

Libros de **Cátedra**

Aportes interdisciplinarios en psicopatología

Tomo I: clínica de las psicosis
en la psiquiatría clásica

Julieta De Battista (coordinadora)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales


Editorial
de la Universidad
de La Plata



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

APORTES INTERDISCIPLINARIOS EN PSICOPATOLOGÍA

TOMO I: CLÍNICA DE LAS PSICOSIS
EN LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA

Julieta De Battista
(coordinadora)

Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA



A los locos de todos los tiempos,
amos en la ciudad del discurso,
con la esperanza de que una escucha más advertida
no se deje embelesar por sus aparentes desatinos,
no ahogue su diferencia,
y reconozca al fin sus aportes.

Agradecimientos

Quiero agradecer a los creadores de la colección Libros de cátedra por esta oportunidad de publicar un material que nos permita mejorar la transmisión docente en la Universidad.

Agradezco especialmente a los docentes, adscriptos y auxiliares de la cátedra de Psicopatología I que se entusiasmaron con la propuesta y trabajaron con compromiso, dedicación y rigurosidad. Gracias por el trabajo, por el intercambio, los cuestionamientos y todo aquello que nos permite mantener viva la transmisión de nuestros propios interrogantes. Gracias especialmente a Julia Martín y Jesuán Agrazar que colaboraron con la revisión final del material.

Quiero agradecer también a la profesora Graziela Napolitano, quien durante muchos años de mi formación y la de mis colegas nos alentó a hacer una lectura sistemática y sostenida de los clásicos de la psiquiatría.

Un agradecimiento también para nuestros alumnos que año a año con sus inquietudes y sus preguntas aparentemente ingenuas nos comprometen a renovar nuestra práctica y a generar nuevas formas de hacerles llegar aquello que nos apasiona. A ellos está dirigido este libro, con la expectativa de que puedan apropiárselo y avanzar en el entendimiento del malestar esencial que aqueja a cada ser humano.

*Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico
no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica.
Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría.
El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía:
ésta estudia las formas exteriores de los órganos;
aquella su constitución a partir de los tejidos y las células.
Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio,
una de las cuales continúa a la otra.*

SIGMUND FREUD, CONFERENCIA 16. PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA.

Comité editorial

Este libro fue evaluado y recomendado para su publicación por el siguiente Comité Editorial:

Prof. Dr. Marie-Jean Sauret

Profesor emérito de la Université de Toulouse (Francia). Doctor en Psicología (Université de Toulouse). Psicoanalista (Le Pari de Lacan). Investigador del Pôle Clinique psychanalytique du sujet et du lien social (LCPI). Autor de numerosos libros traducidos en varias lenguas: Croire? Approche psychanalytique de la croyance (Privat, 1982), De l'infantile à la structure (PUM, 1991), La psychologie clinique - histoire et discours (avec Christiane Alberti, PUM, 1993) La psychanalyse (Milan, coll. «Les Essentiels», 1996), Psychanalyse et Politique (PUM, 1998), Freud et l'inconscient (Milan, coll. «Les Essentiels», 1999) Lacan et le retour à Freud (Milan, coll. «Les Essentiels», 2000), L'effet révolutionnaire du symptôme (Érès, 2008), Malaise dans le capitalisme (PUM, 2009), Du divin au divan (avec Pierre Bruno, Erès, 2014), La bataille politique de l'enfant (Erès, 2017). Miembro fundador de la Association de psychanalyse Jacques-Lacan (APJL). Miembro del Comité de redacción de la revista *Psychanalyse Yetu* (Erès), miembro del Comité científico de diversas revistas de psicoanálisis y de clínica, director de colecciones (PUM, Erès.).

Prof. Dr. Antonio Quinet

Doctor en Filosofía (Université Paris-VIII), psiquiatra (Université Paris XIII) y psicoanalista. Profesor e investigador de la Maestría y del Doctorado en Psicoanálisis de la Universidad Veiga de Almeida (UVA) de Río de Janeiro. Editor de la revista francesa En-Jeu y de la revista brasileña Stylus. Autor de varios libros de relevancia en la formación psicoanalítica y universitaria, que han sido traducidos a varias lenguas, entre ellos: As 4 + 1 condições da análise, Os outros em Lacan, Teoria e clínica da psicose, A descoberta do inconsciente, Psicose e laço social, Édipo ao pé da letra, Um olhar a mais - ver e ser visto na psicanálise, Le plus de regard, entre otros.

