad es lo que permite la constitución de la clase de los hereditarios-degenerados¹⁹. Los hereditarios-degenerados se reparten en cuatro clases: idiotas, imbeciles, débiles mentales y degenerados superiores; transiciones insensibles muestran la continuidad y la homogeneidad de este grupo. Las dos últimas clases están consagradas a las locuras degenerativas.

El estado mental del degenerado se caracteriza esencialmente por el "desequilibrio mental", la incoordinación psíquica, que se manifiesta en formas diversas que pueden agruparse en tres clases: "los primeros, inteligentes, instruidos, hombres a menudo notables por el talento y el saber, carecen completamente de sentido moral; genios a veces desde el punto de vista intelectual, son idiotas desde el punto de vista moral. Los segundos, son de una moralidad perfecta; pero su inteligencia está profundamente afectada. Se nota en ellos una desigualdad chocante de las facultades, una carencia absoluta de ciertas aptitudes, ya sea para las ciencias, ya sea para las letras, ya sea para las artes. En el tercer grupo, finalmente, no se revela a primera vista en el sujeto ninguna tara apreciable: todo parece armonioso, normal. Pero basta que advenga una emoción, una enfermedad, una simple debilidad física, incluso un acontecimiento fisiológico (aparición de la regla, menopausia, embarazo, etc. .) y, a continuación, el orden es perturbado, conmovido; el degenerado aparece con su cortejo de defectos psico-morales ²⁰". Conocemos ya los otros rasgos del desequilibrio: eretismo emocional, versatilidad,

excentricidades, inestabilidad, extravagancia. Es la interpretación neuro-fisiológica suministrada a esas diversas perturbaciones lo que las unifica entre sí y con los "estigmas

102

LOS FUNDAMENTOS DE LA CLÍNICA

psíquicos" (21), los síndromes episódicos de los hereditarios (obsesiones, impulsiones. fenómenos de detención: inhibición, perversiones sexuales). Tomemos el ejemplo de las perversiones sexuales, cuyo análisis sirve de modelo a la concepción de Magnan (22); distingue cuatro tipos:

- los "espinales", reducidos al reflejo medular, a la excitación del centro génito-espinal de Budge: masturbación de los idiotas, eretismo genital irreprimible de ciertos neuropatas (prurito vulvar, priapismo, orgasmos espontáneos). Esta forma excitativa se opone a otra inhibitoria (rigidez permanente o intempestiva).
- "los espino-cerebrales posteriores": la zona cerebral posterior, encrucijada de centros sensoriales, receptáculo de las imágenes mentales, y por lo tanto substrato de los instintos y de los apetitos, interviene esta vez. Su intervención sin control "anterior" provoca un acto instintivo, una impulsión brutal ante cualquier objeto de sexo diferente, bello o feo

(ninfomanía, *satiriasis*).

- los "espino-cerebrales anteriores": esta vez el punto de partida está en la corteza anterior, en los centros psíquicos; es una influencia psíquica, una idea, un sentimiento, una inclinación que lleva al acto fisiológico, como en el estado normal, pero esta influencia superior está aquí pervertida (perversiones sexuales en cuanto al objeto: fetichismo, pedofilia, inversión sexual, zoofilia o simplemente objeto inconveniente: adulterio impulsivo, desclasamiento social, etc..). En casos inversos, una idea obsesionante tiene un poder de inhibición inmediato sobre el deseo sexual.

- los "cerebrales-anteriores o psíquicos": "en este grupo, ya no se reconocen los instintos inferiores, se deviene incluso indiferente al acto de generación...; se está instalado en plena región frontal, en el dominio de la ideación (p. 168). Se trata de los extáticos, de los platónicos, erotómanos en el sentido antiguo (se sabe que Clerambault dio después un sentido preciso a ese término).

Este tipo de interpretación es el que sirve de base a la gran síntesis de los estados obsesionantes y fóbicos, impulsivos, inhibitorios (fenómenos de retardo de Magnan). Lo que los caracteriza efectivamente es el eretismo o la parálisis de un centro cortical de imágenes sensoriales o motrices, cuyo funcionamiento escapa así al control superior y a la voluntad consciente del sujeto, que sólo puede oponerle esfuerzos más o menos ineficaces. Se trata entonces, de hecho, de un nuevo avatar de la teoría del automatismo de Baillarger (de quien, no lo olvidemos, Magnan fue el alumno) pero en una versión traducida en "mitología cerebral". Inspirándose en los trabajos de Félix Voisin sobre las aptitudes notables de ciertos idiotas (calculadores, músicos, etc. . .), Magnan considera así la degeneración como una desorganización del eje cerebro-espinal, destrucción o inhibición de ciertos centros, eretismo de ciertos otros, etc.. . En el plano clínico, el resultado es notable: por primera vez esos innumerables síndromes de nombres griegos más o menos barrocos, con los cuales se hacían entidades autónomas²³, son reunidos en una sola "forma natural" y vinculados a una base mental particular²⁴.

Las locuras de los hereditarios degenerados forman cuatro clases:

- 1 - Idiotez, imbecilidad, debilidad mental;
- 2 - Anomalías cerebrales (estado mental de los desequilibrados);
- 3 - Síndromes episódicos, que acabamos de estudiar;
- 4 - Delirios propiamente dichos: nacen del desequilibrio mental y sacan del mismo los caracteres particulares que permiten reconocerlos clínicamente. Pueden presentar cuatro tipos de fisonomía clínica:

a) estados de excitación maníaca o de depresión melancólica que se caracterizan por su forma razonante: la excitación permanece lúcida y bien coordinada (hipomanía) y se

manifiesta principalmente a nivel de los actos, marcados de inmoralidad y de perversiones; la depresión forma la variedad llamada "con consciencia" (hoy se la llamaría neurótica).

b) sobre los temperamentos degenerativos particulares que constituyen la locura moral y la manía razonante puede surgir el delirio de los "perseguidos-perseguidores", perfectamente estudiado por Falret y Pottier. 1 "delirio sistematizado, único, fijo, sin tendencia evolutiva" (análogo a la idea obsesionante): se trata de la instalación brutal, sin incubación anterior, de una suerte de idea fija, análoga a una obsesión; el inicio es a menudo muy precoz (paranoia originaria de los alemanes). La evolución es inexistente: hay fijeza o remisiones, pero no transformación. El contenido de la "idea prevalente" es diverso; idea ambiciosa, hipocondríaca, de persecución ²⁹.

d) finalmente, una forma particular que Magnan es el primero en aislar y al cual consagrará extensas descripciones: un "delirio primario, múltiple, polimorfo, a veces de corta o a veces de larga duración, pero sin sucesión evolutiva determinada": "gran número «delirios tienen por carácter principal aparecer bruscamente, sin preparación ninguna, en medio de la calma más perfecta. En algunos días, en algunas horas, un desorden completo arrastra al enfermo al seno de las más extrañas concepciones. Todas las formas de delirio pueden observarse: maniaco, melancólico, místico, erótico, de persecución, ambicioso. El delirio puede ser simple, es decir, no estar constituido más que por una sola de esas ideas; a menudo, es múltiple, polimorfo. Las ideas delirantes se suceden, se enredan, se mezclan: las ideas ambiciosas son contemporáneas de las ideas de persecución; las preceden o las siguen, después desaparecen para reaparecer nuevamente; ideas hipocondríacas, místicas, etc. . . ., se mezclan o se les agregan confusamente, sin ningún orden. Estos delirios pueden ser exclusivamente intelectuales, sin el menor rastro de perturbaciones sensoriales. Cuando las alucinaciones se desencadenan, es casi siempre por bouffées, súbitamente; en esos casos no hay ninguna sistematización; por el contrario, hay una confusión extrema de las ideas, secundaria a la invasión de la consciencia por las alucinaciones múltiples. Nacidos sin incubación, instantáneamente, estos delirios cesan de la misma forma, pero pueden más tarde reproducirse, ya sea en una forma idéntica a la primera o bajo un aspecto diferente . . . Retengamos solamente estos caracteres: delirio nacido repentinamente, por lo común múltiple y proteiforme, sin tendencia marcada a la sistematización, rápidamente extinguido" ²⁶.

Todo opone entonces los "delirios repentinos" (variedad c y d) al Delirio Crónico: instalación, curso, dimensión clínica, terreno, mecanismo incluso (los delirios de los degenerados son a menudo no alucinatorios) ²⁷.

Los delirios polimorfos, aunque fueran efímeros (*bouffées delirantes*) o prolongados, pueden recidivar, y lo hacen a menudo, sin dañar la integridad mental. A veces sin embargo, al poco tiempo dejan lugar a una "demencia precoz" (cf. Morel), pero Magnan no insiste casi en esta cuestión.

Si para concluir intentamos sacar las conclusiones de esta obra ejemplar, definiremos sin dificultad su carácter esencial: junto al marco etiológico y clasificatorio sacado de Baillarger y de Morel, es como formas clínico-evolutivas que son aisladas las entidades constituyentes y esto es lo que determina su importancia. El espíritu de J. - P. Falret está ahora sólidamente implantado en la psiquiatría francesa: de aquí en más se discuten cuadros clínicos precisos. Si comparamos, por ejemplo, la obra de Magnan con la Escuela

de Illenau, surgirá rápidamente hasta qué punto nociones como la paranoia o las locuras periódicas, constituyen conglomerados heterogéneos y mal definidos, el tipo preciso de grupos artificiales cuyo desmembramiento reclamaban los Falret.

Queda en pie que el punto de vista sintético, tomado de Baillarger y Morel, pueda sugerir el cierre del trabajo de investigación. Veremos a la Escuela de la Salpêtrière surgida directamente de J. Falret, atacar a Magnan en diversos puntos. Chaslin manifiesta bien ese punto de vista en su tratado de 1912²⁹, desde el título general (Elementos) hasta el exergo ("He dicho que es necesario contentarse con describir ciertos enfermos y no ensayar clasificarlos de manera rigurosa")³⁰, en las secciones de su clasificación (perturbaciones mentales de causa reconocida, perturbaciones mentales de causa desconocida) o en la magnífica conclusión de su introducción: "Al final de los tipos clínicos. inserté algunas observaciones sobre las cuales me es difícil ubicar una etiqueta ordinaria (cap. XIV: "Tipos clínicos de daño"); dejo así la puerta abierta en lugar de cerrarla, como pasa corrientemente en las obras didácticas. Si se prefiere una comparación distinta, este capítulo de formas inhabituales o de daños (todo alienista encuentra este género de cosas) es una pequeña ofrenda en el altar del dios desconocido: él es el único a quien consiento adorar" (p. VIII).

Puede ser ésta quizás una de las consecuencias de la enseñanza de los Falret sobre la cual no hemos llamado suficientemente la atención: se trata de la ruptura que se introduce entre clínica y nosología o clasificación. Desde Pinel, ambos enfoques estaban estrechamente ligados pues eran complementarios: se trataba de la delimitación interior de un todo unitario. Con Falret, se introduce en el enfoque clínico una segunda distinción metodológica: esta vez no ya entre observación y explicación, sino entre análisis y síntesis, y es la escuela francesa la que parece haber recibido mejor esta lección³¹.

1 Por ejemplo Sobre la onomatomanía o la inversión sexual; cf. en *Recherches sur les centres nerveux*, Segunda serie, 1893, p. 173 y 278.

2 El objetivo de Charcot es precisar síntomas típicos, propios de la entidad mórbida, que no se puedan confundir con los de otra enfermedad y poner fin así a la concepción de la histeria "Proteo indefinible" que puede imitar todo. Su escuela terminará ese trabajo, que Briquet y Laségue ya habían comenzado.

3. Freud, gran admirador de los métodos clínicos de Charcot, operará de la misma forma para construir su nosología de las neurosis y distinguir neurastenia, neurosis de angustia, neurosis obsesional y fobia. Cf. su artículo sobre la neurastenia y la neurosis de angustia en *Neurosis, psicosis y perversión*, PUF, 1973. Particularmente, p. 36 a 38.
4. Citado por Gilíes de la *Tourette, Etat mental des hystériques*, 1891, p. 70-77.
5. Cf. Gilíes de la Tourette. *L'hystérie normale inrerparoxystique*, 1891.
6. Cf. para las crisis. P. Richer, *Erudes cliniques sur la grande hystérie*, 1883. 7. El artículo de Laségue. muy involucrado por esa polémica: "Les hystériques. leurs perversités. leuis mensonges", *Ecrits psychiatriques*, 1881, p. 165, es un testimonio de eso.
8. Se conoce la importancia de los trabajos de Charcot sobre la histeria masculina (de la cual está, por otra parte, lejos de ser el inventor) y especialmente sobre el histero-traumatismo. La preeminencia femenina le parecía incluso finalmente dudosa. Cf. *Legons du mardi*, 1892, y el tercer volumen de *"Lefons sur les maladies du système nerveux"*, 1887.
9. Cf. Gilíes de la Tourette, op. cit. cap. XI, H. Colín, *Etat mental des hystériques*, 1890; o las reflexiones de Breuer v Freud en los *Estudios sobre la histeria*. 10. "De la coexistence de plusieurs delires de nature différente chez le même aliéné". *Recherches*, 1890, p. 407.
11. Reproducidas en *Legons cliniques*, Primera serie, 1893, p. 203.
12. Su alumno Garnier describirá las "ebriedades patológicas" en su libro *La folie a Paris*, 1890. El 13. estudio clínico de los estados tóxicos será una tradición en la escuela de Magnan (cf. en particular los trabajos de Clérambault .) 14. *Lecons cliniques*, 1893, p. 193.
15. "De la folie intermitente", Informe al Congreso Internacional de Medicina de 1890, *Recherches*, p. 499.
16. Garnier la llama "psicosis sistemática progresiva", término que preferirán algunos autores (Regis, Cullère, Ballet). 17. *Legons cliniques*, 1893, p. 193.
18. Magnan y Sérieux, "Le delire chronique á évolution systématique". *Traite international de psychologie pathologique* de A. Marie, 1911, II, p. 615.
19. *Legons cliniques*, 1893, p. 193. Cf. también en el gran cuadro comparativo de los temas antiguos y modernos de los delirios, p. 194.
20. La unión de los dos términos tiende a recordar que si la degeneración es generalmente hereditaria, puede también ser adquirida, heredando el sujeto de si mismo, según la expresión de Laségue. Cf. "LesCérébraux", *Études médicales*, 1880,1, p. 567 a 584.
21. *Legons cliniques sur les delires systématisés*, 1897, p. 40-41. 21. No nos detendremos en los estigmas físicos, cada vez más numerosos, descriptos en esa época. Cf. Seglas *Legons cliniques*, cap. XXI y XXII o el cap. V, "Dégénérescences et psychopathies" del *Traite international de psychologie pathologique* de A. Marie, 1911, p. 495 a604. 22. "Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles", *Recherches*, 1885, p. 151. 23. Cf. los catorce apartados del gran cuadro sinóptico de Magnan, reproducido frecuentemente. Por ej. en: *Legons cliniques*, 1893, p. 216; *Recherches*, p. 150.
24. Morel, es verdad, con su delirio emotivo y especialmente J. Falret habían comenzado ese trabajo de síntesis.
25. Cf. la décima primera de *lasLegons cliniques*, 1893, p. 347 a 358. La expresión "idea prevalente" y es de Wernicke; Clérambault hablará de postulado ideo-afectivo. 26. *Legons cliniques sur les delires systématisés*, 1897, p. 92-93.
27. Magnan se contenta con señalar la existencia de dos variedades, delirios intelectuales y delirios psicosenoriales (ibid., p. 173). Es su alumno Sérieux quien aprovechará esta idea (cf. cap. XIV).
28. Una buena parte, entonces, de esas bouffées delirantes y delirios polimorfos entra en las locuras periódicas de los alemanes, lo que explica el carácter degenerativo acentuado que ellos les otorgan.
29. *Eléments de sémiologie et de clinique mentales*. 30. La frase es de Morel, pero proviene de los *Etudes cliniques* de 1852, escritos bajo la influencia directa de J.-P. Falret. 31. Antes, al menos, de su decadencia "órgano-dinámica".

Capítulo 12

KRAEPELIN ANTES DE 1900

En 1883 aparece el *Compendio de psiquiatría* de Emil Kraepelin; un pequeño manual de alrededor de 380 páginas de formato 16. En 30 años conocerá ocho ediciones y se transformará, por aumentos sucesivos, en un grueso tratado de dos mil quinientas páginas (formato 8) en cuatro volúmenes. Nada puede ilustrar mejor el inmenso trabajo cumplido por su autor para poner en orden el campo de las enfermedades mentales, en el curso de una labor cuestionada sin cesar y sin cesar retocada: ninguna edición deja de tener una modificación nosológica, a veces secundaria, cuatro veces al menos, capital.

Al principio las posiciones de Kraepelin¹ son bastante próximas a las que tomará Ziehen en 1894 (cf. cap. 10): su clasificación sigue siendo una de las más clásicas, conservando sus distancias en relación a las innovaciones de la escuela de Illenau. Distingue:

- 1 - Estados depresivos: melancolía simple y delirante;
- 2 — Estados crepusculares:
 - a - estados de sueño patológico (hipnosis, sonambulismo, ebriedad comatosa), b — estados crepusculares histéricos y epilépticos, c - estupor y éxtasis, d - demencia aguda;
- 3 - Estados de excitación:
 - a - melancolía agitada,
 - b - manía,
 - c - estados de excitación de los delirium (febril o alcohólico);
- 4 - Psicosis periódica:
 - a - manía periódica, b - melancolía periódica, c — locura circular;
- 5 - Delirio sistematizado (*Verrücktheit*, primitivo);
- 6 - Demencia paralítica;
- 7 — Estados de debilidad psíquica:
 - a - anomalías evolutivas (idiotéz, imbecilidad, debilidad, inversión sexual),

- b — locura moral y delirio de querulancia,
- c - estado neurasténico (obsesiones),
- d - estados de debilidad psíquica secundaria (*Verrücktheit y Blódsinn* secundarios).

Se observará inmediatamente que se trata de una clasificación puramente sindromática, próxima de aquellas que hemos estudiado en nuestra primera parte y en particular —debido a su distinción de los estados agudos (tres primeras clases), periódicos (clase 4), crónicos (clase 5) y deteriorativos (clases 6 y 7), y por lo tanto a la utilización del parámetro diacrónico- próxima a la de Griesinger. Esto es lo que explica: -- la clase de los estados de excitación, reunidos sobre la base de este único síntoma. — el lugar de la parálisis general entre los delirios sistematizados y los estados de debilitamiento, ya que se trata de un delirio demencial. — la gran clase de los "estados de debilidad psíquica" que subsume formas primitivas, secundarias o involutivas (se recuerda que también Guislain agrupaba idiotez y demencia en la misma categoría).

Es, efectivamente, cierto análisis psicológico lo que estructura esta nosología. Kraepelin es un alumno de Wundt, que le habría sugerido la redacción del *Compendium*. Como Pinel, está persuadido de que es indispensable una investigación psicológica para la comprensión de las enfermedades mentales y que la psicología "normal" puede así suministrar herramientas conceptuales para el análisis clínico.² Por eso, tomando el modelo de la psicología experimental de Wundt, se preocupará por hacer experimentaciones psicológicas en psiquiatría (es decir, diversas medidas psicométricas en los diferentes estados mórbidos). Constantemente volveremos a encontrar en su obra una preocupación por el análisis psicológico. La segunda edición (1887) registra grandes modificaciones:

- 1 - Melancolía: simple, agitada, con estupor;
- 2 - Manía;
- 3 — Delirium:
 - a - febril,
 - b - tóxico,
 - c - transitorio;
- 4 - Estados de agotamiento agudo:
 - a - delirio agudo,
 - b - delirium del colapso,
 - c - confusión (*Verwirrtheit*) asténica,
 - d - demencia aguda;
- 5 - *Wahnsinn*:
 - a - depresivo,
 - b - expansivo,
 - c - alucinatorio;
- 6 - Locuras periódica y circular:
 - a - locura periódica (manía, melancolía, *Wahnsinn*),
 - b — locura circular
- 7 - Delirio sistematizado (*Verrücktheit*):
 - a — formas depresivas,
 - delirio de persecución alucinatorio,
 - delirio de persecución combinatorio,

- delirio hipocondríaco,
- delirio de querulencia,
- b — formas expansivas: delirio de grandeza alucinatorio, combinatorio y *Vernicktheit* originaria;
- 8 - Neurosis generales:
 - a - locura neurasténica (obsesión),
 - b — locura histérica (incluyendo *Vernicktheit* histérica),
 - c - locura epiléptica;
- 9 — Intoxicaciones crónicas: alcoholismo, morfínismo, cocainismo;
- 10- Demencia paralítica;
- 11 - Estados de debilitamiento:
 - a - demencia senil,
 - b - lesiones cerebrales,
 - c - estados de debilitamiento secundario;
- 12 - Retardo del desarrollo psíquico:
 - a - idiotez,
 - b - cretinismo,
 - c - debilidad mental constitucional (con locura moral y locura impulsiva).
 - d - inversión sexual.

Debe primero señalarse la acrecentada preocupación por la precisión que testimonia esta nueva clasificación, pero, sobre todo, puede notarse un neto alineamiento con las posiciones de Krafft-Ebing:

- se vuelve a encontrar, en las cinco primeras clases, las "psiconeurosis" de aquél;
- en las clases 6 y 8, sus "degeneraciones psíquicas";
- las clases 9 y 11 representan las psicosis orgánicas (con los debilitamientos secundarios);
- finalmente las detenciones del desarrollo forman una clase aparte en la cual se incluyen perversiones sexuales y locura moral;
- a nivel del detalle, debe notarse igualmente la inclusión de las obsesiones en la locura neurasténica, la separación de las psicosis delirantes agudas (*Wahnsinn*), de las crónicas (*Vernicktheit*), de acuerdo a las ideas (y a la terminología) de Krafft-Ebing. Como en éste, el criterio etiológico y el criterio clínico quedan mal delimitados y sirven alternativamente para la clasificación (cf. el detalle de los delirium, de los estados de agotamiento o de los estados de debilitamiento). Por lo tanto el pensamiento de Kraepelin evolucionará a partir de la doctrina clásica de Illenau.

La tercera edición reproduce prácticamente la segunda, con algunas modificaciones menores: la confusión alucinatoria cambia su lugar con el delirio agudo, la catatonia pasa de la clase de las *Vernicktheit* a la de los *Wahnsinn*, conforme a las ideas de Schule.

La cuarta edición (1893) registra algunas modificaciones de detalle (simplificación de los delirium, de los estados de agotamiento, de los *Wahnsinn*; complicación de las *Vernicktheit* y de los estados de debilidad psíquica congénita), y especialmente una mutación fundamental: Kraepelin intercala entre las paranoias (él también adopta este término para las *Vernicktheit*) y las neurosis generales una nueva clase: los procesos psíquicos degenerativos. Estos comprenden tres formas:

a - *Dementia praecox*: forma ligera y forma grave (hebefrenia),

b- Catatonía,

c — *Dementia paranoides*: "en estos casos, después de un período depresivo inicial, se instala rápidamente una floración de ideas delirantes quijotescas, absurdas y constantemente cambiantes, primero construidas alrededor de interpretaciones e ilusiones de la memoria. Aparte de ocasionales explosiones de cólera, el delirio pierde muy rápidamente toda influencia sobre el comportamiento y las acciones del enfermo. Después del desarrollo inicial bastante rápido, no se constata ni evolución ni progreso verdadero en la enfermedad. El estado mórbido puede mantenerse casi sin cambios durante una década o más. La claridad de la consciencia y el comportamiento exterior permanecen práctica-mente sin cambios, a pesar de las ideas delirantes completamente incoherentes acompañadas de una producción masiva de neologismos". No se notan signos catatónicos en esta forma. El enfermo aparece subexcitado y el debilitamiento no es muy profundo. Como contrapartida, los debilitamientos físicos secundarios (paranoia y demencia secundarias) desaparecen de la clasificación, absorbidos por entero por la constitución del «evo grupo. Ya desde mucho tiempo antes, Kraepelin y otros autores habían insistido sobre la considerable diferencia existente entre los delirios sistematizados primitivos, en los que la integridad afectiva e intelectual se conservaba, y los estados secundarios, pálidos, descoloridos", en los que la personalidad se encuentra fuertemente disociada; esto justificaba su clasificación aparte. Pero la constitución del nuevo grupo lleva fuertemente la impronta del pensamiento de Kahlbaum que, a partir de ese momento, ejercerá una profunda influencia sobre la evolución de Kraepelin; está efectivamente construido sobre la idea de que el estado terminal caracteriza un proceso mórbido y que puede ya preverse desde su origen en base a pequeños signos. La reunión de la hebefrenia y de la catatonía de Kahlbaum bajo una descripción original, la *dementia paranoide*, se hace (lo veremos) en base a la comunidad de estructura de los estados terminales, pero también a la sintomatología nuclear de esas tres formas.

Se recordará que Krafft-Ebing mantenía como criterio nosológico tres parámetros: la anatomía patológica, la etiología y en último grado la clínica, pero consideraba esta última a la manera de Pinel o de Griesinger. Kraepelin, que retoma casi término a término el razonamiento, modificará esencialmente esta concepción de la clínica, apoyándose en Kahlbaum, es decir en Falret; para él de allí en más se tratará de la entidad clínico-evolutiva, y lo veremos rechazar, como Kahlbaum, en la quinta edición de 1896, todo el grupo de las "psico-neurosis", simples síndromes clínicos que pueden pertenecer a diversas entidades evolutivas, por ende a diversas enfermedades, únicas dignas de figurar en la nosología. Así se completará en Alemania la eliminación de los últimos rastros de las concepciones surgidas de Pinel y de Esquirol; la forma específica que toma esta enunciación se debe a la persistencia, a través de Kahlbaum, de la influencia de Griesinger.

La quinta edición (1896) propone entonces un esquema general que servirá de base a todas las que la siguieron:

A — Enfermedades mentales adquiridas:

1 - Estados de agotamiento:

a - delirio del colapso,

b - *Amentia* (confusión aguda),

c - demencia aguda,

d - agotamiento nervioso crónico (neurastenia e hipocondría adquiridas);

2 — Intoxicaciones:

a - agudas (delirium febril y tóxico),

- b - crónicas (alcoholismo, morfinismo, cocainismo);
- 3 - Enfermedades de la nutrición:³
 - a - locura mixedematosa,
 - b - cretinismo,
 - c - procesos *demenáales(Verbbdungprvcesse):dementia precoc,* catatonía, demencia paranoide,
 - d - demencia paralítica;
- 4 - Locuras de las lesiones del cerebro;
- 5 - Locuras de involución:
 - a - melancolía,
 - b - demencia senil;
- B - Enfermedades mentales congénitas:
 - 1 - Enfermedades mentales constitucionales:
 - a - locura periódica: maníaca, melancólica, circular,
 - b - paranoia: formas combinatorias (incluyendo el delirio de querulancia), formas fantásticas (incluyendo el Delirio Crónico de evolución sistemática);
 - 2 - Neurosis generales:
 - a - locura epiléptica,
 - b - locura histérica,
 - c - neurosis por susto (neurosis traumática);
 - 3 - Estados psicopáticos (degeneración):
 - a - desequilibrio constitucional,
 - b - locura obsesionante,
 - c - locura impulsiva,
 - d - inversión sexual;
 - 4 - Detenciones del desarrollo psíquico.

Diversos puntos merecen comentarios:

- señalemos primero que volvemos a encontrar las dos grandes clases de psicosis adquiridas (o exógenas, como se dirá diez años más tarde, y que Baillarger habría llamado sintomáticas) y de psicosis constitucionales (degenerativas o endógenas), que estructuran todas las nosologías de la época.
- la audaz (y efímera) categoría de las enfermedades de la nutrición reagrupa las psicosis tiroideas, parálisis general y procesos demenciales (término que Kraepelin prefirió al de procesos degenerativos) concebidos como debidos a una auto-intoxicación.
- las psiconeurosis, ya lo hemos dicho, desaparecen de la clasificación: simples síndromes, aquellas que no entran en el marco de los estados confusionales tóxico-infecciosos o de agotamiento (clases 1 y 2), se reparten entre la psicosis maniaco-depresiva, la paranoia y los procesos demenciales: su evolución y su estructura clínica deben permitir el diagnóstico. Sólo la melancolía de involución, vinculada con los estados involutivos seniles, permanece como forma depresiva autónoma y con una sintomatología particular
- la locura obsesionante, que vuelve a integrar las degeneraciones constitucionales y la neurastenia, también simple síndrome (es la concepción de Charcot), desaparecen del grupo de las neurosis. Por el contrario, la neurosis por susto (*Schreckneurose*: neurosis traumática de Openheim) hace su entrada; los psiquiatras alemanes, en efecto, cuestionaban su asimilación por Charcot a la histeria.⁴
- finalmente, la paranoia se encuentra dividida en formas combinatorias (interpretativas) y formas fantásticas (alucinatorias); desde hacía ya mucho tiempo (Mendel desde 1883)

Los alienistas alemanes las distinguían y Kraepelin las describía desde 1887, pero para la división de conjunto, había hasta aquí seguido a Krafft-Ebing (formas depresivas y expansivas). La división de la paranoia en función de la estructura clínica prepara la etapa siguiente: efectivamente, son las formas fantásticas las que especialmente engendran las demencias vesánicas" secundarias (neologismos, autismo, disgregación y transformación de la personalidad: cf. el Delirio Crónico de Magnan).

La sexta edición (1899) es la edición clásica del tratado de Kraepelin⁵: las concepciones generales que propone darán la vuelta al mundo y se impondrán en todas partes; la escuela francesa, sola, resistirá mucho tiempo y terminará incluso por obtener una conversión parcial de Kraepelin, que sus alumnos no seguirán, La estudiaremos en detalle. Demos primero su esquema general:

- 1 - Locuras infecciosas (delirium febril e infeccioso, debilitamiento infeccioso),
- 2 - Locuras de agotamiento (delirio agudo, *amentia*, neurastenia adquirida),
- 3 - Intoxicaciones,
- 4 - Locuras tiroideas,
- 5 - *Dementia praecox*,
- 6 - Demencia paralítica,
- 7 - Locuras de las lesiones del cerebro,
- 8 - Locuras de involución (melancolía, delirio de perjuicio presenil, demencia senil),
- 9 - Locura maníaco-depresiva,
- 10 - Paranoia,
- 11 - Neurosis generales,
- 12 - Estados psicopáticos (locura degenerativa),
- 13 - Detenciones del desarrollo psíquico.

Fuera de la primera clase, separada del marco de las intoxicaciones y del desmembramiento de las "enfermedades de la nutrición", se trata de hecho de las mismas rúbricas de las de la edición en 1896; como veremos, el contenido de tres de estas rúbricas ha cambiado (demencia precoz, paranoia, locura maníaco-depresiva). Pero el abandono ??minal de las audacias de la precedente edición no impide a Kraepelin conservar la misma concepción general, esta vez a título de probabilidad verosímil. Su posición es simple, ya la hemos encontrado en Krafft-Ebing: "ya que hasta aquí las investigaciones, ni anatomía patológica ni en etiología ni en clínica, están bastante avanzadas como para darnos un fundamento seguro para la clasificación de las perturbaciones mentales, debemos, para llevar nuestra obra a término, utilizar los recursos que serán puestos a nuestra disposición desde esos tres lados"⁶.

Oponen entonces las enfermedades mentales adquiridas, de origen exógeno, a las enfermedades mentales congénitas, de origen endógeno. El segundo grupo comprende las psicosis degenerativas (clases 9 a 13) que se pueden encontrar en todos los autores de la época. El primer grupo se divide en dos subgrupos:

el primero es la consecuencia de los factores tóxico-infecciosos (clase 1 a 3) o auto-tóxicos (clase 4);

-- el segundo depende de supuestas lesiones del cerebro (clase 6 a 8).

- Queda la *Dementia praecox*: su terminación deficitaria hace sospechar la existencia de lesiones cerebrales, sin duda todavía desconocidas,⁷ pero muy verosímiles. El terreno en

general intacto en que aparece, sus formas de inicio (neurasténicas, confuso-alucinatorias) hacen probable un factor tóxico, sin duda auto-tóxico (metabólico). A eso se debe su situación intermedia, al lado del cretinismo que también reposa sobre una perturbación metabólica y tiende a producir lesiones cerebrales irreversibles; al lado también de la parálisis general, con sus delirios demenciales absurdos e incoherentes. Todo esto era efectivamente muy racional: en lugar de condenar el pensamiento de una época, puede ser interesante ensayar comprenderlo, es decir comprender qué intentaba pensar, y con qué medios; dejaremos entonces a los expertos en "predicción del pasado" sus interpretaciones salvajes.

Volvemos a encontrar en Kraepelin los dos grandes grupos que el conjunto de los autores de este período deben a Baillarger y Morel. El aspecto particularmente sistemático de su pensamiento hace que ellos no dejen ningún resto y que recubran el conjunto de la patología mental. Señalamos que no se trata tanto de dos clases opuestas como de una serie donde se pasa progresivamente de la predominancia de un elemento causal a la predominancia del otro: la predisposición está presente por doquier, incluso en las tres primeras rúbricas, las más exógenas; todavía más netamente en las rúbricas 4 a 8 (predisposiciones a los accidentes vasculares cerebrales, por ejemplo, o a la demencia senil); por otra parte: la psicosis maniaco-depresiva, la paranoia se desencadenan en un momento preciso de la vida; son degenerativas pero no originarias; los factores exógenos entran por lo tanto en su producción, como en la de los síntomas de las grandes neurosis donde el fondo mórbido es sin embargo permanente.

Examinemos ahora las tres entidades problemáticas del sistema de Kraepelin:

1 - La *paranoia* sólo comprende los delirios sistematizados combinatorios de la clasificación precedente. Se trata de un grupo homogéneo del cual Kraepelin podrá dar una definición precisa: "desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de romper, que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, la voluntad y la acción".⁸ Este último carácter es el que lo lleva a "separar de las demás", en tanto paranoia en sentido estricto, las formas de desarrollo lento que no conducen a estados manifiestos de debilitamiento intelectual. El resto, muy abarcativo, representa las enfermedades paranoides⁹ que, por muchas particularidades clínicas, presentaban parecidos evidentes con la demencia precoz: hasta mayor información, creo deber incluirlas como formas paranoides de la demencia precoz" (ibid., p. 210).

La paranoia, enfermedad constitucional, reposa sobre dos mecanismos fundamentales: el delirio de referencia (delirio de significación personal) y las ilusiones de la memoria (10) (confabulaciones), que producen los diferentes temas de persecución, de celos, de grandeza (profetas, inventores, reformadores, grandes hombres), de erotomanía y la forma especial del delirio de querulancia (perseguidos-perseguidores de los franceses). Se trata siempre de una enfermedad crónica.

2 - La *Locura Maniaco-Depresiva* reagrupa, alrededor de los estados maníacos y depresivos, todos los estados agudos ("psiconeurosis") no confusionales que no constituyen estados sindrómicos de la demencia precoz. Kraepelin rechaza, en efecto, la existencia de manía o de melancolía simples con el argumento de que se observa siempre, tarde o temprano, recidivas y que un examen más cuidadoso revela la existencia

Las fases depresivas o expansivas de débil intensidad a lo largo de la vida del enfermo; por una parte, el acceso es siempre bipolar a pesar de que las variaciones alternativas sean a veces suficientemente ligeras como para pasar desapercibidas; finalmente, la dimensión clínica es siempre idéntica, ya se trate de locura circular, intermitente o de accesos aislados. La melancolía de involución debe su autonomía (provisoria: en 1913 Kraepelin se decidirá a incluirla en la maníaco-depresiva) a la ausencia de episodios de excitación en curso o su terminación, o de antecedentes depresivos o excitativos. Pero, en la edición que estudiamos, Kraepelin agrega a la descripción de las formas fundamentales unipolares, los estados mixtos. Parte de la idea de que los accesos maníaco-depresivos están constituidos por tres tipos de perturbaciones fundamentales: perturbación del humor (emotividad), de la ideación, de la voluntad (psicomotores); por ejemplo, depresión del humor, lentificación ideica, inhibición psicomotriz (depresión ???) o exaltación del humor, fuga de ideas, excitación psicomotriz (manía pura). Pero, en diferentes circunstancias, se podría observar diferentes asociaciones de estas perturbaciones fundamentales:

en el paso de un polo al otro del acceso bipolar, la inversión de los síntomas puede no ser sincrónica; se obtiene entonces diferentes mezclas de síntomas de las dos fases. ??? existen casos en que todo el acceso es mixto. Algunos son conocidos desde hace mucho tiempo: melancolía agitada, manía confusa, donde el curso de las ideas está netamente perturbado; manía colérica, donde un humor depresivo se une a la excitación general; Kraepelin describirá entonces diversas formas que son innovaciones clínicas interesantes estupor maníaco, melancolía con fuga de ideas, manía con inhibición motriz). Pero sobre todo, junto a estas formas delimitadas, la noción misma tiene otra utilidad, determinada por su flexibilidad (puede pensarse en inhibiciones o exaltaciones parciales, por la afección de otras "funciones mentales", en las ideas delirantes, especialmente, que pueden suministrar otras combinaciones). Se tratará esencialmente de hacerle recubrir el ???to de los estados que los alemanes incluían hasta entonces en las locuras intermitentes periódicas. En sus ediciones precedentes, Kraepelin describía en ese marco los Wahnsim periódicos (1887) o los delirium periódicos. Hemos visto que para los autores alemanes Magnan se los reprochaba por otra parte) la periodicidad representa una categoría en sí, dependiente de la presentación clínica (11). Los estados delirantes y alucinatorios agudos que no desembocan en un delirio crónico o en un estado deficitario y que Kraepelin había, en 1896, incluido en la demencia precoz, encontrarán así un lugar: el tercer caso en el capítulo "Estados mixtos" de las Lecciones clínicas de Kraepelin 12 es una bouffée delirante polimorfa de Magnan totalmente típica (p. 96 a 99). De manera característica el criterio evolutivo y un análisis psicológico cuyo carácter atomista se señalará de pasada ???undtien) permiten agrupar síndromes clínicamente heterogéneos en una "entidad mórbida".

3 - La Demencia Precoz: como ya dijimos, a partir de esta sexta edición Kraepelin agrega al grupo de los procesos demenciales, que llama desde entonces demencia precoz (13) las paranoias alucinatorias (delirios sistematizados fantásticos) como segunda forma paranoide, junto a la demencia paranoide. La razón de esto es que ellas desembocan principalmente en estados terminales muy parecidos (delimitación por el estado terminal: cf. Kahlbaum), pero también que se encuentra en ellas nuevamente síntomas fundamentales idénticos (reagrupamiento en base a un análisis psicológico): "Creo no equivocarme al considerar que la ausencia de perturbación primitiva de la voluntad en la paranoia, está en estrecha relación con la ausencia de delirio de posesión corporal. La idea de que fuerzas extrañas actúan, como lo haría la telepatía, sobre el organismo, sobre las sensaciones, los

pensamientos, los actos voluntarios, no es para mí más que la expresión de esa misma perturbación de la voluntad que se reconoce en todas las manifestaciones exteriores de los dementes precoces. En la verdadera paranoia ya he observado algunas veces la idea de una influencia que proviene de alimentos envenenados, pero jamás, en cambio, la concepción de estar librado, como un juguete inerte, a la dominación de una personalidad extraña. Las ideas de perjuicio pueden ser extremadamente novelescas e increíbles, pero se mantienen sin embargo siempre, así como las ideas de grandeza, en el marco de las cosas posibles y naturales; las ficciones de pura fantasía son excepcionales. La personalidad corporal o psíquica, si puede ser afectada o crecer, devenir el objeto del odio o revestirse de una alta dignidad, sigue siendo lo que era en su naturaleza íntima. El enfermo está esclarecido sobre su misión, sobre las trampas que se le tienden, sobre las promesas que se le hacen, sobre sus reivindicaciones, pero su personalidad misma no es sometida a ninguna transformación, como sucede a menudo en la demencia precoz. La psicosis no alcanza por lo tanto y no altera el centro de la personalidad; produce solamente una falsificación mórbida de la concepción del mundo".

No retomaremos la notable descripción clínica de las formas de la demencia precoz que da Kraepelin: prácticamente no se le ha agregado nada después y se la encuentra entonces en todos los manuales actuales¹⁴. Se puede sin embargo insistir sobre algunos puntos:

- la distinción de los síntomas fundamentales (repliegue afectivo, indiferencia, afeción consecutiva de la voluntad: falta de voluntad, perturbación del curso del pensamiento y del razonamiento, "pérdida de la unidad interior") y de los síntomas accesorios (alucinaciones, ideas delirantes, automatismos gestuales catatónicos, accesos depresivos o excitativos, impulsiones) está netamente afirmada: no proviene de Bleuler; éste, por el contrario, intentó oponer signos primarios (perturbación generadora fundamental directamente surgida de la lesión) y secundarios (reacción de la personalidad), lo cual es mucho más aleatorio.
- en la demencia precoz se incluyen los estados agudos (psiconeurosis) de los antiguos autores que terminan en un estado disociativo secundario, pero también todos aquellos que parecen curar pero cuya presentación clínica es homóloga a las formas cardinales de la enfermedad (síntomas catatónicos, síndrome de influencia, delirio de persecución física, perturbaciones afectivas, perturbaciones del curso del pensamiento). Son consideradas dos entonces como brotes mórbidos resolutivos, que no dejan más que un déficit muy ligero para ser manifiesto, lo que representa más una manera de ocultar el problema que una solución satisfactoria.
- la naturaleza especial de la "demencia" es claramente percibida por Kraepelin: la inteligencia, la memoria, la orientación, están intactas; la afectividad, la voluntad, el razonamiento y en consecuencia la personalidad, están por el contrario afectadas primaria y profundamente, cada una de esas tres funciones especialmente en cada una de las tres grandes formas¹⁵.
- el carácter nuclear de la hebefrenia, donde esta demencia predomina y donde los síntomas accesorios son móviles, polimorfos y fugaces. No olvidemos que ella ha llevado primero el nombre dado después a todo el grupo. A partir de la séptima edición (1904) la demencia simple (16), primero descrita por Diem en 1903, suministra un modelo todavía más explícito de las perturbaciones fundamentales.

Este análisis se aplica perfectamente al primer grupo que Kraepelin constituyó así (hebefrenia, catatonía, demencia paranoide¹⁷; pero hemos visto que a partir de esta sexta edición agrega una segunda "forma paranoide", las paranoias (*Verrücktherti*

fantásticas, en base a la similitud de los estados terminales (demencia vesánica: autismo, neologismos, delirio hermético y estereotipado) y de los síntomas iniciales que le parecen manifestar la misma afección de las funciones psicológicas que están en la base de la integridad de la personalidad. Sin embargo Kraepelin hará siempre, a *nivel clínico*, la herencia, reservando a estas formas un lugar aparte (es Bleuler quien borrará toda distinción, veremos cómo): esta vasta síntesis no será aceptada fácilmente, incluso en la manía, en un primer tiempo al menos¹⁸, y Kraepelin mismo deberá renunciar en ???, convencido por las críticas de los alienistas franceses.

Justamente en el plano de la terminación, los delirios fantásticos conservan cierta ???onomía: sus formas terminales más frecuentes se distinguen netamente de las de la hebefreno-catatonía (aprovechemos para señalar la precisión y la riqueza de la descripción Kraepelin de estas formas terminales); su porcentaje de cura y de mejora importante es débil, mientras que es de notable importancia en la hebefreno-catatonía (diez por ciento cura completa, quince por ciento de déficit ligero: en esos tiempos heroicos las altas la más frecuentes de lo que se cree). Este rasgo las acerca a la paranoia en sentido estricto como, por otra parte, su edad de aparición, netamente más tardía que para el ???to de la demencia precoz (lo que contribuye a desequilibrar el grupo que ya no tiene ???Ha de una enfermedad juvenil).

Hemos entonces recobrado en Kraepelin, en el marco de una obra capital, los caracteres generales de la psiquiatría alemana, la elevación de su visión, sus tentaciones a síntesis y a la estrechez. Veremos en el capítulo XV que desde la séptima edición (1904) se esboza una revisión que, en la octava y última edición (1909-1913), se transformará en una verdadera metamorfosis.

Insistiremos, para concluir, en los puntos débiles de las concepciones kraepelinianas; se trata siempre de cierta preferencia acordada sobre el parámetro clínico -juzgado incierto pues no desemboca de entrada en un punto de vista sintético- a:

la dimensión etiológica; lo que explica la relativa debilidad de la constitución del grupo psicógeno, los mismos cuadros clínicos (confusión mental, demencia) se encuentran ???icados en rúbricas diversas, en función de su causa o de su substrato anatómico. la dimensión evolutiva: es la importancia acordada a los estados terminales en la constitución de los grupos. Debe diferenciarse netamente de las concepciones de los ???ret, que ponen el acento sobre la especificidad de una secuencia clínica en todas sus

??? el análisis psicopatológico, cuya importancia constituyente para la demencia precoz ??? hemos visto.

Kraepelin aparece desde este ángulo todavía muy dependiente de las ideas de la Escuela de Illenau y de Krafft-Ebing, aunque anuncia, a veces (por el último punto en particular), las tendencias de la psiquiatría moderna y, por otra parte, sus dificultades.

Habiendo logrado, con esfuerzo, disponer de todas las ediciones, nos pareció interesante hacer el estudio de su evolución.

Se sabe que la psicología francesa de la misma época parte de la idea inversa, surgida de Claude

- Bernard, que lo patológico dilucida lo normal. A través de Ribot. Charcot y sus alumnos (Janet Binet) impregnará fuertemente a Freud.
3. Se trata del término usual en esa época para designar al metabolismo.
 4. Está en el origen de un qui pro quo entre Freud, entonces adepto de Charcot, y los psiquiatras de Viena, en el momento de su famosa conferencia sobre la histeria masculina. Cf. Ellenberger. "La conférence de Freud sur l'hystérie masculine". *Information psychiatrique*, 1968, p. 921. Por otra parte, Freud cambia luego de opinión ya que a partir de 1919 la neurosis traumática deviene una de las bases de su conceptualización.
 5. Por razones bastantes sospechosas, el tratado de Kraepelin (como por otra parte los trabajos de Bleuler) no tuvo nunca traducción francesa. Sin embargo, el excelente manual de su alumno Weygandt, que es prácticamente un resumen del mismo, tuvo una traducción francesa en 1904. \ puede felizmente servir como texto de referencia.
 6. Prefacio del segundo volumen de la séptima edición, 1904.
 7. Desde 1904, Klippel y Lhermitte creyeron haberlas descubiertas.
 8. E. Kraepelin. *Manic - Depressive insanity and paranoia*, traducción inglesa de la octava edición, p. 212-213.
 9. E. Kraepelin separa también del marco de los delirios crónicos el "delirio de perjuicio senil" caracterizado por el "desarrollo lentamente progresivo de una gran debilidad de razonamiento, con combinación múltiple de ideas delirantes cambiantes y exageración de la irritabilidad afectiva". Se trata, entonces, de una forma delirante de demencia senil.
 10. Es porque aísla ese síntoma fundamental que Kraepelin rechazará la autonomía del delirio de imaginación de Dupré.
 11. Cf. Schule, Krafft-Ebing, o el artículo de Pilez, de Viena en el *Traite international de psychologie pathologique de Marie*, 1911, II, p. 709 a 766.
 12. E. Kraepelin, *Introduction a la psychiatrie clinique*, traducción francesa de la segunda edición, 1907.
 13. El había preferido hasta ese momento ese término al de Kahlbaum: hebefrenia, que retoma aquí para la forma deficitaria de base.
 14. Igualmente es interesante remitirse a las *Legons cliniques* ya citadas, parcialmente reeditadas por Privat.
 15. Es necesario subrayar que Kraepelin da de la catatonía una interpretación puramente psicológica, en la que el defecto primario de la iniciativa voluntaria y la acción simultánea o alternativa de tendencias contrarias (asociación por contraste) se sustituyen a las hipótesis neurológicas tipo Kahlbaum.
 16. O heboidofrenia: el término retomará rápidamente el sentido más preciso que Kahlbaum le había dado; pero los comportamientos delictivos, frecuentes en la forma simple, acercan las dos descripciones.
 17. Este concepto restringido de la *Dementia praecox* es el que recobrarán los autores franceses y al que quedarán ligados (cf. cap. XII).
 18. Binswanger y Siemerling en su tratado de 1904 se atienen a la primera concepción de la demencia precoz (artículo de Hoche).

Capítulo 13

Nos ha parecido útil reunir bajo este título general a un grupo de autores franceses de la del siglo XIX, la necesidad de cuyo estudio común surge a partir de diferentes rasgos. Todos, en un momento u otro, pasaron por la Salpêtrière y sufrieron la influencia de Charcot. Algunos, como Gilbert Ballet o Cotard, fueron sus alumnos. También en la Salpêtrière encontraron a Jules Falret, médico jefe del pabellón de alienados del cual se manifestaron, de una manera más o menos neta, como sus seguidores: Cotard y Arnaud fueron sus colaboradores directos.

Próximos a la Clínica de las enfermedades mentales, cuya cátedra ocupan Ball y después Joffroy (antes de Ballet), mantienen su distancia en relación a Magnan. Una hostilidad notoria¹ opone en efecto la Admisión, que dirige Magnan, y la Clínica, con sus enseñanzas rivales. Ball, alumno de Laségue, permanece muy próximo a Baillarger: sus lecciones *clínicas*² son interesantes pero resisten poco una comparación con las de Magnan. El grupo que estudiamos retoma entonces en términos generales las ideas de éste, ???o con una reticencia que encuentra su argumento en las objeciones de J. Falret. Un poco por las mismas razones, permanecerán muy informados de las concepciones ???manas, importando sucesivamente nociones como la confusión mental, la paranoia o la demencia precoz (es, por otra parte, el grupo de Claude, poseedor de la Clínica en la pre-guerra, el que introduce en Francia a Bleuler y Kretschmer, oponiéndose así a Crambault).

Todos los trabajos del grupo son retomados en un momento u otro, para alcanzar su colaboración óptima, por su más brillante representante, el clínico más fino sin duda que haya producido la Escuela Francesa: Jules Séglas.

Finalmente, casi todos colaboran en el monumental *Tratado de patología mental* publicado en 1904 bajo la dirección de Gilbert Ballet, que manifiesta bien sus posiciones generales, sutilmente diferentes de aquellas de Magnan y alimentadas por trabajos

Abandonaremos por este capítulo el estudio por autores, visto el entrecruzamiento de los trabajos del grupo que estudiamos, para seguir más bien una división por materias y examinar sucesivamente la confusión mental, los delirios sistematizados y la demencia precoz.

**

La confusión mental

En 1892 Chaslin presenta, en el Congreso de Blois y después en los Anales psicopatológicos, un estudio muy completo de una entidad clínica nueva que quiere introducir en la nosología francesa. Una monografía coronará en 1895³ estos trabajos rápidamente aceptados por las cabezas del grupo: Séglas le consagra tres de sus famosas lecciones clínicas, Ballet lo introduce también en su enseñanza. La Escuela de Magnan permanecerá bastante reticente en relación a esta innovación, en la que ve la erección de un simple síndrome en entidad nosológica;⁴ en una corta nota a sus lecciones clínicas de 1897 (p. 93), Magnan distingue sin embargo las bouffées delirantes "de los delirios alucinatorios. . . descritos en Alemania bajo el nombre de *hallucinatorischer Wahnsinn*: éstas, en efecto, se encuentran en simples predispuestos, debilitados por el surmenage, la fiebre o una afección orgánica: su cerebro agotado se exalta con facilidad y proyecta afuera sus imágenes en un tumulto confuso": esta breve alusión a la confusión onírica (como estado mixto) no tendrá consecuencias y la nosología de Magnan no será modificada por ella.

Apoyándose extensamente en los escritos olvidados de Delasiauve, sacando partido de los debates aún indecisos de los alemanes, Chaslin sitúa primero "la confusión mental primitiva" como un proceso unitario: "una afección ordinariamente aguda, consecutiva a la acción de una causa ordinariamente apreciable, que se caracteriza por fenómenos somáticos de desnutrición y por fenómenos mentales: el fondo esencial de estos, resultado principal del estado somático, está constituido por una forma de debilitamiento y de disociación intelectual, confusión mental que puede o no estar acompañada de delirio, de alucinaciones, de agitación o al contrario de inercia motriz, con o sin variaciones marcadas del estado emocional" (p. 245-246). Esta distinción crucial de los síntomas fundamentales y de los síntomas accesorios le permite reagrupar las formas estúpidas, las formas ligeras (torpeza cerebral de Ball), las formas gravísimas (delirio agudo, delirio de colapso, forma meningítica), las formas con predominancia alucinatoria o amnésica (psicosis de Korsakov) alrededor de una forma media que funda la unidad del conjunto.

En el plano etiológico distingue las confusiones sintomáticas de un estado febril, infeccioso, tóxico o auto-tóxico, de inanición, neurótico (epilepsia, histeria) o de una lesión orgánica del cerebro y la confusión mental primitiva idiopática, que le parece manifestar un estado de agotamiento del organismo, a veces secundario al despliegue de otras vesanias (manía aguda en particular).

Separa de aquellas a las confusiones mentales secundarias (cf. p. 163) donde el síndrome confusional manifiesta la obnubilación de la consciencia por una producción ideica (fuga de ideas) o alucinatoria tan intensa que el enfermo no puede coordinar más sus pensamientos. Se trata en particular de los síndromes alucinatorios agudos: paranoia aguda de los alemanes pero también delirio alcohólico subagudo de Laségue en el cual, en la primera fase al menos, no hay confusión primitiva.⁵ El carácter bastante impreciso del análisis psicológico de los delirios histéricos, relacionados demasiado sistemáticamente con la epilepsia, impedirá a los autores de este período ubicarlos entre las confusiones secundarias: el sujeto ahí está en realidad más absorbido que confuso (éste puede, por otra parte, también ser el caso de la epilepsia). Los estados emocionales, por el contrario-serán correctamente ubicados entre las formas primitivas y la Gran Guerra suministrará pronto observaciones cotidianas.

Un carácter específica la entidad de Chaslin: se trata aquí claramente de una "forma

natural"⁶ en el sentido de los Falret: una descripción clínica fina, un curso preciso con un período prodrómico de malestar físico, de astenia, de ansiedad difusa y de depresión, síntomas psíquicos y físicos (perturbaciones viscerales generalizadas), modos de terminación específicos (cura con despertar gradual, demencia o muerte). La etiología general es mucho menos segura, en segundo plano en relación a la demostrabilidad de la descripción. Reportémonos a la clasificación de Kraepelin (1899): encontraremos la confusión mental dispersa en clases etiológicas diversas y en formas clínicas mal delimitadas; es el criterio etiológico, en efecto, el que guía esencialmente su enfoque, anticipado en relación la clínica. De la misma forma, los émulos de Magnan serán incomodados por esta descripción que recorta muchas clases etiológicas, a pesar de que ella se integra finalmente

Séglas retoma desde 1854 la descripción de la confusión mental⁷ con la limpidez que es habitual. Precisa el cuadro clínico de la misma pero, especialmente, la delimita cuidadosamente en relación a la paranoia aguda (bouffées delirantes de Magnan),⁸ caracterizada por el terreno psicológico anormal (autofilia, desconfianza, etc.) sobre el cual ella surge, su declinación brutal y no progresiva, sus alucinaciones en relación de contenido con un delirio evidentemente polimorfo pero a pesar de ello coordinado. La confusión puede sin embargo aparecer en ella secundariamente, a veces primero en el caso en el que la paranoia aguda se inicia bruscamente por un estado de delirio alucinatorio la confusión, pero mientras que en la confusión primitiva, los síntomas atenuándose, dejan en evidencia tras ellos el fondo de confusión mental que les había dado nacimiento, la paranoia aguda, al contrario, pasado este período agudo, la confusión desaparece y nos encontramos frente a un delirio con una sistematización más o menos perfecta" (p. 19). Por lo tanto, los períodos de remisión son en los casos dudosos la clave del diagnóstico.

Pero son sobre todo Régis y su escuela los que, a partir de 1893, completarán el estudio de la confusión mental en una serie de trabajos⁹. Estudian su etiología: imponen el origen tóxico-infeccioso de las confusiones idiopáticas, hacen el estudio exhaustivo de las confusiones sintomáticas (neurosis, lesiones cerebrales)¹⁰.

Describen la forma característica del delirio que la acompaña: es el "delirio onírico" parecido al sueño, escénico, en el cual una "multitud de representaciones, de recuerdos, los conceptos, de elementos imaginativos o volitivos... se organizan en cuadros sucesivos, desfilando como en un juego cinematográfico... Son muy a menudo reproducciones de la vida familiar, profesional o creaciones zoóicas animadas. La mayor parte del tiempo, tienen un carácter absurdamente irreal, fantasmagórico, aterrador o grotesco" (p. 10).

Separan los caracteres de la fase de despertar (11) que deja a veces subsistir obsesiones oideas fijas post-oníricas, origen a veces de un delirio sistematizado secundario (p.25-826).

Intentan resolver el problema del diagnóstico diferencial con la demencia, que las numerosas formas de transición dificultan mucho. Sin embargo, son característicos: la ausencia de uniformidad de la lesión mental del confuso que, correctamente estimulado,

puede cumplir tareas de las que no se lo hubiera creído capaz; el carácter global pero irregular de sus perturbaciones mnésicas (los recuerdos no están verdaderamente perdidos y pueden volver en el hilo asociativo); su relativa consciencia de su perturbación, manifiesta en su perplejidad, sus esfuerzos abortados para comprender o responder correctamente, su perturbación afectiva más próxima de la apatía que de la indiferencia o de la sensiblería del demente.

Régis, alumno de Ball, pero cuyas concepciones nosológicas están inspiradas por Magnan, tendrá tendencia a extender el cuadro de la confusión mental incluyéndole gran número de estados alucinatorios agudos¹² pero, especialmente, queriendo hacer de la demencia precoz una forma de confusión crónica¹³ en base a algunas analogías (síndrome catatónico en particular) y a un análisis psicológico erróneo del estado mental del demente precoz, sin embargo perfectamente estudiado por Kraepelin y que Bleuler y Chaslin pronto precisarán.

Los delirios sistematizados

Las líneas siguientes, extraídas de una lección clínica de Ballet sobre el delirio crónico con evolución sistemática, traducen perfectamente las concepciones generales del grupo de la Salpêtrière: ¹⁴ "la intransigencia, tanto en nosografía como en otras materias, termina fácilmente por impedir el triunfo de las ideas verdaderas, y posiblemente es porque los creadores del Delirio Crónico han querido demasiado mostrar la barrera que separa esta entidad clínica de las formas vecinas, que se ha desconocido, del otro lado, la utilidad de sus esfuerzos y la justeza de sus descripciones... En efecto, entre los tipos extremos representados, por una parte, por el delirio de persecución de iniciación tardía, de evolución netamente sistemática y, por otra, por los delirios con brotes bruscos o simplemente de desarrollo rápido, de curso irregular o caprichoso, me parece que existen formas intermedias que ligan esos tipos extremos, unos con otros" (p. 43).

De la misma forma, seguirán más bien a J. Falret que considera la transformación megalomaniaca como frecuente pero no automática, que rechaza la terminación fatalmente demencial, que encuentra muy frecuentemente un terreno psicológico degenerativo, con los signos de desconfianza, autofilia, emotividad, señalados por los autores alemanes en todos los delirios sistematizados.

Es sobre la base de este tipo de posición que particularmente Ségla considerará que los delirios sistematizados, crónicos o agudos, forman una gran clase, para la cual el término de paranoia le parece cómodo, que reposa fuertemente en una constitución mental anormal, cuyo recorte interno debe apoyarse en la distinción de tipos clínicos precisos más bien que sobre dudosas hipótesis etiológicas. Así, la desconfianza de J. Falret hacia las extrapolaciones de su amigo Morel desembocará, cincuenta años más tarde, en la requisitoria presentada por Génil-Perrin en su tesis de **1913**¹⁵ (inspirado por Ballet que incluso escribe las conclusiones de la misma) que pondrá fin a la utilización de la degeneración como criterio nosográfico en la psiquiatría francesa.

Encontraremos entonces en los trabajos del grupo un esfuerzo por definir cierto número de tipos de delirios sistematizados (paranoia), definidos sobre una base clínico-evolutiva y cuidadosamente diferenciados del resto de la patología mental. Aquí también, es Ségla quien realiza la parte más importante de ese trabajo.

Cotard en 1880¹⁶ comienza el estudio de una forma curiosa de delirio hipocondríaco melancólico al cual, en un artículo más completo aparecido en 1882,¹⁷ le da el nombre de "delirio de negación". Esta forma clínica ya había sido vislumbrada por Baillarger que lo consideraba como característica de la parálisis general en su variedad depresiva hipocondríaca.

La idea de Cotard es la de hacer de la misma (se trata de casos que no entran en la parálisis general y que se presentan como un delirio sistematizado) la contrapartida exacta del delirio de persecuciones de Laségue-Morel. En un cuadro comparativo (p. 343-344) los pone punto por punto:

el perseguido no presenta las fases melancólicas, es más bien un acusador, es más homicida que suicida; el negador es un melancólico ansioso, a veces estuporoso, es auto-acusador, se denigra, se cree damnificado, se suicida y auto-mutila fácilmente;

el delirio de persecución tiene como fuente un estado de hipocondría física, mientras que el delirio de negación parece derivar de esos estados de hipocondría moral que J. Falret había descrito, y en los cuales un estado de tristeza y de ansiedad se acompaña de momentos negatorios (el mundo, el sujeto han cambiado, están vaciados de su substancia);

las alucinaciones son más bien auditivas, con una evolución típica hacia el diálogo y desdoblamiento de la personalidad en el perseguido. Más bien visuales (llamas, infierno, suplicios) en el negador, por otra parte sujeto a perturbaciones anestésicas de la sensibilidad general ;

finalmente, las ideas constitutivas de ambos delirios difieren fundamentalmente: los negadores desarrollan ese delirio especial que niega la integridad de su cuerpo, de su espíritu, del mundo o de los valores éticos o divinos, delirio de negación y de aniquilamiento que puede desembocar en una suerte particular de delirio pseudo-megalo-maniaco que Cotard llama delirio de enormidad,¹⁸ en el cual los enfermos afirman que están muertos pero que también son inmortales, que su cuerpo inmenso tapona el universo, que ellos son omnipotentes para el mal, Satán o el Anticristo, sus concepciones lardan "en sus exageraciones y sus enormidades. . . su carácter de monstruosidad y de terror" (p. 377). A estas ideas se une una "locura de oposición" muy diferente de la desconfianza de los perseguidos y que, por ejemplo, hace rechazar todo alimento a los negadores (por indignidad y porque su estómago está destruido, etc.).

En un segundo tiempo, Cotard intentará el análisis psicológico de este cuadro clínico, inspirándose sistemáticamente en las concepciones neuropsicológicas de Charcot y en su estudio de las afasias. Se interesa primero en una perturbación que le parece de origen sensorial: la pérdida de la "visión mental"¹⁹ (posibilidad de evocar mentalmente los recuerdos) que podría ser el substrato de las negaciones, pero muy rápidamente, cree encontrar la solución en la oposición de las lesiones de las funciones psico-sensoriales y psico-motrices²⁰.

EL delirio de persecución se arraiga profundamente en las alucinaciones sensoriales que caracterizan; la sensorialidad concierne esencialmente a las relaciones del sujeto con el mundo exterior, la personalidad está poco modificada, aunque la actitud del sujeto en relación a su medio está profundamente transformada. La transformación ambiciosa de la personalidad es tardía y deductiva (Cotard se alinea acá con la teoría de Foville que reduce la megalomanía del ensañamiento de los perseguidores). Las funciones psicomotrices son, en cambio, el núcleo del sentimiento de la

personalidad (yo-voluntad de Maine de Biran): su daño la modifica enseguida, como en el delirio de potencia de la exaltación maníaca o en la inhibición melancólica, origen y substrato de las ideas de negación²¹. Este tipo de análisis, muy apreciado en la época, encontrará su desarrollo máximo en Séglas, como ya veremos.

En 1892, Ballet en una comunicación al Congreso de Blois²² describe una forma clínica que le parece intermedia entre el delirio de persecución y la melancolía con delirio de auto-acusación, oposición canónica en la época. Entre los melancólicos, "culpables" y los perseguidos, "víctimas inocentes" intercala entonces una clase de "víctimas culpables", que presentan un delirio de persecución en general no-alucinatorio; evidentemente, protestan y se quejan de las maldades que sufren pero con una resignación justificada por la "obsesión de una imperfección degradante o de una culpabilidad imaginaria" (p. 59), con tema generalmente sexual. Se trata, en efecto, de sujetos portadores de malformaciones de los órganos genitales o aficionados a la masturbación o a "excesos genésicos auténticos o supuestos"; el punto de partida de su delirio es una impresión de observación mal intencionada ligada a su sentimiento de inferioridad o de culpabilidad sobre un fondo mental "degenerativo" que Kretschmer describirá veinticinco años más tarde en su "delirio de relación de los sensitivos".

Ballet estudia, por otra parte, la hipocondría primitiva²³ (aquella que no es la manifestación de una parálisis general, de una melancolía, etc.) y la subdivide en cuatro grupos:

- la "pequeña hipocondría" de los neurasténicos, basada en un fondo de pequeñas perturbaciones viscerales y cenestopáticas que engendran más lamentos que ideas fijas;
- las fobias hipocondríacas de los obsesionados y dubitativos, cercanas de la precedente, pero que difieren de la misma por la fijeza de la preocupación que "deja poca tregua a la mente" (p. 141);
- la gran hipocondría, en la cual el enfermo no es más un "aprensivo" o un obsesionado sino un convencido, un delirante sistemático convencido de lo que ocurre, en el cual "no hay lugar para la duda" (p. 142) y al que ningún razonamiento podría convencer;
- finalmente, la hipocondría delirante, muy próxima de la precedente pero donde "la convicción ya no es simplemente falsa, sino absurda" (delirio de negación). Nada separa de hecho las dos últimas clases de hipocondríacos delirantes, peligrosos, a menudo perseguidores.

Como se ve Ballet acaba de introducir en su cuarta clase de hipocondríacos (sin nombrarla), una forma de delirio de negación que será un delirio sistematizado primitivo y no un tipo de melancolía ansiosa, como los casos descritos por Cotard. Por otra parte, sus perseguidos auto-acusadores, que gran número de autores consideraron como "perseguidos melancólicos"²⁴, acrecientan aún más la confusión: se impone un trabajo de análisis y clasificación, que será realizado por Séglas.

La idea fundamental de Séglas es que "no es tanto la *fórmula* sino la génesis de las ideas delirantes lo que puede servir de elemento capital de diagnóstico. . . , por otra parte, el diagnóstico completo siempre debe enfocar todos los síntomas, tanto somáticos como psíquicos, su modo de aparición, de sucesión, sus relaciones respectivas, así como la evolución de conjunto de la afección" (*Lecciones clínicas*, p. 557-558). Esta metodología

clínica, estrictamente de acuerdo con la enseñanza de Falret, le hace rechazar la temática las ideas como criterio diagnóstico; las entidades construidas de esta manera (delirio de persecución, de negación, delirio hipocondríaco) son conglomerados disarmónicos, que un análisis realmente *estructural* debe descomponer: por ejemplo, "las ideas de auto-acusación en sí mismas no son para nada características de una forma vesánica determinada" *ibid*, p. 557). También las describe en la melancolía simple o intermitente, en la neurosis obsesiva, en la parálisis general, en las psicosis seniles, en la confusión mental, en el delirio alcohólico, en las formas agudas y crónicas de los delirios sistematizados primitivos (paranoia).

Entonces no es la fórmula, sino el conjunto clínico-evolutivo en la que una idea delirante viene a inscribirse lo que la especifica. Ya hemos visto este tipo de análisis aplicado a la confusión mental y a las psicosis delirantes agudas. Aquí servirá para analizar *los caracteres generales del delirio melancólico*²⁶: ante todo es secundario, es decir que "no nace de entrada. Las perturbaciones del contenido de las ideas no son aquellas que se constata primero. . . Los síntomas iniciales son aquellos que caracterizan la melancolía simple, perturbaciones cenestésicas, emocionales (dolor moral), afección del ejercicio de las operaciones intelectuales (perturbación la formación de ideas, retardo psíquico, abulia)" (p. 298-299) y perturbaciones somáticas diversas. Así el delirio aparece como una interpretación, o mejor aún como la proyección intelectual del estado depresivo; es de naturaleza penosa en su contenido temático; surge sobre ese fondo de dolor moral y de inhibición psíquica, es fijo y monótono: hay un abismo entre ese refrán, esa letanía. . . del melancólico y la novela del perseguido" (p. 302); ???tiene la marca de la humildad, de la pasividad, de la resignación, lo que se traduce en la actitud general del enfermo;

su modo de difusión es "centrífugo"; el melancólico teme para sus allegados las consecuencias de la desgracia de la cual es portador (cf. los suicidios colectivos que Broten a salvar niños o esposos). Se sabe que el delirio paranoico es al contrario "centrípeto": todo converge hacia el sujeto, centro de una atención universal; es un delirio de espera: el enfermo vive en el temor al futuro, a diferencia del perseguido, víctima en el presente; pero también es retrospectivo, buscando el melancólico, en el pasado, una falta real o imaginaria que explique su estado actual;

finalmente, si las alucinaciones auditivas son raras en la melancolía, se encuentra con relativa frecuencia alucinaciones visuales (llamas del infierno, diablo, cadalsos, etc.) o motrices, comunes o verbales (acerca de las alucinaciones motrices, cf. más adelante).

Todo opone entonces, ya se ve, este tipo de delirio con la locura sistematizada primitiva (paranoia), "estado psicopático funcional caracterizado por una desviación particular de las funciones intelectuales más elevadas, que no implica ni una decadencia profunda ni un desorden general, acompañándose casi siempre con ideas delirantes más o menos sistematizadas y permanentes con alucinaciones frecuentes. . . Independiente de toda causa ocasional o de todo estado mórbido emocional anterior, tiene su origen en la intimidad del carácter individual, de la personalidad. . ., en las anomalías de la constitución psíquica entre las cuales predominan la exageración del sentimiento de la personalidad: la autofilia" (p- 384). Sobre estas bases, Séglas podrá oponer:

*el delirio de negación melancólica*²⁷ que corresponde a la descripción de Cotard y que representa la proyección intelectual de un estado de melancolía ansiosa pasado al estado

de cronicidad. . . En los raros casos completos, se trata de una verdadera "paranoia secundaria", tendiente a la sistematización, pero conservando los caracteres que le debe a su origen melancólico:

- el delirio de negación de la paranoia hipocondríaca²⁸. delirio primitivo, que se extiende simplemente injertado sobre cenestopatías de tipo neurasténico, donde el sujeto conserva todo el tiempo su actividad psíquica completa, sin obstáculos ni lentificación, con su lucidez y sus rasgos particulares de carácter (egoísmo, susceptibilidad, agresividad potencial). Las negaciones recaen únicamente sobre lo físico y no sobre lo moral y a fortiori, sobre el mundo exterior. Es posible una fase megalomaniaca tardía;
- las ideas de persecución de los melancólicos auto-acusadores²⁹ que presentan los caracteres de pobreza y de monotonía que hemos indicado anteriormente y se erigen sobre el estado mental del melancólico (dolor moral, abulia, ansiedad). Existen, sin embargo, casos raros de paranoia secundaria (delirio de persecución típico surgido de un episodio melancólico inicial);
- los perseguidos auto-acusadores, delirantes sistemáticos, paranoicos verdaderos, tal como Ballet los había descripto, cuyas ideas delirantes, de desarrollo primitivo y extensivo, no son más que la exageración de los rasgos de carácter anteriores entre los cuales el subjetivismo, la tendencia a referir todo a sí mismo, están en primer plano, como en todos los paranoicos³⁰;
- en 1892, Séglas completará estos trabajos con la descripción del "delirio sistemático primitivo de auto-acusación"³¹, delirio esencialmente interpretativo, "exageración de un carácter indeciso, inestable, escrupuloso, siempre persiguiendo un ideal que su falta de equilibrio nativo no le permite alcanzar, desdichado por su impotencia, que cierta dosis de *orgullo* le hace por otra parte considerar como una humillación" (p. 442)³². Los caracteres psicológicos del delirio son los mismos que en toda paranoia: desarrollo primitivo, extensivo, conservación de la integridad intelectual, carácter centrípeto;
- finalmente, en 1921 inspira a su alumno Ceillier un trabajo sobre "los melancólicos ansiosos perseguidos"³³ semejante al precedente ya que se trata del delirio de persecución puro, aislado, que presenta el desarrollo y todos los caracteres del delirio melancólico. La disociación de los temas y de las entidades es lograda de esta manera.

Ideas de negación o de auto-acusación se encuentran, sin carácter particular, en el desarrollo de las bouffées delirantes polimorfos que, ya lo hemos visto, Séglas prefiere designar con el término de paranoia aguda.

Séglas ha consagrado, a lo largo de toda su carrera científica, numerosos trabajos a las alucinaciones. Apoyándose en las ideas entonces reinantes sobre el tema de las localizaciones cerebrales y de las diferentes formas de afasia, en particular sobre la enseñanza de Charcot³⁴, describe paralelamente a las alucinaciones sensoriales (elementales, comunes o verbales), las alucinaciones motrices debidas al despertar de imágenes quinesias; así como la alucinación sensorial es debida a la activación de las imágenes perceptivas: las alucinaciones motrices son:

- comunes: sensación de movimiento de los miembros, activos o pasivos, movimientos de todo el cuerpo (transporte por el aire, por ejemplo, etc.), impulsiones, inhibiciones motrices;
- verbales³⁵: pueden limitarse a simples sensaciones (alucinaciones verbo-motrices

simples) o ser suficientemente intensas como para exteriorizarse en movimientos de los labios o del aparato fonador (alucinaciones verbo-motrices completas), incluso en una verdadera emisión verbal en voz alta (impulsión verbal). La primera forma le parece, en un primer tiempo, que recubre las alucinaciones intrapsíquicas de Baillarger (voces interiores) que él distinguirá a continuación.

Diversos caracteres especifican las alucinaciones verbo-motrices, en particular los modos de defensa empleados por los enfermos: "ellos mantienen su lengua apretada entre los dientes, suspenden su respiración, se llenan la boca de guijarros... mientras que los alucinados del oído se tapan las orejas... emplean algodón o peinados bizarros" *Lecciones clínicas*, p. 19).

Basado en esta distinción fundamental, Séglas señalará la oposición de dos variedades fundamentales de paranoia alucinatoria (separa los perseguidos-perseguidores como forma alucinatoria) de persecución³⁶:

la forma basada en alucinaciones sensoriales que corresponde en líneas generales a la descripción de Falret y Magnan (Delirio crónico);

una forma nueva, que es el primero en describir, donde las alucinaciones son predominantemente motrices, los perseguidos-poseídos³⁷.

Naturalmente, existen numerosas formas de transición entre las dos grandes clases de paranoia alucinatoria pero, en los dos polos extremos, las diferencias bastan para distinguirlos. Los "poseídos" se caracterizan por la "predominancia de perturbaciones paico-motoras de toda especie tales como imperfecciones de síntesis mental, fenómenos retardo o de inhibición, impulsiones y alucinaciones motrices de toda especie, el mayor desarrollo de las alucinaciones visuales... el diferente reparto y el carácter particular de perturbaciones cenestésicas" (p. 577). En efecto, si las alucinaciones verbales son internas y no exteriores, sensoriales, las del "delirio de persecución física" afectan menos exterior del cuerpo (quemaduras, picaduras, etc.) que su interior: "sensación de desnudez, de ligereza, de vacío, de engrosamiento o adelgazamiento... perturbaciones de sensibilidad visceral" (p. 575). Estas diferentes perturbaciones desembocan en un grado de disgregación psíquica, "de desdoblamiento de la personalidad": como Cotard, Séglas insiste en la integridad relativa de la personalidad en el alucinado sensorial, en el sueño profundo, por el contrario, que ésta presenta en el alucinado motor. El desdoblamiento se traduce por ideas de posesión, de influencias, de hechizo, por la idea de ser portador de una entidad alojada en su propio cuerpo (animal, hombre, incluso demonio), de ideas hipocondríacas. La evolución de la psicosis de influencia puede hacerse hacia un delirio de negación secundario o hacia una fase megalomaniaca (delirio de inspiración, de profecía).

Los trabajos del grupo de la Salpêtrière, y en particular de Séglas, sobre los delirios sistematizados tienen una característica común: mantienen su unidad como género, aun cuando distinguen especies diversas. En este sentido, y a diferencia de Magnan, están en la línea de Baillarger y su paranoia corresponde a sus "monomanías intelectuales" (muy distintas, ya lo hemos visto, de las monomanías de Esquirol). Esto es lo que los acerca a los autores alemanes de la Escuela de Illenau, que también utilizan el término de paranoia para designar un género clínico. Veremos que, en la etapa siguiente, la síntesis de los puntos de vista opuestos de Magnan y Séglas producirá la nosología francesa "clásica" de

los delirios sistematizados. Sin embargo, el punto de vista de Ségla es notablemente más coherente que el de los autores alemanes. Esto puede percibirse en relación a dos puntos de importancia, donde la analogía de los términos podría inducir al error:

— las paranoias secundarias que él describe (continuación de los estados agudos: melancolía, manía, confusión mental, paranoia aguda) tienen la misma estructura que las paranoias primitivas: son verdaderos delirios sistematizados secundarios³⁸ y no estados disociativos donde sobrenadan algunas ideas delirantes (concepción alemana: Ségla los habría probablemente ubicado en las demencias terminales "vesánicas");

- la paranoia aguda es un delirio sistemático agudo, ciertamente polimorfo, pero siempre relativamente coordinado y *primitivo*. Hemos visto la cuidadosa delimitación operada en relación a la confusión mental. Pero excluye de ella también a los casos de "delirio alucinatorio" no confusional cuyos "accidentes delirantes se presentan siempre brusca mente. . . es la alucinación la que constituye manifiestamente su pivote, su fundamento; hablando con propiedad, no hay delirio pues no puede casi aplicarse esta palabra a las interrogaciones que se plantea el enfermo a propósito de sus alucinaciones" (p. 455). Este estado delirante con confusión secundaria que Farnarier, en su tesis de 1899, describirá bajo el nombre de "psicosis alucinatoria aguda" le parece próximo a los onirismos tóxicos e *histéricos* (alucinación de todos los sentidos). Magnan no habría dudado en ubicarlos en sus bouffées delirantes, Krafft-Ebing en el *Wahnsinn*, Ségla se niega a hacer de él una paranoia aguda, debido al carácter primitivo de las alucinaciones, que él estima siempre secundarias en los delirios sistematizados, ya sean agudos o crónicos.

Por el contrario, la paranoia aguda propiamente dicha está suficientemente cercana a la forma clásica como para poder formar su fase inicial o para poder teñir su curso durante las fases de "recalentamiento" del proceso delirante (argumento ya utilizado por Schule). Ségla confiere así a la descripción de los delirios sistematizados crónicos (Delirio Crónico incluido) una mayor veracidad.

Arnaud retomará esta concepción general en 1904, para el artículo "Psicosis constitucionales" del gran *Tratado* de Ballet, cuya semiología Ségla redacta. Inspirándose en Magnan y en la Escuela de Illenau, presenta una concepción intermedia que opone:

1 - Las psicosis de los sujetos con predisposición aparente: estado mental habitual (desequilibrio psíquico), estados mórbidos continuos del carácter (locura moral, manía razonante, perseguidos-perseguidores, estados mórbidos intermitentes de la emotividad y de la voluntad (obsesiones, impulsiones, perversión sexual), estados mórbidos transitorios de la inteligencia, es decir, bouffées delirantes, término que Arnaud emplea en un sentido más extenso y menos específico que Magnan (exaltación maniaca, melancolía razonante, delirio repentino)³⁹.

2 - Las psicosis de los sujetos con predisposición latente "que pueden ser considerados como normales antes del desarrollo de la psicosis" (p. 487). Se trata de las locuras periódicas y circulares (locura intermitente de Magnan) y de los delirios sistematizados o parciales (paranoia) que subdivide en paranoia aguda y paranoia crónica. La paranoia crónica comprende⁴⁰ formas expansivas (megalomanía, erotomanía, delirio ambicioso-místico) y formas depresivas, donde se puede volver a encontrar los perseguidos de evolución sistemática con la forma típica de Magnan y la forma psico-motriz de Ségla. los perseguidos auto-acusadores, el delirio de auto-acusación sistematizado primitivo y el delirio hipocondríaco sistematizado.

la demencia precoz

Hemos visto que el término "demencia precoz" muy frecuentemente utilizado en demencia desde Morel, designaba un modo de terminación de las psicosis degenerativas y no la entidad clínica. Las concepciones de Kahlbaum, después de Kraepelin, penetran feamente en la literatura psiquiátrica francesa. En sus *Lecciones clínicas*, Ball describe primariamente la hebefrenia, psicosis puberal cuya "forma habitual es la depresión, acompañada de excentricidades singulares..."; se puede observar una forma caracterizada por la excitación, las ideas vanidosas, el deseo de gustar y especialmente de llamar la atención, finalmente por una locuacidad inagotable... Esas perturbaciones intelectuales son a menudo transitorias, pero pueden desembocar en una locura confirmada y conducir la demencia (*Lecciones clínicas*, p. 572). Es Christian en 1899⁴¹, en un artículo bastante completo, quien introduce verdaderamente la noción. La describe como una demencia juvenil donde "luego de un período de fatiga, de enervamiento, de neurastenia, el delirio estalla, variable, móvil, fugaz. Puede haber ideas de persecución, ideas de grandeza, delirio místico, pero no hay delirio sistematizado; todas las manifestaciones delirantes, flotantes, inciertas, llevan ya el sello del debilitamiento intelectual que Botaron por un tiempo" (p. 209). Retoma la descripción de Hecker, insiste en la influencia de los actos impulsivos, asimila el estado terminal a la idiotez y distingue dos formas, "una forma ligera, atenuada (parecida a la imbecilidad)... y una forma grave análoga a la idiotez) con dos variedades, la forma simple en la cual los músculos no están dotados y la forma catatónica en la cual todo el sistema muscular está profundamente perturbado en su funcionamiento" (p. 215). La etiología le parece depender esencialmente del agotamiento.

Con la descripción de Christian, las formas hebefreno-catatónicas simples son entonces ???das. Pero en 1900 Séglas, en un artículo famoso⁴², fijará la posición de la escuela francesa hasta nuestros días sobre la cuestión de la forma paranoide. Rechazando la ???tesis de Kraepelin, limita su alcance a las formas que éste había descripto primero bajo el nombre de *Dementia paranoides*, siendo excluidos los delirios sistematizados fantásti???. (paranoia alucinatoria). "La afección se desarrolla en general rápidamente. Desde el ???io, aparecen ideas delirantes con alternativas de excitabilidad, de depresión, de ansiedad, traduciéndose por discursos bizarros, deshilvanados, que conducen a actos incoherentes... Las ideas delirantes son polimorfas y se acompañan ordinariamente de alucinaciones precoces. Muy rápidamente, su carácter clínico se afirma: por su multiplicidad, su movilidad, su necedad, su extravagancia, *ellas igualan, sino superan incluso, las del ???lítico general*. Muy excepcionalmente y sólo al inicio, se asocian a una reacción emocional adecuada. Comúnmente, el enfermo está indiferente o incluso invariablemente satisfecho y plácido. Rápidamente aparecen otros signos de cronicidad y de debilitamiento demencial: actos barrocos y sin motivos, tics, estereotipias, ecomimia, negativismo, coleccionismo, desaliño de la vestimenta, rotura de los vestidos, soliloquios, neologismos, verbigeración. Pero el síntoma más sorprendente es sin lugar a dudas esa incoherencia del lenguaje, esa dislogia particular... Más tarde la demencia progresa... para devenir completa en un lapso de tiempo que puede variar desde algunos meses a uno o dos años (p. 243-244).

Así, cuando en 1901, en un artículo de los *Anales de la Sociedad de Medicina de ???*, después en 1902, en una corta monografía⁴³, Sérieux traza el cuadro de conjunto la demencia precoz, su marco ya está bien delimitado. Puede definirla entonces como una psicosis caracterizada por un debilitamiento psíquico especial, de curso progresivo,

que sobreviene por lo general en la adolescencia y que termina corrientemente por el aniquilamiento de toda manifestación de la actividad mental, sin jamás comprometer la vida del enfermo. . . Como para la parálisis general, pueden distinguirse síntomas esenciales -aquellos que derivan del debilitamiento psíquico especial- y síntomas accesorios -las perturbaciones delirantes-; estas últimas pueden revestir siempre todas las formas (excitación, depresión, confusión, concepciones delirantes variadas, alucinaciones. etc.)" (p- 9). Describe cuatro variedades: la forma simple o atenuada, a menudo frustra: la forma hebefrénica, forma basal; la forma catatónica caracterizada por sus perturbaciones motoras específicas; la forma paranoide, con su delirio predominante, para el cual Sérieux retoma los mismos términos de la descripción de Séglas. La etiología le parece, igual que a Kraepelin, endotóxica.

Lo que caracteriza sobre el plano psicopatológico⁴⁴ a la demencia precoz es el debilitamiento psíquico particular que hace de la misma, como la parálisis general que le sirve de modelo a lo largo de esta descripción, una *demencia primitiva* (Séglas había ya insistido en esta noción crucial). Respetando la inteligencia y la memoria, afecta "las facultades activas de la mente: apatía, abulia, pérdida de la actividad intelectual, tal es la tríada sintomática fundamental. . . el vacío de la consciencia, la incapacidad de reflexión son un terreno favorable para (p. 19) la aparición de los síntomas accesorios (estereotipias, sugestibilidad, perturbaciones del lenguaje). Esta descripción notablemente homogénea (las formas clínicas están apenas diferenciadas unas de otras y se agrupan alrededor de la forma basal) constituirá la doctrina francesa. Se puede, una vez más, señalar el rigor metodológico que ha presidido su delimitación: esta verdadera forma natural clínico-evolutiva reposa sobre un grupo clínico coherente, el análisis psicopatológico es su transcripción inmediata. En comparación, no puede dejarse de juzgar especulativa a la concepción de Kraepelin. Sin embargo, en la tercera parte, de la cual nosotros todavía no hemos hablado, de su artículo sobre las psicosis constitucionales, Arnaud, que describe ahí las demencias vesánicas (p. 801-804) dividiéndolas en tardía y precoz (retomando las concepciones de Sérieux), replantea sin querer el problema; en efecto, más allá de los signos de senilidad cuando estos existen, es difícil ver qué distingue la demencia vesánica tardía de las formas terminales de la demencia precoz: por eso el diagnóstico diferencial de las dos formas no está evocado, sólo el tiempo, factor en verdad fundamental, permite distinguirlos.

Es sobre esta base que Deny, en su informe al Congreso de Pau (1904) sobre las demencias vesánicas, propondrá la aceptación pura y simple de la síntesis kraepeliniana. Algunos autores se le sumarán; la mayor parte se contentará con aceptar un parentesco entre la demencia precoz y las paranoias alucinatorias: es el caso de Régis en su *Précis*, de Rogues de Fursac⁴⁶, de Clérambault y, lo veremos, de Sérieux mismo. Muchos conservarán la división de Séglas, como Chaslin en su tratado y pronto Dide y Guiraud en su *Psiquiatría del médico practicante* (1922).

1. Ella se origina en la decepción de Magnan, quien también se postula en el momento de la creación de la cátedra de las enfermedades mentales y que se ve superado por Ball, menos brillante pero que sus trabajos médicos designan, a imagen de Laségue, como poseedor de una formación

- exclusivamente psiquiátrica. Luego, la descendencia de Charcot ocupará, por las mismas razones. el puesto.
2. Lecons cliniques sur les maladies mentales, 18 80-188 3.
 3. La confusión mentale primitive: Stupidité, Démence aiguë, Stupeur primitivve.
 4. Cf. por ej.: Roubinovitch. Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne, 1896. "Sixieme conférence". p. 110 a 133.
 5. Esta noción clínica importante, perdida luego en los autores que quieren hacer depender siempre el onirismo de la confusión (Régis. Ey), será retomada y subrayada por Clérambault (Oeuvre psychiatrique, p. 200 a 205).
 6. Incluso en el tratado de Ballet, ese carácter fue mal percibido ya que la confusión mental es presentada ahí como un simple "síndrome mental".
 7. Lecons cliniques, n°6 a 9.
 8. P. 446 a 450: Lecon clinique n° 14.
 9. Ver el gran artículo de Régis y Hemard en el Traite de psychologie pathologique, de Marie. 1911. II, p. 795 a 913.
 10. Cf. el gran cuadro etiológico, p. 801, op. cit.
 11. E. Régis: "La phase de réveil du delire onirique", Encéphale, 1911, p. 409.
 12. Ya hemos indicado que él siempre hacía depender el onirismo de la confusión (liberación de los automatismos inferiores por falta de síntesis superiores) afirmando en caso de necesidad la presencia de una confusión "a mínima" (Régis y Hemard, p. 832).
 13. Cf. Précis dePsychiatrie, 5ta. edición. 1914, p. 367 a 447.
 14. Lección dictada en 1893, Lecons cliniques, 1897, p. 17 a 45.
 15. Ya lo hemos citado: es VHistoire des origines et de l'evolutionde l'idée de dégénérescence en médecine mentale.
 16. "Du delire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse", retomado en Etudes sur les maladies cerebrales et mentales, 1891, p. 307.
 17. "Du delire des négations", Etudes, p. 314 a 344.
 18. "Le delire d'énormité", 1888, Etudes, p. 374 a 378.
 19. "Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse", 1884, Etudes, p. 345 a 350.
 20. Cf. "De l'origine psycho-sensorielle ou psychomotrice du delire", 1887, Etudes, p. 360 a 373 y "De l'origine psychomotrice du delire", Etudes, p. 416 a 429.
 21. En este estadio, la pérdida de la "visión mental" se le revela a Cotard como una inhibición del acto de evocar y de manipular las imágenes sensoriales, reflejos de los objetos exteriores.
 22. Retomadas en Lecons cliniques, p. 46 a 60; cf. también la lección siguiente, p. 61 a 77.
 23. Lecons cliniques, N°8 p. 132 a 150.
 24. Cf. particularmente Régis, Précis de Psychiatrie, 1914, p. 499-500.
 25. Cf. Lecon, N°13, p. 348 a 382.
 26. Lecon, N° 11, p. 296 a 320.
 27. Lecon, N°15, p. 457 a 494.
 28. Lecon, N°21, p. 655 a 682.
 29. Cf. 1 la Lecon N° 17 sobre los perseguidos auto-acusadores, p. 526 a 562.
 30. Esa noción clínica de los paranoicos "hiposténicos" (sensitivos) se perderá en la etapa siguiente para volver, vía la introducción de las ideas de Kretschmer, en los años 30. Ver en particular la tesis de Lacan (1932) para ese problema.
 31. Archives de neurologie, 1899, p. 433 a 450.
 - 32- Janet describirá esos delirios como accidentes en sus psicasténicos.
 33. AMP, 1921,11, p. 1 a 30 y 110 a 128.
 34. Cf. G. Ballet: Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie.
 - 35.- Cf. les Lecons N° 1 y 2, p. 1 a 56 y Les troubles du langage chez les alienes, 1892, p. 111 a 189.
 36. Cf. Lecons N° 18 y 19, p. 563 a 654.
 37. El lo llamará luego "delirio de influencia"; cf. los trabajos que inspira a sus alumnos Lévy-Darras: La psychose d'influence (tesis de 1914) y Ceillier: "Les influencés", Encéphale, 1924.
 38. Anglade, en su informe al Congreso de Marsella (1899) sobre "Les delires systématisés secondaires" retomará las mismas concepciones.
 39. Cf. el cuadro de p. 494.
 40. Cf. el cuadro de p. 6 25.
 41. "De la démence précoce des jeunes gens. Contribution a l'etude de l'hébéphrénie"/LW.
 42. "La démence paranoide./IAM3, p. 232.

43. *La démence précoce.*
44. Sérieux se apoya aquí en las investigaciones de su alumno Masselon.
45. Cf. también G. Demy. "La demence précoce". *Traite de Marie*. II. p. 439 a 477. Continuara teniendo las mismas ideas luego que Kraepelin mismo hubiera revisado su concepción: cf. el tado de Sergent. 1921, II, p. 167 a 202.
46. Cf. *Manuel de psychiatrie*, 5ta. edición. 1917,p.243 a 282.

CUARTA PARTE

LA PSIQUIATRÍA MODERNA: LA ERA PSICODINAMICA

Capítulo 14 LOS CLASICOS

FRANCESES

Alrededor de 1910 se constituye el edificio nosológico considerado en Francia como clásico, con el cual la psiquiatría francesa alcanza su punto de estabilidad. Será cuestionado en el período de entre guerras, pero conservará su valor de referencia hasta nuestra época. Su constitución es muy homogénea; revisaremos sucesivamente las diferentes piezas que lo constituyen a través de sus autores.

Sérieux y Capgras

Es incuestionablemente bajo la influencia de Kraepelin que, a partir de 1902, Sérieux y Capgras inauguran una serie de trabajos sobre el delirio de interpretación, coronados por su célebre monografía sobre las *Locuras razonantes* cuya parte histórica es interesante consultar (pags. 287 a 316). Se constata en ella que si bien las formas que son objeto de su trabajo estaban descritas, sin duda someramente, desde hacía ya algún tiempo (desde 1890 figura en las revisiones generales de Sérieux y de Ségla) ninguno había pensado hacer de ellas entidades mórbidas autónomas. La grilla nosológica utilizada en ese entonces, inspirada ya sea en Magnan o en Ségla, no considera pertinente una concepción tal. Su aparición responde pues a una mutación importante: será necesario analizarla cuidadosamente.

. "El delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por: 1) la multiplicidad y la organización de interpretaciones delirantes. 2) la ausencia o la penuria de alucinaciones, su contingencia, 3) la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica, 4) la evolución por extensión progresiva de las interpretaciones, 5) la incurabilidad sin demencia terminal (págs. 4-5).

La sintomatología se apoya entonces sobre:
las interpretaciones delirantes que caracterizan el delirio: tienen como objeto, siguiendo análisis de Vaschide y Vurpas², hechos tomados del mundo externo (percepciones exógenas) o del sujeto mismo (sensaciones endógenas), estado orgánico o estado mental;

- las ideas delirantes que surgen de ellas: a menudo combinadas, constituyen delirios de persecución, de grandeza, de celos, eróticos, místicos, hipocondríaco y de auto-acusación. Estas dos últimas formas corresponden a las descripciones de Séglas, el delirio hipocondríaco parece apoyarse en cenestopatías de tipo neurasténico de acuerdo con la

descripción que había hecho de ellas este último;

- los "síntomas negativos": integridad en el orden intelectual y afectivo (los sentimientos de los enfermos no varían respecto a los objetos que no forman parte de su delirio), en el comportamiento (conversación normal, no hay estereotipia ni neologismos, escritos de estilo banal); las alucinaciones están ausentes o raramente presentes (algunas alucinaciones visuales más bien hipnagógicas) salvo en los casos complicados;

- la evolución se divide en tres períodos: una fase de incubación meditativa en la que se acumula el material de las interpretaciones futuras, el sujeto aún duda; el período de sistematización donde aparece la idea directriz, donde se realiza la extensión progresiva (y retrospectiva) del delirio; el período terminal, de resignación, donde el delirio se borra sin desaparecer: "el paranoico no se cura, se desarma" (Tanzi, op. cit., pág. 142). Evoluciones irregulares pueden ocurrir: remisiones más o menos pronunciadas, donde el proceso delirante se interrumpe pero que "no llegan hasta la curación total de los errores pasados, hasta la consciencia de un estado enfermizo anterior" (pág. 144): paroxismos interpretativos; accesos de excitación a menudo de estilo reivindicativo o de depresión secundaria; por último, bouffées delirantes u oníricas que modifican brutalmente el cuadro clínico de manera transitoria: en efecto, desde el momento de su declinación, el enfermo critica y rechaza estos episodios de locura que considera como debidos a las maniobras de sus perseguidores.

Algunos caracteres "accesorios pero sobresalientes" permiten la delimitación de variedades clínicas interesantes pues vehiculizan nociones a menudo perdidas después: la variedad precoz, donde el delirio se inicia antes de los veinte años (paranoia originaria de los alemanes); la variedad tardía; el delirio de interpretación de los débiles, particularmente pobre o absurdo; la forma frustra o atenuada; la forma con paroxismos alucinatorios; la variedad persecutoria, donde el sujeto reacciona como perseguidor y pasa a la acción (forma mixta con el delirio de reivindicación); la variedad de los resignados, en los que el carácter dulce, pasivo, tímido del enfermo lo hace perfectamente inofensivo⁷. Dos formas clínicas están suficientemente especificadas como para ser descriptas por separado:

El delirio de suposición en el que "a pesar de la abundancia de las interpretaciones. . . el enfermo permanece flotante, indeciso. . . no osando afirmar nada. Es un delirio de sospechas, de interrogaciones, constituido no por convicciones sino por dudas delirantes. . . El delirio nunca se sistematiza. . . Si se reúnen estas interrogaciones y estas suposiciones múltiples, se reconoce en ellas el substrato de un sistema delirante que no se anima a afirmarse pero que ningún razonamiento podrá destruir"⁴. Se trata aquí más bien de un *sentimiento de significación* que de interpretaciones verdaderas; veremos la importancia teórica de este tipo en la etapa siguiente.

El delirio de fabulación, donde la "sistematización. . . es a la vez muy compleja y muy precisa: aquí, no hay duda alguna, no hay vacilaciones, sino explicaciones claras y una certeza absoluta. . ., una seguridad imperturbable" (ibid., pág. 679-680). Casi siempre tiene como eje un delirio de filiación principesca, el delirio de fabulación se caracteriza por la "frecuencia y la riqueza de los relatos imaginarios que se agregan a las interpretaciones" (pág. 680). Dupré, poco después, dará su autonomía a esta forma en sus "delirios de imaginación".

El diagnóstico diferencial del delirio de interpretación lo opone esencialmente al Delirio Crónico de Magnan, a los estados interpretativos agudos de la psicosis maníaco-depresiva y de la degeneración (*bouffées delirantes*), a la demencia precoz, pero sobre todo al delirio de reivindicación, término que eligen Sérieux y Capgras para designar a los "perseguidores" de Falret, en el que ellos diferencian (cf. el cuadro comparativo de la pág. 263):

- el carácter primario, organizador, de la idea prevalente, obsesionante y sectorizada que lo constituye. Las interpretaciones son raras, secundarias, circunscriptas (delirio en sector de Clérambault);
- su aspecto de estado de exaltación pasional crónica, agregado a una personalidad particular (subexcitación intelectual permanente, lagunas morales, estigmas de degeneración); las reacciones, los actos, a menudo violentos, desproporcionados con respecto a su móvil, están en un primer plano;
- la ausencia de verdaderas ideas delirantes absurdas: concepciones verosímiles, cotidianas, limitadas, sin megalomanía verdadera ni delirio de persecución física. El delirio de reivindicación puede ser altruista^s (reforma política, religiosa, científica) o egoísta (idea de perjuicio, de desposesión, ideas de celos o amorosas);
- la evolución característica: inicio brusco, evolución por brotes sucesivos con intermitencias más o menos largas, extensión sectorizada. Estos "maníacos razonantes" son personalidades patológicas más que auténticos delirantes; de manera que "hacer la historia de la enfermedad es hacer la historia del enfermo" (*Locuras razonantes*, pág. 258) y sólo finaliza con la senilidad.

El delirio de interpretación es empero, él también, la manifestación de una constitución patológica. En efecto, en su intento de analizar el síntoma-interpretación, Sérieux y Capgras muestran su analogía con las consecuencias intelectuales de todo estado afectivo prolongado o intenso (estados pasionales). Ahora bien, en las causas determinantes de la psicosis interpretativa se encuentran siempre choques emocionales o estados afectivos prolongados, repetidos, de tonalidad depresiva (desgracias, desilusiones, heridas del amor propio, temores): "la causa provocadora habitual reside, por ende, en una serie de pruebas penosas... el yo, hipertrofiado o hiperestesiado, deforma entonces sistemáticamente los lechos, subordinando todo al complejo ideoaectivo... fijado en la consciencia gracias al estado emocional" (pág. 239). A este proceso, en suma totalmente natural, se agrega un factor netamente patológico, la *fijeza* del estado emocional, que explica la extensión, la difusión, la cronicidad del delirio⁶.

Esta fijeza de los estados afectivos se debe a la constitución mental patológica de estos enfermos, caracterizados por: la emotividad anormalmente intensa que acompaña los estados de consciencia que afectan el yo; lo que se manifiesta por su carácter egocéntrico,

su autofilia, su susceptibilidad; cierta ausencia de autocrítica, una "paralógica circunscripta" que contrasta con la conservación de la lógica formal. Cuando una representación

está acompañada por un tono emotivo más o menos intenso ella es aceptada sin control" (pág. 234-235). Se vuelven a encontrar en la descripción de esta "constitución paranoica" los rasgos delimitados por los autores anteriores (Krafft-Ebing, Séglas). La concepción del

delirio de interpretación es pues *puramente psicogénica* en Sérieux y Capgras, como, también en el conjunto de los autores de este período: se trata de lo que Jaspers llamará "desarrollo o (reacción) de una personalidad patológica".

El origen de la constitución paranoica es buscado naturalmente en la teoría de la degeneración; se trata aquí empero de un estado degenerativo más ligero que el de los reivindicadores: los estigmas "físicos" son raros; hay tan sólo un desequilibrio caracterológico, una desadaptación social y relacional les es propia.

La concepción nosológica de Sérieux y Capgras se deduce de las consideraciones precedentes⁷. Siguiendo a Kraepelin, se proponen agrupar, con el nombre de paranoia, los delirios de reivindicación y de interpretación cuyo parentesco reconocen; numerosas formas intermedias los vinculan efectivamente, justificando el rechazo de algunos autores. por ejemplo Deny⁸, a separarlos; por otro lado, ambos nacen sobre la base de una constitución paranoica, los reivindicadores están dotados de una predisposición más intensa, cercana a la exaltación hipomaníaca. A estas psicosis constitucionales funcionales se oponen una clase de delirios sistematizados que manifiestan una psicosis adquirida. tóxica, demencial, que comprende el Delirio Crónico de Magnan, donde el proceso es lento y atenuado y los delirios sistematizados paranoicos (demencia paranoica) donde el proceso es rápido y acentuado: modos de inicio muy emparentados⁹ acercan ambas psicosis (período de inquietud y de malestar inicial, de forma neurasténica, que evoca una etiología tóxica). Las formas de transición vinculan entre sí estas diferentes formas clínicas, formando en particular una clase de psicosis intermedias, atípicas (delirios polimorfos crónicos de Magnan, quedando aparte las bouffées delirantes) entre las dos grandes clases de psicosis constitucionales y adquiridas.