Prof. Dr. María de los Ángeles Gómez Escudero

Doctora en Medicina (Université de Paris V). Psicoanalista. Consultora de la UNESCO e investigadora asociada del INSERM. Profesora e investigadora del Departamento de Psicología de la University of Puerto Rico. Docente de la Universidad Iberoamericana (México), catedrática

del Programa Graduado de Ciencias de la Conducta de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, y del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Central del Caribe. Miembro del comité editorial de la revista Intervalo. Coordinadora del libro El psicoanálisis: una experiencia por venir, publicado por Editorial Fundamentos de España. Autora de múltiples presentaciones y publicaciones en revistas especializadas.

Prof. Mg. Gloria Peláez Jaramillo

Profesora titular e investigadora de la Universidad de Antioquía (Colombia). Psicoanalista. Magister en Filosofía (Instituto de filosofía Universidad de Antioquía, Medellín), Especialista en familia (Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín). Psicóloga (Universidad de San Buenaventura, Medellín); Psicoanalista. Decana de la Facultad de ciencias sociales y humanas de la Universidad de Antioquia 2013-2016. Miembro fundadora del grupo de investigación Psyconex-psicología, psicoanálisis y conexiones, categoría C, grupo reconocido por Colciencias.

Prof. Dr. David Bernard

Maître de conférences en Psicopatología (Université Rennes 2), habilitado para dirigir investigaciones. Responsable del grupo de investigación "Clinique de la langue dans la modernité" (Laboratoire "Recherches en psychopathologie: nouveaux symptôme et lien social", EA4050). Doctor en Psicopatología, Université de Toulouse. Maître de Conférences (Université de Rennes). Autor del libro "Lacan et la honte" y director de la obra colectiva: "Lacan avec Wedekind. Une autre lecture de l'adolescence", Presses Universitaires de Rennes (PUR), 2019. Autor de numerosas publicaciones en revistas de la especialidad, entre ellas: "Adolescence et savoir parental", "A marca do desejo parental», «Schreber et la musique», "Le capitalisme et la honte", "Honte et paranoïa".

Índice

Presentación _____	13
---------------------------	----

Julieta De Battista

PRIMERA PARTE

La medicalización de la locura

Julieta De Battista (Coordinadora)

Capítulo 1

Saber-poder en el origen de la psiquiatría _____	19
--	----

Julieta De Battista

Capítulo 2

Breves apuntes sobre los asilos en Buenos Aires _____	26
---	----

Nicolás Campodónico y Mariana Dinamarca

SEGUNDA PARTE

Paradigmas en la psiquiatría

Sergio Zanassi (Coordinador)

Capítulo 3

Introducción. Una periodización posible _____	39
---	----

Sergio Zanassi

Capítulo 4

Primer paradigma: la alienación mental (1793-1854) _____	44
--	----

Sergio Zanassi, Jesuán Agrazar y Julieta De Battista

Capítulo 5

Segundo paradigma: las enfermedades mentales (1854-1926) _____ 63

Jesúan Agrazar, Martina Fernández Raone y Julieta De Battista

Capítulo 6

Tercer paradigma: estructuras psicopatológicas (1926-1977) _____ 79

Martina Fernández Raone, Mercedes Kopelovich y María Ester Hoggan

Capítulo 7

Aportes, conclusiones y discusión _____ 92

Julieta De Battista, Sergio Zanassi y Jesúan Agrazar

TERCERA PARTE

Fenómenos elementales

Julieta De Battista (Coordinadora)

Capítulo 8

Introducción _____ 97

Julieta De Battista

Capítulo 9

Alucinaciones _____ 101

Mariana Dinamarca y Julieta De Battista

Capítulo 10

Automatismo mental _____ 113

Jesica Varela y Julieta De Battista

Capítulo 11

Interpretación _____ 124

Julieta De Battista

Capítulo 12

Lacan y los fenómenos elementales _____ 137

Julieta De Battista

Capítulo 13

Aportes, conclusiones y discusión _____ 154

Julieta De Battista

CUARTA PARTE

Paranoias

Julia Martin (Coordinadora)

Capítulo 14

Introducción _____ 158

Julia Martin y Nicolás Maugeri

Capítulo 15

La definición clásica de la paranoia _____ 163

Julia Martin, Nicolás Maugeri y Analía Regairaz

Capítulo 16

Formas paranoicas de la experiencia _____ 177

Julia Martin, Jesica Varela y Nicolás Maugeri

Capítulo 17

Aportes, conclusiones y discusión _____ 199

Julia Martin

QUINTA PARTE

Melancolías, manías y formas mixtas

Luis Volta (Coordinador)