El trabajo magistral de Sérieux y Capgras consistirá finalmente en adaptar las grandes líneas de las concepciones de Kraepelin (quien por su lado dará, en su octava edición, un paso en la misma dirección que ellos) a la preocupación del análisis clínico y semiológico fino que caracteriza a la psiquiatría francesa de esta época, pero también a las formas clínicas heredadas de la tradición anterior.

Gilbert Ballet

En 1911¹⁰ Ballet, evidentemente tomando como modelo el trabajo de Sérieux y Capgras, apoyándose también en el tipo de crítica que formulaba desde hacía mucho tiempo contra las distinciones de Magnan, propone el reagrupamiento de los diversos delirios crónicos alucinatorios bajo el nombre de *psicosis alucinatoria crónica*. Rechazando la síntesis kraepeliniana, separando cuidadosamente demencia paranoica y psicosis alucinatoria crónica, considera a los delirios polimorfos "degenerativos" y al Delirio Crónico de Magnan como las formas extremas de un mismo grupo, en el que la explosión de alucinaciones de los diversos sentidos sigue a una fase de malestar y de inquietud, que condiciona delirios de fórmula diversa. Las entidades de Magnan corresponden indudablemente a realidades clínicas incuestionables: "no se puede suponer que, sobre una cuestión de hecho, se pueda considerar en falta a un observador tan atento y tan sagaz como Magnan" (pág. 404). Pero innumerables formas intermedias las vinculan y, sobre todo, su análisis psicopatológico es insuficiente: el delirio crónico es muy raro y los casos que se encuentran nunca corresponden exactamente al *esquema* (ausencia de demencia terminal. yuxtaposición y no sucesión de ideas de persecución y de grandeza, fondo degenerativo frecuente); los delirios polimorfos no lo son verdaderamente: los estados de polimorfismo sucesivo dependen de la confusión mental o de la demencia precoz, los otros en los que el

polimorfismo es simultáneo muestran de hecho la asociación de ideas de grandeza y de persecución de diversas expresiones (por ejemplo, ideas celosas y místicas manifiestan la persecución, así como el erotismo, la grandeza). Finalmente, el conjunto de las ideas delirantes que se encuentran son "manifestaciones de una misma actitud mental, constituida a la vez por la desconfianza y la vanidad, por la autofilia usando la expresión de Ball" (pág. 401), es decir de la constitución paranoica. Dos años más tarde, en 1913¹¹, Ballet retoma el estudio de la psicosis alucinatoria crónica, esta vez desde el ángulo semiológico y psicopatológico, y modifica bastante netamente su concepción. En la base de la nueva doctrina se encuentra una serie de hechos nuevos destacados a partir de la comunicación en 1908¹² por L. Cotard, un alumno de Séglas, de dos casos de psicosis alucinatoria crónica *sin delirio*. Estos casos, en los que un síndrome alucinatorio, sobre todo verbal, permanecía aislado, sin idea delirante explicativa, recibirán de Dupré, en 1911, el nombre de alucinosis¹³. Sugieren inmediatamente la idea de que el síndrome alucinatorio es independiente del delirio que puede seguirle más o menos tardíamente a título de *explicación*. Ballet propone entonces considerar, tomando como modelo prácticas del espiritismo, que es la disgregación de la personalidad, la desapropiación del pensamiento del sujeto, lo que forma la base y el origen del síndrome alucinatorio crónico; un síntoma clave manifiesta este fenómeno: el eco del pensamiento, prototipo del síndrome en su totalidad. Las ideas delirantes son secundarias: "las ideas de persecución son habituales en la psicosis alucinatoria crónica porque constituyen la interpretación más plausible... Por lo demás, son favorecidas a veces por la preexistencia de tendencias paranoicas en algunos enfermos" (pág. 506).

El malestar inicial corresponde al inicio del proceso de disgregación, a un estado más bien hipocondríaco: "sólo excepcionalmente y sólo en aquellos que están predispuestos por el matiz paranoico de su mente, la explicación asume el tinte de persecución" (pág. 507).

Los casos de alucinosis mostraban que, incluso en la etapa alucinatoria, la idea de persecución puede no surgir.

En otro trabajo escrito en colaboración con R. Mallet y publicado poco después¹⁴, Ballet insiste sobre los caracteres de la alucinación del perseguido (por oposición con los onirismos tóxicos): se trata menos de exterioridad que de objetividad, lo que explica la reticencia de "algunos psicólogos"¹⁵ para considerarlos como verdaderos fenómenos perceptivos. Opone, en la apropiación por el sujeto de sus propias representaciones, la reducción en el espacio, cuyo desfallecimiento está en el origen de los estados oníricos y que no se ve afectada en el alucinado crónico, y la reducción en el tiempo, cuya disfunción intermitente crea el síndrome alucinatorio crónico. Las representaciones así objetivadas pueden no llegar hasta la exteriorización: son las alucinaciones psíquicas y psicomotrices; de todos modos, puede señalarse la imprecisión de las descripciones del alucinado así como el hecho de que siempre establece la diferencia entre percepciones reales y alucinatorias. Esta distinción se borra en el onirismo donde el daño es mucho más profundo.

Como se pudo constatar, las ideas de Ballet constituyen evidentemente el origen de la célebre teoría del automatismo mental de Clérambault; es un hecho que éste, quien por otra parte es capaz de realizar la hazaña de producir una serie de trabajos sobre la psicosis alucinatoria crónica sin citar nunca a Ballet, tampoco le atribuyó la paternidad de las

ideas que desarrollará, con tanta energía, en los años 1920. Además de la rivalidad de las dos escuelas (Clérambault es un alumno de Garnier, uno de los más importantes discípulos de Magnan) una desgraciada controversia sobre una "internación cuestionada"¹⁶ probablemente juegue su papel en todo esto.

Debe también señalarse que la posición de Ballet está lejos de ser aislada. Todo el período comienza a tomar distancia de la psicología neurologizante de finales del siglo precedente¹⁷: la era psicodinámica que constituirá el período moderno de hecho ya ha comenzado. Tomemos como modelo de ella la evolución de las posiciones de Ségla en el problema de la alucinación, objeto de sus últimos trabajos clínicos importantes.

Desde 1900, en el Congreso Internacional de Psicología, admite la existencia separada de las pseudo-alucinaciones, cuyo carácter de objetividad es manifiesto pero cuya exterioridad es nula, y las distingue de las alucinaciones psicomotrices. Puede de este modo dividir a las alucinaciones psíquicas de Baillarger en tres grupos¹⁸: las pseudo-alucinaciones comunes, las pseudo-alucinaciones verbales y las alucinaciones psicomotrices verbales; los dos primeros grupos no son más que representaciones mentales vividas y no apropiadas.

En 1903, en un trabajo sobre la evolución de las obsesiones¹⁹, examinando sus diferentes modos de transformación delirante (delirio de autoacusación, confusión mental, paranoia simple o alucinatoria), analiza su evolución posible hacia estados alucinatorios como una acentuación de la disgregación psíquica en la que éstos se originan. Ya desde sus *Lecciones clínicas* de 1895, Ségla tenía de las obsesiones una concepción cercana a la de P. Janet (formación de grupos psíquicos autónomos por defecto de síntesis mental) pero es por una verdadera inversión de sus doctrinas de entonces como aplica esta explicación a los delirios alucinatorios: se recordará, en efecto, que la disgregación de la personalidad en los delirios de base psicomotriz le parecía una consecuencia de este tipo de alucinación, mientras que ahora se le aparece como su causa.

En 1913, en un trabajo publicado en colaboración con su alumno Barat²⁰, delimita dos modos originales de evolución de las alucinaciones e intenta su análisis. Puede captarse en algunos casos clínicos, de los que presentan ejemplos, la transformación de la palabra interior (pensamiento hablado) en un estado "hiperendofásico", luego en alucinación psíquica, luego en alucinación auditiva verbal, el mismo proceso puede observarse en sentido inverso en caso de que se produzca eventualmente la cura de la psicosis. Por otro lado, en casos que han pasado a la cronicidad, se puede demostrar a veces que el sujeto ya no tiene alucinaciones; pero que sigue comportándose como si las tuviese. monologando permanentemente, imitando un diálogo sin interlocutor (los autores presentan dos casos llamativos de este género) en una suerte de "comportamiento alucinatorio" estereotipado.

Estos trabajos, que constituyen un segundo período del pensamiento del gran clínico. marcan una orientación cada vez más psicodinámica en la aprehensión del fenómeno alucinatorio. P. Janet ha reemplazado en este punto a Charcot en la elaboración de los modelos teóricos de la Escuela de la Salpêtrière y es en el análisis de las perturbaciones de la personalidad donde se tenderán a situar de allí en más los fenómenos de la patología mental.

Babinski

En torno al problema de las neurosis gira la gran mutación que conocerá la psiquiatría francesa de inicios del siglo XX con la doctrina de las Constituciones Mórbidas que desarrollará Dupré.

Una lenta evolución de los conocimientos neurológicos y anatomo-clínicos hace que progresivamente salgan del cuadro de las grandes neurosis²¹ conjuntos clínicos como la parálisis agitada (enfermedad de Parkinson), el bocio exoftálmico o la corea que remiten cada vez más netamente a una patología focal, se conozcan o no sus lesiones causales. La epilepsia misma, que servía todavía de modelo a Janet en 1903²² en la edificación de su psicastenia, aparece cada vez más como una enfermedad orgánica.

Del grupo de las "psiconeurosis" como neurosis generales de sintomatología psíquica importante, afecciones funcionales difusas del sistema nervioso, sólo quedan, heredadas de la enseñanza de Charcot, la histeria y la neurastenia, dividida esta última en adquirida y constitucional.

La neurastenia adquirida es un síndrome de agotamiento nervioso consecutivo al surmenage, a las intoxicaciones y a las infecciones, a los traumatismos, a las visceropatías orgánicas. Su sintomatología está constituida sobre todo por signos físicos de "debilidad irritable" (cefaleas, insomnio, astenia, raquialgia, dispepsia) y de un estado mental constituido por abulia, inquietud y emotividad.

La neurastenia constitucional, que Janet acaba de rebautizar psicastenia, corresponde al conjunto de lo que Magnan llamaba "síndromes episódicos" o "estigmas psíquicos de la generación mental" (obsesiones, impulsiones, fobias, inhibiciones). Charcot, siguiendo en este punto a Beard y a los psiquiatras alemanes (cf. Krafft-Ebing) considera estos síntomas como anclados sobre un fondo de desequilibrio de la emotividad y de la voluntad, forma constitucional (y por ende degenerativa) de la neurastenia. Sistematizando las ideas de Séglas y de Arnaud (op. cit), Janet las hará depender de la abulia, de la imposibilidad de actuar, "de la pérdida de la función de lo real" debido a una "disminución de la tensión psicológica".

Estigmas particulares manifiestan este síndrome, incluso en ausencia de los "accidentes mentales" que representan las obsesiones, las fobias y las agitaciones mentales; consisten en perturbaciones fisiológicas (de tipo neurasténico) y psicológicas: — sentimientos de incompletud: impresiones generales de inferioridad, de impotencia, de automatismo en el orden de la voluntad: de extrañeza, de desrealización en el orden perceptivo; de indiferencia afectiva, de falta de emotividad, de despersonalización en el orden afectivo; — insuficiencias psicológicas: abulia, duda, depresividad con su corolario: la necesidad de dirección y de autoridad, la necesidad de ser amado, la necesidad de excitación en la que se originan las tendencias toxicomaniacas y las perversiones sexuales.

El trabajo de Janet desgraciadamente queda fuera del marco de nuestra investigación y resumir tan brevemente una concepción y una descripción tan ricas, sólo puede mutilarlas. Demasiado elaborados, sus admirables escritos serán marginales; ejercerán sin embargo una influencia notable. Siguen siendo aun hoy en día una fuente inexplorada de ideas y de hechos clínicos.

Numerosos autores prefieren en general vincular los fenómenos fóbico-obsesivos con perturbaciones emotivas: Pitres y Régis dan a esta teoría su marco de referencia en 1902²³. Esta concepción es la que reunirá finalmente a los alienistas franceses en una referencia reverencial pero reticente a Janet.

Charcot mismo está en el origen de la disolución de la concepción de histeria que él había elaborado (cf. cap. 11) de 1870 a 1880, cuya parte clínica es la única que será conservada. En efecto, a partir de 1881 comienza a interesarse en el hipnotismo, que logrará imponer en el mundo científico de su época²⁴. Su gran idea se basa en la analogía de los fenómenos hipnóticos, en particular los del "gran hipnotismo", con los fenómenos histéricos. La "neurosis hipnótica" le parece así una forma particular de histeria, a la que le aplicará el mismo procedimiento de descripción y de análisis clínico, distinguiendo tres grandes estados fundamentales²⁵ que dan cuenta de las "formas frustras" del pequeño hipnotismo.

Explorando las posibilidades de sugestión en el estado sonambúlico, observa que pueden reproducirse así numerosos síntomas histéricos, especialmente las parálisis histero-traumáticas²⁶. De este modo a partir de 1884 insistirá de más en más en la importancia de la idea en la génesis de los accidentes histéricos, pues: "los histéricos... son en primer término sugestionables, ya sea que la sugestión sea ejercida por influencias exteriores, ya sea, sobre todo, que presenten ellos mismos los elementos tan poderosos de la auto-sugestión"²⁷.

Este descubrimiento del papel de las representaciones en la génesis de los accidentes histéricos culminará en las teorías de Janet, de Binet y de Freud, haciendo de la histeria una enfermedad mental²⁸ caracterizada por la existencia de grupos psíquicos separados de la consciencia (complejos ideo-afectivos) que determinan los síntomas. Las doctrinas que originarán la psicopatología moderna nacen entonces de la confrontación de un estudio clínico cuidadoso de la histeria y del hipnotismo²⁹. No podemos callar, en este proceso, el papel de Bernheim cuyo aguijón crítico precipita, sin duda, las cosas³⁰.

Bernheim parte de una concepción muy diferente del hipnotismo, que le parece no ser más que una forma particular de sugestión, favorecida por procedimientos que provocan una especie de estado de sueño parcial. En consecuencia, pareciéndole la sugestión un hecho genérico que puede reducirse, en última instancia, a "la acción dinamogénica de la idea" (tendencia de las representaciones a transformarse en acto), considera el hipnotismo como un fenómeno cuasi universal, lejos de ser el privilegio de las histéricas. Rechaza, entonces, la descripción de las tres formas del gran hipnotismo y la teoría de la "neurosis" hipnótica.

En un segundo tiempo, a partir de 1891, fecha de la aparición del famoso artículo que escribe en *Le Temps*, se dedicará a atacar la concepción de la histeria de Charcot. Rechazando tanto la existencia de los estigmas como el desarrollo de las cuatro fases de la crisis de "gran histeria", considera la descripción de la Salpêtrière como apoyándose en una educación ("histeria de cultura") sugestiva de los enfermos.

En última instancia, tenderá a reducir la histeria a una psiconeurosis emocional. resultado de la acción de las emociones sobre un "aparato histerógeno" (montaje psicofisiológico que manifiestan las emociones en todo ser humano) particularmente sensible y desarrollado, lo que explica la duración y la intensidad de la expresión afectiva histérica cuya gran crisis ("crisis de nervios") le parece el mejor modelo. Esta concepción implica simplemente retomar la teoría de Briquet.

Las doctrinas de Bernheim nos parecen de un escaso interés intrínseco. Tuvieron sobre todo el interés de corregir lo evidenciado por Charcot acerca del "terreno" histero-hipnótico. por la puesta en consideración de la importancia de la relación (que se llamará más tarde transferencial) en sus manifestaciones. Finalmente, Babinski aprovechará la lección dada por todas estas controversias, apoyándose en la paciente investigación de signos diferenciales que permiten distinguir los accidentes histéricos de las perturbaciones neurológicas con base lesional. A partir de 1901³¹, propondrá un análisis de las grandes manifestaciones histéricas (crisis nerviosas, parálisis, contracturas, anestias) que le permite proporcionar la siguiente definición de la gran neurosis: "la histeria es un estado psíquico que vuelve al sujeto capaz de autosugestionarse. Se manifiesta principalmente por perturbaciones primitivas y accesoriamente por algunas perturbaciones secundarias. Lo que caracteriza las perturbaciones primitivas es que es posible reproducirlas mediante la sugestión con una exactitud rigurosa en algunos sujetos y hacerlas desaparecer bajo la influencia exclusiva de la persuasión. Lo que caracteriza las perturbaciones secundarias³² es que están estrechamente subordinadas a las perturbaciones primitivas" (pág. 461).

Precisemos que las perturbaciones no siempre desaparecen de este modo: son tan sólo *susceptibles* de desaparecer instantáneamente en los casos favorables en los que una contrasugestión no actúe. La sugestión puede sin duda mejorar otros fenómenos neuróticos (neurasténicos, hipocondríacos, obsesivos) pero en forma incompleta y por poco tiempo: no los suprime. Igualmente mediante la sugestión se puede desencadenar otras perturbaciones, como por ejemplo emotivas, pero éstas escapan entonces al control de la voluntad, ya no puede detenerlas, a diferencia de los fenómenos histéricos (cf. experiencias hipnóticas).

Esta definición de la histeria es descriptiva, clínica y deja intacto el problema de "el estado psíquico especial" que permite estos fenómenos y del que sólo podrá dar cuenta teoría psicopatológica. Se trata aquí, continuando en forma directa los últimos abajos de Charcot, de una concepción cercana a la de Freud: lo que Babinski destaca aquí es esencialmente el origen *representativo* de los síntomas histéricos (el estatuto y la naturaleza de las representaciones que determinan el síntoma no están esclarecidos en tibia). El papel de los fenómenos transferenciales en la producción de los síntomas agestiones) también está destacado.

En un segundo tiempo³³ Babinski se entregará a un trabajo nosológico de desmembramiento: - las perturbaciones cutáneas, vasomotoras, viscerales que describía Charcot le parecen depender de asociaciones mórbidas, de falsos diagnósticos o, más sencillamente aún, de la superchería;

~ la "locura histérica", si dejamos de lado los delirios específicos vinculados a las crisis o que las reemplazan, ya no es ni siquiera admitida por los alienistas: entra a menudo en la demencia precoz (caso de Morel);

- los "estigmas", como lo había sostenido Bernheim, se deben a la sugestión y desaparecen por persuasión; no son pues permanentes;

- el hipnotismo forma parte, con todo derecho, de los fenómenos histéricos: "el hipnotismo es un estado psíquico que vuelve al sujeto sometido a él, susceptible de sufrir sugestión de otro. Se manifiesta por fenómenos que la sugestión hace surgir, que la persuasión hace desaparecer, y que son idénticos a los accidentes histéricos" (pág. 483);

~ finalmente, desanudando los lazos tradicionales de la histeria con la emoción³⁴, desprende de ella los fenómenos emotivos con los que Dupret había hecho, algún tiempo

, antes, una psiconeurosis autónoma caracterizada por una tendencia general al eretismo, neuro-vegetativo.

Babinski propondrá, para salir de la ambigüedad que guarda el término de histeria, adoptar el neologismo "pitiatismo" (curable por persuasión) para designar las perturbaciones que responden a su concepción y que le parecen formar un grupo homogéneo y bien diferenciado de fenómenos. Pese a algunas resistencias rápidamente superadas, sus concepciones serán ampliamente aceptadas y acarrearán, por las medidas prácticas que implican (evitar las sugerencias involuntarias, contra-sugestión más o menos autoritaria), la casi desaparición de las grandes histerias de la época de Charcot.

Dupré

Como lo vimos en relación a la paranoia, a la psicastenia, a la histeria, comienza a imponerse la idea de que las enfermedades mentales "degenerativas" se apoyan en una constitución mental específica. De esta manera el conjunto un poco indiferenciado de la degeneración comienza a disolverse³⁵ para dar nacimiento a una caracterología psiquiátrica que Dupré sistematizará.

En 1906 Wilmanns, un alumno de Hecker, retoma la descripción de la ciclotimia de Kahlbaum³⁶, y hace de ella una forma atenuada de la psicosis maniaco-depresiva, tal como lo había sostenido siempre Kraepelin. Demy, en un artículo aparecido en 1908³⁷, luego en la tesis de su alumno Pierre-Kahn, introduce la noción en Francia, con una connotación muy particular: 'la afección o más bien la constitución psicopática que me propongo estudiar hoy bajo el nombre de ciclotimia no figura en el marco de las enfermedades mentales. Está situada en realidad en la zona fronteriza de estas enfermedades. .. Para convencerse de la realidad de esta constitución ciclotímica, les bastará con interrogar con un poco de cuidado a los enfermos afectados de accesos recidivantes de manía o de melancolía, sobre su modo de ser o más bien de padecer en el intervalo de sus accesos" (pág. 109).

Demy, que había ya popularizado en Francia las ideas de Kraepelin sobre la psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz, tiene una concepción bastante amplia de la ciclotimia pues quisiera ver incluidas en ella, en base al estado común de inquietud y de depresión, las neurastenias constitucionales y las psicastenias de los otros autores. Más legítimamente, vinculada con ella los trastornos del carácter frecuentemente descriptos en los histéricos.

En 1909 Dupré presenta su primera descripción de la "constitución emotiva elaborada luego en varios artículos²⁹; se trata: "de cierto modo de desequilibrio del sistema nervioso, caracterizado a la vez por el eretismo difuso de la sensibilidad y la insuficiencia de la inhibición motriz, refleja y voluntaria, en virtud del cual el organismo

...nta, ante las excitaciones que solicitan su sensibilidad, reacciones anormales por su ...idad, su extensión y su duración" (pág. 245).

Los signos que la revelan consisten en una exageración de los reflejos, una hiperestesia sensorial y sensitiva, un desequilibrio de las reacciones vasomotrices y secretoras, una tendencia al espasmo de los músculos lisos (bolo esofágico, falsamente denominado histérico y otros espasmos digestivos o vesicales), un "temblor emotivo" de los músculos ...iados. Todos estos síntomas se acentúan y se confunden en las grandes crisis, realizando "el acceso emotivo". Dupré señala el carácter fisiológico de estas perturbaciones en el niño y en el lactante, sólo su perduración hasta la edad adulta constituye de por sí un hecho patológico.

La constitución emotiva representa el substrato de diversos estados patológicos, ante ...o de la psiconeurosis de angustia, primeramente descrita por Freud en 1895 y que en la monografía de Hartenberg (1902) había popularizado en Francia⁴⁰. Con su fondo de ...tabilidad general y de espera ansiosa, sus crisis agudas de angustia con expresión ...mática frecuente, sus fobias más o menos sistematizadas, la neurosis de angustia no es ... que una variedad de la patología emotiva; base también de la sintomatología ...ico—obsesiva a la cual Dupré, al igual que Pitres y Régis, le atribuye como base ...lógica la ansiedad y, por último, de diversas perturbaciones mentales (melancolía ...iosa, ciclotimia, histeria, neurastenia) donde la emotividad está presente con carácter de factor asociado.

Observemos que si la constitución emotiva es a menudo de origen hereditario, puede ... todos los síndromes degenerativos ser adquirida luego de traumatismos, de trastornos de la nutrición (hipertiroideo), de diversas infecciones o intoxicaciones alcoholismo, cafeísmo, etc.).

En una monografía aparecida en 1917⁴¹ y prologada por Dupré, dos de sus alumnos estudiarán con más detalle la patología ansiosa. Retomando la descripción de Freud, describen una constitución ansiosa, subvariedad de la constitución emotiva, donde ... dominan los fenómenos de angustia, la que forma la base de la psicosis ansiosa (crisis de angustia aguda). Ve su manifestación bajo la forma de aporte constitucional en numerosos estados mórbidos adquiridos (confusión mental, parálisis general, demencia precoz o senil, etc.) o en asociación con otras constituciones patológicas, en las psicosis ciclotímicas o paranoicas y en las obsesiones que les parecen depender de una asociación con una debilidad constitucional de la síntesis mental (psicastenia de Janet). De este modo la teoría constitucional permite dar cuenta de las formas que asumen las ...opatías adquiridas en tal. o cual enfermo en particular como, en las asociaciones patológicas, descomponer los estados patológicos desde entonces considerados como heteromorfos. Un ejemplo de este tipo de análisis se nos presentó ya en Ballet descomposición de los delirios de persecución alucinatorios en alucinosis y constitución paranoica), que Clérambault desarrollará en forma extrema.

Dupré consagra numerosos trabajos a la descripción de otros trastornos constitucionales como las cenestopatías⁴², alucinosis de la sensibilidad común basada en "una anomalía constitucional de la sensibilidad física" (pág. 304), que en los casos puros, pese a su

fijeza desesperante, sólo provoca una inquietud y una agitación secundaria y proporcional a la incomodidad provocada. Asociadas a otras anomalías constitucionales (ansiedad, constitución paranoica, depresión), están en la base de las perturbaciones hipocondríacas más o menos delirantes y contribuyen a "la edificación de la psicosis" (pág. 294);

- la debilidad motriz llamada "de Dupré"⁴³, "estado patológico congénito de la motricidad, a menudo hereditario y familiar, caracterizado por la exageración de los reflejos tendinosos, la perturbación de los reflejos plantares, la sincinesia, la torpeza de los movimientos voluntarios, y finalmente por una variedad de hipertonia muscular difusa, relacionada con los movimientos intencionales que culmina en la imposibilidad de realizar voluntariamente la resolución muscular" ("paratonía") (pág. 261). Este desequilibrio motriz constitucional, frecuente en los débiles mentales, puede observarse también en sujetos intelectualmente normales; representa de hecho un síndrome fisiológico del niño pequeño que sólo se vuelve patológico cuando persiste. Puede, por otro lado, servir como base al desarrollo de diversas perturbaciones motoras: tics, tartamudeos, espasmos, temblores, propensión a la catalepsia y a los estereotipos, mioclonias, inestabilidad motriz permanente. Dupré pensaba incluso poder originar en ellos las perturbaciones coreicas, epilépticas y catatónicas;

- las perversiones instintivas a las cuales consagra un informe célebre en el Congreso de Túnez (1912)(44) y que comprende en un sentido muy amplio puesto que engloban

también las perturbaciones del instinto de reproducción (perversiones sexuales) y del instinto de asociación (perversidad de los antisociales) como las del instinto de conservación (suicidio, coleccionismo, avaricia, prodigalidad). Sin embargo, retiene un carácter común, la perturbación de la actividad *social y moral* del individuo, que confiere al grupo una unidad cierta que ha conservado hasta nuestros días;

- la mitomanía⁴⁵, desequilibrio constitucional de la imaginación que lleva al sujeto "a alterar la verdad, a mentir, a fabular, a simular, en una palabra a sustituir la percepción de la realidad por la creencia en acontecimientos imaginarios" (pág. 498). Fisiológica en el niño normal, se vuelve patológica por su persistencia en el adulto o por su intensidad en el niño anormal. Puede presentar un carácter simplemente vanidoso (charlatanería, simulación) o adquirir un aspecto de malignidad (mistificadores, acusaciones calumniadoras) o de perversidad (estafadores, seductores). Por último, la tendencia mitopática constitucional puede manifestarse en forma inconsciente e involuntaria pero con los mismos

caracteres de sugestionabilidad y de invención: éste es para Dupret el fundamento real de los fenómenos histéricos, en el sentido de Babinski: "La histeria, que expresa en un dominio especial el desequilibrio de la imaginación, se presenta como una variedad de mitomanía... Pero para que la histeria exista, no basta con una sugestión patológica, es necesario todavía la *sugestión de lo patológico*...: la histeria es la mitomanía de los síndromes... , mitomanía más o menos consciente... , realizada... en virtud de esa psicoplasticidad mitopática que caracteriza esencialmente a la histeria, y que se podría designar con el nombre de... mitoplasticidad" (pág. 146-147).

En el Congreso de Bruselas de 1910, Dupret y su alumno Logre proponen la descripción de los "delirios de imaginación" *. Estallan en el terreno de la constitución mitomaníaca cuyo portador adhiere siempre parcialmente a las novelas que emite; el

delirio de imaginación (mitomanía delirante) se basa en un proceso intuitivo y confabulatorio, "el enfermo. . . transporta al mundo exterior sus creaciones subjetivas. . . en cuya realidad. . . cree inmediatamente" (pág. 96). Más rara en su forma pura que el delirio de interpretación, a menudo confundida con él debido a la apariencia deductiva que adquiere bajo la influencia de las preguntas demasiado precisas de un observador no prevenido, este delirio tiene una evolución muy semejante al de la entidad de Sérieux y Capgras: ausencia de afección de la integridad mental, conservación invariable de la misma fórmula, crecimiento indefinido por yuxtaposición de nuevos elementos fabulatorios y paramnésicos (y de piezas y documentos que el sujeto no deja de fabricar para apoyarlos). Su patogenia reposa sobre mecanismos idénticos: constitución paranoica, desadaptación, reacción afectiva a acontecimientos traumáticos.

Lo más frecuente es encontrar el mecanismo imaginativo asociado con otras formas de delirios crónicos (estados interpretativos, alucinatorios) o agudos (confusión mental, manía, demencia precoz). Dupré y Logre describirán también una psicosis imaginativa aguda⁴⁷, forma de las bouffées delirantes de Magnan (brusquedad del comienzo, delirio de entrada, eretismo intelectual, declinación brusca), a menudo repetitiva (delirios con eclipse). Los temas de los delirios imaginativos son en su mayoría grandiosos y megalomaniacos (filiación, experiencia cósmica, invención), las ideas de persecución son en él generalmente secundarias y accesorias, y están de acuerdo con el humor más bien exaltado que subtiende a la actividad delirante.

Para Dupré, en definitiva, "el delirio de imaginación, al igual que el delirio alucinatorio interpretativo, no puede, a nuestro criterio, constituir una entidad clínica" (pág. 152). Las tres grandes formas de expresión de los delirios paranoicos corresponden más bien a modalidades de elaboración de la fórmula del delirio: el razonante interpreta, el mitómano fábulas, el alucinado transpone en percepción los mismos fenómenos de origen, definitiva, afectivo. Por eso tiende a constituir una única gran clase de delirios crónicos constitucionales en los que las formas mixtas son más frecuentes que las formas puras y que se apoyan en definitiva en las variedades de la constitución paranoica. Finalmente, tenderá a prevalecer una concepción intermedia entre la de Sérieux y Capgras la de Dupré (quien no hace más que retomar las ideas de Séglas): los delirios paranoicos propiamente dichos engloban las psicosis reivindicatorias, interpretativas e imaginativas, la psicosis alucinatoria crónica sigue siendo considerada como una psicosis adquirida sobre un fondo mental paranoico (distinción entre alucinosis y delirio). Delmas y Génil-Perrin⁴⁹, grandes propagadores de la doctrina constitucionalista, sostendrán este punto de vista que será finalmente retomado por Sérieux y Capgras en su artículo del *Tratado de Sergent* (1921) sobre los *Delirios sistematizados crónicos*⁵⁰, gran mapa de la concepción Clásica francesa de los delirios crónicos. En ese artículo aceptan tanto a la entidad de Ballet como a la de Dupré. En su descripción de la psicosis alucinatoria crónica, es en tanto forma clínica, descrita en algunas líneas, como figura el Delirio Crónico de Magnan (como las psicosis de influencia de Séglas), otras tres formas particulares son señaladas entonces:

- la forma con "alucinosis inicial", retomada de los comentarios de Séglas sobre la frecuencia de los delirios alucinatorios crónicos con inicio agudo;
- las formas frustras o abortivas, con las que asimilan las antiguas descripciones de paranoia aguda;
- las formas "fantásticas" donde el delirio, inagotable, se enriquece incesantemente con fabulaciones, con paramnesias, sobre un fondo de excitación hipomaniaco. Corresponden a las parafrenias fantásticas de Kraepelin y los autores insisten sobre su larga evolución sin

debilitamiento psíquico real y sobre la ausencia de incoherencia pese a su fantasía y a su absurdidad.

Vimos que en una decena de años se constituye un edificio nosológico completo que discutido, corregido, a veces repudiado entre las dos guerras, seguirá siendo, debido a su incuestionable valor clínico, la base de la reflexión de la psiquiatría francesa hasta nuestros días. Intentaremos delimitar sus características fundamentales.

Este edificio se arraiga profundamente en la tradición psiquiátrica francesa, en particular en la enseñanza de Magnan y de Ségla. Desde este ángulo integra los aportes de Kraepelin (demencia precoz, psicosis maniaco-depresiva, paranoia) asustándonos a las concepciones francesas.

En particular se trata esencialmente de una teoría de las psicosis no orgánicas, de las "vesanias puras" de Baillarger. Los "estados mixtos" de Magnan liberados de la hipoteca de las neurosis, comienzan a adquirir sus contornos definitivos y siempre actuales. Las "psicosis constitucionales" sin duda son herederas de la teoría de la degeneración; colocan al mismo tiempo un término a su utilización nosológica pues representan un deslizamiento del plano etiológico al plano psicopatológico⁵¹.

Efectivamente, ésta es la mutación fundamental: la psicopatología clínica bruscamente adquirió una especie de espesor entre la "morfología patológica" cara a Charcot⁵² y las hipótesis neurofisiológicas. El análisis del estado mental del alienado, el intento de penetrar la génesis, el origen, los mecanismos psicológicos de la psicosis retoman las perspectivas de los alienistas de la primera mitad del siglo XIX. Pero esta psicopatología sigue siendo esencialmente clínica, muy económica en hipótesis y extrapolaciones: basta leer los textos de Janet mismo (en este primer período de su obra, antes de la Gran Guerra), y nos sorprende el carácter extremadamente concreto de los términos, muy áridos y aburridos al primer contacto, que muy a menudo son recogidos de la boca misma de los enfermos. Al respecto los autores que acabamos de estudiar forman una transición entre el período clásico y la era psicopatológica que ahora se abre.

Los problemas que se plantearán en un primer tiempo conciernen la delimitación de las psicosis adquiridas, encefalopáticas (problema de los límites exactos de la demencia precoz) y la edificación de una lista de las "constituciones psicopáticas". La obra clásica de Delmas y Boll⁵³ limita su número a cinco: constituciones paranoica, perversa, mitomaniaca, ciclotímica, hiperemotiva, admitidas además por todos los otros autores. Dupré, ya lo vimos, había descripto también el desequilibrio motor y el de la sensibilidad común. Muchos admiten también una constitución neurasténica-psicasténica de acuerdo con la descripción de Janet. Pero más que estos problemas un poco secundarios, la disolución de la doctrina de Magnan dejará cierto número de lagunas.

La teoría de la degeneración tenía al menos el mérito de mostrar el parentesco de los diferentes caracteres patológicos. Las constituciones mórbidas, por más que los promotores de la nueva doctrina insistan sobre su asociación frecuente, tienden a adquirir una "pureza" que las aleja de los hechos concretos: de este modo la constitución paranoica, a cuya descripción se consagra Génil—Perrin⁵⁴, se purifica hasta no poder incluir a los paranoicos depresivos hipoesténicos (los sensitivos de Kretschmer), que ya habían descripto bien Ségla o Sérieux y Capgras. El fondo de emotividad de toda caracteropatía.

		DELIRIO DE INTERPRETACION	DELIRIO DE IMAGINACION	DELIRIO DE REIVINDICACION	DELIRIO ALUCINATORIO CRONICO
Tomado de: Sireux y Capras en Sireux — 1921 — T. I — p. 306.	Sintomas	<p>I. — Interpretaciones delirantes, exógenas o endógenas, múltiples, proliferantes, fundamentales. — Fabulaciones, pararnesias, falsos reconocimientos.</p> <p>Ausencia o extrema rareza de alucinaciones.</p> <p>II. — Verosimilitud relativa y sistematización de ideas delirantes diversas, de persecución, de grandeza, de celos, de erotismo, de misticismo, de hipocondría, de auto-acusación.</p> <p>III. — Conservación de la actividad mental. — Propensión a los razonamientos silogísticos, a las deducciones.</p> <p>Reacciones variables, resignación o agresividad, en relación con el carácter y proporcionados a su móvil.</p>	<p>I. — Delirio basado en fabulaciones y pararnesias múltiples.</p> <p>Ausencia o rareza de alucinaciones e interpretaciones.</p> <p>II. — Apariencia fantaseosa. — Predominancia de las ideas de grandeza, de invención y de reforma.</p> <p>III. — Conservación de la actividad mental. Papel de la intuición superior al de la deducción. — Aspecto narrativo más que dialéctico.</p>	<p>I. — Delirio pasional: idea fija obsesiva, imperiosa. Interpretaciones erróneas, poco numerosas, muy circunscriptas y secundarias.</p> <p>Ausencia de alucinaciones.</p> <p>II. — Falta de ideas francamente delirantes. — Verosimilitud de concepciones. — Ideas de daños sufridos (querulantes, perseguidores hipocondríacos). Erotomanía. Celos. Idealismo apasionado.</p> <p>III. — Sobreactividad mental, exaltación pasional.</p> <p>Reacciones de persecución, violentas, encarnecidas, desproporcionadas a su móvil (pleitistas, fanáticos magnicidas).</p>	<p>I. — Automatismo mental. — Perturbaciones sensoriales múltiples. — Predominancia de las alucinaciones psíquicas, auditivas verbales y cenestésicas. Rareza de alucinaciones visuales. — Interpretaciones delirantes secundarias.</p> <p>II. — Inverosimilitud, absurdidad, aspecto fantástico del delirio de persecución, de grandeza, de posesión, etc.</p> <p>III. — Conservación de la actividad mental, pero invasión progresiva del automatismo. — Eco del pensamiento. Afirmaciones inmediatas sin razonamiento. Neologismos.</p> <p>Reacciones impulsivas.</p>
	Evolución	<p>Inicio insidioso, a menudo confundido con las manifestaciones anteriores de un carácter paranoico. — Fijeza de las ideas directrices, pero extensión progresiva de las interpretaciones delirantes; organización frecuente de un delirio retrospectivo. — Paroxismos y remisiones. — Persistencia de la actividad mental.</p>	<p>Similar evolución que el delirio de interpretación.</p> <p>Desarrollo más por yuxtaposición de los enunciados que por coordinación.</p>	<p>Inicio brusco suscitado por un incidente que desencadena idea fija y excitación. — Ausencia de sistema novelesco. — Sucesión posible de ideas fijas diferentes. — Remisiones frecuentes. Ausencia de demencia.</p>	<p>Inicio variable: inquietud o automatismo mental, alucinosis a veces. — Invasión progresiva de las alucinaciones. — Evolución posible de las ideas de persecución hacia las ideas de grandeza. — Estereotipias y debilitamiento intelectual terminal.</p>
	Patogenia	<p>Psicosis constitucional: exageración de un carácter anormal (paranoico) donde predominan por una parte, la hiperestesia afectiva, por la otra, las tendencias paralogicas.</p>	<p>Psicosis constitucional: exageración de un carácter en el que predominan las tendencias a la ensoñación y a la mitomanía.</p>	<p>Psicosis constitucional: estado pasional en un paranoico, un hiperemotivo o un ciclotímico.</p>	<p>Psicosis accidental: automatismo mental de origen tóxico: — Asociación habitual con una constitución paranoica.</p>

Cuadro sinóptico de los delirios sistemáticos

LOS CLASICOS FRANCESES

sus oscilaciones ciclotímicas. se pierden al transformarse en las características de un grupo específico. Para volver a encontrar lo concreto es necesaria toda una química que asocie todos estos "átomos" de carácter.

También los episodios patológicos de los degenerados, con su variabilidad, daban cuenta mejor de las observaciones que la limitación artificial de cierto orden de fenómenos mórbidos a cierto tipo constitucional. A menos de recurrir nuevamente allí a la química de las mezclas..

Finalmente, cierto número de tipos clínicos bien descritos pagan el precio de esta reordenación: como vimos el delirio crónico, que se ha vuelto una simple forma clínica, un poco una coquetería de eruditos, y que de todos modos pierde todo su soporte psicopatológico; pero, sobre todo, las bouffées delirantes, vinculadas con cierta incomodidad con la demencia precoz o con las asociaciones confuso-ciclotímicas⁵⁵.

Halberstadt, clínico notable del que volveremos a hablar, intentará vanamente recordar su gran valor clínico en 1922⁵⁶.

No habría que caer en la trampa que consiste en volver a leer la teoría de las constituciones a la luz de nuestras modernas teorías de la personalidad: "La constitución mórbida, en sentido psiquiátrico, posee en sí misma una significación nosológica; se presenta como el esbozo y el germen de una afección mental en potencia" (Dupré, pág. 500).

Se trata realmente de una caracterología patológica, pero pensada en términos de entidad mórbida, que tiene como telón de fondo "anomalías congénitas o precozmente adquiridas de las regiones de la corteza donde se elabora la actividad psíquica" (ibid., pág. 487). A esto se debe la preocupación por simplificar, por purificar las descripciones y la tentación de una química de las mezclas patológicas. De aquí en más vemos entonces dibujarse lo que será el problema mayor de la psiquiatría moderna: la difícil conciliación de un punto de vista cada vez más psicopatológico con la concepción, heredada de los clásicos, de las entidades mórbidas, es decir, con la hipoteca organicista.

1. *Les Folies raisonnantes et le Delire d'interprétation*, 1909.
2. *La Logique morbide: l'Analyse mentale*, 1903.
3. Esa forma, de la que J.J. Rousseau constituye el modelo, se perderá en las concepciones ulteriores de la "constitución paranoica". (Cf. Génil-Perrin) demasiado centradas sobre la agresividad.
4. "Le delire d'interprétation", *Traite de Marie*, 1911, II. p. 676 a 679.

5. Sérieux y Capgras señalan que se trata entonces generalmente de "soñadores inofensivos" ("Delire de revendication". *Traite de Marie*. II. p. 702). que no coinciden entonces con su descripción. Dide haía de los mismos sus "idealistas apasionados".
6. Este análisis está tomado en gran parte de Bleuler. Luego se vuelve a encontrar en Kraepelin y Kxetschmer.
7. Cf. cuadro de la p. 339.
8. Cf. la tesis de su alumno Wallon, *Delire de persécution. Le delire chronique à base d'interprétations délirantes*, 1919.
9. Ese es uno de los elementos del diagnóstico diferencial entre psicosis interpretativa y demencia paranoide de forma interpretativa que intenta definir Terrien. alumno de Sérieux, en su tesis. 1913.
10. "La psychose hallucinatoire chronique", *L'Encéphale*, 1911, II, p. 401.
11. "La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de lapersonnalité", *L'Encéphale*, 1913, I, p. 501.
12. Cf. Chaslin, *Eléments de sémiologie et de clinique mentale*, p. 839 a 843; para un estudio más completo: Halberstadt, "Contribution à l'étude des hallucinoses chroniques", *AMP*, 1926, p. 100.
13. En 1933, habiendo tomado ese término su sentido moderno con Claude y Ey, Halberstadt propondrá el de "parafrenia alucinatoria": cf. "La parafrenie hallucinatoire", *L'Encéphale*, 1933, p. 601.
14. "Hallucination et dissociation de la personnalité", *L'Encéphale*, 1913, II, p. 1. Cf. también "Aperçu sur la psychologie pathologique des hallucinations", *Paris medical*, 1913.
15. Se trata de Masselon y de Blondel que, retomando las posiciones de Moreau de Tours, vuelven a una teoría de la alucinación, creencia delirante. Cf. Paulus, *Op. cit.*, p. 107 a 114.
16. Cf. Clérambault, *OEuvre psychiatrique*, p. 701 a 814 (artículo de 1911).
17. Desde 1906 Pierre Marie comenzó a conmovier su soporte aparentemente más sólido: la teoría de la afasia. Cf. Hécaen y Lantéri-Laura; *Op. cit.*, cap. VI, p. 205-207; y Ombradane: *L'aphasie*, cap. VII, p. 138 a 160.
18. "Hallucinations psychiques et pseudo-hallucination verbale", *Journal de Psychologie*, 1914, p. 289 a 315.
19. "L'évolution des obsessions et leur passage au delire", *Archives de Neurologie*, 1903, p. 33 a 47.
20. "Notes sur l'évolution des hallucinations", *Journal de Psychologie*, 1913, p. 273 a 301.
21. Cf. las consideraciones generales del artículo de Raymond en el Tratado de Marie, II, p. 1 a 77. Particularmente p. 2 a 15.
 22. *Les obsessions et lapsychasthénie*, I, p. 733 a 738.
 23. *Les obsessions et les impulsions*.
 24. Cf. D. Barrucand, *Histoire de l'hypnose en France*, 1967; Binet y Féré, *Le magnétisme animal*, 1886, Historique, p. 1 a 61; Régnier et Grandchamps, *Histoire de l'hypnotisme*, 1890, p. 1 a 203.
25. Catalepsie, léthargie, somnambulisme. Cf. P. Richer, *Etudes cliniques sur l'hystéroépilepsie ou grande épilepsie*, p. 505-795.
 26. *Leçons du Mardi* y el tercer tomo de las *Leçons sur les maladies du système nerveux*.
 27. "La Foi qui guérit", *Archives de Neurologie*, 1893, p. 87.
 28. Cf. Binet, *Les Altérations de la personnalité*, 1892; Janet, *L'état mental des hystériques*, 1893; Freud, *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*, 1893 y *Estudios sobre la histeria*, 1895.
29. No podemos profundizar aquí la historia del descubrimiento del inconsciente que esperamos tratar detalladamente en otra parte.
30. Cf. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 1891 y también *L'hystérie*, 1913.
31. "Définition de l'hystérie", *OEuvre*, 1924, p. 457 a 464.
32. Se trata por ejemplo de la atrofia muscular secundaria a las parálisis.
33. "Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme", 1906 et "Démembrement de l'hystérie traditionnelle", 1907, *OEuvre*, p. 465 a 504.
34. Las perturbaciones nerviosas de guerra confirmaron la incompatibilidad de las dos patologías. Cf. Babinski y Froment, *Hystérie-Pythiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*, 1917.
35. Como ya lo hemos señalado, la degeneración ya sólo es considerada como una teoría patogénica, sin valor nosológico. Cf. Génil-Perrin, *op. cit.*.
36. Cf. la parte histórica de la tesis de Piene-Kahn, *La cyclothymie*, 1909, p. 13 a 21.
37. "La Cyclothymie", *La Semaine Médicale*, 1908, p. 169 a 171.

38. Como Kraepelin y la mayor parte de los autores de la época (Ballet en particular), él la considera como la acentuación de las oscilaciones cenestésicas ligadas a la circularidad espontánea de los ritmos vitales.
39. Cf. "La constitution émotive", *Pathologie de l'Imagination et de l'émotivité*, 1910, p. 245 a 256.
40. *La névrose d'angoisse. Etude historique et critique*.
41. Devaux et Logre: *Les anxieux. Etude clinique*.
42. *Pathologie de l'Imagination et de l'émotivité*, 1907, p. 291 a 304.
43. *Ibid.*, 1911, p. 259 a 280.
44. *Ibid.*, p. 357 a 427.
45. *Ibid.*, p. 3 a 72.
46. Cf. el artículo reproducido en *Pathologie*, p. 94 a 155.
47. *Ibid.*, 1914, p. 167 a 188.
48. Laiguel-Lavastine, Barbé et Delmas, *La pratique psychiatrique*, 1922, segunda edición, p. 304 a 341.
49. *Les paranoïques*, 1927, p. 135 a 143.
50. *Traité de Sergent (Psychiatrie, I)*, p. 233 a 311.
51. "Las enfermedades mentales son enfermedades de la personalidad" proclama Dupré en su lección inaugural (1919), *Pathologie...*, p. 486. Ese deslizamiento fue ampliamente facilitado por el pasaje progresivo de los retardos mentales del marco de las degeneraciones al de las encefalopatías infantiles adquiridas.
52. Charcot, como lo cuenta Freud, decía hacer sobre todo "morfología patológica" dejando a otros la preocupación de establecer una fisiopatología. Cf. *Standard Edition*, I, p. 135.
53. *La personnalité humaine*, 1922, en particular p. 28 a 67.
54. Cf. Génil-Perrin, *Les paranoïques*, 1927 y la tesis de su alumno Montassut, *La constitution paranoïaque*, 1924.
55. Es la teoría de Dupré, que Targowla retomará. Cf. "Les delires polymorphes", *L'Encéphale*, 1926, p. 18 a 36.
56. "La psychose delirante dégénérative aiguë", *AMP*, p. 100 a 117.

Capítulo 15 LA CORRIENTE PSICODINAMICA

ALEMANA

Como reacción contra las concepciones clásicas de Kraepelin y, en particular, contra la noción de "entidad mórbida" que heredó de Falret a través de Kahlbaum aparece en Alemania, en los años 1900, una fuerte reacción "psicodinámica" a la cual el gran alienista cederá mucho terreno en la octava y novena edición de su *Tratado*. Este movimiento se apoya en dos bases principales.

Primero y antes que nada se vincula con la enseñanza de Moebius. A partir de 1888, este propone una concepción de la histeria muy cercana a la que vimos que Babinski desarrolla en 1901¹. Lentamente ganará terreno hasta imponerse bastante ampliamente. "Se puede considerar como histéricas todas las modificaciones enfermizas del cuerpo causadas por representaciones", tal es la definición propuesta por Moebius. Las representaciones le parecen ejercer sobre las funciones psíquicas y corporales (en particular nerviosas) de la histérica una influencia considerable, ya sea en el sentido de la inhibición, ya sea en el sentido de la excitación; esta particularidad explica la sugestibilidad de estos sujetos y su tendencia a la autosugestión, al igual que la facilidad con la cual realizan síndromes nerviosos o mentales. Esta concepción se presenta, como se ve, como una teoría psicogenética de los síntomas histéricos; pero también como esencialmente constitucionalista ya que en definitiva el síndrome se arraiga en una particularidad del funcionamiento psíquico de estos sujetos, particularidad concebida como degenerativa. Tampoco hay que extrañarse de que Moebius sea el traductor alemán de las *Lecciones clínicas* de Magnan, que hace editar en 1891. Se constituirá de este modo una corriente crítica en relación a Kraepelin, cuya influencia no dejará de aumentar. Se dedica a evidenciar en la patología mental la importancia del acontecimiento, de las situaciones vitales y de las reacciones que ellas desencadenan, así como de la predisposición, de los tipos caracterológicos degenerativos que son la condición previa de las reacciones mórbidas. El equilibrio entre las enfermedades mentales adquiridas y las enfermedades mentales constitucionales, marcadamente desplazado por la constitución de la nosología kraepeliniana en el sentido de los estados adquiridos, tenderá de este modo, en un movimiento de balancín, a esbozar una deriva inversa en dirección a Magnan.

La segunda corriente, constituida en Zurich alrededor de Bleuler y Jung, se origina en la primera avanzada que habían efectuado las ideas de Freud en un medio psiquiátrico. Parece que desde 1904 el grupo de Zurich se esfuerza en utilizar algunas de las ideas de

Freud para la comprensión de las psicosis. El año 1906 verá la aparición de los primeros frutos de este trabajo: el libro de Jung sobre la demencia precoz y el de Bleuler sobre la paranoia.

Las afecciones psicógenas

Lo que Bleuler y Jung retienen esencialmente de los primeros trabajos de Freud es la importancia de la afectividad en la regulación, la dirección, incluso en la perturbación de la vida psíquica y del pensamiento. Detrás del clásico funcionamiento de la asociación de ideas y de representaciones cuyo modelo es esencialmente lógico² ya que son las nociones de semejanza, de continuidad, de contraste las que reglan su curso, aparece todo el peso de las asociaciones afectivas, tal como ellas operan en el sueño o en el acto fallido. Así se delimita la noción de "complejo emocional"³ para designar un conjunto de representaciones, de recuerdos, de ideas, de impulsiones centradas sobre una experiencia afectiva. Los complejos constituyen, en su acción sobre el pensamiento (mecanismos de condensación, desplazamiento, simbolización, represión, sobrecarga reactiva) y la conducta del sujeto, en sus luchas, el factor que motiva realmente la vida psíquica; la represión de un complejo desagradable no le impide, como Freud lo había demostrado, ejercer su acción sobre el despliegue del pensamiento y de las acciones.

Bleuler aplica primero este tipo de concepciones a la paranoia de Kraepelin. Ella se presenta entonces como "una formación psíquica que aparenta ser una simple exageración de los procesos normales... El único síntoma de la paranoia, la formación delirante, demuestra ser una forma de reacción a ciertas situaciones externas e internas"⁴. El modelo de la formación delirante es proporcionado por el estado pasional del hombre normal, con la tendencia interpretativa que siempre se manifiesta en él. "Invariablemente, en la raíz de la enfermedad se encuentra una situación que los pacientes no pueden asumir y a la cual reaccionan mediante la enfermedad"; se trata de una situación vital (profesional, sexual) desfavorable que humilla al sujeto y lo hiere afectivamente de manera muy intensa. Reacciona recusando la realidad o remitiendo su fracaso a una mala voluntad exterior, constituyendo así las grandes líneas del delirio que se alimenta luego con la interpretación de todos los acontecimientos que encuentra el sujeto, con la falsificación de sus recuerdos, favorecido por una actividad rumiativa permanente mantenida por el complejo. Las dos grandes direcciones del delirio están siempre más o menos asociadas pues "la realidad no puede ser enteramente rechazada" en el delirio de grandeza (realización de deseo) y sus objeciones al delirio son pues vividas como persecutorias; en el delirio de persecución (proyectivo) la negación de la insuficiencia del sujeto es, en el fondo, una manifestación de hipertrofia reactiva del yo y tiende, por lo tanto, a la megalomanía.

Si la paranoia se presenta de este modo como una formación psíquica que se apoya en mecanismos normales⁵, empero "esta manifestación se vuelve patológica porque no puede ser corregida y debido a su tendencia a extenderse, al trabajo continuo del mecanismo asociativo una vez que ha sido puesto en acción" (*Tratado*, pag. 530). Esta preponderancia de la afectividad, también su estabilidad (en oposición a la histeria donde ella es potente pero inestable), su dominio sobre el intelecto, finalmente el "potente sentimiento de sí contrariado por cierta inferioridad" (pág. 531), inferioridad que es en particular adaptativa (contraste entre las pretensiones del sujeto y sus capacidades: mala evaluación

de las realidades exterior y subjetiva), constituyen la base constitucional de la paranoia. reacción de una personalidad predispuesta ante las dificultades exteriores que no puede afrontar. Señalemos que Bleuler rechaza en cambio la descripción clásica de la constitución paranoica, el orgullo y la desconfianza le parecen secundarios a la reacción pasional de estos sujetos, por el contrario, a menudo timoratos.

Una concepción tal, como se ve, se sitúa a mitad de camino entre las ideas de Magnan-Moebius y la psicología freudiana. Constituirá el modelo de toda una serie de trabajos, coronados por la obra de Kretschmer.

El problema de las "psicosis de los prisioneros"⁶ que sólo suscitó pocos trabajos en Francia, fue siempre objeto de gran interés para los psiquiatras alemanes. La era prekraepeliniana había aislado ya cierto número de cuadros clínicos agudos o crónicos que, en los trabajos de la escuela de Kraepelin (Rudin en particular), se habían reabsorbido en las entidades nosológicas y, sobre todo, en el caso de los estados delirantes y alucinatorios, en la demencia precoz; el contexto carcelario parecía no proporcionar más que cierta coloración (complejo de encarcelamiento) a cuadros por otro lado no específicos.

Los trabajos de Siefert y sobre todo de Bonhoeffer y de Birnbaum⁷, alumnos de Moebius, aislarán, a la inversa, la noción de perturbaciones reactivas con base degenerativa y retomarán la descripción de los estados agudos a partir de una concepción psicogenética. El shock psicológico que representa el encarcelamiento y las condiciones penosas de la vida en la cárcel desencadenarán la aparición brutal, en aquellos que están predispuestos, de cierto número de síndromes:

- de delirios de perjuicio de forma reivindicativa, de estructura paranoica, que no se diferencian en nada del delirio de querulancia, salvo por las condiciones excepcionales de su aparición y su contenido temático particular;

de los estados paranoicos, análogos a las antiguas descripciones de la paranoia aguda, con síndrome alucinatorio de los distintos sentidos, ideas delirantes de todo tipo (de perjuicio, persecución, influencia, hipocondríaco, grandeza, con la forma particular del "delirio de perdón" en la que el prisionero se cree indultado, incluso inocente) con perturbación más o menos importante de la conciencia;

- de los estados excitativos, confusionales, crepusculares, estuporosos, o realizando el síndrome "pseudo-demencial" (Wernicke) descrito por Ganser en 1898 en los prisioneros, análogos, salvo en su duración, a las perturbaciones histéricas y acompañados

a veces de ataques convulsivos.

Estrechamente vinculados con sus condiciones de aparición, cediendo en general rápidamente cuando el medio cambia (traslado al hospital psiquiátrico o liberación), estos estados psicóticos situados entre la paranoia y la histeria demuestran de modo evidente su carácter reactivo. Se desarrollan, por otro lado, en personalidades particulares, ya llamativas pues se trata de delincuentes, que presentan una gran labilidad psicológica, tendencias emotivas, y una llamativa sugestionabilidad y propensión imaginativa. Las perturbaciones delirantes son móviles, fugaces, a menudo mal sistematizadas y muy influenciadas por el medio ambiente.

De este modo, en el momento mismo en que su noción se borra en Francia, las bouffées delirantes polimorfas de Magnan tienden a volver a encontrar su lugar en la psiquiatría alemana, conmoviendo el marco rígido de la nosología kraepeliniana; su cuadro

sintomatológico. en efecto, es difícil de diferenciar de la concepción amplia de la demencia precoz: alucinaciones, perturbaciones de la consciencia, delirio de influencia, perturbaciones hipocondríacas, estados catatonoides, no por nada estos estados habían sido incluidos en ella en la fase precedente. Al respecto, las psicosis de las prisiones, con el evidente factor traumático que las desencadena, jugaron un papel de modelo; la Gran Guerra, a su vez, proporcionará numerosos ejemplos de esta patología reactiva, analizados en los grandes informes de Birnbaum de 1915—1916⁸.

La esquizofrenia

A partir de 1906, Bleuler emplea este término (en plural por otro lado: el grupo de las esquizofrenias) para designar a la demencia precoz de Kraepelin, particularmente mal denominada, a su juicio, puesto que no se trata de una demencia y porque ella no siempre es juvenil, ni precoz en el desarrollo del proceso patológico. El término de esquizofrenia remite en cambio a una concepción psicopatológica que expone largamente en su monumental monografía de 1911(9) , cuya redacción data de 1908.

El punto de partida es la aplicación a la demencia precoz (incluyendo en ella los delirios alucinatorios) de las concepciones freudianas, ya usadas en el análisis de las paranoias. Jung lo había precedido en este intento (*Psicología de la demencia precoz*, 1906) delimitando de entrada el punto importante: la psicología de los complejos se aplica plenamente al análisis y a la comprensión de los diversos síntomas; pero "los mecanismos freudianos no son suficientemente comprensivos como para explicar por qué a partir de ellos se produce una demencia precoz en lugar de una histeria" (p. 32). Jung ubica la diferencia en un punto fundamental: la fijación tenaz de los complejos que da a la enfermedad su contenido particular (en oposición a la labilidad de los síntomas histéricos): "la separación del esquizofrénico de la realidad, la pérdida del interés por los acontecimientos reales, no es difícil de explicar si se toma en cuenta que éste permanece de manera persistente bajo la influencia de un complejo invencible" (p. 89); el estado amoroso es el modelo de este estado de autismo secundario: "aquel cuyos intereses están totalmente absorbidos por un complejo está como muerto respecto a su medio... (él) continúa pensando en el complejo, sueña con los ojos abiertos y no puede adaptarse ya psicológicamente al medio ambiente" (ibid.).

En lo que hace a la causa de esta "fijación" Jung remite a una causalidad orgánica que fija los procesos psíquicos, provocando su repetición, su automatización. Una toxina particular podría estar en juego, liberada por la acción del complejo causal o, por el contrario, ésta actuaría antes que él, dándole su poder patógeno (esta segunda versión. que visiblemente no cuenta con las simpatías de Jung, corresponde a la teoría de Bleuler)

**

El punto de partida y la originalidad de las concepciones de Bleuler se deben a su enfoque psicoanalítico de los síntomas esquizofrénicos. Perturbaciones del curso de pensamiento (interceptaciones, estereotipias, estancamientos), perturbaciones de su contenido (asociaciones extrañas, discursos herméticos, verbigeración, ambivalencia), bizarrías afectivas o volitivas, síntomas catatónicos, delirios y alucinaciones, etc., encuentran así su *sentido* en la psicología de los complejos y los mecanismos (condensación).

desplazamiento, simbolización, etc.) descubiertos por Freud en el estudio de los sueños y de los actos fallidos. Todo aquello que, para los autores anteriores, parecía deberse al azar o a la lesión se transforma de este modo en expresión de un movimiento psicológico: deseo, en particular sexual, aversión, temor, negación de una realidad penosa, reacción ante un acontecimiento vivido o esperado, ante una relación interpersonal, ante un medio específico. El trabajo de Bleuler proporciona innumerables ejemplos de estos mecanismos, testimonio de la penetración psicológica de su autor y de su llamativo conocimiento de sus enfermos¹⁰.

Pero la importancia misma de los elementos de formación psicogenética ("comprensibles" dirá poco después Jaspers) en el cuadro clínico de la esquizofrenia destaca, por contraste, que lo que finalmente le da su sello particular escapa a esta captación de los contenidos, del sentido. Algo del orden de la *forma* difiere en ella radicalmente del funcionamiento psíquico normal o neurótico: los síntomas histéricos, por ejemplo, más que sobre ese plano del modo y no del contenido de las manifestaciones ("complacencia somática" de Freud, propensión a los estados de disociación de la consciencia), remiten, evidentemente, a una predisposición "constitucional", relacionándose sin dificultad con acontecimientos afectivos motivantes fuertemente cargados emocionalmente (traumas, situaciones conflictivas sin salida). La esquizofrenia, con su potencialidad crónica predominante, su ausencia de reactividad psicológica neta (desencadenamiento sin motivo decisivo o con motivos desproporcionados respecto a la reacción supuesta), con su funcionamiento mental tan particular, le parece implicar a Bleuler la intervención fundamental de una perturbación primera "generadora" (Minkowski) que baña todo el • cuadro con su irreductibilidad al sentido (11).

Puede verse la manifestación de esta perturbación primera, a diversos niveles de la sintomatología esquizofrénica, en la desaparición del poder regulador de la síntesis [consciente, de la instancia superior y directriz de la personalidad¹²- En la concepción asociacionista que utiliza Bleuler, es la "representación-fin la que sondea los anillos de la cadena asociativa en el pensamiento lógico. Sin embargo, lo que entendemos por concepto orientado hacia un objetivo no es simplemente una idea aislada, sino una jerarquía infinitamente complicada de ideas: . . . un cierto número de objetivos menores, secundarios, se subordinan a la idea del objetivo final. . . , compuestos ellos también por numerosos elementos que varían con el contexto" (p. 16). A todos los niveles del funcionamiento psicológico (procesos del pensamiento, afectividad, coordinación voluntaria en la acción), el déficit específico de la esquizofrenia aparece como una consecuencia la desaparición de esta jerarquía, de esta dirección general que ejerce la representación fin . En esas condiciones el conjunto de las operaciones psicológicas es abandonado a la ficción de los complejos y el sujeto parece vivir casi permanentemente un estado análogo a la asociación libre, a la ensoñación o al sueño, estados psíquicos que corresponden, en el normal, a la desaparición voluntaria o fisiológica de la acción directiva del yo y de la consciencia sobre el funcionamiento de la psiquis.

Así se esclarece el detalle particular de los síntomas:

Las perturbaciones del curso del pensamiento ("asociación de ideas") con despropósitos, bizarrerías, detenciones, estereotipias, interceptaciones, corresponden a la pregnancia de los factores afectivos del complejo en su despliegue.

Las perturbaciones afectivas (indiferencia aparente, ambivalencia, reactividad paradójal, alternancia de versatilidad y de rigidez emocional, pérdida de los sentimientos éticos) testimonian más que una pérdida de "la capacidad del alma para producir sentimientos" (p. 47) una suerte de ataxia emocional, donde interceptaciones, perseveración, evocación si-

simultánea de estados contradictorios, manifiestan el enfeudamiento de la conciencia a la ley de los complejos.

El autismo que "casi coincide con lo que Freud llama auto-erotismo" (p. 63), dejando de lado la teoría de la sexualidad, testimonia sobre la predominancia de la esfera del deseo sobre la percepción de la realidad. Es éste un síntoma fundamental, quizá el síntoma que expresa mejor la esencia misma del cuadro sintomático de la esquizofrenia: el sujeto vive en un mundo interior, enteramente subjetivo, donde predomina la acción de su afectividad, "fuera de la realidad compartida" (Winnicott). Sin embargo, es secundario en el plano de la explicación genética respecto a esa suerte de "baja de la tensión psicológica" (Janet) que prohíbe al esquizofrénico un proyecto construido en dirección de lo real. Pasa, diría Freud, de una actividad "aloplástica" a un estado de realización alucinatoria del deseo (autismo). Del autismo dependen numerosos síntomas "accesorios" que tienen una estructura "catatímica" (cf. más arriba): alucinaciones, ideas delirantes, perturbaciones mnésicas, perturbaciones del lenguaje y de la escritura, estados histeroides crepusculares, estuporosos u oníricos.

El síntoma catatónico es la expresión, a nivel de la esfera volitiva, ideomotriz, del autismo y de la perturbación asociativa.

Finalmente, se puntúan los síntomas negativos, es decir, que permanecen intactas las funciones instrumentales de base del psiquismo: sensación, percepción, orientación, memoria, conciencia, motilidad. Sus perturbaciones aparentes son secundarias al autismo (ausencia de déficit de tipo orgánico).

Debemos fijar aún la naturaleza exacta de la perturbación primaria, generadora, directamente surgida de una modificación del funcionamiento psicológico, que no puede (en esta época) concebirse más que como efecto de una afección orgánica del cerebro (*processus morbide*). Esta perturbación, déficit "negativo", engendra todo el florecimiento "positivo" de los síntomas esquizofrénicos según una concepción muy clásicamente spenceriana¹³. La importancia de la "disociación de las funciones psíquicas. . . , una de las características más importantes" (p. 8) de la esquizofrenia (razón de la elección de este término para designarla), orienta a Bleuler hacia la idea de que la perturbación primaria consiste en "una perturbación de las asociaciones... en la medida en que se trata de un empobrecimiento o de una nivelación de las afinidades asociativas (p. 350). Es ese primer "debilitamiento" de las asociaciones, el que, haciendo difícil la síntesis mental por la acción recíproca de los elementos mentales unos sobre otros, engendra el defecto de síntesis directriz, la pregnancia de los complejos, el aislamiento de cada uno en relación a los otros y en consecuencia el conjunto de los síntomas secundarios (incluyendo las perturbaciones asociativas, interceptaciones y clivajes que son generalmente complexuales) que constituyen el cuadro manifiesto de la enfermedad. "La casi totalidad de la sintomatología descrita hasta aquí en la demencia precoz es secundaria y, en cierto sentido, fortuita; por eso es que la enfermedad puede existir durante mucho tiempo sin síntomas (p. 349) y eso es lo que justifica las medidas terapéuticas.

Hay, en efecto, un aspecto del síndrome esquizofrénico que puede ahora aparecer claramente: "en parte (quizá totalmente) la sintomatología aparente representa ciertamente la expresión de un esfuerzo más o menos infructuoso por hacerse un camino fuera de una situación intolerable" (p. 460). Fenómenos histeriformes, negación de la realidad, realización autista del deseo, fuga en la enfermedad, manifiestan el esfuerzo de un ser

disminuido para acomodarse a una realidad frustrante y a la presión de sus deseos. Es éste en último término el mecanismo fundamental de la enfermedad, el verdadero fundamento del negativismo (defensa de la organización autista: cf. op. cit.) y el punto en que puede apoyarse la intervención terapéutica (ver más adelante).

Bleuler mantiene todavía como síntomas primarios, expresión directa del proceso mórbido:

— estados agudos de incoherencia, de confusión, que corresponden a una exacerbación del proceso disociativo. Esta concepción es la que lo hace rechazar la mayor parte de los casos etiquetados *Amentia* (confusión mental) que le parecen no ser más que esquizofrenias agudas;

— variaciones "holotímicas" del humor (accesos melancólicos y maníacos) que vienen a mezclarse al cuadro clínico, particularmente en los estados catatónicos (excitación o depresión catatónica);

— la tendencia a las estereotipias y a las alucinaciones, pero no esos síntomas en sí mismos, de determinación "secundaria";

— finalmente, las perturbaciones somáticas que "sugieren que la enfermedad está basada sobre una alteración fundamental del cerebro o incluso quizá de todo el cuerpo" (p. 161).

Esas perturbaciones secretoras, vasomotoras, hormonales, motoras (ataques, perturbaciones pupilares, temblores) que "a menudo no son muy pronunciadas y a veces no pueden

incluso ser detectadas" (ibid.) adquieren en ocasiones el mismo aspecto que las que se observan en estados orgánicos (hipertensión intra-craneana, estado tóxico-infeccioso). Bleuler cita, por otra parte, caos mortales. (¿confusión mental?).

, No se debe, ya se ve, confundir la oposición entre los síntomas primarios y los secundarios con aquella entre los síntomas fundamentales (perturbaciones asociativas, afectivas, volitivas, comportamentales, autismo, "demencia" específica) y los síntomas accesorios (estados agudos, delirios, alucinaciones, perturbaciones mnésicas, síndrome catatónico, síntomas somáticos). Ciertos síntomas accesorios (estados maniaco-depresivos, confusionales, perturbaciones somáticas) forman parte, por ejemplo, de las perturbaciones primarias, mientras que la mayor parte de los síntomas fundamentales son de génesis secundaria. Algunos otros puntos merecen comentarios:

Bleuler no admite, como vimos, una perturbación afectiva primaria: la afectividad está intacta pero perturbada en su funcionamiento y su expresión por la disociación. En 1926, sin embargo, en su intervención en el Congreso de Ginebra, Bleuler parece admitir una afección primaria "de la esfera de los instintos", pero insiste poco sobre esta noción.

La "demencia" esquizofrénica le parece funcional¹⁴, efecto de las perturbaciones fundamentales de las asociaciones, de la afectividad, del sentido de la realidad. Ya hemos evocado su concepción de los estados de obnubilación y de confusión mental; sin embargo, el síndrome es tanto más neto cuanto mejor conservada está la lucidez de la consciencia.

El pronóstico de la afección es muy variable. Las "curas" son relativamente frecuentes y, si siempre permanece cierto grado de debilitamiento asociativo, éste puede ser suficientemente leve como para no ser manifiesto para un observador. Efectivamente, siendo el cuadro clínico esencialmente un fenómeno secundario, no puede jamás prejuzgarse sobre la importancia general de la perturbación primaria, lo que justifica la importancia que Bleuler acuerda a la terapéutica y particularmente a los aspectos psico y socioterapéuticos (lucha contra el autismo intentando mantener o restablecer el contacto con la realidad); por otra parte, se vuelven a encontrar aquí las grandes reglas del tratamiento moral clásico (versión Georget).

Todo esto se deduce de la concepción esencialmente psicopatológica que Bleuler se hace de la esquizofrenia: el análisis que propone culmina, en efecto, en una concepción cuyas características esenciales, son la de ser sincrónica (por eso el paso a un segundo plano del criterio evolutivo y la noción de esquizofrenia aguda) y psicológica (a eso se debe la gran extensión de la noción, como se verá).

"Hasta aquí no hemos podido descubrir límites naturales en el cuadro clínico de la enfermedad. Las diversas combinaciones sintomáticas son de naturaleza tan transitoria en cada paciente tomado individualmente y también en pacientes diferentes, que todas las distinciones parecen vagas" (p. 280). Para Bleuler, en efecto, es la concepción psicopatológica la que constituye la clave del concepto de esquizofrenia, proceso mórbido que puede presentarse bajo aspectos clínicos multiformes pero de estructura análoga. Es por eso "que uno no se puede preguntar si un caso específico es una paranoia aguda. . . (o) una locura alucinatoria aguda, una "manía", una "melancolía" en el sentido pre-kraepeliniano, una *Amentia* de la Escuela de Viena. . . o una esquizofrenia: "una no excluye a la otra"; (p. 271) habría entonces confusión entre el diagnóstico sindrómico (clínico) y el diagnóstico de enfermedad. El "grupo de las esquizofrenias" que figura en el título de la obra no representa entonces una referencia a un conjunto de cuadros clínicos sino más bien a los diversos procesos etio-patogénicos que podrían engendrar un cuadro tal (¿afección cerebral, auto-intoxicación, infecciones?); finalmente, cuando diez años más tarde Bleuler adopte la doctrina constitucionalista de Kretschmer, suprimirá (cf. el *Tratado*) el plural. A nivel clínico la subdivisión no responde más que a una "necesidad práctica" (p. 227) y la movilidad diacrónica de los cuadros mórbidos le parece que hace necesario este punto de vista.

Entonces, Bleuler retoma a título de "agrupamientos sintomáticos" estadísticamente frecuentes las clásicas subdivisiones kraepelinianas:

a) El grupo paranoide: en cuyo interior no hace ninguna distinción. Es necesario indicar su paso al primer rango en la lista; en efecto, es el que responde mejor al análisis psicopatológico que funda la síntesis de la enfermedad (autismo con rico contenido). perturbación afectiva sin déficit).

b) Catatonía.

c) Hebefrenia: formas con inicio agudo no catatónico, casos crónicos sin síntomas accesorios predominantes.

d) Forma simple: esta forma le parece extremadamente frecuente fuera de los asilos y cubre gran número de "nerviosos", "psicópatas", "degenerados", alcohólicos, vagabundos y mendigos, excéntricos, etcétera. Bajo un examen más cuidadoso, esas personalidades patológicas exhiben a menudo numerosos signos discretos de "debilitamiento asociativo"; por

otra parte, su evolución vital termina a menudo en la apatía y en la desinserción asilar. En este marco Bleuler evoca la "esquizofrenia latente (de la cual) estoy convencido que ella es la

forma más frecuente. . . Las personas irritables, bizarras, morosas, replegadas o exageradamente puntillosas despiertan, entre otras cosas, la sospecha de ser esquizofrénicas. Se descubre a menudo en ellas un síntoma catatónico o paranoide disimulado y exacerbaciones en el curso de su vida demuestran que todas las formas de la enfermedad pueden pasar por una fase de latencia" (p. 239). Esta idea, que Kretschmer desarrollará, prefigura numerosos desarrollos modernos sobre la estructura psicótica.

Se percibe la inmensa extensión que tiende a tomar la enfermedad: formas simples y

latentes, formas delirantes crónicas (Bleuler se pregunta inciden talmente si la paranoia misma no se desarrolla como una forma leve del mismo proceso), formas agudas (en particular confusionales y delirantes: la evolución no es más un criterio fundamental), incluso casos aparentemente orgánicos (paranoia alcohólica o delirio de perjuicio presentil de Kraepelin). Es, evidentemente, la consecuencia del paso del criterio clínico-evolutivo al criterio psicopatológico en su delimitación.

Kretschmer

En 1905 Friedmann, retomando una descripción clínica de Wernicke, describe "formas benignas" de paranoia, que se presentan en personas de carácter *sensible*, tenaz, exaltado (especialmente mujeres), de buen nivel intelectual, después de un conflicto exterior grave; el delirio tiene por tema el daño sufrido, se traduce por la impresión de ser observado, sin alucinación ni debilitamiento adaptativo; se vuelve borroso conjuntamente con el estado [afectivo que lo acarrea después de uno o dos años, sin ser criticado. Diversos autores informan en la misma época cuadros del mismo orden, hasta el informe de Gaupp (1910) sobre las predisposiciones paranoicas y la paranoia "abortiva". Dedicándose a esclarecer las bases caracterológicas del delirio paranoico, opone al cuadro habitual del carácter paranoico, surgido de la descripción de los delirios de querulancia (cf. el trabajo de Pottier, cap. VI), un tipo de individuo a quien más bien caracterizan tendencias depresivas psicasténicas¹⁵ y que está sometido a formas rudimentarias de paranoia, estando a menudo ligadas las autodepreciaciones psicasténicas con las ideas de relación y de persecución. El delirio se desarrolla de manera insidiosa, con un afecto generalmente libido, depresivo, una consciencia parcial del estado mórbido, oscilaciones en su evolución y sin aislamiento egótico. Lo que caracteriza a estos enfermos y los opone a paranoicos "perseguidores" es la ausencia de combatividad, de sobrevaloración personal, por el contrario, la confianza en el médico, la tendencia a la autocrítica y la fineza ética.

Así, en diversos trabajos de gran penetración clínica, comienza a ser cuestionado el de la cronicidad de la paranoia de Kraepelin; veremos (cf. cap. siguiente) que en la última edición de su *Tratado*, este último no opone "objeciones de principio a la existencia de formas de paranoia benignas y seguidas de cura" (Kraepelin: *Manic-depre- insanity and paranoia*, p. 267). Sin embargo, al lado de esta concesión hecha superficialmente, no propone ninguna descripción clínica y Bleuler lo seguirá en este punto: "se han descrito casos de paranoia "abortiva". Hay ciertamente formaciones delirantes catatímicas que se corrigen por sí mismas. Pero yo no llamaría paranoia a esas enfermedades porque una delimitación correcta del concepto no se alcanza más que si la incurabilidad, que es un signo importante en casi todos los casos, se incluye en la definición del concepto. Los casos abortivos carecen probablemente también del signo importante de la extensión general del delirio" (*Tratado*, p. 529). A pesar de que esta última indicación no carece de pertinencia¹⁶, es sorprendente ver a Bleuler negar, en nombre de la claridad conceptual, a la paranoia lo que acordaba sin problemas a la esquizofrenia, cuestionando nuevamente, por otra parte, a la ortodoxia kraepeliniana.

Es indudable que aún está lejos de alcanzarse una verdadera delimitación clínica de las diversas variedades de formaciones delirantes "psicógenas" y que especialmente su base caracterológica (pues a la noción de psicogénesis le hace obligatoriamente contrapunto la

noción de constitución) permanece extremadamente confusa. La útil actualización conceptual efectuada por Jaspers en la oposición de los procesos y de los desarrollos de la personalidad, no es más que un marco que espera ser completado. Esta es la tarea que Kretschmer intentará llevar a cabo.

El trabajo de Kretschmer tiene como modelo y como eje la descripción y el análisis de un cuadro clínico notablemente individualizado, el delirio de relación de los sensitivos¹⁷ al cual consagra un minucioso estudio monográfico (1918) abundantemente ornado de largas descripciones clínicas. Pero, como lo recuerda el subtítulo del libro (*Contribución a la teoría psiquiátrica del carácter*), este estudio se inscribe en el interior de una construcción caracterológica que tiende a integrar el conjunto de la psicopatología constitucional y reaccional!

"El carácter es para nosotros un elemento intrínseco de la personalidad, su aspecto afectivo y volitivo, que* es esencial en todas las desviaciones psicopáticas. Obtenemos nuestro conocimiento clínico de un carácter dado primero y principalmente. . . de la observación de la totalidad de las reacciones aisladas del individuo a las incitaciones. . . de la vida cotidiana" (p. 31). Es entonces esencialmente considerando el psiquismo "como un desarrollo en el tiempo" (ibid.) en relación a una experiencia vivida como se desprenden los cuatro componentes del carácter: impresionabilidad a la experiencia, retención (capacidad de conservarla "como factor interno vivido en el interior del psiquismo") (p. 32), actividad intra-psíquica (elaboración interna mediante la conexión con el resto de los elementos psíquicos y de las experiencias vividas), finalmente expansión (exteriorización y descarga de la fuerza psíquica acumulada). A estas cuatro cualidades fundamentales del carácter es necesario agregar su grado de aptitud para reaccionar, su capacidad de resistencia o su insuficiencia, es decir, su naturaleza esténica o asténica (y su correlato afectivo: un sentimiento de sí elevado o disminuido o más bien la naturaleza de la aleación entre esos dos componentes en un carácter dado.

Estas nociones permiten la elaboración de una caracterología constitucional dinámica, ya que ella se apoya esencialmente sobre la interacción del individuo y de las experiencias que vive; ella tiende a reemplazar las nociones empíricas puramente descriptivas hasta aquí utilizadas (histeria, delirio de reivindicación, etc.) y a separar las "psicopatías reactivas de los otros dos grupos de inferioridad psicopática: . . . por una parte, la oligofrenia y todas las anomalías psíquicas estables, no reactivas; por otra, los estados frustros y las predisposiciones autónomas, es decir, las que pertenecen a enfermedades mentales autónomas, condicionadas biológicamente¹⁸ (p. 38-39). Clínicamente, por otra parte, estos diversos componentes pueden encontrarse mezclados en forma diversa Kretschmer distingue cuatro grandes tipos de reacciones psicopáticas.

1 -*Las reacciones primitivas*: "la experiencia vivida, después de haber penetrado en el psiquismo, lo abandona enseguida bajo forma de reacción" (p. 39) de una manera casi refleja. "Esta forma de reacción no es específica, está muy extendida entre los caracteres psicopáticos más diversos; pero en algunos de ellos. . . en los que se produce frecuentemente, marca con su sello a grupos caracterológicos importantes (cuya) fórmula psicológica. . . puede expresarse como sigue: gran impresionabilidad y gran facilidad expansiva junto a una falta de retención", (p. 39—40).

Se encuentran dos grupos de este tipo, según predominen los factores esténicos o asténicos: "los explosivos" y "los inestables". Estos individuos, los "degenerados", los

"locos morales", los "impulsivos" de los antiguos autores (nuestros modernos "psicópatas") son incapaces de adquirir experiencia y de equilibrar su vida psíquica, "sucesión de conductas aisladas" sin relación entre ellas o con la situación vivida. Otros dos tipos de reacción forman parte del grupo primitivo:

— el delirio imaginativo de los degenerados de Binbaum¹⁹ que se apoya en una anomalía asociada del poder asociativo (labilidad del sentido real), formación delirante lúdica, polimorfa, lábil, del tipo histérico, contraparte asténica de las reacciones explosivas;

— las formaciones histéricas en las que la reacción se hace también en cortocircuito, pero en dirección, no del mundo exterior, sino del psiquismo inconsciente ("desviación") yendo a perturbar las esferas de la motricidad o de la sensibilidad, o provocando, por un desarrollo automático de fenómenos asociativos y afectivos, la obnubilación de la conciencia²⁰. Además el afecto no se liquida de una vez, sino que deja en el psiquismo un resto siempre listo a despertar, "como un caballo desbocado que, después de un primer paroxismo de miedo, tiene todavía un andar nervioso" (p. 41); las neurosis traumáticas o de guerra (cf. Binbaum) suministran un buen modelo de este tipo de mecanismo, que puede ser histérico o simplemente primitivo.

Como transición entre el grupo primitivo y los grupos con personalidad más elaborada y, por lo tanto, con reacciones más específicas (las reacciones primitivas no son específicas más que por su frecuencia: ellas forman la reacción psíquica inferior, susceptible de aparecer en ciertas circunstancias en cualquier persona), el tipo femenino de las "intrigantes refinadas", mujeres nerviosas, excitables, egoístas, muy esténicas, que reaccionan a una experiencia traumática con una "desviación" parcial y un deseo ávido de venganza que se vuelca en intrigas malignas y tenaces, uniendo a una elaboración pseudológica de la experiencia la tenacidad de los expansivos. Este tipo forma la base de ciertos delirios de celos y de persecución.

2—*Las reacciones expansivas*: los individuos que están predispuestos a ellas son escénicos pronunciados dotados de una fuerte capacidad de retención, con predominio de un componente egocéntrico; una "espinas asténica", que se manifiesta por una cierta falta de seguridad y una gran vulnerabilidad, está implantada, como un talón de Aquiles, en esta personalidad esténica, reforzando las reacciones expansivas con un elemento de sobreexcitabilidad. Frente a un conflicto con el mundo exterior, que se expresa subjetivamente por la lucha del individuo contra una institución colectiva omnipotente, se desencadena una "neurosis de combate", con una tensión afectiva extrema y una "absorción del conjunto de las representaciones solamente por el grupo conflictivo" (p. 47); esta reacción puede acentuarse hasta el delirio de perjuicio más o menos acompañado de ideas de grandeza (delirio de reivindicación, inventores y reformadores, paranoico perseguido). Kretschmer insiste sobre el aspecto comúnmente episódico de estas reacciones, susceptibles de debilitarse "a partir de un cambio favorable del medio o de un tratamiento psíquico adecuado" (p. 47—48) pero dejando predisposiciones permanentes para las reacciones paranoicas; las formas crónicas sistematizadas son las menos frecuentes. Fuera de este último punto, se ve la proximidad de este análisis con el de Bleuler, al que afina, restringiendo su alcance. La característica esencial del grupo expansivo es el defecto de retención consciente y de dominio sobre las experiencias fuertemente cargadas de afecto.

3—*Las reacciones sensitivas*: están, por el contrario, fundadas sobre ese mecanismo de retención de las experiencias afectivas que Kretschmer llama "represión" y, por lo tanto, sobre un defecto de expansión; la experiencia vivida reprimida constituye un cuerpo psíquico extranjero en la consciencia a la que parasita continuamente, dando lugar:

162

LOS FUNDAMENTOS DE LA CLÍNICA

- a los síntomas de la neurosis obsesiva: rumiación obsesionante simple de las representaciones conflictivas o de su símbolo, constituido, en el nivel de máxima intensidad de la represión, por "inversión" (es el "desplazamiento" freudiano²¹ considerado como reacción de la personalidad);
- al delirio de relación sensitiva, también constituido a partir de la "inversión" de la experiencia patógena primaria, que transmite su carga afectiva a una experiencia secundaria delirante, base de un delirio interpretativo. El carácter sensitivo representa la imagen especular invertida de la personalidad expansiva: un componente esténico irrita continuamente un carácter profundamente asténico, impidiendo la sumisión a la experiencia penosa pero no desencadenando más que una dolorosa lucha interior. Los representantes de este grupo son personajes dulces, tímidos, con vida psíquica muy matizada e interiorizada, con gran valor interior y con un nivel ético elevado. La variante obsesiva

(escrupulosidad, pedantería) se distingue sutilmente de la variante sensitiva, como veremos más adelante.

4—*Las reacciones asténicas puras*: propias de las naturalezas débiles, sin defensa, de una languidez extrema, que frente a una experiencia intensa, se vuelven tristes y fatigados por mucho tiempo, incapaces de reaccionar o de reprimir. Esta "depresión reactiva" se distingue de las fases depresivas endógenas por "el dulzor difuso, la sugestibilidad, la necesidad de comunicación con el otro" (p. 58) y por el matiz "nervioso" del cuadro clínico (fatigabilidad extrema, hipersensibilidad). Este tipo de reacción se vuelve a encontrar también en los sensitivos que participan fuertemente del temperamento asténico.

Para comprender correctamente el pensamiento de Kretschmer, es necesario tener presente que los tipos de reacciones cuya descripción y análisis acabamos de resumir, representan tipos ideales, siempre combinados en la realidad empírica (las combinaciones de rasgos entran incluso en la definición de esos tipos puros, como ya hemos señalado). La tipología constitucional de Kretschmer, como su homóloga francesa (de la cual se distingue especialmente por su aspecto "dinámico"), representa un esfuerzo de afinamiento de los cuadros degenerativos clásicos y desemboca en una teoría combinatoria.

"El delirio de relación sensitiva representa... un tipo reactivo paranoico bien caracterizado por su etiología, sus síntomas y su evolución" (p. 209): está condicionado por la disposición caracterológica sensitiva: carencia de expansión, incapacidad para operar una descarga, dulzura, debilidad, sutileza, vulnerabilidad, en contraste con cierto grado de ambición y de tenacidad, una consciencia de sí orgullosa y susceptible; inclinados a la introspección y a la autocrítica, los sensitivos son tímidos, carecen de seguridad, pero permanecen abiertos al contacto, de un abordaje fácil (por oposición a los obsesivos pedantes, mezquinos, distantes).

La experiencia vivida de insuficiencia humillante que lo provoca (experiencia patógena) entraña una tensión psíquica intensa, abrumadora, que transforma su contenido primario en un delirio en el que la auto-desvalorización del sujeto es transferida al exterior (inversión) y desencadena un delirio de relación. Los hechos reales que llevan a la eclosión de la enfermedad son típicos: conflictos ético-sexuales (masturbación, amor tardío de las solteras, tendencias sexuales perversas, tentaciones extra—conyugales), profesionales del tipo del fracaso humillante; esas experiencias no son deducidas por el médico pero pueden percibirse hasta la evidencia en la historia de la enfermedad y son

señaladas por el enfermo mismo. Forman también el centro de la temática delirante. Debe insistirse también en el papel favorecedor de los factores del medio ambiente: constelaciones sociales de aislamiento y de vigilancia más o menos hostil (instituciones, solteras, campesinos solteros; pequeñas ciudades de provincia).

Un elemento de agotamiento neurasténico, condicionado por una gran fatigabilidad constitucional está siempre presente en el cuadro, con su cortejo de ansiedad, de lasitud y de incapacidad de concentración.

- En el plano clínico, junto a la fluctuación permanente de la autocrítica y de la confianza en el terapeuta, de la búsqueda de ayuda y de contacto, debe señalarse, junto al tipo paranoico, la forma más frecuente, la existencia de neurosis de relación emparentadas con la neurosis obsesiva (ideas delirantes sensitivas obsesivas pero criticadas, con exacerbaciones transitorias en las que vacila el sentido crítico) y de brotes delirantes agudas disociativas (representaciones delirantes de influencia, de transmisión de pensamiento, de extrañeza, ideas de grandeza, modificación del estado de consciencia) donde el

factor de agotamiento parece cobrar importancia decisiva.

Finalmente, su evolución es típicamente benigna: la cura más o menos rápida es la regla, la conservación de la personalidad es total, incluso en los casos graves, finalmente la reactividad psicológica a las constelaciones exteriores permanece viva a lo largo de la enfermedad (lo que explica la gran variabilidad del cuadro clínico en función del medio y la posibilidad de un abordaje terapéutico fructífero).

Este grupo clínico bien especificado debe entonces encontrar su lugar en "el extenso conjunto de las perturbaciones psíquicas de carácter psicógeno y reactivo" (p. 223).

Kretschmer lo sitúa en la intersección de muchos ejes:

- en el interior del gran grupo de las formaciones delirantes y reactivas, el grupo sensitivo se ubica al lado del grupo primitivo, con sus reacciones neuróticas, sus perturbaciones disociativas agudas y sus formaciones delirantes imaginativas, y del grupo expansivo, con sus neurosis y su psicosis de combate;
- el grupo sensitivo mismo, como los otros dos grupos, comprende formaciones neuróticas y psicóticas. Siendo las formas mixtas la regla, es posible una división del conjunto de las perturbaciones psicógenas en perturbaciones neuróticas y disociativas agudas por una parte, formaciones delirantes reactivas por la otra; situándose estas últimas en el interior del triángulo formado por el delirio imaginativo de los degenerados, el delirio de relación sensitivo y la psicosis paranoica de combate, aportando cada uno de esos elementos su nota específica al cuadro clínico.

El criterio puramente clínico debe entonces ser abandonado o más bien conservado •solamente a título práctico, pues una neurosis de relación o una neurosis obsesiva está •más próxima de un delirio sensitivo que éste de una psicosis de combate, en el interior del antiguo marco de la paranoia de Kraepelin. Sólo las formas mixtas y su análisis psicopatológico justifican el mantenimiento de entidades de este orden, pero entonces ellas deben alcanzar más amplitud pues nada justifica su separación de los fenómenos histéricos, por ejemplo.

Sigue en pie el problema de la paranoia de Kraepelin²²; una vez abandonados los "procesos" paranoicos siguiendo el acertado análisis de Jaspers, este grupo puramente empírico parece recubrir las psicosis de combate, los delirios de relación sensitivos y un grupo restante, para el cual Kretschmer lamenta que el término de "delirio catatímico" que había propuesto Maier no haya sido mantenido. Se trata de las "paranoias de deseo" que más que evoluciones reactivas representan desarrollos de una personalidad patológica, presentando rasgos que la acercan al tipo primitivo, y que se defiende contra dificultades

vitales y adaptativas constantes por un desarrollo rectilíneo de "realizaciones autistas del deseo"²³. Es en el interior de un segundo triángulo, constituido por las tres formas así aisladas, donde se sitúan los cuadros clásicos de la paranoia de Kraepelin, que participan en general de esos tres tipos de mecanismos (sin dejar de integrar frecuentemente rasgos primitivos): factor suplementario de disolución, notemos que dos de estos tres polos tienden a una evolución benigna y resolutive.

En su esfuerzo por resolver el conjunto del problema de la patología constitucional. Kretschmer aborda a continuación las psicopatías relacionadas con las tres grandes psicosis "endógenas", tal como ellas fueron progresivamente delimitadas en la psiquiatría alemana. Kraepelin había descripto como "estados fundamentales" de la psicosis maniaco-depresiva a los temperamentos deprimidos, excitados, irritables y ciclotímicos (ver capítulo siguiente). Bleuler, ya lo hemos visto, consideraba como esquizofrenia latente o larvada a numerosos psicópatas cerrados, bizarros, soñadores o fanáticos. El temperamento epileptoide había sido descripto desde hacía mucho tiempo por numerosos autores y será precisado por Bleuler y su escuela (F. Minkowska). Recién en 1936, Kretschmer se interesa en él, mientras que estudia los otros dos temperamentos desde 1921²⁴.

La doctrina de Kretschmer constituye la síntesis de muchas corrientes de ideas. La concepción degenerativa-endógena de las dos grandes psicosis kraepelinianas, sobre todo de la demencia precoz (ya que, en lo que se refiere a la maniaco-depresiva, ésta fue siempre la concepción generalmente admitida), está predominando en todas partes. Tanzi (cf. su tratado), desde 1905, y los autores franceses fueron los primeros en sostener este punto de vista. La teoría auto-tóxica de Kraepelin se integra, por otra parte, con el modelo de mixedema.

De aquí surgió la idea de que en las familias de esos grandes enfermos de asilo, se podrían encontrar formas muy ligeras del mismo fenómeno (por ejemplo sobre el modelo de un gen recesivo o de débil penetración, que raramente se manifiesta plenamente) bajo la forma de los temperamentos citados más arriba. Igualmente, antes de la eclosión de la enfermedad, esos temperamentos podrían ser descubiertos en los enfermos y volver a encontrarse en caso de cura o en el intervalo de las fases y de los brotes. Así se constituye la concepción de una serie continua entre formas normales de temperamento (esquizotimia, ciclotimia o más bien síntome siguiendo el término de Bleuler), las psicopatías constitucionales, modos de ser permanentes (por oposición a los tipos de reacciones que hemos examinado más arriba) de los esquizoides y de los cicloides, y las dos grandes psicosis endógenas, brutal acentuación "procesual" de esas predisposiciones latentes.

Finalmente, la idea dominante de Kretschmer consiste en correlacionar esos temperamentos, de los cuales hará un estudio rico y pleno de fineza, como es su hábito, con tipos particulares de estructura corporal. "El diablo popular es más bien magro y lleva una barba de chivo en su mentón puntiagudo, mientras que los diablos gordos tienen un fondo de bonhomía tonta. El intrigante es giboso y carraspeador. La vieja bruja tiene un pico de pájaro rapaz. El grueso caballero Falstaff, con su calvicie reluciente y su nariz roja e hinchada, se asoma con ganas allí donde se ama la buena mesa y la vida gozosa; la mujer de pueblo de sentido común saludable es retacona, regordeta, rechoncha. . . Los santos son esbeltos, descarnados, transparentes, pálidos y góticos. . . Podría pensarse perfectamente que cosas cristalizadas por la imaginación de los pueblos en el curso de los siglos

sean documentos objetivos de psicología étnica, extractos de observaciones hechas en una gran muestra que merecen perfectamente una mirada del sabio" (p. 13).

Kretschmer se compromete entonces en la búsqueda de una correlación entre ciertas estructuras morfológicas y ciertos temperamentos, pensada por vía de las conexiones endócrino-humorales y neuro-vegetativas. Un estudio extenso de enfermos que presentan los dos grandes tipos de psicosis endógenas le permite la definición intuitiva de algunos "biotipos" corporales que un estudio estadístico riguroso confirmará, produciendo un curioso descubrimiento, sobre el cual el pensamiento psiquiátrico y psicopatológico no ha terminado de interrogarse, pero que corresponde a una incuestionable realidad clínica. No describiremos aquí los biotipos pícnico, leptosómico-asténico, atlético y displásico, cuya descripción se encuentra en todos los tratados modernos de psiquiatría (y en las obras de Kretschmer), recordemos la predilección con la que los accesos de la psicosis circular se declaran en el primero, la esquizofrenia en los siguientes, y la rareza de las correlaciones inversas. A nivel de los temperamentos, la doctrina está mucho más controvertida, reposando su verificación sobre criterios más subjetivos.

La tipología caracterológica de Kretschmer reposa entonces sobre la oposición^{2 6}:

- de los ciclotímicos: cuyo matiz afectivo varía entre la alegría y la tristeza, el ritmo psíquico entre la movilidad y una lentitud confortable; la psicomotilidad está adaptada a las excitaciones, siendo armoniosa, natural, dulce. La armonía, el buen contacto con el ambiente (sintonía de Bleuler, extraversion de Jung), la gordura, caracterizan a estos individuos, que cuando son dotados, son realistas, humoristas, empíricos, jefes audaces, mediadores comprensivos. Su patología se traduce por una falta de perspectiva en relación al ambiente, una actividad psico-afectiva intensa y perturbaciones del humor;
- los esquizotímicos: cuyo matiz afectivo varía entre un polo frío anestésico y un polo sensible hiperestésico, el ritmo psíquico presenta grandes diferencias, un aspecto entrecortado con brutales alternancias; la psicomotilidad es reservada, fría y rígida, o perezosa. Es, ya se ve, la falta de relación con el ambiente, la tendencia a la vida interior, a una reserva "aristocrática" en relación al mundo (introversión de Jung) lo que caracteriza este temperamento que se encuentra en numerosos psicópatas inadaptados y algunos grandes hombres: románticos, artistas de la forma, lógicos y metafísicos, hombres de sistema, idealistas puros, déspotas fanáticos o calculadores fríos, etc.;
- finalmente, los viscosos ("glischocáridos" de F. Minkowska) que oscilan entre un polo flemático, que constituye su humor de base, y un polo explosivo, crítico, con un ritmo psíquico pastoso, una psicomotilidad adaptada a las incitaciones pero pesada, lenta, medida. Tenaces, poco reactivos, estos temperamentos que tienen una relación especial con el biotipo atlético y la epilepsia, dan pocos grandes talentos, pero sí a veces hombres dotados de un poder de trabajo y de una resistencia poco comunes.

Una vez consideradas las psicosis endógenas como representando el modo de descompensación de ciertos tipos de personalidad, era tentador explicar la presencia de síntomas de tipo esquizofrénico o excito-depresivos en otras enfermedades, particularmente la patología orgánica (intoxicaciones, demencias seniles u otras, parálisis general, etc.), como la actualización, en el curso de diversos procesos, de predisposiciones del sujeto. El mismo razonamiento puede, por otra parte, aplicarse para la consideración de otros tipos de predisposición (histérica, querulante-expansiva o sensitiva, etc.). Así se constituye el

"diagnóstico estratificado" de Kretschmer²⁷: una predisposición esquizoide, por ejemplo, actúa de manera patogénica en la constitución de la esquizofrenia, pero colorea de manera "patoplástica" (el término es de Bimbaum) una afección de otra naturaleza²⁸.

El mismo enfoque puede aclarar las psicosis endógenas mismas: hemos visto al cuadro clínico de la esquizofrenia incluir fases maníacas y melancólicas; además las predisposiciones, concebidas como hereditarias, pueden fácilmente mezclarse.

"Cada hombre, de esta forma, tiene un componente síntone y un componente esquizoide... Cada una de esas reacciones, o ambas, pueden exagerarse de manera mórbida en el mismo individuo. Los casos extremos pertenecen así a la maníaco-depresiva pura o a la esquizofrenia pura. Pero, frecuentemente, estamos frente a combinaciones... Salvo en algunos raros casos extremos, no debemos plantearnos más la pregunta: ¿es una maníaco-depresiva o una esquizofrenia? sino: ¿hasta qué punto maníaco-depresiva y hasta qué punto una esquizofrenia?"²⁹. Estas líneas son de Bleuler (*Tratado* p. 1175) que, en la segunda fase de su carrera, después de la ruptura con Freud, se une a las doctrinas de Kretschmer.

Además de la posibilidad de dar cuenta de los diversos y numerosos casos "atípicos" que era difícil integrar a la nosología kraepeliniana, esta orientación de pensamiento tiene una consecuencia importante: tiende a la disolución conceptual de la noción de *entidad mórbida* heredada de Falret, que formaba el eje de estructuración de la psiquiatría clásica. Ya hemos visto la disociación que el análisis kretschmeriano había operado sobre la paranoia de Kraepelin, sobre la histeria y las otras perturbaciones psicopáticas. El "diagnóstico estratificado" tiende a sustituir un análisis psicopatológico en términos de mecanismos a un diagnóstico de enfermedad mental o de cuadro clínico. Una corriente importante se constituye así, para la cual la nosología clásica aparece cada vez más como un cuadro taxonómico rígido, que separa al enfermo y su personalidad del estudio de la enfermedad. ¿Acaso Bleuler no afirmaba: "no hay paranoia, no hay más que paranoicos"? Este movimiento se acompaña de un vivo interés por las "terapéuticas de la personalidad": psicoterapia, ergoterapia, terapia institucional, que conocen en ese mismo momento un gran desarrollo y que se apoyan en las nuevas doctrinas dinámicas.

1. Es del mismo punto de partida que ella surge; los trabajos de Charcot sobre la histeria traumática.
origen de la mayor parte de la corriente psicodinámica europea.
2. Recordemos que la psicología asociacionista se origina en teorías epistemológicas de tradición nominalista. Es Hume quien transforma en psicología lo que en Locke y Berkeley no era más que una teoría del conocimiento.
3. Cf. Jung: "Le complexe émotionnel et son action sur l'esprit", cap. II de la *Psychologie de L. Démence Précoce*, p. 33 a 45 de la traducción inglesa.
4. *Traite de Psychiatrie*, 1916, p. 529-530 de la traducción inglesa.
5. Influencia de un complejo emotivo sobre el pensamiento. Maier, alumno de Bleuler, llamará er. 1912 "catatímico" ese tipo de influencia afectiva en oposición a las variaciones afectivas global- y endógenas de la maníaco-depresiva, que llama "holotímicas". Los dos términos serán generalmente adoptados.
6. Cf. Nitsche et Wümanns, // *rsroire des psychoses de prison*, 1911.
7. Cf. Nitsche et Wümanns, op. cit., 3er. período, p. 44 a 70.
8. Cf. el resumen que dieron de los mismos Dumas et Aime", *Sévroses et psychoses de guerre che: les Austro-allemands*, 1918.