Capítulo 18

Introducción _____ 205

Luis Volta

Capítulo 19

Melancolías sin delirio y melancolías delirantes _____ 209

Selika Ochoa de la Maza y Julieta De Battista

Capítulo 20

Formas alternantes de manía y depresión _____ 230

Anahí Erbetta, Juan Manuel Blanco y Julieta De Battista

Capítulo 21

La temporalidad en manía y melancolía _____ 246

Luis Volta y Anahí Erbetta

Capítulo 22

Aportes, conclusiones y discusión _____ 264

Julieta De Battista

SEXTA PARTE

Esquizofrenias

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 23

Introducción _____ 267

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 24

La demencia precoz en Kraepelin _____ 270

María Romé y Mercedes Kopelovich

Capítulo 25

El grupo de las esquizofrenias en Bleuler _____ 286

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 26

Los aportes fenomenológicos a la esquizofrenia _____ 297

María Romé y Mercedes Kopelovich

Capítulo 27

Aportes, conclusiones y discusión _____ 308

Julieta De Battista

SÉPTIMA PARTE

Psicosis tóxicas

Claudio Fontana y Martín Saltzman

Capítulo 28

Episodios psicóticos causados por tóxicos _____ 310

Claudio Fontana y Martín Saltzman

OCTAVA PARTE

Psicofarmacología clínica

Pedro Damián Gargoloff

Capítulo 29

Introducción _____ 326

Capítulo 30

Antidepresivos _____ 330

Capítulo 31

Antipsicóticos _____ 335

Capítulo 32

Estabilizadores del ánimo _____ 341

Capítulo 33

Ansiolíticos _____ 346

Capítulo 34

Psicoestimulantes, drogas para demencias y adicciones _____ 351

Capítulo 35

Normativas para el tratamiento _____ 355

Glosario de autores de la psiquiatría clásica _____ 373

Los autores _____ 376

Presentación

*Pues la cuestión comienza
a partir de lo siguiente:
hay tipos de síntoma,
hay una clínica.
Sólo que es anterior al discurso analítico,
y si este le aporta una luz,
eso es seguro, pero no es certero.*

JACQUES LACAN, OTROS ESCRITOS (1973).

Hay una clínica, hay una psicopatología. Sólo que ninguna de las dos es "una". Ambas se constituyen como campos heterogéneos de saberes, atravesados por los efectos del tratamiento que históricamente se destinó a aquellos a los que se consideraba "locos"¹: el aislamiento, la segregación.

Este libro reivindica la importancia insoslayable de la escucha clínica en la práctica actual. El paradigma de la Salud Mental y los derechos humanos no debería dejar a un lado las diferencias típicas construidas por un trabajo colectivo, llevado a cabo durante dos siglos. Tampoco debería olvidarse que la psicopatología de la vida cotidiana está más extendida que el ideal armonioso e inalcanzable de la salud mental.

Los hombres sufren por el sólo hecho de tener una mente, de hablar. El malestar es su condición primera. Nada es más difícil de soportar que una sucesión de días felices.² El *pathos* no puede ser eliminado.

Este libro se propone como una contribución a la formación de las nuevas generaciones de psicólogos, quienes a partir de la sanción en Argentina de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 han visto extendido su campo profesional a dominios que otrora eran exclusivos de las disciplinas médicas. Me refiero a las internaciones en salud mental, a la intervención en la urgencia, y al diagnóstico y tratamiento de las psicosis.

¹ Es importante aclarar que mantendremos durante todo el libro los apelativos propios de cada época para referirnos a aquellas personas a las que hoy llamaríamos usuarios en salud mental. Conservamos las denominaciones de "alienado", "insensato", "enfermo mental" y "paciente" como parte de la terminología en la que se pueden leer las concepciones vigentes en un momento histórico determinado. Rechazamos cualquier uso estigmatizante del vocabulario para referirse a las personas afectadas en su salud mental.

² Cita de Goethe, que Freud retoma en su artículo siempre actual "El malestar en la cultura". En S. Freud, *Obras completas*. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu editores, p. 76.

Es un trabajo orientado por las tesis del psicoanálisis acerca del padecimiento humano, pero que no por ello desdeña los aportes de la semiología psiquiátrica clásica y de las perspectivas fenomenológicas. Entendemos que la complejidad de los casos que recibimos requiere de las contribuciones de varias disciplinas. Una lectura de los síntomas es necesaria, como también lo es su organización a partir de una hipótesis psicopatológica y la escucha de la situación vital y social en su conjunto.