9. *Dementia Praecox ou le groupe des schizophrénies*, traducción inglesa. 1950.
10. Cf. traducción inglesa, p. 14 a 226; o el pequeño trabajo merecidamente célebre que consagra al negativismo esquizofrénico.
11. Ese análisis, indispensable para la comprensión del pensamiento de Bleuler. no es expuesto claramente más que a partir de Jaspers. Bleuler sin embargo, es en gran medida su autor.
12. Volvemos a encontrar aquí, una vez más. una expresión de la teoría del automatismo (más bien versión Moreau de Tours) con una concepción instintivo-afectiva de las instancias inferiores.
13. H. Ey no tendrá dificultad para encontrar ahí a Jackson: el pensamiento evolucionista impregna toda esa época y lo difícil sería descubrir un autor que no lo obedezca.
14. Bleuler no cesa de oponer la esquizofrenia al grupo de las "psicosis orgánicas" (su futuro síndrome psico-orgánico: cf. cap. siguiente) que representan un grupo homogéneo de demencias verdaderas. Es en el mismo orden de ideas que la teoría de la esquizofrenia será en su aplicación a la "demencia precocísima" (Sánete de Santis, "Forme infantile de la démence précoce", 1908) la base de la estructuración de la psiquiatría infantil: distinción de las oligofrenias y de las psicosis infantiles.
15. Janet y la escuela francesa habían estudiado ese tipo de casos, ya lo hemos indicado en su momento.
16. Volvemos a encontrar en Clérambault la oposición, en el interior del grupo clínico de la paranoia de Kraepelin, delirios en sector (pasionales-psicógenos) y delirios en red.
17. Cf. la traducción francesa de la tercera edición de 1949, *Paranoïa et sensibilité*, PUF, 1963. Es útil igualmente consultar la primera parte de la tesis de Jacques Lacan: *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, 1932, que suministra un excelente análisis y una ubicación histórica de la misma.
18. Se trata de temperamentos ciclotímicos y esquizotímicos. Estudiaremos más adelante la doctrina de Kretschmer en ese dominio.
19. Kretschmer se hace una idea particular del mismo, menos próxima de la descripción clínica que del análisis psicopatológico del trabajo de Bimbaum, próxima especialmente de las bouffées imaginativas agudas de Dupré y Logre o de la esquizomanía de Claude (cf. el cap. sobre la psiquiatría francesa de entre guerras).
20. En su psicología médica, Kretschmer nombrará "hipoabúlicos" e "hiponóicos" a esos mecanismos que le parecen representar modos de funcionamiento no solamente funcionalmente, sino también filogenéticamente primitivos (cf. p. 112 a 195). Los vuelve a encontrar, frecuentes, en el sueño y la esquizofrenia, cf. el trabajo de su alumno A. Storch, *Les formes primitives-archaïques d'expérience intérieure et dépensée dans la schizophrénie*, 1922.
21. Como todos los animadores de la comente dinamista, Kretschmer toma mucho de Freud, a quien cita siempre elogiosamente, si bien critica su metapsicología (cf. *Paranoïa et sensibilité*, p. 54 a 56 et *Psychologie médicale*). Los mecanismos hipoabúlicos e hiponóicos, ya citados, están muy inspirados en las teorías freudianas (procesos primarios).
22. Ver el gran cuadro recapitulativo: p. 260.
23. Delirios ambiciosos, amorosos, negación delirante de la realidad. Cf. *Psychologie médicale*, p. 331 a 334. 24. Cf. *La structure du corps et le caractère*, Traducción francesa de la sexta ed. alemana, Payot, 1930. Ver también (especialmente para la epilepsia): *Psychologie médicale*, p. 238 a 257.
25. Las perturbaciones endocrinas (hipotiroidismo, castración precoz) suministran un modelo muy contundente de esta teoría.
26. Cf. *La structure du corps et le caractère*, los cuadros generales de las páginas 249 y 252.
27. Vimos a los constitucionalistas franceses arribar a las mismas convicciones. Por ejemplo Devaux y Logre en su estudio de la constitución ansiosa, o G. Ballet (y rápidamente

- Clérambault) en el análisis de las psicosis alucina crónicas.
28. Es necesario indicar que a la inversa los procesos adquiridos pueden modificar el carácter y producir una disposición de apariencia constitucional, incluso manifestarse primero por lo que se presenta como una simple patología de tipo reactivo.
 29. Esta es una formulación que aclara todo un desarrollo histórico: ¿la demencia precoz no se separó lentamente de las "psiconeurosis" de Krafft-Ebing? Desde 1908, por otra parte, Specht sostenía la vinculación de la paranoia con la maniaco-depresiva siguiendo numerosos argumentos clínicos: hipomanía de los pleitistas, elevada estima de si de los perseguidos, depresión inicial de los delirios de persecución, evolución por accesos de coloración depresiva o excitada. Cf. la reseña de Bessiére, *Revue de Psychiatrie*, 1913. p. 402 a 411.

Capítulo 16 KRAEPELIN DESPUÉS DE 1900 - JASPERS

La doble crítica de los autores franceses y de los psicodinamistas alemanes suscita primero en Kraepelin una reacción de integración que se traduce por un afinamiento de su análisis y una extensa reconsideración de los enfoques adversos. Pero la mutación conceptual en curso culminará finalmente con su alumno Jaspers, en una expresión conceptual perfectamente equilibrada. Así se establece una nueva ortodoxia, que desde entonces sigue dominando a la escuela alemana

Kraepelin después de 1900

Desde la séptima edición (1904), que en sus grandes líneas reproduce las concepciones de la clásica sexta edición del *Tratado*, Kraepelin introduce algunas modificaciones que representan una primera consideración de los trabajos de "la escuela de la degeneración": Primero, la onceava clase de las neurosis generales es dividida en locura epiléptica por un lado (clase once) y "neurosis psicógenas" por otro (clase doce). La primera muestra, hasta la evidencia, "en su base una *lesión permanente* que produce sin cesar nuevas crisis" (Traducción italiana, p. 509). El segundo grupo, para el cual Moebius sirve explícitamente como referencia, "está caracterizado por un modo de desarrollo puramente psicógeno de las diversas manifestaciones mórbidas... La base fundamental (de la misma)... es la predisposición histérica más o menos acentuada" (ibid, p. 558). Las neurosis psicógenas comprenden tres subgrupos que representan diversas modalidades de expresión del mismo estado psicopático constitucional: la clásica "locura histérica", la neurosis de terror (neurosis traumática), para la cual Kraepelin adopta por lo tanto una posición intermedia entre la doctrina de Charcot y la de los clásicos alemanes y, finalmente, un pequeño grupo para el cual propone el término de "neurosis de espera", caracterizada por la instalación, luego de una experiencia desagradable experimentada en el curso de una actividad cualquiera, de un estado de espera ansiosa dirigido hacia toda nueva tentativa de repetir la actividad en cuestión; en este grupo de casos próximos a la fobia y a las obsesiones (tartamudez, calambre del escritor, impotencia sexual, etc.), pero caracterizado por inhibiciones dotadas de un neto componente somático funcional (parálisis, calambres parestesias dolorosas), la idea obsesiva se "realiza" en un síndrome somático, ilustración perfecta de las teorías de Moebius.

- Los estados psicopáticos degenerativos que formaban la doceava clase cambian ligeramente de nombre: devenidos "estados patológicos originarios" (clase 13), comprenden dos nuevos apartados: la depresión y la excitación constitucionales. Los deprimidos constitucionales presentan, sobre un fondo permanente de tristeza y de pesimismo, una tendencia a la duda, a la falta de confianza en sí, a la ansiedad, a la culpabilidad, con una propensión a las perturbaciones "nerviosas" (fatiga, insomnio, perturbaciones cenestopáticas e hipocondríacas, dispepsia) y a la emotividad; este cuadro se acerca mucho a las descripciones de Janet: sus psicasténicos son, por otra parte, considerados por Deny (cf. cap. 14) como deprimidos constitucionales. La excitación constitucional corresponde a las clásicas descripciones del temperamento hipomaniaco: exaltación, excitación, confianza en sí, distractibilidad permanente, intolerancia a las obligaciones, incontinencia de actos y palabras, inadaptabilidad a las reglas, a las convenciones, a la jerarquía, espíritus vivos y a veces brillantes, que aman bromear y denigrar, pero prontos a la cólera cuando son contrariados. Estos dos estados degenerativos parecen "portar en sí. . . el germen del desarrollo de una psicosis maniaco-depresiva verdadera" (p. 621), pero en la mayoría de los casos permanecen libres de accesos propiamente dichos "e, incluso, numerosos enfermos afectados de psicosis maniaco-depresiva no presentan, durante el intervalo libre, ninguna perturbación del humor" (ibid). Por eso Kraepelin se decide a ubicar estos estados en la patología constitucional más que en la maniaco-depresiva, en la cual incluye sin embargo a la ciclotimia.
- La clase 14 está constituida por un grupo de casos cuya descripción se inspira profundamente en los trabajos de la escuela criminológica italiana y que Kraepelin llama "personalidades psicopáticas"¹. Ubica ahí a los "criminales natos" de Lombroso y otros tres tipos de personalidades patológicas: los inestables, los mentirosos y estafadores patológicos ("pseudología fantástica") y los pseudo-querulantes (querellantes y reivindicadores crónicos sin delirio). Este grupo, esencialmente médico-legal, caracterizado por una inadaptabilidad fundamental, una propensión natural a los actos violentos y antisociales ("locura moral" de los autores antiguos), reúne perturbaciones permanentes de la personalidad, transición natural entre los estados patológicos originarios, que mantienen todavía una consciencia de la perturbación mórbida y presentan frecuentes exacerbaciones sintomáticas (obsesiones, impulsiones, etc.), y los retardos del desarrollo psíquico (clase 15).

La octava y última edición del *Tratado* de Kraepelin constituye en muchos puntos una reestructuración de su sistema: esta obra monumental (2.500 páginas: casi el doble de la séptima edición), cuya aparición se despliega durante cinco años (1909-1913), constituye una tentativa de integrar el conjunto de las críticas y los aportes de la psiquiatría de su época.

La clasificación nosológica ha sido notablemente modificada:

- 1 - Locura de las heridas del cerebro
- 2 - Locura de las enfermedades del cerebro
- 3 — Intoxicaciones
- 4 — Locuras infecciosas
- 5 — Debilitamientos sifilíticos

- 6 - Demencia parálitica
- 7 - Locuras seniles y pre-seniles
- 8 - Locuras tiroidógenas
- 9 - Demencias endógenas

- 10 - Epilepsia
- 11 - Locura maníaco-depresiva
- 12 - Enfermedades psicógenas
- 13 - Histeria
- 14 - Paranoia
- 15 - Estados patológicos constitucionales
- 16 - Personalidades psicopáticas
- 17 - Detención del desarrollo psíquico (oligofrenias).

Kraepelin considera como estrictamente exógenas las siete primeras clases, como estrictamente endógenas-constitucionales las siete últimas (11 a 17). El grupo intermedio (clases 8, 9 y 10) está constituido por las psicosis de causa oscura, probablemente auto-tóxicas, por lo tanto asimilables a las psicosis exógenas del primer grupo, pero con una parte importante de predisposición, como en el segundo grupo².

Antes de estudiar con más atención las mutaciones importantes que conoce esta edición (demencias endógenas, enfermedades psicógenas, paranoia) señalemos algunos puntos más secundarios:

- los estados ligados al agotamiento han desaparecido de la clasificación, enteramente absorbidos por las psicosis de origen infeccioso, a las cuales finalmente siempre se reducen, piensa Kraepelin. Por el contrario, las locuras de las lesiones del cerebro se han desdoblado (clases 1 y 2) así como la parálisis general (clases 5 y 6). La diseminación etiológica de los síndromes clínico-etiológicos relativamente homogéneos (confusión mental, demencia) sigue siendo entonces, igual que en las ediciones precedentes, un defecto mayor del *Tratado*, y son los autores contemporáneos (Bonhoeffer, Bleuler) quienes pondrán fin a esto, como ya veremos;

- la epilepsia se ha unido a las "demencias endógenas" (antigua demencia precoz) en las enfermedades endógenas no constitucionales: así finaliza el estallido (y la modernización) del viejo grupo de las "neurosis", que alcanza su estatuto moderno;

- la psicosis maníaco-depresiva se enriquece al incluir, además de los estados depresivos. maníacos y mixtos que comprendía desde 1899, a un grupo de "estados fundamentales" que, por su presencia en los intervalos libres del 37% de los casos de psicosis maníaco-depresiva hospitalizados en Munich (*Manic Depressive Insanity and Paranoia*, p 117), confirman la naturaleza constitucional de la enfermedad, ya visible en el hecho de que "la aparición de los ataques es en general independiente de toda influencia exterior. ... lo que es particularmente evidente cuando (ellas) retornan en intervalos aproximadamente regulares" (ibid). Esos estados fundamentales reagrupan la depresión y la excitación constitucionales, que abandonan de esta forma los estados patológicos constitucionales y a las cuales se agregan el temperamento ciclotímico y la irritabilidad constitucional, homólogos de los estados mixtos, caracterizados por una gran susceptibilidad

dad y una propensión a las explosiones coléricas, un humor variable entre la alegría y la tristeza o la ansiedad. Este reagrupamiento que, a imagen de los trabajos franceses, arraigó las fases de la psicosis en el temperamento, prepara los trabajos de Kretschmer.

- retomando la argumentación de su alumno Dreyfus (1907), Kraepelin relaciona la melancolía de involución con la maníaco-depresiva. Evidentemente, hay particularidades

sintomáticas que especifican esta forma (excitación ansiosa, delirio extensivo, curso con tendencia crónica, deterioro progresivo en un número notable de casos), pero ellas no justifican su autonomía: se trata de un "estado mixto" cuyas particularidades evolutivas son debidas a la edad de aparición; por otra parte, se encuentran muy frecuentemente antecedentes circulares o un temperamento del tipo "estado fundamental"; finalmente, están lejos de ser excepcionales fases excitativas intercurrentes. Esta extensión³ aumenta la homogeneidad tanto de los estados circulares como la de las psicosis seniles, ahora netamente caracterizadas por un déficit intelectual primitivo;

nuevas descripciones enriquecen el grupo de las personalidades psicopáticas (irritables, impulsivas, etc.)- Hemos visto, por el contrario, que los estados patológicos constitucionales vuelven a su dimensión de las ediciones quinta y sexta.

Las perturbaciones constitucionales-degenerativas propiamente dichas (clases 12 a 17) ocupan un tomo entero de los cuatro que comprende esta nueva edición. Gran parte de la misma está consagrada a las perturbaciones psicógenas, en la que se constata una extensa reconsideración de los trabajos de los psicodinamistas: las "neurosis psicógenas" de la edición precedente se disocian, la histeria deviene una clase autónoma, al lado de un grupo de "enfermedades psicógenas" dividido en tres rúbricas:

- neurosis de actividad (o ponopatías): se trata de la fatiga nerviosa (neurastenia adquirida) y de la neurosis de espera,
- psicosis de relación (u omilopatías): reagrupa la locura inducida ("locura de a dos" de los franceses) y el delirio de persecución de los sordos,
- psicosis de destino (o simbantopatías): se vuelve a encontrar aquí la neurosis traumática, las psicosis de los prisioneros y el delirio de querulancia.

Se trata, como se ve, del reagrupamiento de una serie de afecciones estrechamente ligadas a circunstancias particulares exógenas, que determinan el momento de aparición de las perturbaciones y su contenido. Estas reposan, por otra parte, sobre predisposiciones psicopáticas degenerativas, que configuran las reacciones específicas de personalidades mórbidas con constelaciones de acontecimientos con fuerte carga emotiva. Así se encuentra integrado lo esencial de los trabajos de la escuela de Moebius. Se habrá notado, sin embargo, que el delirio de querulancia forma parte de estas enfermedades psicógenas y que, por ende, ha abandonado el marco de la paranoia.

La concepción general de la paranoia ha evolucionado notablemente. Kraepelin retoma el análisis psicopatológico de Bleuler, insistiendo, sin embargo, particularmente en las lagunas del desarrollo intelectual (mantenimiento de una lógica afectiva) y en la hipertrofia de la consciencia de sí. Pero, clínicamente, se inspira en Sérieux y Capgras al separar de la paranoia (ahora limitada a su delirio de interpretación) el delirio de querulancia, delirio sectorializado, con curso más remitente que crónico y sobre todo "ligado a un acontecimiento exterior definido; desde este punto de vista, se parece más bien a otras enfermedades psicógenas, particularmente a ciertas psicosis de los prisioneros y neurosis traumáticas... Sin embargo, debe subrayarse que este desplazamiento tiene solamente una significación secundaria: . . . las diferencias entre delirio de querulancia y paranoia. . . no juegan más que sobre cierto desplazamiento de las relaciones entre las influencias externas, psicógenas y las causas mórbidas internas" (*Martic Depressive Insanity and Paranoia*, p. 212).

Finalmente, ya lo hemos señalado, Kraepelin admite la descripción de paranoias

benignas, abortivas (cf. cap. anterior) o más bien le parece que una serie continua de hechos clínicos enlaza los grandes desarrollos paranoicos, pasando por esas formas frustras, de las personalidades "paranoideas" (constitución paranoica de los autores franceses: cf. la descripción, op. cit., p. 268 a 271) que presentan de modo permanente el germen de los delirios típicos.

Señalemos además que de la clase 12 (enfermedades psicógenas) a la clase 16 (personalidades psicopáticas), una serie continua enlaza las perturbaciones cada vez menos reactivas, cada vez más enraizadas en la constitución de la personalidad, incluso permanentes, transición a esos retardos del desarrollo psíquico (clase 17) que siempre son su paradigma. Una curiosa excepción en todo esto: la clase 11, la primera de las psicosis constitucionales en la clasificación, aquella, por lo tanto, en donde el acontecimiento debería jugar el papel más importante y justamente aquella en la que menos lo hace: la maniaco-depresiva, ubicada al lado de la epilepsia y de la antigua demencia precoz, comienza a separarse del "conjunto psicopático"; bien pronto ella encontrará su lugar.

La segunda gran innovación de esta octava edición entonces está constituida por la sustitución de la antigua demencia precoz por un grupo de "demencias endógenas" (más exactamente: debilitamientos, *Verblodung*) compuestas por una demencia precoz restringida y por un nuevo grupo, las parafrenias, que responde indudablemente a la larga polémica de los psiquiatras franceses contra la inclusión de todos los delirios crónicos alucinatorios en la demencia precoz. "La desintegración de la personalidad en la demencia precoz se cumple en general de tal manera que son especialmente los desórdenes de la afectividad y de la voluntad los que dominan el cuadro mórbido. En oposición a esto, debemos tomar en consideración un grupo más restringido de casos en los cuales, a pesar de sus numerosos y variados puntos comunes con los fenómenos de la demencia precoz, pero en función del desarrollo considerablemente más restringido de las perturbaciones de la afectividad y de la voluntad, la armonía interna de la vida psíquica está considerablemente menos afectada, o en los cuales, al menos, la pérdida de la unidad interior está esencialmente limitada a algunas facultades intelectuales⁴ ... Hasta los últimos períodos de la enfermedad, no se encuentra esa apatía y esa indiferencia que forman tan frecuentemente los primeros síntomas de la demencia precoz. Finalmente, la actividad aparece también a menudo afectada por la enfermedad pero, en lo esencial, solamente como consecuencia de los pensamientos y de las emociones mórbidas; los desórdenes de la voluntad independientes, sin relación con aquellos, como los que acompañan habitualmente la demencia precoz. . . son raros" (*Dementia praecox and paraphrenia*, p. 283)

Como puede constatarse, estos argumentos retoman esencialmente las posiciones de Séglas y Sérieux; señalemos al pasar que Kraepelin separa las parafrenias de la demencia precoz porque atribuye a la esquizofrenia ("pérdida de la unidad interior") un valor secundario, en el sentido conceptual pero también patogénico, en relación a la afección afectiva y volitiva (indiferencia, apatía, automatización catatónica); Bleuler y sus alumnos, debido a un análisis inverso, rechazarán esta distinción. Los autores franceses, por el contrario, se apoyan en argumentos clínicos (morfológicos) y a este nivel la distinción es poco discutible (ver cap. siguiente). Finalmente, Kraepelin permanece visiblemente ligado a la idea "de que el mismo proceso mórbido es, después de todo, la causa de esas formas diversas, a pesar de que el punto de ataque y la evolución difieran" (ibid., p. 1); lo que explica el grupo unitario de las demencias endógenas.

El grupo de las parafrenias comprende cuatro entidades⁵:

- 1 - *la parafrenia sistemática*: • "entre las parafrenias, casi la mitad presenta ese desarrollo lento pero continuo de una mezcla de ideas delirantes de persecución y de grandeza que Magnan ha descrito bajo el nombre de delirio crónico de evolución sistemática" (p. 284). Kraepelin precisa que dado que una parte de los casos de Magnan cae rápidamente en la disociación, con neologismos y manierismos, la entidad no le parece homogénea y pertenece en parte a la demencia paranoide. En las formas con evolución prolongada "la salida de la enfermedad es una declinación psíquica con persistencia de ideas delirantes y habitualmente de alucinaciones sin desórdenes independientes que afecten particularmente a la voluntad ni apatía emocional. . . No se alcanzan grados más marcados de demencia" (p. 298). La descripción clínica sigue muy de cerca a la de Magnan (ver cap. 11);
- 2 - *la parafrenia expansiva*: "está caracterizada por el desarrollo de un delirio de grandeza exuberante con un humor exaltado predominante y una ligera excitación" (p. 302). Las ideas megalomaniacas (riqueza, potencia, eróticas, místicas, etc.) están acompañadas por ideas de persecución y por alucinaciones sobre todo visuales, que evocan un "elemento histérico"; "las alucinaciones auditivas, sobre todo las influencias sobre el cuerpo, . . . están completamente en segundo plano". Esencialmente basada en interpretaciones, ilusiones de la memoria y "experiencias visionarias", esta forma mórbida se acompaña de un grado tal de exaltación del humor (arrogancia serena, gusto por las farsas y los chistes, episodios de irritación y de excitación violenta o de logorrea declamatoria) que Kraepelin la consideró durante mucho tiempo como una manía crónica. Sérieux y Capgras no hubieran probablemente vacilado para nada en incluir esta forma en su delirio de interpretación (cf. su descripción del delirio místico, rico en alucinaciones de la vista, *Locuras razonantes*, p. 121-128);
- 3 - *la parafrenia confabulante*: "emparentada con la forma precedente. . . : no comprende más que un pequeño número de casos (y) se distingue por el papel dominante que juegan en ella las ilusiones del recuerdo" (p. 309) y la casi ausencia de alucinaciones. "Los pacientes informan con la más profunda convicción un enorme número de historias extraordinarias exactamente bajo la forma de experiencias personalmente vividas" (p. 311). El delirio, de persecución y especialmente de grandeza, a menudo retrospectivo, se acompaña de un humor sereno, "casi feliz". "Los pacientes son habitualmente fácilmente accesibles, conversadores. . . con cierta tendencia a los juegos de palabras estúpidos. . . ; defienden sus ideas con vigor y habilidad. . . En la mayoría de los casos, la lujuriosa producción de ilusiones del recuerdo no es más que una porción particularmente corta de la enfermedad, aunque las creaciones delirantes sean retenidas durante un tiempo considerable, repetidas e incluso a veces un poco adornadas después. En el espacio de un año, aquellas pueden haber palidecido completamente; los pacientes no quieren oír más sobre eso, no saben nada más sobre ese tema, son evasivos: "es un asunto privado". Al mismo tiempo, las ideas delirantes devienen más absurdas, más incoherentes, el humor irritable, moroso o indiferente, de manera que hay, sin ninguna duda, desarrollo de un debilitamiento psíquico" (p. 314). Es este último carácter, netamente más acusado en esta forma que en la precedente, de la cual está muy cercana, el que permite su inclusión en las parafrenias: una de sus partes corresponde indudablemente a los "delirios de imaginación" de Dupré, la otra, mejor sistematizada y con evolución prolongada, entra en la paranoia de Kraepelin. Esta última entidad es considerada de una manera demasiado rigurosa, en particular en el plano evolutivo, como para poder incluir la parafrenia expansiva y confabulante;
- 4 - *la parafrenia (demencia) fantástica*: este grupo de casos, igualmente poco numeroso,

está caracterizado por "el desarrollo lujurioso de ideas delirantes muy extraordinarias, deshilvanadas y móviles. . . (y) cubre esencialmente mi antigua demencia paranoide" (p 315). Dado que este último término designa generalmente las formas delirantes de la demencia precoz, Kraepelin ha preferido rebautizar la entidad, manteniendo empero el término "demencia" entre paréntesis. Después de una fase inicial de malestar cenestopático, se instala un delirio de persecución acompañado de alucinaciones auditivas, cenestésicas, sexuales, de un síndrome de influencia y de ideas de posesión, pero también de ideas megalomaniacas. Las ilusiones de la memoria y las confabulaciones juegan un papel importante en este delirio lujurioso y siempre cambiante. El humor de los enfermos es a menudo excitado; son prolijos, su expresión confusa, deshilvanada, atiborrada de neologismos y de juegos de palabras. La evolución pone progresivamente en primer plano las ideas de grandeza fabulosa y la exaltación, "las exteriorizaciones de los enfermos devienen, de manera habitual, gradualmente cada vez más confusas y deshilvanadas. . . las emociones más obtusas con rápidas explosiones de violencia y estados de excitación transitoria" (p. 327). Esta forma se separa de las demencias paranoides, de las cuales permanece muy cercana, por la importancia harto secundaria de los desórdenes de la voluntad frente a los del intelecto; recordando los casos de esquizofasias (ver más adelante).

El grupo parafrénico está constituido entonces por tres subgrupos: el primero, que de hecho es su centro, comprende la mayor parte de los casos y corresponde al Delirio Crónico de Magnan (del cual obtiene el calificativo: sistemático); el segundo está constituido por formas expansivas y confabulantes y constituye una transición hacia las formas paranoicas puras; el tercero, antigua demencia paranoide, linda con la demencia precoz (formas paranoides y esquizofásicas). El grupo está construido en función de un criterio exclusivo: la débil lesión afectiva y volitiva, la extensa conservación de la personalidad, junto con un delirio rico y netamente paranoide. Aunque construida alrededor del mismo eje (el Delirio Crónico), la parafrenia no corresponde pues a la psicosis alucinatoria crónica francesa. Para hacer una comparación justa, debemos ahora examinar la demencia precoz en esta nueva concepción.

"La indudable inadecuación de mi precedente clasificación (de las formas de la demencia precoz) me condujo, una vez más, a emprender un agrupamiento más natural" (p. 89). Apoyándose en las tentativas de Rácke y Wieg-Wickenthal, Kraepelin propone una subdivisión en nueve grupos (con las parafrenias, esto significa entonces once formas en lugar de las tres de 1899):

1 - Demencia simple.

2 - Hebefrenia o demencia necia.

3 - Demencia depresiva simple o estuporosa: forma con inicio depresivo, con o sin estupor, con una predominancia de ideas delirantes depresivas (pecado, persecución, hipocondría. . .) y un humor triste y ansioso. Pueden producirse antes de la declinación terminal episodios intercurrentes de exaltación o de agitación.

4 - Demencia depresiva delirante: forma de inicio más agudo, en la que el delirio y las alucinaciones están en primer plano; se constata a veces la presencia de algunas ideas megalomaniacas.

5 - Demencias agitadas: se caracterizan por la presencia, en el centro del cuadro clínico.

"de estados de agitación. . . severos y prolongados"⁶ (p. 116). Tres subgrupos: demencia circular (formas de inicio depresivo), demencia agitada (se inician primero con un estado de excitación), demencia periódica (forma que presenta estados de excitación periódicos, dejando cada vez al enfermo un poco más apático e indiferente). Esta última forma era hasta entonces considerada por Kraepelin como perteneciendo a la maniaco-depresiva, pero el aspecto deficitario de los intervalos y de la evolución justifica su inclusión en la demencia precoz.

6 - Catatonía: descripción clásica.

7 - Demencia paranoide grave: se trata de un cuadro alucinatorio con ideas delirantes diversas, alucinaciones de todos los sentidos, síndrome de influencia, ilusiones de recuerdo, mezclados con las manifestaciones clásicas de la demencia precoz (impulsiones, negativismo, manierismo, estereotipias, esquizofasia); terminaciones en estados deficitarios idénticos a aquellos de las formas precedentes.

8 - Demencia paranoide ligera: el cuadro delirante es muy parecido a la forma precedente pero los signos típicos de la demencia precoz no están manifiestos (humor concordante, actividad y discurso en relación con el delirio, a pesar de los neologismos) y sobre todo el estado terminal consiste en una relativa sedación de las perturbaciones con mantenimiento de un resto delirante y alucinatorio acondicionado y el reinicio de una adaptación

relativa (asilar) al precio de cierta dosis de indiferencia y de desinversión. No se entiende, sin embargo, porqué esta forma (que corresponde a las formas psico-motrices de psicosis alucinatoria crónica: delirio de influencia de Séglas) permanece incluida en la demencia precoz: fuera de algunos raros síntomas catatonoides permanece netamente separada de las otras, especialmente por ese estado terminal particular ("debilitamiento alucinatorio o paranoide")⁷. Kraepelin reconoce "enfrentar aquí un desarrollo inhabitualmente lento del proceso mórbido, que hace posible durante mucho tiempo que el paciente continúe viviendo como una persona aparentemente sana, mientras que, ya en el mismo momento, la dificultad acrecentada del combate por la existencia que resulta de la enfermedad y las influencias desfavorables de la vida favorecen el desarrollo de pensamientos paranoides"⁸ (p. 177). Indudablemente, la interpretación del síndrome de influencia, en un primer plano en esta forma, como afección de la voluntad, así como la del delirio de persecución física como afección de la personalidad, justifican por sí solas la distinción (criterio de análisis psicológico y no clínico) con respecto a las parafrenias.

9 - Demencia con confusión del lenguaje o esquizofasia⁹: se trata de hecho de una forma terminal particular (el inicio es poco específico) caracterizada por una logorrea ininteligible, atiborrada de neologismos, de asociaciones verbales y de juegos de palabras, respuesta a preguntas de un interlocutor o simple soliloquio. Frente a preguntas simples, las respuestas pueden ser, sin embargo, cortas y correctas. El humor es alegre, festivo, con tendencia a la subexcitación. Junto al mantenimiento de alucinaciones y de ideas delirantes, "lo que distingue este tipo de pacientes es el carácter sensato y razonable de su comportamiento y de sus acciones, que nos fuerza a la hipótesis de que no se trata tanto de un desorden severo del pensamiento sino más bien de una interrupción de las conexiones entre el pensamiento y la expresión verbal. En todo caso, nos enfrentamos con una poco corriente limitación de los desórdenes de la voluntad a un territorio estrechamente limitado. . . , el de la expresión verbal" (p. 180). Efectivamente, estos pacientes son en general "trabajadores muy útiles, diligentes e inteligentes. . . en la vida de la institución" (p. 178), incluso bastante independientes y que no quieren que se metan en sus actividades.

Esta última forma, por lo tanto, está muy próxima de las parafrenias y Kraepelin

subraya su parentesco con la parafrenia fantástica que también termina con importantes perturbaciones del lenguaje y un humor festivo.

En resumen, como se ve, la nueva división del grupo de la demencia precoz contiene interesantes innovaciones, como las formas 3, 4, 5, futuras esquizofrenias distímicas, la forma 9 esquizofásica o la individualización de las parafrenias¹⁰. Sin embargo, peca por el carácter sistemáticamente psicológico de los criterios utilizados: en efecto, se trata todavía de "entidades mórbidas" y no de mecanismos psicopatológicos, y esta metodología impropia produce formas con límites confusos e insuficientemente extensivas. Kraepelin dudó mucho tiempo en publicar esta edición (más exactamente su tercer tomo: cinco años lo separan del primero), visiblemente todavía no acabada; la competencia del trabajo de Bleuler, con su inmenso éxito y su incuestionable avance, lo impulsó sin duda a buscar la originalidad en una preocupación demasiado minuciosa por el detalle, que recuerda a Schuler: ¡no es nada agradable verse desposeído de su obra en vida!

Para fijar las ideas, ensayaremos, en un cuadro comparativo cuyo valor aproximativo deberemos recordar, hacer corresponder las clasificaciones de Kraepelin y las de los clásicos franceses (nos basaremos en el artículo fundamental de Sérieux y Capgras en el tratado de Sergent, 1921) (11).

La nueva delimitación de la demencia precoz no tendrá gran efecto en Alemania, habiéndose transformado el trabajo de Bleuler, mientras tanto, en el texto de referencia. En 1921 Mayer, colaborador de Kraepelin, publica un estudio que demuestra que más de la mitad de los setenta y ocho casos etiquetados como parafrenia en 1913 habían desarrollado después síntomas esquizofrénicos típicos¹². El término no es conservado entonces más que como designación del síndrome. La discusión franco-alemana se termina así, un poco prematuramente.

Jaspers

"En lugar de presentar resultados que tienen una pretensión dogmática, este libro ensaya familiarizar al lector con los problemas, las preguntas que se plantean y los métodos; en lugar de plantear un sistema teórico particular, querría aportar una clasificación fundada en la reflexión metodológica. En psicopatología, hay una serie de concepciones diferentes, una serie de vías paralelas, cada una de las cuales tiene su valor y que se completan sin molestar una a la otra. Me he esforzado por separar estas diferentes vías, por establecer entre ellas distinciones netas" (p. V). Así se abre la *Psicopatología general* de Jaspers¹³, aparecida en 1913, la primera (y la única según nuestro conocimiento) obra que opera una crítica conceptual sistemática en el discurso psiquiátrico.

El eje más importante de esta crítica concierne al cuestionamiento del paralelismo psicofisiológico, devenido desde hacía medio siglo (ver las consideraciones generales de nuestra tercera parte) el lugar común de la psicopatología (y de la psicología por otra parte). No se trata ciertamente de cuestionar el evidente fundamento material de la mente, sino de distinguir correctamente "en todo el palabrerío psicopatológico. . . lo que se sabe y lo que no se sabe. . ., en qué sentido y dentro de qué límites se sabe algo" (p. I) Así es necesario separar cuidadosamente la "comprensión estática" ("fenomenología" por la cual se representa la vivencia particular de los enfermos tal como ella se presenta a su consciencia) y la "comprensión genética" (captación intuitiva del engendramiento de

Escuela Francesa	8º edición	6º y 7º ediciones y Bleuler	4º y 5º ediciones
<p>PARANOIA</p> <p>delirio de reivindicación</p> <p>delirio de interpretación</p> <p>delirio de imaginación</p> <p>PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA</p> <p>delirio crónico (Magnan)</p> <p>formas fantásticas</p> <p>delirio de influencia (Seglas)</p> <p>DEMENCIA PRECOZ</p> <p>demencia paranoide</p> <p>catatonía</p> <p>hebefrenia</p> <p>forma simple</p>	<p>Delirio de querulancia</p> <p>Paranoia</p> <p>Parafrenias { expansiva confabulante</p> <p>Parafrenia sistemática</p> <p>Parafrenia (demencia) fantástica</p> <p>Demencia paranoide ligera</p> <p>Demencia paranoide grave</p> <p>Catatonía</p> <p>Formas distímicas</p> <p>Hebefrenia</p> <p>Demencia simple</p>	<p>Paranoia</p> <p>Formas paranoides de la demencia precoz:</p> <p>1) Demencia paranoide</p> <p>2) Delirios sistematizados fantásticos</p> <p>Catatonía</p> <p>Hebefrenia</p> <p>Demencia simple</p>	<p>Formas Combinadas</p> <p>Formas fantásticas</p> <p>Demencia paranoide</p> <p>Catatonía</p> <p>Demencia precoz</p>

PARANOIA

KRAEPELIN DESPUES DE 1900 JASPER

los hechos psíquicos los unos por los otros, tal como ella se impone con respecto a las reacciones psicológicas) de los hechos psíquicos, de "las relaciones causales" que se invocan cuando las relaciones de comprensión chocan con un escollo y los hechos psíquicos se manifiestan de manera incomprensible. La explicación causal apela entonces a representaciones teóricas, a "*mecanismos extra-conscientes*", esencialmente extraídos, en esa época, de los conocimientos biológicos.

Para retomar el tipo de análisis del que ya hemos hablado, puede representarse el estado de ánimo del perseguido "poniéndose en su lugar" (fenomenología), pueden comprenderse sus reacciones de violencia, de desesperación, de miedo (comprensión genética); puede también comprenderse la relación entre su elevada idea de sí mismo, su desconfianza inquieta hacia el mundo y las vejaciones que sufre (ya sean éstas corrientes o en relación directa con su propia actitud) por una parte, el desarrollo del delirio por la otra; pero, no puede comprenderse ese estado de ánimo permanente que se llama "constitución paranoica" refiriéndolo así a una causalidad genética, biológica, hereditaria y a mecanismos extra-conscientes cerebrales. Simplemente, se pasa de la comprensión a la *explicación* sin incluso darse cuenta. El mismo análisis puede aplicarse a la angustia vivida, a las preocupaciones que engendra y que la fijan (fobias, obsesiones), a las reacciones del sujeto que la experimenta y al misterio de su causación extra-consciente.

Pero en el extenso grupo de los fenómenos que son así comprendidos en términos extra-conscientes pueden hacerse algunas distinciones:

- ciertos fenómenos son realmente experimentados por el sujeto sin que él se de cuenta (hábitos, recuerdos, modos permanentes de ser): forman parte de lo "comprensible";
- a otro grupo de fenómenos se le puede aplicar una comprensión "como si" fueran conscientemente experimentados. Jaspers señala así que es esencialmente a este tipo de trabajo que se reduce la obra de Freud, a pesar de que éste haya traducido esta extensión de la comprensión espontánea en metáforas extra-conscientes. Las interpretaciones en términos de símbolo, de desplazamiento, de deformación tienden a atribuir a tal contenido psíquico incomprensible *un sentido* que no tiene a primera vista, a riesgo de traducir luego esta significación como "equivalencia energética" ¹⁴. Este tipo de análisis crítico será retomado por Politzer¹⁵, Brinswanger e inspirará el enfoque de J. Lacan (crítico de los modelos mecánico-biológicos freudianos);
- finalmente lo extra-consciente recubre esencialmente lo incomprensible, lo que aparece como básico en el psiquismo y a lo cual, en cierto número de casos (fenómenos fisiológicos o patológicos: procesos cerebrales, intoxicaciones, etc.), se le puede asignar un fundamento somático conocido. Por extensión, se tiene el hábito de atribuir, en todos los casos, una significación orgánica a este extra-consciente. Se trata aquí de una hipótesis ("prejuicio somatista"), fructífera si está correctamente situada, peligrosa si se limita a un puro verbalismo.

La primera aplicación de esta concepción concierne a la oposición de dos tipos de perturbaciones psicopatológicas:

- las perturbaciones cuyo desarrollo es perfectamente comprensible. Se trata primero de las "reacciones verdaderas cuyo contenido está en relación comprensible con el acontecimiento original, que no hubieran nacido sin este acontecimiento y cuya evolución depende del acontecimiento y de su relación con él. La psicosis permanece ligada al acontecimiento central" (p. 314). Hemos visto en los trabajos de la corriente psicodinamista numerosos ejemplos de esta patología (psicosis de los prisioneros, perturbaciones histéricas, neurosis de combate, psicosis sensitivas, patología de guerra o traumática).

Se trata también del "desarrollo de una personalidad. . . (que) tiene solamente como origen a las disposiciones individuales que evolucionan a través de las épocas de la vida. . . que sin discontinuidad incomprensible vienen a agregar algo totalmente nuevo" (p. 440). Evolucionan en el tiempo, determinando, en constante interacción con el medio, "la manera de reaccionar frente a los acontecimientos exteriores, que son utilizados de una manera correspondiente a esta naturaleza" (ibid.). Este tipo de casos (personalidades patológicas, paranoia de Kraepelin) no es en realidad separable del primer grupo: la patología "comprensible" está hecha de cierto grado de predisposición y de cierto grado de reacción al acontecimiento pues, "en la mayor parte de los casos (de reacción), la condición preliminar de la constitución es visible incluso fuera de la reacción" (p. 322); - las perturbaciones psicopatológicas cuyo desarrollo no es comprensible: rompen más o menos brutalmente el desarrollo comprensible de la vida mental, introduciendo "un cambio psíquico totalmente nuevo" (p. 437). A veces, una ruptura tal de la "curva vital" sucede a un acontecimiento pero, a diferencia de las reacciones verdaderas, "la naturaleza de la psicosis no corresponde para nada al acontecimiento del cual surge. . . ella se desarrolla según su propia ley totalmente independiente del acontecimiento ocasional" (p. 314).

A este tipo le corresponden diversas modalidades. Sobre el plano etiológico se conoce, en cierto número de casos, la causa de tales acontecimientos: se trata de *procesos orgánicos* diversos (enfermedades cerebrales, epilepsia, perturbaciones infecciosas, tóxicas o auto-tóxicas). Su cuadro clínico, a menudo reversible, corresponde frecuentemente a ciertos rasgos comunes específicos: disgregación de la vida mental, síndrome demencial, Korsakov, alteración de la conciencia. El resto puede dividirse en ciertos "ciclos de evolución típicos" cuyo substrato orgánico probable no se conoce: *fases*, "alteración de la vida psíquica, ya sea puramente endógena, ya sea determinada por una influencia accidental, que luego pueden durar semanas, meses o años y desaparecer de manera que el estado anterior se restablezca" (p. 431) y que corresponden a las enfermedades afectivas (psicosis maníaco-depresiva); *procesos psíquicos* en los que el cambio en la vida psíquica, duradero, no se acompaña de disgregación pero donde "se encuentra una alteración marcada de la personalidad y de la vida consciente, que corresponde en numerosos casos al tipo de la esquizofrenia de Bleuler" (p. 439). Asimismo, debe subrayarse que esta alteración no está siempre presente y que por ejemplo cierto número de paranoias de Kraepelin (y también la totalidad de las parafrenias) son procesos psíquicos y no perturbaciones psicopáticas (cf. más adelante). Por otra parte, Jaspers hace notar que esta alteración esquizofrénica, que se intentó comprender como incoherencia, disociación, discordancia, se reduce finalmente a una única impresión: la *ininteligibilidad*. Es ésta la que es percibida por el *observador* como discordancia, mientras que a los ojos de los enfermos, ésta "no es para nada incomprensible, se le aparece, por el contrario, como bien fundada y para nada bizarra" (p. 160). Esta comunicación inmediata del sentido es la que falta entre el esquizofrénico y el sujeto normal, mientras que al lado de esta incomprensibilidad, "vemos enfermos cuya comprensión es buena, que no tienen ninguna perturbación de la conciencia, que están orientados" (p. 161).

Sobre la base de esta concepción general, Jaspers pone en evidencia, en las esquizofrenias, un tipo de experiencia cuyo "conocimiento permanece siempre fragmentario porque somos incapaces de representarnos concretamente esos modos de experiencia psíquica que nos son totalmente extraños. En ellos, hay siempre mucho de inconcebible, de abstracto, de incomprensible" (p. 86-87);

— lo "fabricado", que puede ser experimentado a propósito de todos los fenómenos

psíquicos (ideas, sentimientos, actos, percepciones, etc.) y que corresponde a nuestro síndrome de influencia. Este fenómeno reposa sobre una vivencia primaria, irreductible, que el delirio de influencia racionaliza. Un abismo los separa de los equivalentes que tratamos de encontrarle (impulsión, deseo, obsesiones): los fenómenos psíquicos son siempre inmediatamente percibidos como personales por el sujeto que los experimenta, mientras que se trata aquí de un sentimiento irreductible de no-pertenencia y de imposición;

- las "experiencias delirantes primarias", matrices de las *ideas delirantes verdaderas*, que se oponen a las "ideas erróneas", deducidas de otros fenómenos que ellas racionalizan¹⁶. Esas experiencias primarias son de tres tipos: *percepciones delirantes*, en el curso de las cuales las cosas percibidas adquieren una significación inmediata (totalmente diferente de la interpretación secundaria) y a veces obscura¹⁷; *representaciones delirantes*, intuiciones súbitas de contenidos concretos actuales o retrospectivos, que se imponen fuertemente y sin otro soporte en la mente del enfermo; *impresiones* ("Bewusstheiten") *delirantes*, sin contenido concreto ni representación sensible, pero acompañadas de una absoluta certeza (experiencia de fin del mundo, sentimiento de ser seguido, impresión de ser otro, etc.). De esas experiencias, abundantes bajo una forma confusa y no sistemática en las psicosis agudas¹⁸ ("brotes procesuales"), nace el sistema delirante de las psicosis crónicas, por un verdadero "trabajo delirante" de elaboración; pero la convicción que acompaña este sistema encuentra su fuente en la intensidad de esta primera "transformación de la personalidad", cuya huella se percibe a veces difícilmente en la elaboración delirante ya constituida. En numerosos casos de paranoia de Kraepelin pueden encontrarse tales delirios primarios, que muestran su origen procesual y no catatímico (Kolle lo mostrará en gran número de casos típicos en 1931);
- ciertas sensaciones indescriptibles "totalmente anormales del cuerpo y de los órganos (para las cuales) muchos esquizofrénicos encuentran... términos nuevos" (p. 160). Es la base de ideas delirantes hipocondríacas diversas; Kraepelin había siempre negado la existencia de una forma hipocondríaca de paranoia: le parecía tratarse siempre de psicosis paranoides (afección de una de las bases de la personalidad).

Cuando esos tres últimos tipos de fenómenos, más o menos acompañados de alucinaciones y de ilusiones de los diversos sentidos, se desarrollan en una conciencia clara y lúcida y se organizan en un sistema bien construido, se trata del "complejo de síntomas paranoides" (cf. p. 533-536); Jaspers tiende entonces a dar a ese término una significación amplia pre-kraepeliniana (de tipo freudiano) y a disociar la entidad clínica "paranoia" en el sentido que Kretschmer completará (cf. cap. 15);

- el síndrome catatónico, del que Jaspers da de paso un notable análisis psicológico, situándolo fuera de los fenómenos neuropatológicos, incluso finos (tipo apraxia) pero también de las perturbaciones directamente psicológicas (consecuencias de ideas o de experiencias delirantes), como una afección de la personalidad *actual* (y no duradera: la personalidad anterior puede permanecer latente e intacta), capturada en bloque por ese complejo automático al cual el enfermo adhiere, sin embargo, en su vivencia subjetiva. Volveremos a encontrar alrededor de Baruk el mismo análisis, más enriquecido.

El rigor metodológico que preside la elaboración de su pensamiento lleva a Jaspers a rechazar el concepto de "unidad mórbida" (Kahlbaum-Kraepelin) que "no ha permitido formar ninguna unidad mórbida real" (p. 504); "es el concepto de una tarea cuyo

objetivo es imposible de alcanzar porque está situado en el infinito; pero ella es una dirección de investigación fecunda y constituye una verdadera tabla de orientación para la investigación empírica detallada" (p. 507). Efectivamente, lo que el enfoque empírico pudo evidenciar es, por un lado, "procesos cerebrales considerados fisiológicamente. . . única y exclusivamente por el examen fisiológico" (p. 506), por el otro, "tipos clínicos" definidos por su estructura psicopatológica y su evolución. No hay entre esas dos series ninguna correspondencia bi-unívoca (cf. p. 506, el célebre ejemplo del psicodiagnóstico de la parálisis general que había permitido a Kraepelin descubrir treinta por ciento de parálisis en su establecimiento cuando el sero-diagnóstico, aplicado algunos años más tarde, no encontraba más que ocho o nueve por ciento).

Sin embargo, Jaspers propone la clasificación siguiente:

I - Psicosis orgánicas (exógenas o sintomáticas): procesos cerebrales orgánicos, infecciones, perturbaciones metabólicas, intoxicaciones exógenas, epilepsia¹⁹ II - Procesos: demencia precoz o esquizofrenia. III - Alienación degenerativa:

a - fases anormales (locura maniaco-depresiva) b - reacciones anormales (psicosis reactivas) c - personalidades y evoluciones anormales: psicopatías. La compañía de comentarios que justifican su empleo:

- "un verdadero diagnóstico no es posible y necesario más que en el grupo I. . .
- en los otros grupos, un análisis causal o genéticamente comprensible y tan completo como fuera posible desde el punto de vista fenomenológico, un estudio tan vasto y preciso como fuera posible de las personalidades y de las facultades, es lo único particularmente útil. . .
- para el diagnóstico, puede señalarse en líneas generales que todos los fenómenos observados en los últimos grupos de nuestra clasificación se presentan también en los primeros. . . Puede representarse esta situación mediante una imagen: los síntomas mórbidos se superponen como planos horizontales: en la punta, tenemos los síntomas degenerativos. . ., después los síntomas de procesos. . ., finalmente los síntomas orgánicos. . . La capa más profunda que se alcanza en el examen de un caso particular determina el diagnóstico" (p. 514-515).

Las grandes categorías clásicas se encuentran entonces conservadas debido a su valor práctico (estadístico), relativizadas en el plano de su valor constante, es decir conceptual. Puede reconocerse aquí el espíritu que guía toda la obra de Jaspers: retener todo lo que tiene valor concreto, cuestionar todo lo que no es más que elaboración secundaria, incluso probable, en la medida en que se trata más de satisfacciones acordadas al espíritu de sistema que de guía para la investigación. Por eso su *Psicopatología general*, suma de todos los conocimientos psiquiátricos positivos de su época (al menos en lo correspondiente a la escuela alemana) pero también notable actualización crítica, dará el marco conceptual de la psiquiatría alemana moderna.

Cierto número de trabajos completarán rápidamente el marco propuesto:

- ya en 1910 Bonhoeffer había reunido, bajo el nombre de "tipos de reacciones exógenas", un grupo de síndromes agudos típicos de las intoxicaciones, de las infecciones, de las enfermedades metabólicas, de las agresiones cerebrales agudas: estados de obnubilación de la conciencia acompañados con ilusiones frecuentes, con desorientación, con angustia, con delirio (Delirium), perturbaciones mnésicas del tipo síndrome de Korsakov, sintomatología somática más o menos severa. Así se encuentra finalmente constituida en la escuela alemana la síntesis que la "confusión mental" francesa había

realizado desde hacía veinte años (el cuadro clínico recorta en gran parte la *Amentia* de Meynert);

- en su Tratado (1916) Bleuler reúne, bajo el nombre de "síndrome pácoorgánico". cinco categorías de la nosología de Kraepelin: las psicosis de las lesiones y de las enfermedades del cerebro, las psicosis de involución, la parálisis general y las psicosis sifilíticas. Este grupo, que corresponde a sus "psicosis orgánicas" de 1911 (ver cap. 15). se caracteriza por un síndrome común (demencial): amnesia, restricción del campo asociativo (lo que explica la perturbación del razonamiento y del sentido crítico), labilidad

afectiva (sensibilidad, incontinencia emocional), disminución de los intereses y de los sentimientos éticos, sugestibilidad, debilidad de la atención, perturbación de la orientación; a este síndrome basal pueden asociarse diversas perturbaciones accesorias (accesos de confusión, de depresión, de excitación, ideas delirantes, alucinaciones, fabulaciones compensatorias) y habitualmente perturbaciones somáticas²⁰;

- finalmente, siempre en su *Tratado* de 1916, Bleuler reúne el conjunto de las perturbaciones degenerativas (excluyendo la maniaco-depresiva) bajo la etiqueta "psicopática". Opone incluso las "reacciones psicopáticas" (paranoia, enfermedades psicógenas

de Kraepelin, neurosis, reacciones kretschmerianas) a las "psicopatías" (en el sentido de las últimas ediciones del *Tratado* de Kraepelin) a pesar de que a menudo se trate "de cuadros mórbidos inseparablemente mezclados con anomalías congénitas y reactivas" (p. 570). El término toma así su sentido definitivo en Alemania²¹, sentido extenso, próximo al de las primeras ediciones del *Tratado* de Kraepelin²²;

- hemos visto, por otra parte, con la obra de Kretschmer, rápidamente avalada por Bleuler, a las psicosis no "comprensibles" y no orgánicas reunidas bajo el nombre de "psicosis endógenas". Según las escuelas se les agrega o no la epilepsia, a pesar de que ella tiende más bien a reunirse con las psicosis orgánicas, de acuerdo a la opinión de Jaspers (especialmente después del descubrimiento de la electroencefalografía).

Las últimas debilidades heredadas de la obra de Kraepelin desaparecen entonces de la psiquiatría alemana moderna. En este estadio el trabajo clínico propiamente dicho ha culminado; veremos (cf. Conclusiones) en qué direcciones de investigación se compromete la escuela alemana, y hasta que punto las aporías que encuentra son similares a aquellas con las que choca la escuela francesa hacia la misma época.

Señalemos desde ahora que la ambigüedad del término "personalidad psicopática" según las escuelas proviene de esos cambios de extensión que sufre en las últimas ediciones del *Traite* de Kraepelin. Cf. más adelante.

Para todo esto consultar en el artículo de G. Dumas: "La pathologie mentale". *Traite de psy-chologie*, 1924, II, p. 821, el cuadro que recapitula la doctrina kraepeliana.

3. Curiosamente, la escuela francesa lo aceptara mal: sin duda es necesario ver ahí también su adhesión al punto de vista clínico, que la vuelve reticente a ese tipo de razonamiento como a la noción de "estado mixto". Cf. Chaslin. *Eléments de sémiologie et de clinique mentale*, p. 658 a 660.
4. Se trata de las alucinaciones y del modo de pensamiento paranoide.
5. Se encontrará una traducción de los principales pasajes de las descripciones de Kraepelin de las parafrenias y de las demencias paranoides en la tesis de Nayrac. *Essai sur la demence paravoide*, 1923. p. 64 a 107 (el texto alemán aparece como nota).
6. Se trata de lo que Kraepelin llamaba hasta entonces "excitación catatónica": cf. Lección clínica N^o9. *Introduction à la psychiatrie clinique*, p. 100 a 111.
7. Kraepelin señala por otra parte que los enfermos eran frecuentemente vagabundos o delincuentes antes del inicio de las manifestaciones delirantes (proceso insidioso: desinserción inicial).
Se percibirá el carácter muy "bleuleriano" de ese pasaje.
8. El término es de Kraepelin que aquí "se apoya en la nomenclatura de Bleuler" (p. 178).
10. Kraepelin, por otra parte, suministra cifras interesantes concernientes a la frecuencia de las diversas variedades en su práctica. Para la demencia precoz, la distribución es la siguiente: 13 % para la segunda forma; 10* para la tercera; 13% para la cuarta; para la quinta: 9% para la primera sub-variedad, 14% para la segunda; 19,5% para la sexta forma; 9% para la séptima y otro tanto para la octava; los 3,5% restantes se reparten entre la novena forma, la primera (poco representa da en los asilos: cf. Bleuler) y la tercera sub-variedad de la quinta forma. Las psicosis paranoides se reparten en 40% de los casos para la demencia precoz (formas 4, 7 y 8), un poco más para las parafrenias (la mitad de las cuales para la sistemática), el resto para la paranoia.
11. Ese cuadro presenta una dificultad esencial que no debe pasarse por alto: la noción de Demencia paranoide (futura parafrenia fantástica) que se debe distinguir de la demencia paranoide en sentido habitual (francés por ej.) o de las formas paranoides de la demencia precoz donde fue primero incluida.
12. Kolle en 1931, arribará, siguiendo las huellas de Jaspers, a los mismos resultados para la paranoia kraepeliniana.
13. Utilizaremos la traducción francesa de la tercera edición (1922), Alean, 1933. Si bien aproximativa, es relativamente fácil de corregir y por lo tanto de utilizar.
14. Cf. las págs. 454 a 460 de *la Psychopathologie*.
15. Cf. *La critique des fondements de la psychologie*, 1928.
16. Alucinaciones, alteraciones de la conciencia, perturbaciones tímicas o postulados afectivos. Las "ideas prevalentes", surgidas de la racionalización de una reacción emotiva (cf. la concepción de las afecciones psicógenas en el capítulo precedente) no son por lo tanto ideas delirantes verdaderas.
17. Impresión de significación sin contenido preciso, llamada también "humor delirante", se acompaña con diversas perturbaciones afectivas, con una impresión de extrañeza y de malestar difuso (cenestopatía inicial de los autores franceses).
18. Señalemos al pasar la nitidez de la oposición, en Jaspers, de las psicosis agudas con sus "cambios intensos en el comportamiento (excitación o depresión, confusión, inquietud). . . (y de los) estados crónicos que presentan un carácter reflexivo, calmo, orientado" (p. 253); recubriendo esta oposición a menudo también la existente entre "acontecimiento y estado" (Ibid.) o entre curable e incurable. Mayer-Gros retomará en 1924 el estudio de las "experiencias oniroides" a través de algunas autobiografías célebres: ver la traducción resumida de H. Ey, *Etudes Psychiatriques*, III, p. 251 a 278.
19. En un corto pasaje (p. 438), Jaspers incluye una parte de la demencia precoz en los

- procesos orgánicos. Volveremos a encontrar esa bipartición en Chaslin y Claude.
20. Ver la descripción del síndrome psico-orgánico, *Traite*, p. 231 a 240.
 21. Cf. el libro clásico de K. Schneider, *Les personnalités psychopathiques*, traducción francesa de la novena edición alemana (1949), PUF, 1955.
 22. En Francia la conservación del grupo de las neurosis, como de las personalidades vinculadas a las grandes psicosis (paranoicas, esquizoides, ciclotímicos), limita su sentido al de las últimas ediciones del Tratado de Kraepelin (antiguos perversos constitucionales de Dupré).

Capítulo 17 LA PSIQUIATRÍA FRANCESA

DEL PERIODO DE ENTRE GUERRAS

A partir de la Gran Guerra, diversas corrientes cuestionarán en menor medida las descripciones clínicas de los clásicos franceses (cf. cap. 14) que el valor dogmático de su nosología. Dichas corrientes, aun oponiéndose fuertemente entre ellas, tienen en común el ubicarse en función de tentativas que tienden a captar el mecanismo psicopatológico íntimo de las psicosis.

La corriente fenomenológica

No hemos encontrado otro término para calificar cierto número de trabajos que, aun basándose sobre una conceptualización muy alejada de la de Jaspers¹, persiguen un objetivo bastante idéntico al suyo: tomar en cuenta en la patología mental lo que no representa más que una desviación de los mecanismos psicológicos normales y que por ende se deja *comprender* y lo que no puede ser aprehendido de esta manera y corresponde a una modificación específica, *explicable*, pero irreductible al psiquismo normal. Se trata, por supuesto, de las psicosis "constitucionales" (vesanias puras de Baillarger): "la clínica mental ha establecido una distinción definitiva entre las demencias congénitas o adquiridas, agudas o crónicas, y las perturbaciones mentales de todo orden que no provienen de un debilitamiento intelectual, las psicosis propiamente dichas"²; estas líneas de Blondel sitúan bien qué es considerado como problema superado y qué continúa cuestionándose.

El primer trabajo que examinaremos es la tesis de Charles Blondel, *La conciencia mórbida*³, obra notable desde muchos puntos de vista, que tuvo sin duda una influencia profunda aunque subterránea. Su fecha de aparición, su carácter conceptualmente muy elaborado explican, quizás, la relativa reserva de su acogida entre los alienistas.

Su objetivo es evidenciar, a partir de siete observaciones minuciosamente analizadas (se trata de un grupo de casos en los que la ansiedad constituye el punto común: "psicosis" ansiosa, hipocondría, delirio de negación, de posesión, de persecución, melancolía ansiosa), la imposibilidad de deducir la actitud y el discurso de los enfermos a partir de una perturbación focal (ya fuera sensorial o afectiva) sufrida por un psiquismo intacto

Las múltiples discordancias que logra poner en evidencia en la presentación clínica de los enfermos, entre discursos, comportamiento mímico y motor, exteriorizaciones afectivas, como en el interior mismo de las enunciaci3nes delirantes, lo llevan a afirmar una afecci3n global que hace al psiquismo mórbido fundamentalmente impenetrable a la observaci3n.

Una perturbaci3n sutil ha invadido toda la consciencia de los enfermos, metaforizando el conjunto de sus manifestaciones que ya no tienen de allí en más el mismo sentido que el que podrían tener en el normal. Tomar su discurso al pie de la letra, intentar representarse según modelos de psicología normal (pasiones, asimilaci3n de alucinaciones y percepciones) lo que le pasa, no lleva más que a contrasentidos: una fosa separa la consciencia mórbida de la consciencia normal y, si se la quiere comprender, debe estudiársela en sí misma sin reducirla a modelos a los que se está habituado. En esta vía la primera constataci3n llamativa que se desprende de las observaciones en las que se apoya Blondel, es la dificultad que parecen tener los enfermos mismos en expresar, en explicitar, para los demás, pero también para ellos mismos, su inefable experiencia y la angustia "impensable" que le está asociada. A eso se debe la continua elaboraci3n de su expresi3n delirante, su aspecto eternamente inacabado, su valor esencialmente metafórico⁵, y su incoherencia esencial si se la quiere entender como expresi3n de una experiencia clara y corriente; la perplejidad ansiosa de estos enfermos, sus rumiaciones continuas, también son características.

Blondel piensa encontrar la clave del problema en un análisis de la naturaleza del lenguaje y de sus relaciones con la consciencia, inspirado en Lévy-Bruhl (es decir en Durkheim) y en Bergson.

La idea central que Durkheim retoma de Augusto Comte es la de la autonomía de la dimensi3n social, nunca reductible a la suma de los individuos constituyentes. Durkheim opera una crítica de la psicología desde el ángulo de las "representaciones colectivas" en sentido amplio (cultura, lenguaje, instituciones, sociedad) y de su importancia en la estructuraci3n de la consciencia individual, en la que ellas se integran, y que recibe de ellas todo lo que le permite pensar el mundo y pensarse a sí misma. Le parece que lo individual, lo genérico se reducen a lo psico-fisiológico, a lo vegetativo y a lo sensorio-motor (nuevamente las representaciones colectivas juegan un papel fundamental a partir del momento en que ya no se trata de sentir sino de percibir); el resto depende de hecho de lo colectivo. La psicología tiende así a desaparecer entre la fisiología y la sociología.

Lévy-Bruhl aplica esta concepci3n general al análisis del pensamiento de los pueblos primitivos. Le parece imposible intentar penetrar la especificidad de su pensamiento y sus costumbres, pues ellos extraen su sentido de un sistema que tiene sus leyes propias, diferentes y de igual nivel que las que estructuran el nuestro. Por lo tanto, debe estudiarse la mentalidad primitiva "como un todo", un sistema conceptual completo que regula el conjunto de materias del pensar, del sentir, del actuar de los primitivos y les da sentido y lógica; una vez que se han obtenido sus grandes leyes (postulado místico de la existencia de realidades que escapan a los sentidos, indiferencia pre-lógica a la contradicci3n, ley de participaci3n de los seres y de las cosas en las cualidades místicas que se les atribuyen).

Hacia la misma época Bergson, en su crítica al asociacionismo, opone los elementos que recorta en la consciencia, en una ilusi3n de claridad, el pensamiento inteligente de carácter esencialmente práctico, espacial, cuantitativo, social (con su soporte esencial: el lenguaje) y la realidad psicológica que le es subyacente, esencialmente vivida en la duraci3n, difusa, cualitativa e individual. Es el ocultamiento de la segunda por la primera, la represi3n de lo "psicológico puro" lo que permite la integraci3n social, la reducci3n de la individualidad de la consciencia al común denominador del modelo espacial y del lenguaje.

Blondel piensa encontrar en la cenestesia la clave de este "psicológico puro", en esa sensibilidad difusa, inefable que subyace a nuestra vivencia e integra nuestra afectividad y nuestra consciencia corporal. Habitualmente reprimida por la consciencia esclarecida socio-discursiva, ella produciría por su hipertrofia patológica una modificación profunda de la consciencia, desde entonces irreductible a los valores colectivos, que se transforma en opaca a las categorías del lenguaje, a los otros y a sí misma. Esta modificación sutil, inefable pero permanente, difusa, incomprensible, angustiante, obsesionante, da cuenta de las especificidades de la consciencia mórbida, de su incapacidad para integrarse en un sistema colectivo⁶ y de sus esfuerzos infructuosos para recuperar la claridad de antaño por medio de los procedimientos discursivos a los que se la debía.

En un artículo aparecido en 1921⁷, P. Guiraud hace un análisis de las "formas verbales de interpretación delirante". Su objetivo es diferenciar varias modalidades de la interpretación verbal: "de todas las construcciones delirantes, aquellas que están basadas en interpretaciones son las que más se acercan al modo normal del pensamiento; pueden incluso elaborarse en un sistema bastante verosímil. .. Existen, sin embargo, formas de interpretación cuyo carácter absurdo es evidente de entrada" (p. 395).

Así, se ve llevado a oponer:

- las interpretaciones con justificación lógica, cuyas "características. . . son: . . . la polarización de la asociación de las palabras por el estado afectivo, . . . la pérdida localizada del sentido crítico. . . , un ensayo de armonización entre la nueva certeza afectiva y la inteligencia" (p. 410). Se trata aquí de las "alusiones verbales" ("los enfermos se figuran que sus enemigos o el medio ambiente buscan dar a entender ciertas cosas por medio de objetos o palabras de doble sentido" (p. 396) y de "relaciones cabalísticas" (utilización interpretativa de cifras con justificación de tipo cosmológico). Este tipo de interpretación corresponde perfectamente al análisis clásico de Sérieux y Capgras: "intensidad de un estado afectivo prevalente" (p. 409), armonización lógica subsecuente;

- las interpretaciones sin justificación lógica, que surgen "de una certeza indiscutida que el enfermo no intenta coordinar lógicamente con sus procesos intelectuales" (p. 410); como las "homonimias" (acercamiento o asimilación de dos o más personas como consecuencia de la identidad de sus nombres o apellidos), los "razonamientos por juegos de palabras" (los retruécanos son suficientes para probar una relación real entre dos ideas, descomposición de una palabra en fragmentos significativos) y una buena parte de las interpretaciones por relaciones numéricas. Aquí, los fenómenos "merecen el nombre de interpretación solamente porque los 'por lo tanto', los 'en consecuencia' y otras proposiciones de relación lógica están conservadas, lo que da al lenguaje una máscara silogística. Pero detrás de esa máscara, no hay ni duda crítica ni ensayo de agrupamiento sistemático: la comparación de las ideas se hace de entrada con la certeza de la evidencia⁸. . . ; la función lógica es reducida a un residuo: el hábito de expresar nuestros pensamientos bajo forma de razonamiento" (p. 411). Junto a estas manifestaciones que podrían evocar el debilitamiento intelectual, "se observa (en esos enfermos) su excelente memoria, su conducta, su actividad profesional casi siempre conservada" (p. 412).

El delirio de interpretación parece así dissociarse en dos formas netamente diferentes - delirios de sistematización "pasional" que corresponden, por ejemplo, al grupo constituido por Dide en 1914⁹ bajo el nombre de "idealistas apasionados" que reunía.

alrededor de los reivindicadores agoístas y altruistas de Sérieux y Capgras (idealistas de la Justicia), a idealistas más inofensivos del amor y de la bondad; — formas cuyo inicio se puede parecer acentuadamente al primer grupo, "pero que se desarrollan como verdaderos neoplasmas psicológicos... (y en los cuales) los elementos del tema delirante se organizan según leyes totalmente diferentes de la psicología normal... Aparecen entonces los fenómenos señalados por la Escuela de Zurich y por Blondel, la extensión afectiva del concepto, los neologismos, las fórmulas estereotipadas" (p. 411). Guiraud propondrá una teoría¹⁰ muy inspirada en Blondel, retomada el año siguiente en el excelente manual escrito en colaboración con Dide¹¹ de lejos el más interesante que haya producido la psiquiatría francesa moderna.

En la elaboración de su doctrina, Dide y Guiraud se inspiran en la síntesis de diversas corrientes. Veremos todo lo que le deben a Blondel, es decir al bergsonismo¹². Están muy influenciados en igual medida por la Escuela de Zurich y le deben en particular la noción de complejo; el primer párrafo del manual está justamente consagrado al "psiquismo inconsciente" (p. 5 a 9). Finalmente, todos estos puntos de vista están considerados desde el ángulo de la psicología de los instintos y de la afectividad, fuertemente implantada por Ribot y sus alumnos en el conjunto de la psicopatología francesa: "el instinto aparece como la fuerza que empuja a todo ser organizado a vivir y a perpetuar la especie... Puede admitirse que... el instinto se desarrolló en un mecanismo, muy complicado pero muy inestable, que permite al hombre adaptarse mejor al mundo exterior. Este mecanismo está constituido por el conjunto del psiquismo. Esta forma mental del instinto tiene como fuente la actividad vital de todo el organismo. Adquiere poco a poco la cualidad de elemento psicológico... transformándose en estados afectivos con su cortejo de representaciones intelectuales. Finalmente, en último grado, encontraremos las adquisiciones más altas y más recientes: conceptos abstractos, ideas generales, función de inhibición voluntaria... Así llegan a disciplinarse y a canalizarse las tendencias primitivamente tumultuosas y ciegas salidas de nuestro organismo vivo"¹³.

Esta concepción general de la vida psíquica y de sus fuentes instintivas permite una ubicación de los grandes órdenes de perturbaciones mentales: "este edificio, cada vez más complejo y consciente a medida que se eleva, puede sufrir afecciones mórbidas en sus diversos pisos. En ciertos casos, la causa patógena, cualquiera que ella fuese..., puede dañar primitivamente las adquisiciones más elevadas. Las perturbaciones entonces observadas serán sobre todo intelectuales...; la fuerza instintiva no será afectada en su base y continuará actuando; el instinto será liberado de las cadenas intelectuales y sociales. Pero, en otros casos, especialmente en las psicosis llamadas constitucionales, parece que la lesión afecta primero la actividad vital instintiva, no siendo las otras perturbaciones sino secundarias" (p. 10).

Sus grandes divisiones nosológicas oponen entonces: por una parte, los "síndromes adquiridos con afección del fondo mental" transitoria (confusión mental, onirismo), definitiva (demencias) y los déficit mentales que surgen en el curso del desarrollo -la afección allí es principalmente intelectual y los síntomas manifiestan diversas "liberaciones" y automatismos instintivo-afectivos-; por la otra, la patología constitucional, esencialmente hereditaria, en la que las perturbaciones instintivo-afectivas están primero y las funciones intelectuales no están "lesionadas más que accesorias y secundarias"

mente" (p. 79). Se divide a su turno en dos grupos: las constituciones patológicas y las psicosis constitucionales.

Las *constituciones patológicas* son modos de ser permanentes de la personalidad, sobre las cuales diversos síntomas germinan de manera previsible. No se encuentra allí ideas delirantes o alucinaciones: incluso en los reivindicadores, en efecto, "el tema mórbido evoluciona en lo real (y) sale de un punto de partida exacto, amplificado por la pasión" (p. 175): volvemos a encontrar aquí la distinción de Jaspers entre ideas prevalentes e ideas delirantes verdaderas. Los autores describen bastante clásicamente las constituciones ciclotímica, neurasténica, psicasténica, histérica, perversa y los "apasionados" egoístas (paranoicos reivindicadores) e idealistas (idealistas enamorados, grandes místicos, inventores, reformadores religiosos y sociales, anarquistas)¹⁴.

Las *psicosis constitucionales* representan, en cambio, la irrupción, en un psiquismo que puede parecer intacto o que no manifiesta más que perturbaciones del primer grupo, de un estado "instintivo-afectivo" organogenético que, rompiendo la curva vital, introduce fenómenos nuevos, directamente surgidos del modo afectivo de pensamiento. Se trata de la psicosis periódica, de los delirios sistematizados progresivos y de la demencia precoz en sentido restringido, para la cual los autores proponen el término de "atimhormia juvenil"¹⁵.

La psicosis periódica se manifiesta por estados de euforia (manía), de dolor moral triste y ansioso (melancolía) o mixtos, más o menos acompañados por ideas delirantes concordantes; su concepción es por lo tanto muy clásica. Las otras dos 'psicosis constitucionales' merecen comentarios más amplios.

"Bajo el nombre de *delirios sistematizados progresivos*, agrupamos los síndromes mentales que poseen los siguientes caracteres fundamentales: . . . permanencia del delirio desde su aparición hasta la muerte. . . progresión habitual por el aporte de elementos de sistematización y de generalización... integridad de la inteligencia y de la actividad más allá de la construcción delirante, ausencia de toda causa aparente" (p. 141). Se trata de la síntesis de las psicosis delirantes que habían distinguido los clásicos y "que tienen el valor de formas clínicas y no de entidades mórbidas específicas: su característica psicológica está tomada de la preponderancia de uno de los mecanismos de la actividad delirante (alucinación, interpretación, imaginación); pero este elemento es secundario" (ibid) frente a las características comunes enumeradas más arriba y las innumerables formas de transición; en todos los casos "una tendencia afectiva patológica aparece y se desarrolla hasta la muerte, expresándose en la inteligencia por una verdadera novela delirante (ibid). Entre los "delirios" pasionales, los autores optan entonces por una unidad de las psicosis delirantes crónicas, retomando la posición de Séglas y Arnaud, o más recientemente de Chaslin en su Tratado (*Elementos*. . ., op. cit., 1913). La enfermedad les parece esencialmente constituida por el desarrollo "en el subconsciente del enfermo. . . (de) un neoplasma psicológico del cual lo esencial es un estado afectivo mórbido: sentimiento de desconfianza, de agresión física, psíquica o social" (p. 145), que penetra a continuación la consciencia bajo diversas modalidades (intuiciones, certezas delirantes inmotivadas, "transmisiones de pensamiento", interpretaciones, ilusiones, alucinaciones). El conjunto se presenta como un "complejo instintivo-afectivo"¹⁶ y se ve que sí, en la incorporación de los esquemas freudianos. Bleuler y su grupo ponen el acento en el aspecto del suceso > de lo representativo, es más bien el polo instintual el que inspira a Dide y Guiraud.

La personalidad reacciona ante esta invasión intentando imponerle, con más o menos éxito, el molde del pensamiento lógico, armonizándolo así "con la parte intacta del psiquismo mediante una serie de trabajos de montaje normalmente coordinados

(p. 146). Por otra parte, si "la proliferación es lujuriosa y desordenada. . . aparece en plena consciencia el modo de pensamiento subconsciente, especialmente afectivo" (ibid.): predominancia de las representaciones por imágenes, asociaciones arbitrarias, extensión del concepto, neologismos, fórmulas estereotipadas, involución sintáctica (simple yuxtaposición de las ideas, tendencia a los ritmos, a las asonancias, a la simetría). Salvo algunos raros casos en que "la neoformación delirante termina por invadir todo el psiquismo y provoca un desinterés por el mundo exterior (autismo¹⁷ delirante)" (p. 169), el enfermo conserva sin embargo junto al delirio sus capacidades intelectuales y su actividad. Los tutores distinguen (clásicamente) cuatro períodos, de duración variable según los casos: un primer período de inquietud y desconfianza, a menudo largo; un segundo período de sistematización delirante con estado cenestésico penoso; un tercer período (que puede faltar o producirse de entrada) de reacción eufórica y de extensión del delirio ("transformación mórbida de la resistencia que en su pensamiento consciente el sujeto oponía al sentimiento de agresión: esta reacción defensiva termina a su vez por ser englobada en la neoformación delirante" (p. 159); en ese estadio, la extensión indefinida, a menudo cósmica, del delirio, la expresión sin velo del modo de pensar delirante-afectivo parecen marcar una alteración intelectual; finalmente viene el "período de retiro" en que el delirio, reducido a algunas estereotipias ideicas y gestuales muy desinvertidas, se borra y empalidece (demencia vesánica de los clásicos).

La *demencia precoz* "se caracteriza por un doblegamiento inicial y precoz de las fuentes instintivas de la vida mental. . . Las operaciones puramente intelectuales no son modificadas más que accesoriamente: su desorden consiste durante mucho tiempo en la obstrucción y en la orientación contradictoria y no en la desaparición primitiva de la función. El debilitamiento del impulso vital y de la afectividad es el elemento necesario y suficiente para caracterizar la enfermedad" (p. 178). Los síntomas fundamentales (desinterés, inercia, doblegamiento afectivo, sentimiento penoso de extrañeza interior) tienen como consecuencia directa los síntomas accesorios: el desinterés, la pérdida del valor afectivo de las representaciones, las detenciones y los estancamientos del curso del pensamiento le dan su aspecto característico indefinido, hermético, difluente, incoherente. Las perturbaciones verbales y motoras derivan de los mismos fenómenos y del defecto general de síntesis, "de autoconducción" (expresión debida a Toulouse y Mignard); los estados de excitación automática en particular le deben su aspecto peculiar. Los delirios tienen su fuente en la última fuente afectiva todavía intensa, el sentimiento doloroso y angustiante de extrañeza (*Unheimlich* de Freud): "la cenestesia perturbada aporta impresiones de mal funcionamiento interior. . . (a las cuales) se agregan a veces sentimientos de expansión y de euforia" (p. 193). Son menos los temas (en los que la agresión física y la influencia predominan) que su expresión lo que caracteriza aquí la demencia precoz: estructura intelectual de entrada inextricable, contradicción, ambivalencia; las perturbaciones fundamentales aquí amplificadas convierten en impenetrables a esos delirios.

Esta descripción muy homogénea, que continúa directamente la concepción francesa (Séglas, Sérieux) no permite subdivisiones internas muy significativas: "nuestra descripción ha buscado poner de relieve la *unidad de la enfermedad*" (p. 204); es como simples "formas clínicas" que son descriptas entonces las cuatro subformas habituales¹⁸. Veremos la oposición de esta concepción con la de la Escuela de Claude.

Señalemos para terminar un capítulo que da cuenta de las dificultades ya señaladas por Jaspers. Se trata de los "síndromes adquiridos sin afección del fondo mental", que se manifiestan entonces por trastornos idénticos a los de las psicosis constitucionales:

neurastenia adquirida, manías tóxica y senil, melancolía de involución o de agotamiento, delirio sistematizado tóxico o involutivo, delirios sistematizados complejos transitorios (bouffées polimorfas a las cuales los autores les atribuyen una etiología tóxico-infecciosa), etc. Este pequeño capítulo trastorna todo el equilibrio etiológico-clínico que estructuraba el manual; sin duda la concepción finalmente localizadora de los autores les permite invocar una afección de igual localización que la de las psicosis constitucionales pero de etiología diferente. Guiraud, sin embargo, en 1956¹⁹, preferirá la solución de Baruk y describirá "síndromes" (maníacos, melancólicos, delirantes, hebefrénicos) de etiologías diversas (incluyendo la etiología principal "génica" hereditaria); pero es entonces el criterio evolutivo el que tiende a desaparecer: así integra las psicosis delirantes curables (bouffées delirantes) al síndrome delirante, lo que desequilibra su descripción.

También puede incluirse en esta corriente de ideas al libro de Targowla y Dublineau sobre la *Intuición delirante*²⁰. Los autores, en ese trabajo detallado pero prudente, encaran el estudio de un elemento semiológico que les parece capital en la formación de los delirios y que se caracteriza por tres puntos esenciales: "es un juicio inmediato. . .; se impone con una certidumbre absoluta anterior a cualquier prueba...; es enteramente personal, no está relacionada con ninguna acción ajena, no toma ningún dato al no-yo" (p. 7). Se sitúa así a mitad de camino entre la interpretación y la pseudo-alucinación; una vez percibido, se muestra como un mecanismo extremadamente corriente de formación de delirios y en forma asociada (intuición de forma interpretativa o imaginativa) participa incluso en otros fenómenos patológicos del mismo nivel. Su interés consiste en: — poner en evidencia la participación del automatismo "psico-orgánico" en la edificación del tema delirante mismo "que no es (por ende) la consecuencia racionalmente reducida del sentimiento de automatismo" (p. 273) y por lo tanto una emanación del pensamiento sano en la enfermedad (concepción de Clérambault, Janet e incluso Dide y Guiraud), sino un elemento mórbido en sí mismo. Muy inspirados ellos también en Bergson, a quien citan extensamente, Targowla y Dublineau ocupan entonces aquí una posición particular; - orientar hacia la idea de una unidad de las diversas formas de los delirios (y por otra parte de una homeogeneidad muy notable del conjunto de las psicosis en esta concepción que se quiere "biológica, clínica. . . médica" p. 10). Por eso, si los autores describen delirios de intuición (puros, con predominancia intuitiva, de inicio intuitivo) se niegan a hacer de los mismos una nueva entidad clínica: "un síntoma, un dato semiológico, no pueden, según nuestra opinión, especificar una psicosis y mucho menos aún, naturalmente, una enfermedad mental propiamente dicha... Alucinaciones, pseudo-alucinaciones, interpretaciones, ideas fijas o intuiciones, siguen siendo elementos secundarios, modos de expresión. . ., que pueden definir formas clínicas.. . caracterizar modalidades de delirio en el sentido de síndromes diversos (p. 237).

También debemos evocar aquí²¹ los primeros trabajos de Minkowski sobre la esquizofrenia²² que pertenecen a la corriente que estudiamos. Se trata esencialmente de una reinterpretación de los trabajos de la escuela de Claude (ver más adelante) en el marco de una concepción en gran parte sacada de Dide y Guiraud, donde el autismo aparece como una compensación existencial ("fenomenológica" dice Minkowski, en

ción a la compensación ideo-afectiva de Claude) a la pérdida del impulso vital. De esta manera, ciertas formas de inicio, obsesivas (racionalismo y geometrismo mórbido, actitud interrogativa) o depresivas (lamentos mórbidos) de la demencia precoz o de las esquizománias de la escuela de Claude. en las cuales la pérdida del contenido afectivo de los sucesos vitales (autismo pobre) se encuentra oculta y compensada por actitudes psíquicas artificiales, rígidas, estereotipadas²³ (autismo "rico") no debe confundirse con simples reacciones psicopáticas a las que se parecen exteriormente (ausencia por ejemplo de la auto-crítica y del sufrimiento del obsesivo en sus compulsiones). Estas indicaciones interesantes desgraciadamente se diluyen en una concepción extremadamente amplia (que parece maximalista en relación incluso a Bleuler) de la esquizofrenia, lo que reduce su importancia. En general, la obra ulterior de Minkowski corresponde más bien a uno de esos sistemas que florecen por todos lados desde esa época, de los que hablaremos en nuestros comentarios finales y que tienden más a enmarcar y explicar la clínica que a evidenciar hechos nuevos²⁴.

De Clérambault

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 elementos²⁵ que nos quedan para comprender la fascinación que ejerció Gastón Gatian de Clérambault sobre sus contemporáneos y las pasiones, a menudo hostiles, que suscitara amo persona en el pequeño mundo de la psicopatología francesa²⁶. Treinta años antes hubiera sido el par de Kraepelin pero, más allá incluso de su trágico fin que le impidió escribir cualquier obra de importancia²⁷, Clérambault llegaba demasiado tarde: verdadero anacronismo viviente, el último y más brillante sin duda de los clásicos, comenzaba su obra en la hora de los cuestionamientos. Veremos que, sin embargo, los problemas que bordó eran de todos modos los de su época.

Cierto número de trabajos preliminares, escritos en general antes de la Gran Guerra y a que los comentadores no prestaron suficiente atención, permiten captar mejor el espíritu de la obra posterior.

Se trata primero de trabajos sobre "los delirios colectivos", para los que establece la siguiente regla: "los delirios se transmiten (es decir, las convicciones y los sentimientos) pero no las psicosis (es decir, los mecanismos genéticos de esos delirios)" (*Obra*, p. 89). efecto, "el Delirio es el conjunto de los Temas Ideicos y de los sentimientos adecuados o inadecuados, pero conexos, así como el tono mórbido que les sirve de base. La psicosis es ese mismo Delirio, más el fondo material.. . necesario para producirlo y desarrollarlo... Los Temas Ideicos están entonces lejos de ser la Psicosis, son producciones ¡secundarias, secundarias en los dos sentidos de la palabra. Son productos intelectuales sobreagregados. . . Comúnmente, uno sólo de los codelirantes está afectado por una psicosis (caso del tipo Laségue-Falret); a veces, hay dos psicosis simultáneas, de base y pronóstico diferentes, que explotan el mismo tema ideico" (p. 78-79).

El conjunto de los informes sobre los delirios tóxicos constituye, como lo dice Guiraud en su prefacio a la *Obra* (p. VI), un "verdadero tratado clínico completado por un estudio comparado de todas las ebriedades". Es imposible presentar un análisis sucinto del mismo; insistiremos, por lo tanto, sobre los resultados obtenidos en esos trabajos extraordinariamente minuciosos y documentados. Un estudio comparado de los delirios alucinatorios del cloral, de la cocaína, del alcohol, del éter, etc., separa la gran especificidad de la acción de los diversos productos a los cuatro niveles: tónico (estado afectivo ansioso, eufórico, indiferente, etc.), intelectual (confusión, somnolencia o claridad mental), de la actividad (agitación, semi-estupor, sin modificación) y especialmente *estésico*: las alucinaciones se muestran extremadamente específicas según el tóxico en cuestión, ya se trate de los sentidos afectados (visión, audición, tacto) o de las modalidades concretas (para la visión: talla, movimiento, coloración o iluminación, dimensión general; cf. las alucinaciones clorálicas decorativas, calidoscópicas, de pequeña dimensión, de color pálido, salpicadas de manchas y de líneas brillantes con una afinidad por las disposiciones en lazos y en rosas). Los rasgos del psiquismo tóxico "son manifiestamente el resultado de la predilección de ciertas fórmulas tóxicas por ciertos dominios nerviosos, en una palabra, de *electividades*" (p. 249).

Por último, Clérambault termina el estudio con una forma, mal definida antes suyo, de estados delirantes agudos de origen epiléptico, los delirios comiciales mnésicos que presentan diversas particularidades sorprendentes: trastornos del humor frecuentemente de "inspiración descabellada", tendencia a las estereotipias afectivas, ideicas y verbales, ausencia de crisis convulsiva y especialmente conservación parcial del recuerdo del episodio: "la concepción de que todo accidente epiléptico debe forzosamente ser amnésico. . . es una generalización profesoral" (p. 301).

Es importante señalar hasta qué punto estos dos últimos grupos de trabajos se orientan hacia la idea de que las perturbaciones psíquicas finas y específicas (perturbaciones del humor, alucinaciones, ideas e impulsiones, etc.) pueden depender de una afección neurológica focal, de tipo irritativa, cuyas modalidades dependen de las electividades tóxicas del tóxico o de la lesión de que se trate.

Los estudios que Clérambault consagra a partir de 1920 a un síndrome, que es el primero en describir y analizar completamente y al que se propone consagrarle el término de erotomanía, hasta entonces destinado a un grupo de "casos heterogéneos" (p. 336). conducen de entrada a la disociación del grupo paranoico.

La erotomanía pura es un delirio amoroso que presenta las siguientes características:

- se basa enteramente sobre un postulado fundamental: "es el objeto quién ha comenzado, quién ama más o es el único que ama" (p. 338) (se trata ordinariamente de un objeto prestigioso). De esta "ilusión del Poder Psíquico sobre el dominio amoroso" (p. 402) se derivan los temas secundarios: "el objeto no puede tener felicidad sin el suspirante. . . no puede tener un valor completo sin el suspirante; (él). . . es libre, su matrimonio no es válido; . . . vigilancia continua del objeto, protección continua del objeto, trabajos de acercamiento por parte del objeto, conversaciones indirectas con el objeto, recursos fenomenales de los que dispone el objeto, simpatía casi universal que suscita la novela en desarrollo; conducta paradójal y contradictoria del objeto. . . (lo que permite e) implica recomposiciones de los hechos" (p. 338-339);
- "los componentes del sentimiento generador del Postulado son Orgullo, Deseo y

Esperanza" (p. 338), siendo el orgullo amoroso de lejos el factor capital: el deseo sexual, si bien es secundario, está lejos de estar ausente (rechazo de la noción clásica de platonismo). El delirio se desarrolla luego en tres estadios: estadio de esperanza, que engendra el desarrollo de "ideas de persecución. . . estrictamente agrupadas alrededor de la idea de la persecución. . . (ellas) no tienen otro objetivo más que la separación en relación al objeto" (p. 339); estadio de despecho; estadio de rencor en el que "el sujeto, impaciente y humillado, cree odiar. . . (y) se vuelve reivindicador. . . (Sin embargo) la esperanza inconsciente subsiste" (ibid.). puede evidenciarse esto *accionando* al enfermo²⁸. En ese estadio puede pensarse estar frente a un reivindicador, pero la reconstitución de la evolución del delirio y de su substrato corrige el posible error. La evolución no llega siempre hasta aquí: enfermos dulces e imaginativos pueden permanecer en la esperanza (cf. p. 406 a 413: un caso de este tipo con 37 años de evolución), el carácter anterior del sujeto determina la evolución del delirio y las reacciones que engendra; - la extensión del delirio está polarizada, sectorializada, enteramente inscripta en el postulado inicial; se opera en base a interpretaciones de tipo pasional y especialmente a elementos imaginativos en base al "nudo ideo-afectivo inicial" (p. 342).

Estos diferentes caracteres permiten "reunir este síndrome con los delirios de reivindicación y de celos, bajo la rúbrica de estados pasionales mórbidos²⁹. Los delirios interpretativos tienen como base el carácter paranoico, en otros términos, un sentimiento de desconfianza. Se desarrollan en todos los sentidos, la personalidad global del sujeto está en juego, el sujeto no está excitado; los conceptos son múltiples, cambiantes y progresivos, la extensión se hace por irradiación circular, la época de inicio no puede ser determinada. . . Los síndromes pasionales se caracterizan por su patogenia. . ., sus mecanismos ideativos, su extensión polarizada, su hiperestenia que llega a veces hasta tomar un cariz hipomaniaco, la utilización inicial de la voluntad, la noción de objetivo, el concepto director único, la vehemencia, las concepciones de entrada completas, un cariz reivindicatorio común" (p. 337-338). "El delirante interpretativo navega en el misterio, inquieto, sorprendido y pasivo, razonando sobre todo lo que observa y eligiendo explicaciones que no descubre más que gradualmente; el delirante pasional se adelanta hacia un objetivo, con una exigencia consciente, completa de entrada; no delira más que en el dominio de su deseo" (p. 342); en los casos puros, no se observan nunca concepciones megalomaniacas globales y absurdas, delirios retrospectivos ni alucinaciones. "Ninguna de las convicciones del interpretativo puede ser considerada el equivalente del postulado. No hay idea directriz. . ., célula madre: las convicciones explicativas del interpretativo son secundarias a innumerables interpretaciones".

El grupo paranoico se encuentra pues disociado en dos partes, en una división bastante próxima a la de Sérieux y Capgras pero más neta: psicosis pasionales por un lado (pasiones mórbidas redobladas por una dislogia particular y desconocida que produce la cristalización delirante), carácter paranoico y delirio de interpretación (y de imaginación también, que se le opone como el optimismo al pesimismo) por otro.

Finalmente se debe considerar un elemento esencial de la concepción de Clérambault, esencial en su pensamiento y cuyo desconocimiento lleva a muchas falsas críticas. Se trata de la oposición de los casos puros y de los casos mixtos o asociados, ya sean ellos prodrómicos o secundarios: la erotomanía pura corresponde al cuadro típico. Pero el síndrome erotomaniaco puede complicar otras psicosis (delirio interpretativo, psicosis alucinatoria crónica, delirio polimorfo, demencia); todas las variaciones son entonces posibles, especialmente en el sentido de un debilitamiento del elemento pasional y de un aumento del elemento imaginativo: un psiquismo ya afectado delira por una conmoción

emotiva más débil, a veces ínfima. Los caracteres de intensidad, de estabilidad, la tendencia a los actos, se debilitan entonces paralelamente (cf. p. 348-349). La erotomanía puede también ser prodrómica, primera manifestación de una afección psicótica que se revela a continuación, a la vez que el síndrome deja de ser puro.

Clérambault fue juzgado principalmente en función de su *teoría* del automatismo mental, pero debe subrayarse el hecho de que su descripción clínica del síndrome se impuso muy ampliamente en la escuela francesa. Su origen se encuentra en la observación de casos en que el delirio ocupa un lugar mínimo en relación a los fenómenos alucinatorios y pseudo-alucinatorios: "la mayor parte de los sujetos llamados en la lengua corriente "perseguidos" son personajes conciliadores: se muestran confiados en su relación con el médico, complacientes, expansivos, a veces alegres" (p. 469). La convicción de que "una psicosis alucinatoria crónica con delirio se descompone... en dos porciones³⁰: un núcleo que es el automatismo, una superestructura que es el delirio" (p. 482) y que no es más que "la reacción obligada de un intelecto razonador y a menudo intacto a los fenómenos que surgen de su subconsciente" (p. 459); esta reacción proviene más bien, a diferencia de lo que ocurre en Ballet, de estos falsos perseguidos más que de los casos de alucinosis, y depende de las cualidades intelectuales del sujeto, de su carácter anterior y del modo de la agresión mórbida.

El síndrome nuclear de las psicosis alucinatorias crónicas tiene al inicio un carácter perfectamente neutro, atemático, puede servir así de base a delirios de tema opuesto (persecución, grandeza, misticismo, posesión, erotismo, etc.) o incluso subsistir sin delirio, a veces con consciencia de un estado mórbido. En los casos de desarrollo insidioso puede aprehenderse el desarrollo de este síndrome basal, que Clérambault llamará primero pequeño automatismo mental, después síndrome de pasividad, y en el cual analiza:

- fenómenos "sutiles", fenómenos de interferencia que perturban el curso del pensamiento pero que no tienen contenido: "anideismos diversos". Son primeramente procesos

"positivos" de intrusión: continuos, como los fenómenos de psitacismo (sin sentidos, juegos verbales silábicos, estribillos verbales, absurdos, letanías de palabras, entonaciones bizarras, palabras jaculatorias fortuitas) o las diversas variedades del mentismo (ideorrea, flujo incoercible de representaciones visuales, fenómenos hipermnésicos, devaneo mudo de recuerdos); episódicos, ya sean intelectuales (falsos reconocimientos, percepciones perpetuas de parecidos, intuiciones y veleidades abstractas, sentimientos de extrañeza, de *déjà vu*, de revelación inminente) o afectivos (emoción sin objeto, veleidades absurdas). Le siguen procesos "negativos" de inhibición acompañados de "sentimientos intelectuales" (terminología sacada de Janet): desaparición de pensamientos, olvidos, detenciones

del pensamiento, vacíos del pensamiento, perplejidades sin objeto, dudas, aprosexia, fatigas. Finalmente, los procesos "mixtos" a la vez negativos y positivos: substituciones de pensamientos, olvidos y aportes, emergencias parasitarias continuas (falsas ideorreas). paso de un pensamiento invisible no reconocido, impresiones de adivinación del pensamiento³¹;

— fenómenos ideo-verbales cuyo modelo lo constituye el eco del pensamiento y que también son neutros, atemáticos: el pensamiento adelantado, eco del pensamiento y de la lectura, enunciación de gestos y de intenciones, comentarios de actos, alusiones, preguntas.

El período de incubación de los delirios alucinatorios crónicos debe comprenderse como

la reacción psicológica suscitada por el desarrollo del síndrome de pasividad, "perturbación por así decir molecular del pensamiento elemental... (que) está perturbado a la vez en su formación y en su integración a la consciencia. . . Debe indicarse, primero, que el pensamiento está afectado en la forma *indiferenciada*, es decir, a la vez abstracta y fragmentariamente sensorial que es la del pensamiento normal; segundo, que los abstractos parecen emanciparse previamente que los concretos; finalmente, que la emancipación de los concretos, al inicio, es principalmente parcelar" (p. 485).

Gradualmente, "la tendencia a la verbalización va progresando; indiferenciada al principio, el pensamiento deviene . . . auditivo o verbomotriz; las voces se constituyen con cuatro características: verbales, objetivas, individualizadas y temáticas" (ibid.). Con los fenómenos alucinátenos asociados, motores (alucinaciones psico-motrices de Ségla: sensaciones de movimientos, fenómenos de inhibiciones motrices, actos automáticos irreductibles, alucinaciones psicomotrices verbales o emisiones verbales involuntarias) o sensitivas (cenestopatías, alucinaciones genitales), se constituye así el "gran automatismo" o triple automatismo (mental, motor, sensitivo) al cual se asocian fenómenos de automatismo sensorial (alucinaciones comunes de los diversos sentidos, particularmente el visual) y afectivo (emociones, sentimientos, voliciones experimentadas como fenómenos impuestos). La marcha general de los fenómenos automáticos se realiza así, de lo neutro y de lo abstracto a lo concreto y lo temático.

Paralelamente se edifica el delirio explicativo. Tiene su fuente en diversos elementos:

1 - Las tendencias anteriores de la personalidad: afectivas (pesimismo, optimismo, hostilidad etc.) intelectuales (imaginativos a menudo optimistas, razonantes interpretadores más bien pesimistas, sujetos pasivos e inertes con delirio inerme);

2 - las cualidades del automatismo mismo, pero particularmente del automatismo sensitivo: sensaciones bizarras, agradables, desagradables, dolorosas;

3 — el carácter fundamentalmente persecutorio del automatismo mental da cuenta de la notable predominancia de los temas de persecución, incluso en gentes de naturaleza dulce (falsos perseguidos). En efecto, "la enunciación de los pensamientos y de los actos íntimos. . . es irritante y vejatoria. . ., ocurre lo mismo con los sin sentido; . . . las voces . . . se ubican espontáneamente en oposición a los gustos y a los deseos del sujeto, ocurre lo mismo con las intuiciones, veleidades, evocaciones: es una ley general de las perturbaciones obsesivas; . . . la irritación producida por las indiscreciones y los estribillos . . . del Automatismo Mental tienen como efecto multiplicar las voces mismas"

(p. 486); Clérambault señala la amplificación y la-reverberación por las voces de todas las emociones del enfermo, que de este modo le son restituidas deformadas. El automatismo ejerce en general una "influencia selectiva y peyorativa" en toda la personalidad del sujeto: tendencia a la charlatanería, a la oposición, a la hostilidad, a la brutalidad, al escándalo obsceno o sacrílego, marcos lógicos inferiores (analogía, simbolismo, ritmos, asonancias) del tipo del pensamiento afectivo, subconsciente o primitivo;

4 — las perturbaciones patológicas sobregregadas dan cuenta de la formas complejas. Así los delirios muy sistematizados sólo pueden construirse con el apoyo de una constitución paranoica o de un delirio interpretativo preexistente³²; puede agregársele mitomanía, perversidad, tendencias pasionales (querulancia, celos, erotomanía). Son estos diversos elementos los que le parecen necesarios a Clérambault para la constitución de un Delirio Crónico de Magnan (siete factores en total incluyendo el automatismo mental: no hace figurar la erotomanía entre ellos). Finalmente, del mismo proceso mórbido que el síndrome alucinatorio puede surgir una afección demencial (demencia paranoide: concepción arcaica próxima a la de Régis: cf. cap. 13) o perturbaciones del humor, tal como la frecuente euforia de las alucinosis;

5 - el automatismo ideativo mismo suministra numerosos elementos esenciales para la constitución del delirio: esa "ideación subconsciente neoplásica" que constituyen las voces, verdadera "segunda personalidad", suministra a la personalidad de base innumerables materiales (informaciones alucinatorias, revelaciones) a menudo sacados del conjunto de recuerdos olvidados del sujeto: "toda psicosis alucinatoria es una suerte de delirio de a dos donde los Psiquismos están unidos en un mismo cerebro y donde el psiquismo más frustrado domina al otro, porque es más inventivo y más tenaz" (p. 567);

6 — por último, los fenómenos extraordinarios nuevos, sorprendentes, que vive, las emociones que experimenta, "la acción a distancia. . . , la adivinación constante del pensamiento convierten (al enfermo) al Animismo" (ibid.). La naturaleza misma del síndrome es parte integrante pues del carácter paralógico y supersticioso de la explicación delirante.

Del conjunto de este proceso, descrito en artículos aparecidos de 1919 a 1924, Clérambault propondrá una teoría dogmática, ciertamente arriesgada y algo arcaica, pero igualmente seductora y que se apoya en hechos observados correctamente y en comparaciones aceptables.

El encarnizamiento con el cual subrayó la neutralidad inicial del síndrome en los casos puros le permite rechazar su "ideogénesis" incluso afectiva; se trata aquí tanto de la clásica teoría de Magnan (repercusión del delirio sobre los "centros" perceptivos) como de teorías de la disociación de la personalidad tipo Ballet. Los elementos afectivos son puestos en juego secundariamente por el automatismo como en la parálisis general o los delirios tóxicos.

Por lo tanto, puede invocar "un proceso irritativo de progresión serpiginosa que tiene como resultado pruritos dispersos (fenómenos sutiles), luego cada vez más confluyentes (eco) que atacan en primer lugar los elementos menos resistentes (abstractos), para extenderse a los más resistentes (concretos, centros sensorio-motores), mezclando sus conexiones ficticias con las conexiones preestablecidas, cuya persistencia esporádica permite las coherencias parciales (gran automatismo, segunda personalidad)" (p. 487). En una concepción a la vez asociacionista y neurohistológica (ver cap. 9), imagina irritaciones, primero localizadas, irradiando, confluyendo, que reinvierten facilitaciones antiguas, descendiendo la jerarquía de los centros, reverberando las excitaciones normales, anexando zonas cada vez más extensas, hasta formar un enorme complejo neoplásico injertado sobre la antigua personalidad, sumergiéndola en una "inflación de síntesis colaterales", en una "hipervaloración de los sub-productos del pensamiento". La personalidad de base está sin embargo intacta, aunque debilitada: se la ve reaparecer en las remisiones espectaculares que a veces se observa.

La imperfección de los elementos neo-formados, su incompletud (comparada por ejemplo con una armonía musical incorrecta) engendra el sentimiento de artificialidad, de extrañeza, la "no-anexión" y, por ende, la xenopatía. Aún cuando "el cerebro elabore pensamientos", se trata de una producción imperfecta, inferior y experimentada como ajena.

Cierto número de reglas pueden entonces enunciarse acerca de un proceso tal: 1 - Ley de la edad: ante una misma agresión, el encéfalo reacciona con una afección tanto más sutil cuando más avanzada es la edad del sujeto: idiotez en el feto, imbecilidad en el niño, demencia precoz en el adolescente, luego demencia paranoide y, a partir de los cuarenta años, psicosis alucinatoria crónica propiamente dicha. Por esta ley clínica, ya observada por Kraepelin (le parecía una de las razones del "matiz" parafrénico), aparece una "serie de formas clínicas. . . de este modo ininterrumpida" (p. 491).

2 - Ley de la masividad: cuanto más global, difusa y masiva es la afección, más groseros son los fenómenos, de entrada completos, sin ese curso progresivo de las formas insidiosas. De este modo, de la confusión onírica a la demencia precoz, a la demencia paranoide y a la psicosis alucinatoria crónica, se despliega también una serie de formas interrumpida.

"La defensa de los centros nerviosos parece perfeccionarse con la edad; los centros superiores siguen siendo los más vulnerables" (p. 488). Sólo se observará el desarrollo del síndrome de pasividad en forma completa en las formas tardías e insidiosas: "no creemos en modo alguno que todo Delirio de Persecución Alucinatorio comience con el Automatismo Mental. Hay casos en que la Alucinación propiamente dicha surge de entrada; son aquellos en que la psicosis sigue de cerca a su causa primera³³ y donde el sujeto, en general, tiene menos de treinta años. El inicio por el Automatismo tiene lugar en las formas insidiosas, de causa lejana, que se desarrollan alrededor de la cuarentena" (p. 489). "Las psicosis alucinatorias vuelven a entrar así en la Neurología... y la psiquiatría llega hoy al punto desde donde debió partir" (p. 609).

En toda la última parte de su *Obra*, Clérambault se orienta hacia una nueva división del grupo paranoico.

Ya en 1923, su concepción de las relaciones del carácter paranoico y del delirio interpretativo evoluciona, dado que los considera de allí en más como diferentes (ver p. 483). La paranoia le parece no ser "otra cosa más que la suma de muchos rasgos de carácter: . . . desconfianza, envidia y celos,... disimulación e hipocresía,... irritabilidad y emotividad diversas, . . . morosidad, . . . hostilidad esencial. En cada caso, varios de esos elementos pueden faltar o estar disminuidos, . . . hay por lo tanto un número infinito de caracteres paranoicos. . . El carácter paranoico puede estar agravado por dos taras constitucionales: perversidad propiamente dicha y Mitomanía. Por último, sobre un terreno paranoico pueden sobrevenir muy especialmente Estados Pasionales" (p. 483). Esta concepción, muy próxima de la de Montassut y Génil-Perrin (1924-1927, op. cit.), permanecerá como la de la escuela francesa. En cambio, el delirante interpretativo se caracteriza "por un estado de perplejidad, por la explotación de temas ordenados, por el empleo de modos de pensamientos no normales... Es dubitativo, busca ubicar sus sospechas preestablecidas, le adjudica a sus enemigos cálculos fantásticos y prodigiosamente inútiles: es siempre profundamente paralogico .. Es temeroso más que hostil, y no pasa obligatoriamente al acto" (ibid.). Todo esto se opone al carácter racional, cotidiano, explícito y estético del delirio paranoico.

Por eso en 1925 se orienta hacia la idea de un "origen puramente mecánico y (una) elaboración puramente mecánica. . . de los delirios interpretativos puros" (p. 544) en base al modelo de la psicosis alucinatoria crónica.

En un notable artículo aparecido en 1933 (*Obra*, p. 647 a 654), aísla un nuevo tipo de "mecanismo automático": la pseudo-constatación espontánea incoercible. "Consiste. . . en percibir constantemente un gesto único o un discurso, siempre igual" (p. 647): "resultante de una sensibilización circunscripta, equivalente a una expectativa inconsciente. . . la pseudo-constatación es una perturbación de la percepción en la que los elementos ideativos preestablecidos deforman los datos sensoriales" (p. 648). La emoción que la acompaña es "moderada, completa de entrada. . . , del orden de la sorpresa y de la irritación" (p. 649). Sobre esta base nace un delirio muy especial: innumerables

perseguidores, no malintencionados, que parecen obedecer a una consigna, desfilan a distancia, impersonales, esquemáticos: son más bien vejadores; el sujeto yerra en la duda y la incertidumbre; es hiposténico, abúlico, dubitativo (carácter del interpretativo en oposición al del paranoico). Clérambault sitúa este mecanismo automático junto a otros del mismo tipo que son la base de los delirios interpretativos: intuiciones, imaginaciones, *déjà vu*, jamás visto, sentimientos de extrañeza del yo y de las cosas, falsos reconocimientos en serie, negaciones sistemáticas de hechos concretos, de una identidad o de una muerte. Todos estos elementos "primarios" (se ve la proximidad de esas concepciones con las de Jaspers) son luego ocultados por el "Perseguidor Común", "delirio variado, no mecánico, (que) resulta de las cogitaciones conscientes... voluntarias, realizadas... con las facultades intactas" (p. 651) de un individuo que vive en la certidumbre de las persecuciones e *interpreta* ("es el único que merece ser llamado Delirio Interpretativo", p. 652) los hechos que lo rodean. Presente en todas las psicosis de persecución (interpretativas, alucinatorias, paranoicas), el "Perseguidor común" es una reacción normal, fisiológica, "producto de una idea directriz y de un sentimiento general preestablecido" (ibid). Es este efecto secundario, "no mórbido en sí", el que le parece la fuente de la teoría clásica del delirio interpretativo.

Más allá del aspecto muy arcaico de su psicología, más próxima de la de su maestro Magnan que de las corrientes contemporáneas, se habrá notado que la obra de Clérambault se inscribe perfectamente en los problemas de la psiquiatría de su época: distinción y oposición de los delirios primarios procesuales ("automáticos") y de las simples reacciones patológicas en personas predispuestas (psicosis pasionales); delimitación de los mecanismos primitivos de una psicosis y de la elaboración delirante secundaria (cf. Jaspers); la notable descripción del perseguidor común es un aporte capital en esta dirección; tentativa de diferenciar los casos "puros" y los casos "mixtos" y entre estos, los diversos componentes que operan, para determinar los mecanismos psicopatológicos actuantes.

Parece que sus contradictores casi no comprendieron la fecundidad de este trabajo. Sin embargo, puede indicarse que la mayor parte del mismo fue mantenida y forma parte ahora del activo de la escuela francesa (a pesar de los esfuerzos de H. Ey). Desde 1926 por otra parte, en la segunda edición del *Tratado* de Sergent, Sérieux y Capgras introducen las concepciones de Clérambault en su gran artículo, aceptando incluso su teoría del automatismo mental. Esta consagración no impedirá luego a sus contradictores desencadenarse: obnubilados por su Mecanismo, a menudo denigraron el conjunto de su obra y a su autor³⁴, rechazando en él lo que ellos admiraban en otros, en una expresión más moderna.

Las críticas, esencialmente surgidas del grupo de Claude, se inspiran en los trabajos psicoanalíticos (psicología del complejo) y en las teorías de la disociación, tipo Ballet y sobre todo Janet; ante todo, están dirigidas contra las tesis doctrinales de Clérambault, cuya fragilidad no es muy difícil mostrar, pero terminan rechazando al mismo tiempo el trabajo de análisis clínico "engarzado" en las mismas:

- en primer término, la delimitación de los síndromes pasionales "puros" es considerada como arbitraria y tendiente a "separar los elementos de una misma psicosis" (crítica de Capgras 1921, retomada por Ferdière en su tesis³⁵ sobre la erotomanía, p. 802). En nombre de la unidad de la personalidad, de la inscripción del delirio en una dinámica

individual, la distinción de "mecanismos" de orden heterogéneo parece puramente formal. Desde entonces el análisis se centra preferentemente en casos intermedios (mixtos como diría Clérambault), donde la descripción rigurosa de los postulados y del curso no se vuelve a encontrar, donde alucinaciones, delirio de influencia, pensamiento paranoide, aparecen en primer plano. Con las mismas críticas, se hubiera podido (y se lo ha hecho) rechazar la separación freudiana de las obsesiones y de la neurosis fóbica o la oposición esquizofrenia-ciclotimia (recordar a Bleuler: "hasta qué punto. . .");

- la reconsideración de las tesis psicoanalíticas permite luego cuestionar la oposición psicosis pasionales-delirio interpretativo. En *este* último caso, resulta fácil subrayar el postulado ideo-afectivo *inconsciente* de los interpretadores, perdiendo de vista el hecho de que en verdadero clínico, Clérambault hace la teoría de una fenomenología "morfológica", basada únicamente en la estructura aparente de los síndromes. Centrando su trabajo sobre las relaciones de la paranoia "con la personalidad" (tesis de 1932, op, cit.) J. Lacan, en un trabajo por otra parte notable, parece destruir los análisis en término de mecanismos, las oposiciones semiológicas y las distinciones de estructura, que parecen surgir de una visión vacía y formal de la psicopatología. La clínica, es verdad, y esto explica su declinación, está convirtiéndose en un obstáculo al desarrollo de ideas y de enfoques nuevos;

- ya desde hacía varios años Claude oponía a la teoría del automatismo mental su doctrina del síndrome de acción exterior que inscribía el fenómeno de los desarrollos alucinatorios en el interior de un sentimiento delirante surgido ya sea de estados de disolución de la consciencia, ya sea de una disociación de la personalidad (reutilización de las ideas de Ballet) bajo la acción de complejos afectivos. En una serie de trabajos aparecidos a partir de 1932, Claude y Ey se esfuerzan por oponer la alucinosis, la alucinación y la pseudo-alucinación³⁶.

La *alucinosis*, "alucinación" consciente, criticada, surge realmente de una patología irritativa mecánica, por otra parte a menudo periférica, no sin que la elaboración en percepción de las sensaciones elementales así producidas haga intervenir numerosos factores propiamente personales. La alucinosis así comprendida demuestra su insuficiencia para generar el delirio, salvo en algunos raros casos donde éste preexiste y la transforma en alucinación verdadera.

La *alucinación* propiamente dicha se acompaña siempre de una disolución importante de las funciones psíquicas (obnubilación de la consciencia, confusión mental, demencia) que condiciona su aparición (teoría del onirismo como secundario a la confusión: cf. cap. 13). Más allá de esta circunstancia, las alucinaciones de los delirios parecen deberse ya sea a fenómenos alucinógenos, ya sea a ilusiones o a pseudo-alucinaciones mal analizadas, ya sea a restos oníricos o hipnagógicos.

Finalmente, las *pseudo-alucinaciones*, en realidad los fenómenos más frecuentes de las psicosis delirantes (síndrome de influencia y alucinatorio de las psicosis alucinatorias crónicas), son más bien fenómenos xenopáticos que pseudo-perceptivos, captando perfectamente los enfermos la diferencia con sus verdaderas percepciones, salvo en los estados de disolución que derivan de la rúbrica precedente. Claude y Ey muestran la analogía de las pseudo-alucinaciones con las obsesiones y en particular con los fenómenos "neutros" señalados por de Clérambault, con las obsesiones parásitas (por oposición a las obsesiones "activas" cuyo contenido provoca una violenta reacción afectiva interior) las cuales también están aparentemente vacías de contenido. El conjunto de esos fenómenos se vincula generalmente con una causalidad afectiva (complexual) más o menos deformada, sobre un fondo psicasténico de reducción de la síntesis personal y de liberación de

automatismos inferiores (cf. Janet). Desde entonces, las pseudo-alucinaciones de los delirios parecen derivar de perturbaciones del mismo orden, transformadas en ajenas por la creencia delirante y la actitud objetivante del enfermo; como para Janet mismo en sus importantes artículos de 1932³⁷, los sentimientos de influencia, de dominio, de acción exterior, determinan el síndrome "nuclear" de las psicosis alucinatorias crónicas (38)

No puede discutirse el interés de estos trabajos ricamente documentados; muy a menudo dan sin embargo la impresión de forzar un poco los hechos. Guiraud les opondrá la incuestionable estesia³⁹ de numerosas alucinaciones vividas en plena lucidez; por otra parte, dejan en la sombra los hechos que Clérambault había observado tan bien: falsos perseguidos, alucinosis en el sentido antiguo (ya que es la definición de Claude y Ey la que prevaleció) o alucinaciones no ideo-verbales (en particular sensitivas).

La Escuela de Claude

A partir de los años 1920, alrededor de Claude, en la clínica de Sainte-Anne, serán producidos los últimos grandes trabajos de la escuela francesa. Es difícil determinar la participación real que él tuvo, pero al menos debe reconocérsele el don de elegir sus colaboradores y de favorecer la eclosión de nuevas ideas y de jóvenes talentos. Es él quien introduce al primero de los psicoanalistas en un servicio de psiquiatría (específicamente Laforgue) y el psicoanálisis ejercerá a partir de entonces una influencia dominante sobre la evolución de la psiquiatría francesa. Examinaremos principalmente aquí los diversos trabajos del grupo sobre la esquizofrenia,

Debemos primero remontarnos un poco hacia atrás. En 1912, en su tratado, Chaslin describe las formas clásicas de la demencia precoz (concepción francesa tipo Sérieux-Ségla) bajo el nombre de "grupo provisorio de las Locuras Discordantes"⁴⁰: el término de demencia le parece mal elegido para una afección en la que el enfermo "está siempre menos demente de lo que parece" (p. 830) y donde un verdadero debilitamiento intelectual se muestra por lo general tardío o ausente. Los síntomas le parecen *simular* la demencia por un "carácter principal común... una discordancia, una desarmonía entre síntomas, éstos parecen independientes hasta cierto punto unos de los otros" (p. 831-832). Así, igual que Bleuler, Chaslin es conducido a hacer de la discordancia la perturbación central: "no es necesario, como ciertos autores, hacer de la indiferencia un signo patognomónico de la locura discordante" (p. 786); ésta le parece, sin embargo, un síntoma extremadamente frecuente (recordemos que se trata de la demencia precoz en sentido restringido).

En la exposición de Chaslin deben tenerse en cuenta dos puntos particulares: Describe una "locura discordante verbal"⁴¹ que "se resume en un lenguaje completamente incoherente, con palabras fabricadas constantemente, apariencia de conservación de un sentido en el discurso... contrastando con la incomprendibilidad del sentido. . . indiferencia total y adaptación al asilo. Sin embargo, de tanto en tanto, una frase razonable, especialmente al inicio de una conversación, indica que quizás la inteligencia propiamente dicha está menos tocada que el lenguaje y que quizás éste, por su desorden.

impida pensar" (p. 836-837). Se habrá reconocido la esquizofasia, descrita un año más tarde por Kraepelin.

Mantiene la idea de una verdadera demencia precoz: "se puede. . . verla aparecer realmente muy temprano y muy acentuada en los jóvenes: . . . esto se ve especialmente en la hebefrenia, que sería así la verdadera demencia precoz" (p. 830). Propone dejarle el nombre de "demencia precoz tipo Morel" en oposición al grupo Kraepeliniano (cf. p. 257, 688, 759 y 830 del *Tratado*). Veremos resurgir esta idea de una bipartición de la demencia precoz en la Escuela de Claude. Ella parece, para clínicos rigurosos, la contrapartida obligatoria de una teoría que pone en primer plano a la disociación⁴².

En 1923, Heuyer y Borel presentan⁴³ un caso de delirio megalomaniaco fantástico con mecanismo imaginativo que parece surgir "menos de una mitomanía creadora, fabulante y delirante que de una suerte de ensoñación. . . infantil" (p. 89) compensadora de una "realidad sin amor y sin alegría" (ibid). Ese caso de "delirio de ensoñación" les parece que difieren de las observaciones del delirio de imaginación de Dupré y Logre por la ausencia de constitución mitomaniaca y el aspecto más fantasmático que realmente delirante de las producciones. Anuncian su intención de "reunir en un trabajo ulterior muchas observaciones. . . de esta fórmula delirante" (p. 90). Borel lo hará en efecto, pero con Claude y Robin; se propondrán definir y situar esta nueva forma de perturbación mental en relación a la esquizofrenia de Bleuler o, más exactamente, en relación a la versión que Minkowski, en una serie de artículos, dio de la obra de Bleuler acentuando la "pérdida del contacto vital con la realidad" y el autismo como fenómenos *primarios*⁴⁴.

Claude, Borel y Robin describen entonces, a fin de 1923, la constitución esquizoide⁴⁵, oponiéndola a la constitución paranoica (versión Génil-Perrin): la centran en la tendencia a reaccionar a las dificultades afectivas por la huida de lo real y el refugio en la ensoñación ("tendencia a construir un mundo imaginario", p. 490). Esta ensoñación puede asumir un carácter delirante pero el enfermo conserva una "consciencia del estado mórbido", un "control del estado intelectual" (en oposición al paralogismo paranoico), que hace que las ensoñaciones megalomaniacas permanezcan correctamente situadas; la desconfianza es secundaria, "la reticencia. . . mucho más basada en el pudor que... en la desconfianza" (ibid.); el sujeto permanece pasivo, no lucha. No se trata entonces tampoco de mitomanía o de psicastenia: el psicasténico sufre por su incapacidad para actuar, percibe la incompletud en sus ensoñaciones; por el contrario, "la tendencia a la vida interior y a la ensoñación es primitiva en el esquizoide"⁴⁶ (p. 214).

Rápidamente son llevados a diferenciar su análisis y oponer este tipo de perturbaciones a la demencia precoz verdadera, tipo hebefrenia:

- la constitución esquizoide⁴⁷ puede conducir bajo la influencia de un complejo afectivo o de un estado tóxico infeccioso a la esquizomanía, "estado patológico del esquizoide que ha cesado de adaptarse al ambiente. La realidad es cada vez más ignorada. Los enfermos son inertes, inactivos, tienen el aire ausente, y aparentan inafectividad ya que no se interesan en lo que pasa a su alrededor. La integridad de las funciones intelectuales es sin embargo perfecta. . . El elemento 'disociación' que se muestra en la apreciación no tanto de las funciones psíquicas tomadas aisladamente, sino en la síntesis intelectual superior, existe al más alto nivel entre la actividad práctica y el núcleo de la personalidad, que tiende a vivir en un mundo interior, según un modo de pensamiento autista" (p. 149), lo que realiza el delirio de ensoñación:

202

LOS FUNDAMENTOS DE LA CLÍNICA

- "un grado más y el esquizómano deviene esquizofrénico. . . No solamente el individuo ha perdido completamente el contacto con la realidad, sino que parece incluso haber perdido el interés por su propia existencia, descuida los cuidados más elementales de su persona, hasta rechazar todo alimento y presentar reblandecimiento. Pasa sus días en la cama, parece desorientado. . . ; a veces no responde a las preguntas, da respuestas indirectas. Tiene el aire ausente, lejano, está sujeto a la risa y al llanto sin motivo aparente; da la impresión de ser ya inafectivo, ya disonante en el tono de las manifestaciones afectivas" (p. 149). Así, la acción de un complejo en esas personas predispuestas determina esa disociación entre el núcleo de la personalidad, replegada en el autismo compensador⁴⁸, y la personalidad superficial aparentemente disgregada en su relación con lo real;

- todo opone este tipo de casos a la hebefrenia verdadera, en la que la indiferencia afectiva y el debilitamiento intelectual son fenómenos *primarios*, siendo la disociación

secundaria en los dos sentidos del término (concepción clásica francesa). Los autores señalan entonces que la exploración fármaco-dinámica por eterización⁴⁹ (procedimiento retomado de Morel) parece confirmar su análisis y suministrar un nuevo medio diagnóstico: "en la demencia precoz, el debilitamiento intelectual aparece en la pobreza de la ideación que no depende de la excitación obtenida gracias a la anestesia. Se constata un verdadero desierto afectivo. .. En la esquizofrenia, tal como la concebimos..., una enferma bien orientada, atenta, consciente, cuenta su pasado, sus conflictos morales, tiene reacciones emotivas normales mientras que antes de la anestesia las respuestas eran incoherentes, era imposible captar su atención, la enferma parecía arrancada del mundo exterior" (p. 294).

Claude⁵⁰ piensa entonces que puede deducir de esos análisis una nosología más natural de los delirios crónicos sistematizados que la de los clásicos franceses. Rechazando entonces el criterio del mecanismo generador, distingue a partir de la estructura general del delirio (cf. p. 147):

- psicosis paranoicas (sean o no alucinatorias) que manifiestan una exageración de las tendencias constitucionales y una amplificación de la personalidad (egocentrismo), un desarrollo delirante lógico, coherente, sistematizado, una actividad intelectual perfectamente conservada, reacciones afectivas intensas y concordantes, el mantenimiento de un contacto estrecho con el ambiente, a menudo una buena adaptación, consentimiento siempre disponible;
- psicosis paranoides, en las que la disgregación de la personalidad, la incoherencia, el absurdo, el desenfreno imaginativo, la imperfecta sistematización, el polimorfismo y la variabilidad del delirio, la pérdida de la actividad intelectual y pragmática, la limitación afectiva y el autismo, la nula adhesión, acompañan una desadaptación social muy rápida. Sin embargo, pueden oponerse dos variedades en el interior de este grupo: las demencias paranoides (hebefrenia delirante), en las que el debilitamiento psíquico está en primer plano, y las psicosis paranoides esquizofrénicas, en las que la disociación es la consecuencia de la acción de complejos afectivos en un predispuesto y donde se trata por lo tanto de una pseudo-demencia.

En un segundo momento, Claude, Borel y Robin son llevados a extender el marco del grupo esquizoide.

Presentan un segundo tipo esquizomaniaco⁵¹ basado en tendencias, no a la ensoñación,

sino al enojo mórbido negativista y terco. Frente a los conflictos afectivos, el malhumorado reacciona con un repliegue rabioso sobre sí mismo, un rechazo hostil al contacto, un aislamiento que linda con la indiferencia: "inactivo y ordinariamente fijado a una misma actitud, hablando poco o nada, no pronunciando corrientemente más que pedazos de frases idénticas" (Borel, p. 525), a veces voluntariamente obsequioso, se parece a un demente precoz y su pérdida de contacto con la realidad podrá evolucionar hacia una fijación y una disociación esquizofrénica.

Por último, describen una forma "simple" de esquizomanía en la que el retiro de lo real, el renunciamiento al mundo, sin orgullo ni desdén, sin verdadera depresión, muestra la tendencia esquizoide en estado puro, separada de los "síntomas secundarios" que son ensoñación, enojo o episodios ciclotímicos (sobre cuya existencia insistía Claude en todas las formas): "tendencia a liberarse del mundo exterior para vivir en una vida interior desinteresada, es decir, sin móviles de orden práctico, preferencia confesada, reconocida, por un modo de pensamiento íntimo, sin contacto con el medio ambiente"⁵² (p. 472). Como lo dirá Claude en su informe al Congreso de 1926⁵⁶: "en la esquizoidia y las formas derivadas, la tendencia a la disociación habitual de la personalidad representa la base misma de la constitución psicológica del sujeto" (p. 37), siendo la ruptura con el ambiente la primera manifestación.

Así finaliza la división de la antigua demencia precoz en un grupo al cual Claude dará el nombre de *esquizoses* (cf. Informe de 1926) y en el cual las perturbaciones mentales son psicógenas, reactivas, sin afección real de las facultades psíquicas, y una demencia precoz verdadera, con probable substrato anátomo-patológico. Esta concepción dualista⁵⁴ chocará con las críticas de Minkowski y otros autores, pero *en Francia* será generalmente aceptada⁵⁵. Sin embargo, en muchos casos, ofrece tales dificultades que Claude deberá "admitir que existe un gran número de hechos intermedios, y que la demencia precoz y la esquizofrenia propiamente dichas serán quizás consideradas como las dos formas extremas de una misma enfermedad, variable... según... la importancia del elemento orgánico o del elemento psicógeno" (*Demencia precoz y esquizofrenia*, p. 25). Incluso evocará la posibilidad del pasaje de la segunda a la primera, en una concepción finalmente muy cercana a la de Kretschmer.

Al inicio de los años 30, Claude agregará una nueva diferenciación a este edificio nosológico, al describir⁵⁶ la parafrenia "donde el delirio, extremadamente activo, conserva la apariencia de una perfecta sistematización, y no presenta ninguna incoherencia de aspecto paranoide. Evoluciona sobre un fondo esquizomaniaco y no demencial. Se tiñe de elementos particulares: imaginativo, idealista, mitomaniaco y esos elementos de orden esquizoide la distinguen de la paranoia" (p. 417). Se trata de una psicosis paranoide en la que un delirio rico y relativamente sistematizado se acompaña con una integridad intelectual, afectiva, pragmática notable, que se acerca a esos casos de psicosis paranoicas (en el sentido de Claude). Sin embargo, "en la paranoia la actividad delirante es lógica" (p. 420) mientras que es fuertemente paralógica en la parafrenia. Este es prácticamente el sentido que conservará el término en la nosología reciente: como se ve no corresponde para nada a la concepción kraepeliniana cuyo eje era, como puede recordarse, la forma sistemática (Delirio Crónico de Magnan) que Claude considera como una psicosis paranoica. La concepción francesa se inspira entonces más bien en las otras formas kraepelinianas y, según los autores, se emparenta más bien ya sea al grupo expansivo confabulante (Claude), ya sea a la forma fantástica (Ey⁵⁷ y Baruk⁵⁸).

En resumen, las concepciones de la escuela de Claude no pudieron borrar la obra de los clásicos y, a pesar de los esfuerzos de Ey (ver la tesis de Nodet que los resume), la noción

de psicosis alucinatoria crónica en particular (es decir, la oposición de los delirios alucinatorios y no alucinatorios) permanecerá viva y siempre utilizada⁵⁹. Es más bien a una superposición de las dos grillas nosológicas a lo que llega la escuela francesa, y es ésta la que probablemente se corresponda mejor con las necesidades clínicas.

En una serie de trabajos⁶⁰ aparecidos entre 1926 y 1934, escritos a menudo en colaboración con Claude, H. Baruk se consagra a un estudio muy importante del síndrome catatónico.

Un examen fisiológico de la actividad muscular demuestra de entrada que esas perturbaciones no deberían ser asimiladas a síndromes neurológicos (extra-piramidales o de núcleos estriados, según la teoría de Guiraud), sino que tienen el aspecto electromiográfico del movimiento voluntario. Se trata entonces de una perturbación sutil y difusa, de nivel psicopatológico, y no de la consecuencia de una afección focal.

El estudio de las formas clínicas permite rechazar la asociación obligada con la demencia precoz: la catatonía puede presentarse bajo la forma de una psicosis aguda, tóxica-infecciosa o autónoma. Baruk puede así describir formas intermitentes que, por una gradación insensible reúnen la catalepsia histero-hipnótica con la hebefreno-catatonía⁶¹.

Finalmente, un estudio del estado mental del catatónico⁶² pone en evidencia la diferencia que separa la catatonía aguda de las formas intermitentes o de las formas de inicio (predominancia del estado estuporoso entrecortado con impulsiones o con crisis de gesticulación patética), de la hebefreno-catatonía (apatía, indiferencia, automatismos: estereotipias, movimientos rítmicos, verbigeración). Las formas agudas muestran, junto a una notable conservación de la memoria durante el acceso, "una mezcla de signos de la serie melancólica y de la serie onírica, pudiendo esta última asumir todos los aspectos intermedios entre el onirismo franco, agudo y el onirismo degradado, con disociación de la personalidad..., sensación de desdoblamiento, en la cual el enfermo se ve actuar, asiste como espectador al funcionamiento. . . de su vida psíquica" (*Psiquiatría*, p. 164): la perturbación parece manifestarse bajo la forma de un embotamiento de la voluntad, una pérdida de la iniciativa, vivida por el enfermo como impuesta (sentimiento de influencia, de "muerto vivo", alucinaciones imperativas) o como voluntario, pero inmovilizando su personalidad: el "sentimiento dominante. . . es el de que la voluntad está tomada, dominada, ya no es libre. Por eso el enfermo a menudo declara que él realiza su catatonía, pero él la realiza bajo órdenes y a menudo a pesar suyo" (p. 70). Como lo había señalado Jaspers (cf. cap. 15), la personalidad, inmovilizada y como embotada durante el acceso. puede despertarse en caso de cura. En el caso contrario, la consciencia parece obscurecerse y un estado de ausencia o de semi-ausencia se instala con los automatismos hebefreno-catatónicos, vividos a menudo sin consciencia ni recuerdo. Sin embargo, la cura es posible en todos los estadios⁶³.

Los trabajos del grupo de Claude tienen, como se ve, una característica común: muy receptivos a las ideas surgidas de la corriente psicodinámica alemana (su filiación a Janet vía Ballet los preparó sin duda), particularmente a los de Bleuler y Kretschmer y, por lo tanto, a la utilización de las nociones de complejo y de reacción en el abordaje clínico, no dejan por ello de mantener los resultados de la escuela francesa, en particular la concepción estrecha (tipo Sérieux y Séglas) de la demencia precoz, cuyo eje lo constituye la hebefrenia, y la noción de un grupo de delirios crónicos alucinatorios de estructura no

disociativa, herencia del delirio Crónico de Magnan. Así son conducidos a recortar, entre la paranoia y los delirios alucinatorios de igual estructura por un lado, la demencia precoz, verdadera hebefrenia por el otro, un lugar para el grupo de casos que mejor corresponde a las concepciones dinamistas -constitución esquizoide, accesos agudos esquizomaniacos, delirios crónicos disociativos (psicosis paranoides y parafrenias)— en una concepción nosológica muy rica, mucho más compleja que la de la escuela alemana contemporánea, mucho más cercana también de la variedad de los datos clínicos. Una vez más en esta última etapa, el genio propio de cada una de las dos escuelas las hace aparecer como muy complementarias.

1. Por eso las comillas. La influencia de Bergson es, por el contrario, innegable sobre el conjunto de esos autores; hay sin duda un cierto paralelismo entre los conceptos de base de la fenomenología alemana y el bergsonismo (crítica del Asociacionismo, acentuación del papel sintético y fundante de la consciencia en los fenómenos psíquicos, actitud "comprensiva": descripción cualitativa fina de los estados de ánimo).
2. Ese primer párrafo de la tesis de Blondel es retomado casi tal cual por J. Lacan en el primer apartado de su propia tesis.
3. Data de 1914, pero hemos utilizado la segunda edición (1928) por su importante apéndice.
4. Recordemos que se trata de casos exentos de debilitamiento intelectual.
5. Séglas ya en sus *Lecons cliniques* había, luego que otros pero con mayor agudeza, subrayado el valor expresivo de los neologismos de los delirantes crónicos (en oposición a la esquizofasia): términos forjados lúcidamente para expresar metafóricamente una experiencia fuera de lo común.
6. Blondel rechaza (cf. p. 376 a 378) sobre esta base la ya clásica asimilación del pensamiento mórbido y del pensamiento primitivo: los primitivos también tienen sus enfermos mentales y los psicóticos son incapaces de producir un sistema colectivo, incluso aunque estén en contacto permanente, unos con otros, delirantes de temas y estructuras homólogas.
7. "Les formes verbales de l'interprétation delirante", *AMP*, 1921, p.395 a412.
8. Meyerson y Quercy ya habían, en un artículo del *Journal de Psychologie* de 1920 ("Des interprétations frustrées", p. 811 a 822), puesto en evidencia este elemento de certitud irreflexiva en casos particularmente demostrativos en los que faltaba el contenido temático de la interpretación (cf. el delirio de suposición de Sérieux y Capgras).
9. Dide, *Les idéalistespassionnés*, Alean, 1914.
10. Sostenido igualmente en el mismo momento por Hesnard en "La folie, pensée organique", *Journal de Psychologie*, 1921 p. 229 a 241.
11. *Psychiatrie du médecin-praticien*, Masson, 1922. Su tercera edición, que firma Guiraud sólo en 1956 (*Psychiatrie clinique*, Le François) será el último de los manuales franceses escrito dentro del espíritu clínico.
12. Cf. por ejemplo un interesante artículo de Dide "Variations psychopathiques de la intuition durée-étendue" *Journal de Psychologie*, 1929, p. 410 a 422, directamente inspirado en las tesis bergsonianas (oposición de las abstracciones tempo-espaciales y de las intuiciones duración-extensión).
13. P. 9 y 10. Se habrá observado el acento muy bergsoniano de esta concepción del instinto: es del "impulso vital" ("hormé") de lo que se trata.
14. Como se ve, la división y la extensión del término "idealista apasionado" variaron notablemente desde la obra de Dide en 1914.
15. Que puede traducirse como pérdida del impulso instintivo-afectivo. En 1956, Guiraud preferirá hablar del "síndrome hebefrénico" para conservar una denominación más clásica.
16. Notemos que el contenido del delirio es por lo tanto ampliamente comprensible si su causa generadora es ciertamente una "alteración generadora (Minkowski) organógena. Ver por ejemplo el análisis de un delirio paranoide en Guiraud y Sonn: "Delire systématisé avec hallucinations visuelles et considérations sur la psychologie des delires", *AMP*, 1925, p. 106 a 117.
17. Conforme al análisis que siempre propuso la escuela francesa, Dide y Guiraud consideran entonces el autismo como un fenómeno complejo que puede ser primitivo (demencia precoz) o secundario (delirios). Hacen del mismo, finalmente, un empleo discreto. Ver también la misma concepción en Nayrac (op. cit.).

18. En la tercera edición (*Psychiatrie clinique*, p. 377-378) Guiraud describirá igualmente una forma intermitente (ciertos tipos de bouffées delirantes) y especialmente la forma heboidofrénica que Halberstad había retomado (*AMP*, 1927) de Kahlbaum y Rinderknecht.
19. *Psychiatrie clinique*: ver en la introducción los argumentos que justifican el abandono de la clasificación etiológica por una concepción de tipo anatomista-localizadora.
20. *L'intuition delirante*, Masson, 1931.
21. Desde muchos puntos de vista, ciertos trabajos de Janet podrían figurar ahí: aquellos que consagra a la descripción de las diversas variedades de "sentimientos de vacío" de los que extraerá los sentimientos de automatismo y de influencia (artículos de 1932). El también apunta a insertar los delirios en las perturbaciones más sutiles de lo vivido, y se vuelve a encontrar en esos trabajos sus fascinantes cualidades de observador. La amplia concepción que enmarca esas descripciones (en la segunda parte de su obra, a partir de "*De l'angoisse à Vextase*", 1925) merecería un estudio separado; ya hemos renunciado de todas maneras a analizar aquí la obra de Janet
22. Cf. *La schizophrénie*, 1925, segunda edición aumentada, Desclée de Brouwer, 1953.
23. Se habrá notado la influencia de Freud sobre esas concepciones (interpretación de las manifestaciones delirantes "ruidosas" como compensación de una desinversión primaria de lo real). La extensión del concepto de esquizofrenia (alias "psicosis") les es, por otra parte, común.
24. Ver en particular el célebre artículo programático, "Du symptôme au trouble générateur", retomado en la recopilación publicada por los *Cahiers du groupe F. Minkowska*, 1965, p. 27 a 42.
25. Se consultará con interés, por las informaciones que se encuentran ahí sobre la vida de ese personaje singular, descendiente de Descartes y de Vigny, a la tesis de E. Renard, *Le Docteur de Clérambault. Sa vie, son oeuvre*, 1942.
26. Es necesario también tomar en cuenta un puesto de observación único en el mundo y que le era perfectamente apropiado: La enfermería especial de la Prefectura de Policía de París.
27. Solamente disponemos de una recopilación de sus artículos ya muy rica: *CEuvre Psychiatrique*, PUF, 1942.
28. Este método de examen, sin embargo muy ortodoxo (no hacerse el secretario del enfermo, decía J. P. Falret) le fue amargamente reprochado a Clérambault, considerado experto en la materia.
29. A continuación agregará una frecuente referencia a casos de ilusión maternal (rechazo de admitir la muerte o la partida de un niño, fuente de un delirio de perjuicio y de reivindicación con base pasional): "todo tema de pasión puede devenir el núcleo de un delirio pasional" (p. 417). Desde este punto de vista, el delirio de relación de los sensitivos de Kretschmer es innegablemente una psicosis pasional (postulado inicial, extensión polarizada, hiperestenia depresiva, pasión básica: vergüenza).
30. La existencia de remisiones especiales en el curso de las cuales, habiendo desaparecido el síndrome alucinatorio permanece el delirio (Séglas ya había señalado ese tipo de casos: cf. cap. 14), confirma ese punto de vista.
31. Clérambault no desconocía la identidad de muchos de esos fenómenos con los de lapsicatenia, los estados de fatiga o del caféismo. El síndrome completo puede observarse también en la manía y el alcoholismo subagudo. Pero aparecen aquí en una consciencia clara.
32. Las voces son entonces "de entrada sarcásticas, tiránicas, amenazantes" (p. 566) reverberan, amplificado, el carácter del enfermo sin esperar que su irritación aumente lentamente, como en los falsos perseguidos.
33. Se trata para Clérambault de secuelas lejanas de infecciones (tifoidea, escarlatina, encefalitis epidémica. . .) o de perturbaciones endocrinas (tiroideas, genitales. . .), dando la predisposición degenerativa, eventualmente, una vulnerabilidad electiva.
34. De los "análisis puramente formales" que le imputaba Ey a las "extrañas ignorancias" (comentario de Clérambault en su respuesta, p. 579) que le adjudicaba Ceillier. J. Lacan, antes de hacerlo "su único maestro en psiquiatría" (*Ecrits*, p. 65), evocaba, en su tesis que hormiguea de alusiones polémicas, las "aproximaciones azarosas de una enseñanza totalmente verbal" (p. 297).
35. *L'erotomanie, ¡Ilusión delirante d'être aimé*, Doin, 1934.
36. "Evolution des idées sur l'hallucination", *L'Encéphale*, 1932, I, p. 361 a 377; "Hallucinoses et Hallucination. Les théories neurologiques des phénomènes psychosensoriels", *L'Encéphale*, 1932, I, p. 576 a 621; "Hallucinations, Pseudo-hallucinations et obsessions", *AMP*, 1932, II, p. 273 a 316. Ver también la bibliografía de la tesis de Nodet.
37. "L'hallucination dans le délire de persécution" *Revue Philosophique*, 1932, p. 60 a 98 y 279 a 331; "Les sentiments dans le délire de persécution", *Journal de Psychologie*, 1932, p. 161 a 240 y 401 a 460.

38. Ey retomará esta tesis en *Hallucinations et delire*, Alean, 1934 (obra prologada por Séglas que recuerda sus trabajos de principios de siglo: cf. cap. 14) y toda una serie de artículos. Cf. bibliografía en la tesis de Nodet.
39. El libro de Ey citado antes no discute más que las formas psicomotrices que mejor parecen responder a ese tipo de tesis, dejando las formas psicosensoresiales de lado.
40. *Eléments de sémiologie et de clinique mentales*, p. 772 a 838. Da como subtítulo el término de esquizofrenia, que Bleuler emplea desde 1908, y cita muchas veces a este último. La leyenda chauvinista que los opone (todo esto sucede alrededor de la Gran Guerra) no resiste el examen de los hechos.
41. El número de subformas sigue siendo cuatro, estando la forma simple incluida en la hebefrenia como "hebefrenia atenuada" (concepción de Kraepelin antes de su séptima edición).
42. Ya hemos encontrado ese punto de vista en Jaspers.
43. "Delire de reve", *Journal de Psychologie*, 1923, p. 85 a 90.
44. Esos fenómenos son secundarios en el trabajo original de Bleuler (ver cap. 15). Sin embargo, durante la primera década de entre guerras, la totalidad o la casi totalidad de los alienistas franceses le atribuirá esa concepción.
45. "Constitution schizoide et constitution paianoiaque", *L'Encéphale*, 1923, II, p. 481 a 493.
46. Constitution schizoide, *L'Encéphale*, 1924, I, p. 209 a 216. Janet, que hace el mismo análisis, considera que entre la psicastenia y el "delirio de ensoñación" se trata más bien de una diferencia de grado que de naturaleza, de una acentuación de la "baja de tensión" psicológica. Cf. A propos de la Schizophrénie", *Journal de Psychologie*, 1927, p.477 a 492.
47. Tendencia a la soledad, al recogimiento, a la meditación, a la ensoñación, gusto por la vida interior, tensión y esfuerzo en la adaptación a las exigencias exteriores y a la actividad pragmática. Ver: Démence précoce, Schizomanie et Schizophrénie", *L'Encéphale*, 1924, I, p. 145 a 151.
48. Cf. Claude et Montassut: "La compensation ideo-affective", *L'Encéphale*, 1925, II, p. 557 a 569.
49. "La discrimination entie la démence précoce et la schizophrénie. Un nouveau moyen d'investigation: "rÉthérisation", *L'Encéphale*, 1925, I, p. 289 a 296.
50. "Les psychoses paranoides", *L'Encéphale*, 1925, I, p. 137a 149.
51. Cf. Claude et Robin: "L'indifférence et le négativisme schizomaniaque", *AMP*, 1925, p.435 a 446; y Boiel: "Réveurs et boudeuis" *Journal de Psychologie*, 1925, p. 516 a 535.
52. "La Schizomanie simple", *AMP*, 1925, II, p. 458 a 474.
53. *Démence précoce et schizophrénie*, Masson, 1926.
54. Señalamos que ella alcanza a las formas simple y paranoide de la demencia precoz, permaneciendo aún unitaria la hebefrenocatonia.
55. Cf. por ejemplo Guiraud y Caloutsis: L'exploration clinique en Médecine et en Psychiatrie", *AMP*, 1949, p. 1 a 20 y el caso de "psicosis de conflicto": p. 37 a 41.
56. "Paraphrénie et psychose paranoide", *Semaine des Hdpitaux de Paris*, 1933, p.417 a 421.
57. Ver la tesis de Nodet: *Le groupe des psychoses hallucinatoires croniques*, Doin, 1937, donde se exponen las ideas de Ey.
58. *Précis de psychiatrie*, Masson, 1950, p. 173. Baruk emplea siempre el término de parafrenia fantástica; incluye, por otra parte, las psicosis paranoides (en el sentido de Claude) en la esquizofrenia (demencia precoz).
59. Ya hemos analizado las críticas suscitadas por la alucinación como mecanismo generador. La tentativa de disolver la entidad psicosis alucinatoria crónica es su consecuencia lógica. El análisis "estructural" parece entonces suministrar una división que está más de acuerdo con una concepción que inscribe los "mecanismos" en el interior del delirio como afección global de la personalidad.
60. Retomado en *Psychiatrie medicale, physiologique et expérimentale*, Masson, 1938, p. 37 a 436.
61. Cf. la tesis de EDenberger: *Essai sur le syndrome psychologique de la Catatôme*, 1933, escrito bajo la inspiración de Baruk.
62. H. Baruk: "L'état mental au cours de l'accés catatonique", 1934, retomado en *Psychiatrie. ...*, p. 143 a 171. Ver también Eüenberger: *op. cit.*
63. Baruk siempre insistió sobre esta importante noción, especialmente en el notable capítulo de su *Précis de psychiatrie*, 1950, consagrado a la esquizofrenia, p. 133 a 247, donde resume, por otra parte, sus trabajos sobre la catatonia.

PAGINA 208 EN BLANCO

CONCLUSIÓN 209

PAGINA 210 EN BLANCO

Nuestro estudio termina analizando publicaciones del último medio siglo, ya sea de Alemania o de Francia. Podría preguntarse por qué fenómeno misterioso la clínica ve agotarse su fuente viva en esta época¹ y qué es lo que hace que a partir de entonces hablemos en pasado.

Señalemos de entrada que en ese punto de inflexión de los años 20 parecen plantearse, casi en los mismos términos, para el conjunto de las corrientes que hemos estudiado, una serie de problemas. Tres grupos de fenómenos patológicos son progresivamente individualizados, a través de ese siglo y medio de observaciones obstinadas y entusiastas que nos ha legado la clínica. Se trata de los síndromes orgánicos por una parte, de la patología constitucional-reaccional por la otra y, finalmente, de ese grupo de psicosis al cual, bajo la influencia de los psicoanalistas, se le reservará pronto el término y que los alemanes llaman psicosis endógenas. Se caracteriza, como el primer grupo, por una ruptura del equilibrio personal y de la temporalidad psíquica, ya sea esta ruptura brutal o más insidiosa, y como el segundo por una integridad de las funciones psíquicas de base y por la ausencia de substrato orgánico conocido. Esta síntesis seductora parece desgraciadamente chocar con diversas dificultades.

Se trata primero, en el interior de ese grupo de psicosis endógenas que constituye finalmente la mayor parte del problema, del modo de delimitación adoptado. Hemos visto mantener a la escuela alemana una división en dos clases, a las cuales el criterio evolutivo confiere una falsa unidad: esquizofrenias (procesos crónicos), maniaco-depresivas (fases agudas). Las excepciones evolutivas son la regla y, por otra parte, la escuela francesa, siempre más ligada a la "morfología" clínica, tenderá a oponer una división tripartita a esos enfoques: demencia precoz, delirios crónicos, psicosis maniaco-depresiva; una cuarta clase no cesa de molestar debido a su eterna recurrencia: las psicosis delirantes agudas, que no se decide a incluir en uno de los tres grupos a los cuales ellas pueden integrarse². Pero cualquiera fuese la división adoptada, se choca continuamente con el problema de los casos mixtos, atípicos, inclasificables³.

Por otra parte, entre la patología constitucional y las psicosis endógenas, siempre se tienden puentes que llegan a confundir las fronteras. Recordemos los trabajos de

Kretschmer en Alemania y las dificultades para delimitar los delirios psicógenos de los delirios procesuales que llevaron a la declinación de la noción de paranoia. En Francia el problema es el mismo; entre ciclotimia y maníaco-depresivo, delirio paranoico con base constitucional y delirios crónicos, esquizomanía y demencia precoz, "psicosis" histéricas y bouffées delirantes, la frontera es muy frágil y siempre diferente según los autores.

Finalmente, mucho más grave sin duda (pues las psicosis endógenas son generalmente consideradas como constitucionales), numerosas psicosis orgánicas no cesan de simular "los otros dos grupos de perturbaciones". La encefalitis epidémica⁴, por ejemplo, en este mismo período suministrará numerosos ejemplos de síndromes paranoides; también las parálisis generales, los tumores cerebrales, las psicosis alcohólicas, las demencias iniciales suministran ya extensamente síndromes pseudo-constitucionales o de dimensión endógena. El mismo problema es planteado más recientemente por las psicosis-modelos.

¿Cómo reaccionar frente a esta erosión continua que imponen los hechos a las distinciones mejor fundadas y más pacientemente establecidas? Parece que hacia el fin del período que estudiamos, el análisis clínico había alcanzado una tal perfección que se pierde la esperanza de ver al futuro resolver por medio de un acrecentamiento de la agudeza de la observación los problemas que se volvían a encontrar. La lucidez de un Jaspers no es fácil de asumir. Reconocer el valor puramente estadístico de la nosología, establecer una pirámide diagnóstica (cf. cap. 16), es volver a cuestionar el postulado de base que sostenía la "fe" clínica; Pinel, debe recordarse, la había fundado sobre la certidumbre de que los fenómenos aparentes correspondían a las inalcanzables realidades subyacentes, ¿Acaso el círculo no se ha cerrado y la clínica no ha terminado por volver a sus premisas inventadas?

Diversas actitudes se plantearán, "reacciones" perfectamente "comprensibles" frente a este desgraciado golpe de lo real.

La reacción dogmática consiste en sostener, contra toda evidencia, la división tripartita. Parece que la posteridad de Jaspers se ha orientado en esa dirección⁵, hasta rechazar, por ejemplo, toda relación entre los temperamentos basales descritos por Kretschmer y las psicosis correspondientes (Schneider) o a oponer esquizofrenias verdaderas y síndromes esquizofreniformes (Langfeldt), esperando que las palabras impedirán a las cosas confundirse. Numerosos autores franceses participan igualmente de estas posiciones.

La reacción ecléctica tiene al menos el mérito de tomar cuenta de las objeciones fácticas. Pero ella cree encontrar una solución en el borramiento de todas las distinciones tan penosamente adquiridas. Es olvidar que *en la mayoría de los casos*, el edificio nosológico está confirmado por la observación. El Jacksonismo de Ey es la forma más acabada de esta posición que considera todos los trastornos como desplegándose en un mismo espectro y vuelve así al sincretismo de la psicosis única: al volver a encontrar por ejemplo lado a lado la confusión mental y las bouffées delirantes como niveles intermedios de disolución de la consciencia, la esquizofrenia y las demencias como disgregaciones progresivas de la personalidad, se pierde todo el paciente trabajo de los Clásicos. Un ensayo de definir niveles funcionales autónomos para dar cuenta de ese problema, desemboca en definiciones perfectamente tautológicas⁶, donde una psicología construida "ad hoc" coincide milagrosamente con análisis clínicos por otra parte altamente cuestionables. Todo el edificio reposa, por otra parte, en un corte radical entre normalidad y patología que no hace más que condensar todo el debate sobre la más arbitraria de todas las fronteras. Sin hablar de la oposición agudo-crónico que era precisamente uno de los problemas a resolver: es muy difícil evitar la solución dogmática.

Una *reacción* más *empírica* consiste en decidirse a hablar de síndromes en lugar de entidades y a dar a éstos una etiología y una evolución variable ⁷. No por nada volvemos a encontrar en estas posiciones a P. Guiraud ⁸ (cf. su *Psiquiatría clínica*). El inicio, hacia el mismo período, de los grandes descubrimientos en terapéutica biológica y la débil especificidad de esos tratamientos (nuestras modernas quimioterapias evidencian perfectamente el mismo género de problema) reforzará tales opciones y acentuará el desamparo que sufre la clínica: los europeos llegan así a unirse al pragmatismo de siempre de los anglo-sajones (cf. Introducción). Resulta que una solución tal deja intacto al problema y que, desembocando seguramente sobre una teoría de los "tipos de reacción" con presupuestos anatómico-funcionales, viene a chocar con la gran pregunta de las relaciones entre lo psicógeno y lo organógeno sin esperanza de solución a corto plazo.

Estas dificultades se agregarán a la necesidad, fuertemente percibida por los psiquiatras desde esa misma época, de oponer una doctrina presentable a las tesis psicoanalíticas. El psicoanálisis, en efecto, ganaba cada vez más terreno en psicopatología y forma parte de su misma naturaleza al presentarse como un sistema explicativo que tiende a la completitud y no falta de imperialismo. A aquellos que están en el exterior de su círculo, a menudo les resulta difícil lograr pensar que los sistemas que presenta no son más que la delgada armadura conceptual que encierra una enorme masa de hechos nuevos, surgidos de una experiencia que trastorna progresivamente el conjunto de nuestro universo conceptual y de la cual obtiene la extraordinaria capacidad de penetración que lo convirtió en tres cuartos de siglo en un hecho social de dimensión internacional. Por otra parte, el ángulo nuevo bajo el cual considera los fenómenos psicopatológicos, aquél de su significación subjetiva, lo lleva a considerar la observación clínica, centrada sobre la morfología externa de los fenómenos, como formal y estéril, incluso alienante.

La tendencia de numerosos psiquiatras, desde los años 20, parece haber sido pensar que el psicoanálisis debía su éxito a su sistema más o menos totalizante (o totalitario) y que era indispensable dar a sus concepciones, hasta entonces simples "tablas de orientación para la investigación" ⁹ como decía Jaspers, una orientación un poco más sistemática. A ello se debe el verdadero florecimiento de sistemas doctrinales en la psiquiatría reciente, la clínica ocupando la posición de una ilustración práctica de hipótesis antropológicas y patogénicas alrededor de las cuales ellos son construidos. Así, Minkowski, Guiraud ¹⁰, Ey en Francia, Schneider y la corriente fenomenológica en Alemania ¹¹, para citar los más conocidos, son los representantes bien típicos de una dirección tal. Los clásicos partían evidentemente de postulados previos pero, como lo señala Jaspers, se trataba de hipótesis de investigación, de orientaciones metodológicas fructuosas para la observación, no de grandes síntesis dogmáticas, de estructuras cerradas y estériles.

El resultado conjunto de las impases de la clínica, de la urgencia doctrinaria y de las perspectivas del pragmatismo terapéutico, es hacer desaparecer lentamente la clínica, su espíritu primero, su contenido luego. Abramos un manual clásico de psiquiatría: se trata más de un conjunto de documentos concretos, descriptos y analizados, que de un tratado de psicología patológica, como nuestras obras modernas, sin ejemplos, sin historias de

casos, sin ilustración, sin plan de examen ni verdadero inventario semiológico. Ya desde hace algunas décadas, la psiquiatría ha comenzado a tener vergüenza de la clínica pura, de la simple observación, de la mirada: una avalancha de justificaciones antropológicas debe enmarcar el examen y el diagnóstico psiquiátrico. Sin duda esta culpabilidad representa un "progreso de la conciencia" y la apertura sobre un tiempo en el que la destreza en la presentación de enfermos no es más la única fuente de prestigio de un practicante; parece simplemente que ha sido necesario, una vez más, pagar con una pérdida sensible una tal evolución.

¿Se puede ahora intentar analizar qué determinó el fracaso o al menos la falta de éxito del proyecto clínico? Al delimitar correctamente su eficacia, percibiremos mejor el punto de tropiezo.

Incuestionablemente, en el plano del inventario de los diversos cuadros psicopatológicos y de su descomposición en elementos simples, el enfoque clínico desemboca, en sus últimas etapas, en un pleno éxito. Si nada se ha podido agregar después es probablemente porque no había gran cosa que hubiera sido dejada de lado.

Ya lo hemos señalado, pero esto aparece, a partir de entonces, más claramente por contraste, el problema no resuelto o más bien resuelto parcialmente y por lo tanto de manera insatisfactoria sobre el plano doctrinario, es el del diagnóstico de *la naturaleza* de la perturbación en causa, y por ende del pronóstico, de la evolucionabilidad previsible, del futuro del paciente y de su enfermedad.

Por lo tanto debemos interrogar al enfoque clínico sobre ese problema de la "naturaleza" de las perturbaciones psicopatológicas para encontrar ahí lo que probablemente determina desde el principio las aporías que vuelve a encontrar en su punto de llegada. Desde su origen en Pinel, la clínica, ya lo hemos visto, reposa sobre el postulado de que el cuadro clínico reenvía a una esencia que *es* su realidad, siendo esta esencia naturalmente concebida como un fenómeno material, y en este caso corporal, somática. Un postulado tal reposa sobre dos grandes determinaciones, que por otra parte están íntimamente ligadas:

- pertenece a la naturaleza misma del pensamiento empírico el concebir el orden de los fenómenos como una cáscara opaca que recubre la esencia pura, la realidad última que es la responsable de la primera. Ahí está su idealismo oculto pues ella apunta finalmente a mostrar en la realidad, por un ascetismo de la mirada, el concepto puro que da cuenta de las apariencias. Limitando entonces su enfoque a una observación sistemática y a una clasificación de los fenómenos encontrados, ella desemboca fatalmente sobre el postulado que invalida todo enfoque clasificatorio¹². Es decir, la confusión de las clases que se definieron con seres concretos, naturalezas que tienen su propia existencia en un plano que trasciende el orden de los fenómenos. Así la psiquiatría clínica pasará de la descripción tan rica de un síndrome a su erección en entidad clínica, en "forma natural" (Falret);
- desde el momento en que los fenómenos psicológicos son observados y recolectados como si se tratara de realidades materiales, substanciales, se tiende naturalmente a otorgarle esa misma materialidad y por lo tanto a hacer automáticamente de ellos el doble de una realidad más tangible. ¿Y qué otra realidad tangible prestar a una manifestación subjetiva, desde el momento en que no sería posible relacionarla con un ser sobrenatural, que aquella del cuerpo? Por eso la clínica, desde el origen, concibe la locura como una

enfermedad y al enfermo mental como el sujeto de un cuerpo enfermo (cf. Morel que expresa muy claramente esta posición metafísica). Y ya que se trata de una enfermedad, de un proceso patológico en el sentido del cuerpo, es necesario delimitar las manifestaciones específicas, describir los procesos perfectamente diferentes unos de los otros, pasar así del análisis de la forma que acepta perfectamente una descomposición en elementos simples, a la idea del mismo número de enfermedades particulares: entonces comienza la búsqueda del caso típico, puro, que se manifiesta una rareza, cuando no es simplemente una construcción del observador.

El valor heurístico que ha tenido un enfoque tal es indudable: de Pinel a Bleuler o Guiraud, progresivamente se delimitó toda una gama de perturbaciones mentales que si no corresponden en todos los detalles a esta concepción (las reacciones de la personalidad, los factores psicodinámicos están lejos de ser despreciables, ¿quién se sorprendería?¹³, le responden a grosso modo y reciben de la misma una luz decisiva: se trata sin duda de las demencias, de los síndromes confusionales y de las oligofrenias. Han servido de modelo a la conceptualización del resto de la patología mental, del cual, sin embargo, una fosa los separa. Evidentemente se plantean problemas de delimitación, ya lo hemos visto, pero se comienzan a aclarar en las concepciones del tipo Birnbaum-Kretschmer (oposición de lo patogénico y de lo patoplástico: cf., cap. 15). Hubiera sido por otra parte infinitamente más simple si todo no hubiera sido oscurecido sin cesar por la manera en la que eran comprendidas las perturbaciones mentales "esenciales", las psicosis propiamente dichas. Al querer pensarlas sobre el mismo modelo, se borraba inmediatamente lo que mostraba la evidencia de la clínica: se trataba fundamentalmente aquí de algo diferente. La división de las psicosis puras en reactivas y procesuales, si tiene cierto valor clínico (¿los factores reactivos están o no en primer plano en un síndrome?) desplaza el plano de clivaje real e invalida toda división, ya que las psicosis "procesuales" se presentan entonces como más cercanas de las psicosis orgánicas que de las perturbaciones "constitucionales".

No se trata evidentemente de mostrar el "error", incluso la "falta" de los clásicos: ellos operaban, como era lógico hacerlo, con los medios, en el sentido extenso, con que contaban. Se trata, partiendo de conocimientos nuevos a los cuales ellos no tenían acceso, aquellos que obtenemos de la comprensión psicoanalítica de la psicopatología, de determinar las razones de su fracaso en la naturaleza misma de su enfoque. Y esto a fin de obtener, para nosotros mismos, una enseñanza, pues lo que invalidaba su investigación continúa pesando sobre las nuestras: el enfoque clasificatorio está igualmente presente en el pensamiento psicodinámico. Continuamente, tiende a hacer pasar desde el plano de la descripción y de la clasificación de los mecanismos psicopatológicos (no se trata más de los cuadros clínicos) al de las esencias, de las "estructuras". ¿Quién no percibe el parecido entre las dificultades que encontraba la clínica y aquellas que reflejan las interminables discusiones sobre el tema de saber si tal paciente *es* o no psicótico?

La actitud diagnóstica es un residuo psiquiátrico en el interior del enfoque psicoanalítico, que tiende a desembocar sobre otra cosa que una comprensión de la esencia, de la naturaleza categorial del paciente. Debería buscar la descripción de cierto tipo de equilibrio de la personalidad, de cierto momento de la evolución vital y en un contexto relacional particular, equilibrio de mecanismos funcionales específicos, más o menos gravemente patológicos, es decir más o menos costosos para el sujeto, y remitiendo a estructuras clínicas que los tipifican en su pureza (los grandes síndromes neuróticos, psicóticos, caracterológicos). Ningún caso clínico concreto corresponde a un resultado puro de un único tipo de esos mecanismos: se los encuentra, de hecho, a todos reunidos en cada caso particular, en cada personalidad particular. Es su proporción, su *equilibrio*

dinámico y su interacción funcional, lo que le confiere su coloración específica a cada caso o más bien a cada etapa de la evolución vital de cada caso. Finalmente, ¿cómo comprender en forma diferente la posibilidad del proceso terapéutico que busca siempre modificar este equilibrio en el sentido de lo menos costoso, de lo más económico para el sujeto (cf. para los casos de los neuróticos, el levantamiento de la represión por el juicio de condena en la concepción freudiana)? Conceptualizando finalmente al sujeto como una mónada cuya naturaleza propia es independiente del medio y de los acontecimientos relacionales, del cual toda la evolución posible está inscripta en el condicionamiento inicial, el diagnóstico de estructura parece no tomar en cuenta que si el orden relacional es fundador para el sujeto, continúa determinando sin cesar su evolución y su presentación del momento (incluido, por otra parte, en el curso de las entrevistas psicológicas).

Por lo demás, la concepción dinamista está muy presente en la mayor parte de los trabajos de clínica psicoanalítica, en suspensión o más bien en equilibrio inestable con la actitud diagnóstica. Se la encuentra particularmente en Freud, siempre más bien avaro de diagnósticos "estructurales" y a quien no le repugnaba para nada ver al mismo enfermo oscilar de neurosis a psicosis o a perversión. Me parece, sin embargo, que el pasaje del problema del plano de las intuiciones y de las actitudes espontáneas al de los conceptos claros, no puede más que ayudar a su resolución. Todavía falta tomar muy en consideración el hecho de que no se trata aquí de una cuestión puramente teórica: la relación con el enfermo subyace sin cesar a las actitudes que se adoptan en relación a él y la oscilación entre dos actitudes metodológicas no hace más que traducir la que existe entre dos tipos de abordaje personal y de conducta práctica. Los analistas que se ocupan desde hace mucho tiempo de los enfermos graves, aquellos en los cuales los mecanismos psicóticos son de utilización predominante, siempre han llamado la atención sobre todo lo que la actitud diagnóstica ocultaba de miedo, de rechazo y finalmente de identificación negada¹⁴.

Así, este largo estudio del saber y de los enfoques psiquiátricos desemboca en una cuestión de orden puramente analítica: las aporías del enfoque clínico serán realmente superadas cuando los analistas se hayan liberado, en el sentido de la cura, del psiquiatra (en el mal sentido del término) que dormita todavía en ellos. Es más allá que ellos pueden volver a encontrar en ellos mismos los mecanismos que estructuran las psicosis y cuyo clivaje limita ese personaje de censor: una vez más en psicoanálisis, reconciliación y conocimiento van juntos.

1. Referente a mi empleo del término de *clínica*, cf. *supra* "Introducción", p. 9.
2. Todavía en 1937, P. Petit les consagrará una hermosa tesis, escrita bajo la inspiración de Guiraud: *Les delires de persécution curables*. Hemos evocado el trabajo de Mayer-Gross que piensa hacer de ello una "onirofrenia" autónoma pero renuncia rápido.
3. Se recuerda la posición en la que desemboca Bleuler. Parece bastante problemática, de todos modos, en un marco organicista.
4. Cf. Claude et Ey: "Troubles psychosensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique", *La Presse Médicale*, 1933, p. 1285. "Les états hallucinatoires á types schizophréniques de l'encéphalite chronique et le problème des hallucinations", *L. Encéphale*, 1933, II, p.485 a 503.
5. Cf. K. Schneider, *Psychopathologie clinique*, Masson, 1976; o los manuales recientes de Mayer-Gross y de Weitbrecht.

6. Lo prueba la variabilidad de la jerarquía de esos niveles desde el primer trabajo con Rouart (1936), recientemente reeditado, hasta el Manual más reciente.
7. Solución propuesta por H. Baiuk desde 1932 y retomada ampliamente por Ey.
8. Como lo hemos señalado, ya la primera edición del Dide y Guíaud tenía pura y simplemente en cuenta la existencia de síndromes orgánicos de expresión pseudo-constitucional.
9. Al hojear el tratado de Kraepelin, ese monumento de la psiquiatría clásica, sorprende el poco lugar, apenas algunas páginas, consagrado a las posiciones doctrinales del autor. Lo mismo es válido para todos los grandes textos clásicos.
10. Cf. *La Psychiatrie Générale*, Le Francois, 1950 que agrega a la tercera edición del Dide y Guíaud, rebautizado *Psychiatrie clinique* (la oposición de los términos es en si misma suficiente mente significativa).
11. A partir de Jaspers efectivamente, la intuición fenomenológica se carga con toda una masa de certidumbres que conciernen a la estructura del sujeto, de la consciencia, del mundo, etc. que enturbia su pureza y la transforma, de indispensable herramienta de trabajo, en enfoque tautológico y sospechoso. Cf. el informe de Rumke al Congreso de 1950, I, p. 125 a 173.
12. Cf. J. Gagey, *Analyse spectrale de la psychologie*, cap. III, "La psychologie sauvage", donde se encontrará un notable análisis del pensamiento clasificatorio en psicología.
13. El desinterés por ese tipo de perturbaciones (como por las afecciones neurológicas de las funciones superiores) es uno de los factores de limitación del pensamiento psicodinámico.
14. ¿Freud no había ya chocado, en lo concerniente a las neurosis, con la misma segregación?

- Anglade - "Les delires systématisés secondaires", *Rapport au congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Paris, 1899.
- Arndt R. - *Lehrbuch der Psychiatrie*, Wien & Leipzig, 1883.
- Babinski J. - OEuvre, Masson, 1924.
- Babinski J. y Froment J. - *Hystérie. Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*. Masson, 1917.
- Baillarger J. - *Recherches sur les maladies mentales*, 2 vol., Paris, 1890. Ball B. - *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1880-1883. Ballet G. - *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, Paris, 1886. Ballet G. - *Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses*. Paris, 1897. Ballet G. - (Bajo la dirección de), *Traite de pathologie mentale*, Doin, 1904. Ballet G. - "La psychose hallucinatoire chronique", *L'Encéphale*, 1911, II, p. 401. Baillet G. - "La psychose hallucinatoire chronique et ladésagiegationdelapersonnalité", *L'Encéphale*, 1913, II, p. 501.
- Ballet G. et Mallet R. - "Hallucinations et dissociation de la personnalité", *L'Encéphale*, 1913, II, p. 1.
- Ballet G. et Mallet R. - "Aperçu sur la psychologie pathologique des hallucinations", *Paris Medical*, 1913.
- Barbé A, Delmas A. y Laignel Lavastine N. - *La pratique psychiatrique*, 2da. ed., Baillière, 1929.
- Barrucand D. - *Histoire de l'hypnose en France*, PUF, 1967. Baruk H. - *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, Masson, 1938. Baruk H. - *Précis de psychiatrie*, Masson, 1950. Bayle A.L.J. - *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, 1822; Reedicción parcial, *La paralysie générale*, Edition du Centenaire, Masson, 1922.
- Bayle A.J.L. - *Traite des maladies du cerveau et de ses membranes*, Paris, 1826.
- Bercherie P. - "Le phénomène Pinel", *Omicron* ? 15, p. 136. Bernheim H. - *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 2da. ed., Doin, 1903. Bernheim H. - *L'hystérie*, Doin, 1913.
- Bessière R. - "La théorie de Specht", *Revue de Psychiatrie*, 1913, p.402 a 411. Binet A. - *Les altérations de la personnalité*, 1892. Binswanger O. y Siemerling E. - *Lehrbuch der Psychiatrie*, Jena, 1904. Bleuler E. - *Detnentia Praecox or the group of schizophrenias*, International Universities Press, New York, 1950.
- Bleuler E. - *Textbook of Psychiatry*, Amo Press, New York, 1976. Bleuler E. - "The theory of schizophrenic negativism", *The Journal of Nervous and Mental Diseases Publishing Company*, New York, 1912. Bleuler E. - "La schizophrénie", *Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes* (Genève, Lausanne, 1926), Masson, 1926. Blondel C. - *La conscience morbide*, 2da. ed., Alean, 1928.
- Borel A. - "Réveus et boudeurs morbides", *Journal de Psychologie*, 1925, p.516 a 535.
- Bréhier H. - "La philosophie moderne", *Histoire de la philosophie*, 1929-1932, II.
- Bnerrc de Boismont A. - *Des hallucinations*. 3ra. ed., Paris, 1862.

- Brierre de Boismont A. - *Des maladies mentales* (Extrait de la Pathologie Médicale du Pr Requin). Paris, 1866.
- Briquet P. - *Traite clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris. 1859. Broussais F.J.V. - *De l'irritation et de la folie*. Paris. 1828. Burckard E. - "Les conceptions psychiatriques de Wernicke", *Travaux de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg*, 1931. IX. p. 45 á 141.
- Cabanis P.J.G. - *Rapports du physique et du moral de l'homme*, 3ra. ed.. Paris. 1843. Calmeil L.F. - *Traite des maladies inflammatoires du cerveau*, 2 vol., Paris. 1859. CastelR. - *L'ordre psychiatrique*, ed.de Minuit, 1976. Ceillier A. - "Les mélancoliques anxieux persécutés". *Annales Médico-Psychologiques*, 1921. II. p. 1 y 110.
- Ceillier A. - "Les influencés" *L'Encéphale*, 1924, p. 152. 225. 294, 370.
- Charcot J.M. - *Lecons sur les maladies du système nerveux*, Paris, 1887, III.
- Charcot J.M. - *Lecons du Mardi á la Salpêtrière*, Reedición parcial, Retz, 1974.
- Charcot J.M. - "La foi qui guérit", *Archives de Neurologie*, 1893, p. 87.
- Chaslin P. - *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895.
- Chaslin P. - *Eléments de sémiologie et de clinique mentales*, Asselin y Houzeau, 1912. Christian J. - "De la démence précoce des jeunes gens", *Annales Médico-Psychologiques*, 1899, I. p. 43, 200, 420; II, p. 5 y 177.
- Claude H. - "Les psychoses paranoïdes", *L'Encéphale*, 1925, I, p. 137 a 149. Claude H. - "Démence précoce et schizophrénie". *Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*. (Ginebra-Lausana, 1926), Masson, 1926.
- Claude H. - "Schizophrénie á forme imaginative", *L'Encéphale*, 1930, II, p. 715 a 727. Claude H. - "Paraphrénie et psychose paranoïde", *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1933, p.417 a 421. Claude H. y Ey H. - "Evolution des idées sur l'hallucination", *L'Encéphale*, 1932, I, p. 361 a 377. Claude H. y Ey H. - "Hallucinoses et hallucinations", *L'Encéphale*, 1932, I, p. 576 a 621. Claude H. y Ey H. - "Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions", *Annales-Médico-Psychologiques*, 1932, II, p. 273 a 316. Claude H. y Ey H. - "Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique", *La Presse Médicale*, 1933, p. 1281 á 1285. Claude H. y Ey H. - "Les états hallucinatoires a type schizophrénique de l'encéphalite épidémique chronique et le problème des hallucinations", *L'Encéphale*, 1933, II, p. 485 a 503. Claude H. y Montassut M. - "La compensation idéo-affective", *L'Encéphale*, 1925, II, p. 557 a 569. Claude H., Robin G. y Borel A. - "La constitution schizoïde et la constitution paranoïque". *L'Encéphale*, 1923, II, p.481 a493. Claude H., Robin G. y Borel A. - "Démence précoce, schizomanie, schizophrénie", *L'Encéphale*, 1924, I, p. 145 a 151.
- Claude H., Robin G. y Borel A. - "La constitution schizoïde", *L'Encéphale*, 1924, I, p. 209 a 216.
- Claude H. y Robin G. - "Le puérilisme schizomaniaque", *L'Encéphale*, 1925, II, p. 389 a 398. Claude H. y Robin G. - "La discrimination entre la démence précoce et la schizophrénie par l'ethnisation", *L'Encéphale*, 1925, II, p. 289 a 296. Claude H. y Robin G. - "L'indifférence et le négativisme schizomaniaque", *Annales Médico-Psychologiques*, 1925, p. 435 a 446. Claude H. y Robin G. - "La schizomanie simple", *Annales Médico-Psychologiques*, 1925, p. 458 a 474.
- Clérambault G.G. (de) - *CEuvre psychiatrique*, PUF, 1942.
- Colin H. - *Essai sur l'état mental des hystériques*, Paris, 1890.
- Cotard J. - *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*, Paris, 1891.
- Cousin V. - *Philosophie Ecossaise*, 3raed., Pans, 1888.
- Cullère A. - *Les frontières de la folie*, Paris, 1888.
- Dagonet H. - *Nouveau traite élémentaire et pratique des maladies mentales*, (2da. ed. del Traite). Paris, 1876.
- Delasiauve L. - "Essai de classification des maladies mentales", *Recueil de la Société libre de l'Eure*. 1844.
- Delasiauve L. - "Du diagnostic différentiel de la lypémanie", *Annales Médico-Psychologiques*, Paris. 1851, p. 38.
- Delasiauve L. - "Des diverses formes mentales", *Journal de Médecine Mentale*, Paris, 1861, I, p. 4 a 14.
- Delasiauve L. - "Des pseudo-monomanies ou folies partielles diffuses", *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, 1859, p. 219.
- Delmas A. y Bol! E. - *La personnalité humaine*, Paris, 1922.

- Deny G. - "Les demences precoces". *Traite International de Psychologie pathologique* d'A. Mane. Alean. 1911. II. p. 439 a 477. Deny G. - "Démence précoce". *Traite de Pathologie Medicale et de Thérapeutique appliquée* de E. Sergent - Psychiatrie. Paris. 1921, II, p. 167 a 202. Deny G. - "La cyclothymie", *La Semaine Medicale*, 1908, p. 169 a 171. Desruelles M.. Leculier P. et Gaidien M.P. - "Contribution a l'histoire des classifications psychiatriques". *Annales Médico-Psychologiques*, Paris. 1934, I, p. 637. Devaux A. et Logre J.B. - *Les anxieux*, Paris. 1917. Dide M. - *Les idéalistes passionnés*, Alean. 1914. Dide M. - "Variations psychopathiques de l'intuition durée - étendue", *Journal de Psychologie*, 1929. p.410a424.
- Dide M. et Guiraud P. - *Psychiatrie du Médecin praticien*, Masson, 1922. Duchesneau F. - *L empirisme de Locke*, La Haye, Martinus Nijhoff, 1973. Dumas G. - *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, Alean, 1919. Dumas G. y Aimé H. - *Névroses et psychoses de guerre chez les austro-allemands*, Alean, 1918. Dumas G. y Aimé H. - "La pathologie mentale". *Traite de Psychologie*, Alean, 1924, II. p. 811 a 1006.
- Dupré E. - *Pathologie de l'Imagination et de l'émotivité*, Payot, 1925. Ellenberger H. F. - *Essai sur le syndrome psychologique de la catatôme*, Poitiers, 1933. Ellenberger H. F. - "La conférence de Freud sur l'hystérie masculine (15 de octobre 1886)", *Information psychiatrique*, 1968, p. 921 a 929. Esquirol E. - *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*, 2vol., Paris, 1838.
- Ey H. - *Halucinations et delires*. Alean, 1934. Ey H. - *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brouwer, 1954, III. Ey H., Bernard P. y Brisset C. - *Manuel de Psychiatrie*, 4ta. ed., Masson, 1974. Falret J.P. - *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, 1864. Falret J.P. - *De l'hypocondrie et du suicide*, Paris, 1822.
- Falret Jules - *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1890. Falret Jules - "Du delire de persécution chez les alienes raisonnants", *Annales Médico-Psychologiques*, 1978, p. 396.
- Ferdière G. - *L'érotomanie*, Doin, 1937. Foucault M. - *Naissance de la Clinique*, 2da. ed., PUF, 1972. Foucault M. - *Les mots et les choses*, Gallimard, 1966. Foucault M. - *Surveiller et punir*, Gallimard 1975. Foucault M. y coll. - "*Moi, Pierre Rivière. ...*", Gallimard, 1973. Freud S. - *Oeuvres complètes*. Cf. R. Dufresne, "Pour introduire la lecture française de Freud. Notes bibliographiques", *Interprétation*, 1971, V. p. 41 a 97. Gagey J. - *Analyse, spectrale de la psychologie*, Marcel Rivière, 1969. Garnier P. - *La folie à Paris*, Paris, 1890. Génil-Perrin G. - *Histoire des origines et de l'évolutions de l'idée de dégénérescence en Médecine mentales*, Leclerc, 1913.
- Génil-Perrin G. - *Les paranoïaques*, Maloine, 1977.
- Georget E.J. - *Déla folie*, Paris, 1820. Reediación parcial, Privat, 1972, con un prólogo de J. Postel.
- Gilès de la Tourette - *Traite clinique et thérapeutique de l'hystérie. Hystérie normale ou interparoxystique*, Paris, 1981.
- Griesinger W. - *Traite des maladies mentales*, traducido de la 2da. ed. alemana, Paris, 1865. Griesinger W. - "La pathologie mentale du point de vue de l'école somatique allemande", *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, 1865, p. 1. Guiraud P. - "Les formes verbales de l'interprétation delirante", *Annales Médico-Psychologiques*, 1921, p.395a412.
- Guiraud P. y Sonn M. - "Delire systématisé avec hallucinations visuelles et considérations sur la psychologie des delires", *Annales Médico-Psychologiques*, 1925, p. 106 a 117. Guiraud P. - *Psychiatrie générale* Le François, 1950. Guiraud P. - *Psychiatrie clinique*, Le François, 1956. Guislain J. - *Traite sur les phrénopathies*, Bruselas, 1933. Guislain J. - *Legons orales sur les phrénopathies*, 2 vol, 2da. ed., Paris, 1880. Halberstadt G. - "Une question de doctrine psychiatrique: la psychose delirante dégénérative aiguë", *Annales Médico-Psychologiques*, 1922, p. 100 á 117.

- Halberstadt G. - "Contribution à l'étude des hallucinose chroniques". *Annales Médico-Psychologiques*, 1926. p. 100.
- Halberstadt G. - "La paraphrénie hallucinatoire". *L'Encéphale*, 1933. p. 601. Halberstadt G. - "Les psychoses pré-séniles", *L'Encéphale*, 1934. p. 630 a 644 y 722 a 737. Halberstadt G. - "La forme hébédophrénique de la démence précoce", *Annales Médico-Psychologiques*, 1927. p. 23 a 32.
- Harms E. - "A fragment of Freud's Librai", *Psychoanalytic Quarterly*. 1971, p. 491 a 495. Haitenberg P. - *La névrose d'angoisse*, Alean, 1902. Hécaen H., y Lanteri-Laura G. - *Histoire des doctrines et des connaissances sur les localisations cérébrales*, Desclée de Brouwer, 1978.
- Heinroth J.C. - *Textbook of disturbances of Mental Ufe*, Baltimor, John Hopkins, 1975. Hesnard A. - "La folie, pensée organique", *Journal de Psychologie*, 1921, p. 229 a 241. Heuyer G. et A Borel - "Delire de réverie", *Journal de Psychologie*, 1923, p. 85 a 90. Huss M. - "De Talcoolisme chronique", traduction résumée par Renaudin, *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, 1853, p. 60 a 88.
- Janet P. - *L'état mental des hystériques*, 2da. ed., Alean, 1911. Janet P. - *Les obsessions et la psychasthénie*, Alean, 1903, I. Janet P. - *De l'angoisse à l'extase*, 2 vol., Alean 1925. Janet P. - "L'hallucination dans le delire de persécution", *Revue Philosophique*, 1932, p. 60 a 96 y 279 a 331. Janet P. - "Les sentiments dans le delire de persécution", *Journal de Psychologie*, 1932, p. 161 a 240 y 401 a 460.
- Jaspers K. - *Psychopathologie générale*, Alean, 1933. Jung C. G. - "The psychology of dementia praecox", *The Journal of Nervous and Mental Diseases Publishing Company*, New York, 1936. Kahlbaum K. L. - *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, Berlin, 1874, traduction anglaise: *Catatonía*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1973. Kéraval P. - "Les delires plus ou moins cohérents designes sous le nom de paranoia", *Archives de Neurologie*, 1894, p. 475; 1895, p. 25, 91, 187, 275.
- Kraepelin E. - *Compendium der Psychiatrie*, Ira. ed. (1883), 2da. ed. (1887), Abel Leipsig. Kraepelin E. - *Psychiatrie*, 3era. ed. (1889), 4ta. (1893), Abel-Leipzig; 5ta. (1896), 6ta. ed. (1899), 7ma. ed. (1904), 8va. ed. (1909-1913), Barth-Leipzig. Kraepelin E. - *Introduction a la psychiatrie clinique*, Vigot 1907. Kraepelin E. - *Trattato di Psichiatria*, traducción italiana de la 7ma. ed., Milán, 1907. Kraepelin E. - *Dementia Praecox and Paraphrenia*, traducción inglesa del capítulo IX de la 8va. ed. New York, Kieger, 1971. Kraepelin E. - *Manic depressive insanity and paranoia*, traducción inglesa de los capítulos XI y XIV de la 8va. ed., New York, Amo 1976.
- Krafft-Ebing R. Von - *Traite clinique de psychiatrie*, traducción de la 5ta. ed., Paris, 1897.
- Kretschmer E. - *La structure des corps et le caractère*, Payot, 1930. Kretschmer E. - *Psychologie médicale*, Doin, 1956. Kietschmer E. - *Paranoia et sensibilité*, PUF, 1963.
- Lacan J. - *De la psychose paranoiaque dans ses rapports avec la personnalité*, 2da. ed., Le Seuil. 1975
- Lalande A. - *Les théories de l'induction et de l'expérimentation*, Paris, Boivin, 1929. Lantén-Laura G. - *Histoire de la phrénologie*, PUF, 1970. Lantén-Laura G. - "Savoir et pouvoir dans l'oeuvre de P. Pinel", *Perspectives psychiatriques*, n° 65 1978, p. 77 a 85.
- Largeault J. - *Enquêtes sur le Nominalisme*, Lovaina, Nauwelaerts, 1971. Laségue C. - *Etudes médicales*, I, Paris, 1884. Laségue C. - *Ecrits psychiatriques*, Privat, 1971. Laségue C. y Morel B. A. - "L'Ecole psychiste allemande", *Annales Médico-Psychologiques*, Pan*. 1844, I, p. 40; II, p. 1, 157, 1845, p. 29. Legrand du Saulle H. - *Le delire des persécutions*, Paris, 1871. Lelut F. - *Du démon de Socrate*, Paris, 1836. Lelut F. - *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le delire aigu et dans la folie* Paris, 1836.
- Lévy-Valensi J. - *Précis de Psychiatrie*, 2da. ed., Baillière, 1939.
- Leuret F. - *Fragments psychologiques sur la folie*, Paris, 1834.
- Leuret F. - *Le traitement moral de la folie*, Paris, 1840.

- Lévy-Darras - *La psychose d'influence*, Steinheil, 1914. Luys J. - *Traite cùnique et pratique des maladies mentales*, Paris, 1881 ■ Magnan V. - *Recherches sur les centres nerveux*, 2da. serie, Paris, 1893.
- Magnan V. - *Lecons cliniques sur les maladies mentales*. Ira. serie, Progrés Medical, 1893, 2da ed. aumentada. Magnan V. - *Lecons cliniques sur les maladies mentales*, 2da serie: *Les delires systématisés*, Progrés Medical, 1897. Magnan V. Sérieux P. - "Le delire chronique á evolution systématique"; *Traite international de Psychologie pathologique* de A. Marie, Alean, 1911. p. 605 a 639. Marc C.G.H. - *De ja folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-fudiciaires*, 2 vol., Paris, 1840.
- Maréé L.V. - *Traite pratique des maladies mentales*, Paris, 1862.
- Maudsley - *La pathologie de l'esprit*, Paris, 1883.
- Meyerson I. y Qercy P. - "Des interprétations frustes", *Journal de Psychologie*, 1920, p. 811 a 822.
- Minkowski E. - *La schizophrénie*, 2da. ed., Desclée de Brouwer, 1953.
- Minkowski E. - "Recueil d'articles (1923-1965)" *Cahiers du Centre Françoise Minkowska*, 1965.
- Montassut M. - *Les paranoïiaques*, Commelin, 1924. Moreau de Tours J. - *Du hachisch et de l'aliénation mentale*, Paris, 1845. Moreau de Tours J. - "De l'identité de l'état de réveet de l'état de folie", *Annales Medico-Psichologiques*, 1855,1, p. 361.
- Moreau de Tours J. - *Traite pratique de la folie névropathique* (vulgo hystérique), Paris, 1869. Morel B.A. - *Etudes cliniques Traite théorique et pratique des maladies mentales*, 2 vol., Paris, 1852-1853. Morel B.A. - *Traite des dégénérescences physiques, inteüctuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857.
- Morel B.A. - *Traite des maladies mentales*, Paris, 1860. Morel B.A. - "Du delire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire", *Archives générales de Médecine*, Paris, 1866,1, p. 385, 530, 700.
- Morel B.A. - "Jacobi" *Anuales Médico-Psichologiques*, Paris 1848, p. 41, 181, 222, 550. Mueller F.L. - *Histoire de la psychologie de l'Antiquité á nosjours*, Payot, 1960. Nayrac P. - *Essai sur la démence paranoïde*, Leblanc et Durand, 1923. Nitsche P. et Wilmanns K. - "The history of the prison-psychoses", *Journal of Nervous and Mental Diseases publishing Company*, New York, 1912.
- Nodet C.H. - *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques*, Doin, 1937. Ombredane A. - *L'aphasie et l'élaboration de la pensée explicite*, PUF, 1950. Parchappe J.B.M. - *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, 2^e Mémoire: "Des altérations de l'encéphale dans les maladies mentales", Rouvier et Le bouvier, 1938.
- Parchappe J.M.B. - *Traite théorique et pratique de la folie*, Paris, 1841. Paulus J. - *Le problème de l'aliénation et l'évolution de la psychologie d'Esquirol á Pierre Janet*, Drez, 1941.
- Petit P. - *Les delires de persécution curables*, Paris, 1937. Picavet F. - *Les Idéologues*, Paris, 1891.
- Picavet F. - *Le Traite des sensations de CondiHac*, Paris, 1885. Pierre-Kahn - *La cyclothymie*, Steinheil, 1909. Pilcz A. - "Psychoses maniaques dépressives et périodiques", *Traite International de Psychologie pathologique* de A. Marie, 1911, II, p. 726 a 766. Pinel P. - *Nosographie philosophique ou la Méthode de l'Analyse appliquée á la Médecine*, 4ta. ed., 3 tomos, Paris, 1810.
- Pinel P. - *Traite médico-phüosophique sur l'Aliénation mentale ou iaManie*, Paris, An. IX. Pinel P. - *Traite médico-philosophique sur l'Aliénation mentale*, Paris, 1809. Politzer G. - *Critique des fondements de la psychologie*, PUF, 1968. Pottier P. - *Etude sur les alienes persécuteurs*, Paris, 1886.
- Raymond F. - "Névroses et Psychonévroses" *Traite International de Psychologie pathologique* de A. Marie, Alean, 1911, II, p. 1 a 77. Régis E. - *Précis de psychiatrie*, 5ta. ed., Doin, 1914.
- Régis E. - "La phase de réveil du delire onirique", *L'Encéphale*, 1911, p. 409. Régis E. et Hesnaid A. - "Les confusions mentales", *Traite International de Psychologie pathologique* de A. Marie, Paris, 1911, II, p. 795 a'913.

- Regnault E. - *Du degré de compétence du médecin dans les questions judiciaires*, Paris, 1830.
- Régnier et Grandchamps - *Histoire de l'hypnotisme*, Progrès Medical, Paris, 1890.
- Renard E. - *Le docteur de Clerambault. Sa vie. Son oeuvre (1872-1934)*, Le Francois, 1942.
- Richer P. - *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, 2da. ed., Paris, 1885.
- Rogues de Fursac J. - *Manuel de psychiatrie*, 5ta. ed., Paris, 1917.
- Rosen J. - *L'analyse directe*, PUF, 1960.
- Roubinovitch J. - *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, Paris, 1896.
- Rumke H. C. - "Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants", *Rapport au Congrès International de Psychiatrie de 1950, Psychopathologie générale*, Paris, I, p. 125 a 173.
- Sandras C.M.S. - *Traite pratique des maladies nerveuses*, Paris, 1851. Schneider K. - *Les personnalités psychopathiques*, PUF, 1955. Schneider K. - *Psychopathologie clinique*, Maloine, 1976.
- Schule H. - *Traite clinique des maladies mentales*, traducción de la 3ra. ed., Paris, 1888. Séglas J. - "La paranoia", *Archives de Neurologie*, 1887. p. 62, 221, 393. Séglas J. - *Les troubles du langage chez les aliénés*, Paris, 1892. Séglas J. - *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895. Séglas J. - "Le delire systématique primitif d'auto-accusation", *Archives de Neurologie*, 1899, p. 433 a 450.
- Séglas J. - "La démence paranoïde", *Annales Médico-Psychologiques*, 1900, p. 232. Séglas J. - "L'évolution des obsessions et leur passage au delire", *Archives de Neurologie*, 1903. p. 33 a 47.
- Séglas J. - "Notes sur L'évolution des hallucinations", *Journal de Psychologie*, 1913, p. 273 a 301.
- Séglas J. - "Hallucinations psychiques et pseudo-hallucinations verbales", *Journal de Psychologie*, 1914, p. 289 a 315.
- Séglas J. y Chaslin P. - "La catatôme", *Archives de Neurologie*, Paris, 1888, I, p. 254, 420; II, p. 52.
- Sémelaigne R. - *Les pionniers de la psychiatrie française, 2 voL, Baillière, 1930-32*. Sérieux P. - *La démence précoce, Coueslant, 1902*.
- Sérieux P. y Capgras J. - *Les folies raisonnantes et le delire d'interprétation*, Alean, 1909. Sérieux P. y Capgras J. - "Le delire d'interprétation", *Traite International de Psychologie Pathologique* de A. Marie, Alean, 1911, II, p. 640 a 690.
- Sérieux P. y Capgras J. - "Le Delire de revendication", *ibid.*, p. 691 a 707. Sérieux P. y Capgras J. - "Les delires chroniques systématisés", *Traite de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de E. Sergent, *Psychiatrie*, Maloine, 1921, I, p. 233 a 311. Storch A. - "The primitive-archaic forms of inner experience and thought in schizophrenia", *The Journal of Nervous and Mental Diseases Publishing Company*, New-York, 1924.
- Swain G. - *Le sujet de la folie*, Privat, 1977.
- Taine H. - *Les philosophes classiques du 19^e siècle en France*, 3ra. ed., Paris, 1968. Tanzi E. - *Trattato delle malattie mentali*, Milán, 1905. Targowla R. - "Les delires polymorphes", *L'Encéphale*, 1926, p. 18 a 36. Targowla R. y Dublineau J. - *L'intuition delirante*, Masson, 1931. Terrien E. - *Les interprétations delirantes au cours de la démence précoce*, Leclerc, 1913. Thuilié H. - *La manie raisonnée du Dr. Campagne*, Paris, 1870. Trélat U. - *Recherches historiques sur la folie*, Paris, 1839. Vaschide N. y Vurpas C. - *La logique morbide: l'analyse mentale*, Rudeval, 1903. Villey M. - *Cours d'Histoire de la Philosophie du Droit*, Montchretien, 1975. Wallon H. - *Delire de persécution. Le delire chronique à base d'interprétations delirantes*. Baillière, 1909.
- Wallon H. - *Les origines de la pensée chez l'enfant*, PUF, 1945. Weygandt G. - *Atlas - Manuel de Psychiatrie*, traducido y anotado por J. Roubinovitch, Baillière, 1904. Ziehen T. - *Psychiatrie*, Berlin, 1894.

ÍNDICE

Introducción.....	7
<i>1. Interés del estudio de la historia de la clínica psiquiátrica para el psicoanálisis. Desarrollo histórico y extensión espacial de la clínica psiquiátrica. Límites de este trabajo, 7. // 1) Clínica psiquiátrica y clínica psicoanalítica, 9.</i>	
<i>2) Concepción epistemológica de conjunto, 9.</i>	
<i>3) Principios de lectura, 10.</i>	
Agradecimientos.....	12
PRIMERA PARTE. LA PRIMERA PSIQUIATRÍA CLÍNICA: LAS ESPECIES DEL GENERO LOCURA	13
CAPITULO 1 - Pinel.....	15
<i>A. Las concepciones epistemológicas de Pinel: la doctrina de los Ideólogos, 15.</i>	
<i>B. Naturaleza, situación nosológica, división de la alienación mental, 17.</i>	
<i>C. Etiología y fisiopatología de la locura, 20.</i>	
<i>D. El tratamiento de la locura y la institución curativa, 21.</i>	
<i>E. Pinel y la anatomopatología, 23.</i>	
CAPITULO 2 - Esquirol	26
<i>A. Psicología, nosología y clínica en Esquirol, 26.</i>	
<i>B. Naturaleza, causas, tratamiento, curso y terminaciones, anatomía patológica de la locura, 29.</i>	
CAPITULO 3 - La descendencia de Esquirol.....	32
<i>A. La influencia del pensamiento médico y de Gall Anatomistas y psiquistas, 32.</i>	
<i>B. Georget: su posición intermedia dualista. Nosología: delirio agudo y estupidez. Concepciones de las causas y del tratamiento de la locura propiamente dicha, 33.</i>	
<i>C. La herencia de Georget: locuras agudas y locuras crónicas, 36.</i>	
<i>D. Nosología y psicopatología de los alumnos de Esquirol. El problema de la alucinación: automatismo psicológico y estesia, 37.</i>	

CAPITULO 4 - Guislain y Griesinger	41
A. <i>Los psiquistas y los somatistas en la psiquiatría alemana anterior a Griesinger</i> , 41.	
B. <i>Guislain: psicopatología: la frenalgia inicial Nosología</i> , 41.	
C. <i>Concepciones psicológicas de Griesinger: el psiquismo como actividad del cerebro y el yo. Metamorfosis del yo en la locura</i> , 43.	
D. <i>La nosología de Griesinger: el ciclo evolutivo de la locura</i> , 45.	
SEGUNDA PARTE - LOS FUNDAMENTOS DE LA NOSOLOGÍA CLÁSICA. . . .	49
CAPITULO 5 - El descubrimiento de Bayle	51
A. <i>Evolución de las diferenciaciones nosológicas con Baillarger y Delasiauve</i> , 51.	
B. <i>La concepción de la parálisis general y la nosología de Bayle</i> , 52.	
C. <i>Originalidad de las concepciones de Bayle: la entidad clínica-evolutiva</i> , 54.	
D. <i>La aceptación progresiva de la parálisis general y su repercusión nosográfica: Locuras puras y locuras sintomáticas</i> , 55.	
CAPITULO 6 - La enseñanza de J. P. Falret	58
A. <i>Los tres periodos del pensamiento de Falret: anatómico, fisiológico, clínico</i> , 58.	
B. <i>Psicopatología de Falret, las tres fases de la locura, el rechazo de la monomanía</i> , 59.	
C. <i>El proyecto de una nueva nosología y el desmembramiento de los síndromes pinelianos. El ejemplo de la parálisis general y de la controversia sobre la locura circular</i> , 60.	
D. <i>Laségue: el delirio de persecución. Otros trabajos</i> , 62.	
E. <i>Falret hijo: el desmembramiento de las monomanías rasonantes. Los alienados perseguidores</i> , 63.	
CAPITULO 7 - Morel	68
A. <i>Las concepciones nosológicas de Morel: la dimensión etio-patogénica</i> , 68.	
B. <i>La antropología de Morel y la teoría de la degeneración: predisposición y locura</i> , 69.	
C. <i>Las especies nosológicas de Morel. Las locuras hereditarias</i> , 73.	
D. <i>Las locuras neuróticas y las otras clases nosológicas</i> , 75.	
CAPITULO 8 - Kahlbaum	
A. <i>El discípulo de Falret: concepciones doctrinarias</i> , 78.	
B. <i>La nosología de Kahlbaum</i> , 79.	
C. <i>La descripción de ja catatonía</i> , 81.	
TERCERA PARTE - LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA: LA CLÍNICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	
CAPITULO 9 - Consideraciones generales	
A. <i>El papel de modelo de la Neurología</i> , 87.	
B. <i>Concepciones psicológicas generalmente admitidas</i> , 88.	

CAPITULO 10 - La escuela de Illeau.....	91
A. <i>La psiquiatría alemana pre-kraepeliniana: la influencia de Morel; el problema de la paranoia</i> , 91.	
B. <i>Krafft-Ebing: las especies constituyentes de su nosología</i> , 93.	
C. <i>Schule: nosología y psicofisiología</i> , 94.	
D. <i>Las concepciones nosológicas en Italia</i> , 95.	
E. <i>Caracteres generales de la clínica alemana pre-kraepeliniana: permanencia de la concepción sindrómica del primer periodo</i> , 96.	
CAPITULO 11 - Magnan	98
A. <i>La histeria de Charcot. La clasificación de Magnan: los estados mixtos</i> , 98.	
B. <i>Las psicosis no degenerativas. El delirio crónico</i> , 99.	
C. <i>Las psicosis de los hereditarios-degenerados. Estado mental del degenerado, análisis de las perversiones sexuales, caracteres generales de los delirios</i> , 101.	
D. <i>Caracteres generales: la ortodoxia Falret-Morel</i> , 103.	
CAPITULO 12 - Kraepelin antes de 1900	106
A. <i>Las tres primeras ediciones (1881-1889): de Wundt a Krafft-Ebing</i> , 106.	
B. <i>La cuarta y la quinta edición (1893-1896): la influencia creciente de Kahlbaum</i> , 108.	
C. <i>La clásica sexta edición (1899): concepciones nosológicas</i> , 111.	
D. <i>Paranoia, locura maniaco-depresiva y demencia precoz en 1899</i> , 112.	
E. <i>El saldo de la influencia de Illeau</i> , 115.	
CAPITULO 13 - Séglas y el grupo de la Salpêtrière	117
A. <i>Caracteres generales del grupo</i> , 117.	
B. <i>La confusión mental: 1) El trabajo de Chaslin</i> , 118; 2) <i>Séglas y Régis</i> , 119.	
C. <i>Los delirios sistematizados: 1) Concepción General</i> , 120, 2) <i>Cotardy el delirio de negación</i> , 121; 3) <i>Ballet: perseguidos auto-acusadores e hipocondría</i> , 122; 4) <i>La síntesis: Séglas</i> , 122; 5) <i>Alucinaciones psico-motrices y perseguidos poseídos de Séglas</i> , 124; 6) <i>Caracteres generales de las concepciones del grupo sobre los delirios sistematizados o paranoias. La recapitulación de Arnaud</i> , 125.	
D. <i>La demencia precoz: la posición de Séglas. Sérieux y la doctrina francesa</i> , 127.	
CUARTA PARTE - LA PSIQUIATRÍA MODERNA: LA ERA PSICODINAMICA	131
CAPITULO 14 - Los clásicos franceses.....	133
A. <i>Sérieux y Capgras: La descripción del delirio de interpretación y del delirio de reivindicación, psicopatología y situación nosológica de la paranoia</i> , 133.	
B. <i>Gilbert Ballet: Concepción clínica y psicopatológico de la Psicosis alucinatoria crónica. La evolución de la concepción de las alucinaciones en Séglas de 1900 a 1913</i> , 136.	
C. <i>Babinski: 1) La restricción progresiva del grupo de las neurosis y la psicostenia de P. Janet</i> , 139; 2) <i>La disolución de la concepción de la histeria de Charcot: Babinski</i> , 140.	

- D. Dupré: 1) *Déjà vu y la ciclotimia*. 142; Ey *La constitución emotiva de Dupré*. 142; 3) *Otras constituciones patológicas*. 143; 4) *Los delirios de imaginación de Dupré y la nosología francesa clásica de los delirios sistematizados crónicos (Sérieux y Capgras)*, 144.
- E. *Caracteres fundamentales de la nosología de los Clásicos franceses: la emergencia de la dimensión psicopatológica en clínica. Dificultades de la teoría de las constituciones*, 146.

CAPITULO 15 — La corriente psicodinámica alemana 151

- A. *Las concepciones de Moebius: histeria y degeneración*, 151.
- B. *Las afecciones psicógenas: 1) Psicología de los complejos y concepción de la paranoia en Bleuler*, 152; 2) *Las psicosis de las prisiones, modelo de la patología reactiva*, 153.
- C. *La esquizofrenia: 1) La concepción de Jung*, 154; 2) *Comprensión psicoanalítica de los síntomas y perturbación primaria organógena en la concepción de Bleuler*, 154; 3) *Concepciones de los síntomas primarios*, 156; 4) *División y extensión de la esquizofrenia según Bleuler*, 158.
- D. *Kretschmer: 1) Las formas benignas y abortivas de paranoia*, 159; 2) *Teoría del carácter y patología reactiva: las reacciones primitivas, expansivas, sensitivas, asténicas*, 160; 3) *El delirio de relación sensitiva y el desmembramiento de la paranoia de Kraepelin*, 162; 4) *La tipología caracterológica de Kretschmer: esquizoides, ciclotímicos y viscosos*, 164; 5) *El diagnóstico es traficado y el análisis psicopatológico*, 165.

CAPITULO 16 - Kraepelin después de 1900 - Jaspers 168

- A. *Kraepelin después de 1900: 1) La séptima edición (1904) y las concesiones a la corriente dinamista*, 168; 2) *La octava edición: modificaciones nosológicas*, 169; 3) *Las afecciones constitucionales*, 174; 4) *Demencias endógenas y parafrenias*, 172; 5) *La nueva división de la demencia precoz y sus debilidades. Comparaciones de la nosología de las psicosis en Kraepelin, Bleuler y los autores franceses*, 174.
- B. *Jaspers: 1) La crítica conceptual: relaciones de comprensión y relaciones de causalidad*, 176; 2) *Reacciones y desarrollo de la personalidad, procesos orgánicos, fases y procesos psíquicos. Las experiencias procesuales esquizofrénicas*, 178; 3) *Las concepciones nosológicas de Jaspers y la evolución ulterior de la psiquiatría clínica alemana*, 180.

CAPITULO 17 - La psiquiatría francesa del período de entre guerras 184

- A. *La corriente "fenomenológica": 1) La consciencia mórbida de Blondel*, 184; 2) *Guiraud: formas pasionales y procesuales de los delirios interpretativos*, 186; 3) *Las concepciones doctrinales y nosológicas de Dide y Guiraud. Teoría y clínica de los delirios crónicos y de la demencia precoz*, 187; 4) *Targowla y Dublineau: la intuición delirante. Minkowski y la Esquizofrenia*, 190.
- B. *De Clérambault: 1) Trabajos preliminares*, 191; 2) *Disociación de la paranoia; la erotomanía y las psicosis pasionales*, 192; 3) *Clínica y concepción dogmática del automatismo mental*, 194; 4) *Concepción automática del delirio*

de interpretación, 197; 5} Las críticas de la escuela de Ande. El problema de las alucinaciones (H. Ey), 199.

- C. *La escuela de Qaude: 1) Las locuras discordantes de Chaslin, 201; 2) La constitución esquizoide y las psicosis paranoides, 202; 3) Esquizoses y parafrenia, 203; 4) Los trabajos de Banik sobre la Catatonía, 205; 5) Demencia precoz y esquizofrenia en el grupo de Claude, 205.*

Conclusión..... 209

- A. *1} El relativo fracaso nosológico: los tres grupos de Jaspers, 211; 2) Las reacciones dogmática, ecléctica y empírica, 212: 3) El psicoanálisis y la era de los sistemas, 213.*
- B. *Éxito y fracaso de la clínica psiquiátrica: la hipoteca médico-empírica. Actitud diagnóstica y concepción dinamista en psicoanálisis o el saldo psiquiátrico, 214.*

Bibliografía..... 219

Impreso en abril de 1999
en Talleres Gráficos Leograf. Rucci 408,
Valentín Alsina. Argentina