Este libro es también una invitación a que un trabajo de elaboración en conjunto con otros profesionales pueda producirse: en una escucha de las diferencias, un respeto por las incumbencias de cada disciplina y con una iniciativa abierta al diálogo. Es entonces una apuesta a la interdisciplina, un intento de aportar a la construcción de lenguajes posibles entre disciplinas de tradiciones tan distintas, entendiendo que “La interdisciplinabilidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. (...) La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello.” (Stolkiner, 2005: 5).

La apuesta a la interdisciplina es hoy un enunciado políticamente correcto, aunque su mera enunciación deje percibir inmediatamente la dificultad de tal empresa y la facilidad con la que se retorna a la seguridad de la parroquia conocida, ante el surgimiento del primer desacuerdo. Sólo para comprobar que ninguna de las disciplinas que intervienen en el campo de la salud mental están en condiciones de ofrecer ni siquiera un mínimo atisbo de solución a los problemas que se le dirigen:

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, 1987: 313).

La pluralidad y complejidad de los problemas que hoy recibimos requiere de un abordaje que permita, al menos, leer los obstáculos. Requiere de profesionales dispuestos y disponibles para el intercambio con otros, pero también demanda el respeto por las tradiciones disciplinares y las incumbencias profesionales. Y necesita de un lenguaje propicio para el diálogo.

El "lacanés" tanpreciado para algunos de nuestros jóvenes psicólogos no ha contribuido demasiado al trabajo en conjunto con médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y demás profesionales que intervienen en el campo de la salud mental. Eso no invalida la orientación subversiva que la teoría psicoanalítica le ha dado al tratamiento de las psicosis y que constituye la hoja de ruta de este libro.

Su organización está orientada por el trabajo de Freud y de Lacan, quienes reconocieron en el malestar humano presentaciones típicas que podían reconducirse a particulares posiciones subjetivas, cuyos rasgos comunes podían ser transmitidos, sin por eso eludir las singularidades. Me refiero a la tríada neurosis, psicosis, perversión. Hay tipos de síntomas particulares a cada una de esas formas de mal-estar en este mundo. Son esos tipos los que intentamos cer-

nir, revisitando los aportes de la psiquiatría clínica clásica y de la fenomenología a la configuración del extenso campo de las psicosis.

La tesis de la forclusión del Nombre-del-Padre y la estructura de la psicosis significó en la transmisión cierta dilución de las particularidades de los tipos clínicos de las psicosis. De alguna manera se convirtió en una especie de *revival* de la tesis de la psicosis única. Dejó de hablarse de *las* psicosis, en plural, para referirse a *la* psicosis, en singular. En este libro queremos recuperar esa pluralidad, seguramente más cercana a los últimos aportes de Lacan sobre los distintos tipos de anudamiento. Destinamos este tomo a la clínica de las psicosis - anudamientos y desanudamientos que no se referencian en el Nombre-del-Padre-, y anunciamos que está en preparación un segundo volumen destinado a los anudamientos de la *père-version*.

Pero ¿por qué volver a los clásicos de la psiquiatría en un libro orientado por el psicoanálisis? ¿Por qué leer a los clásicos? En primer lugar, porque el trabajo clínico de la psiquiatría clásica fue logrando cernir la existencia de tipicidades en la presentación de los síntomas: tipos de padecimientos con rasgos formales que pueden aislarse y que seguimos encontrando en nuestro trabajo de todos los días. Ese ha sido un primer principio de selección del material a incluir en este libro: hemos retomado las descripciones de los clásicos y de la fenomenología que resuenan con los problemas que hoy encontramos en la clínica.

De ahí que nos aventuremos a insistir a lo largo del libro en que son distinciones que están vigentes. El equipo de autores que ha trabajado en este libro se ha formado y es parte de los planteles profesionales de distintos hospitales y centros de salud de la ciudad de La Plata y de la provincia de Buenos Aires: Hospital A. Korn de Melchor Romero, HIGA Rossi, Policlínico San Martín, Hospital Esteves, Hospital Eva Perón y varios centros de salud. Muchos de ellos además son supervisores y docentes de residentes de otros hospitales de la región: Borda, Moyano, Álvarez, Alvear. Tenemos allí ocasión de comprobar lo indisciplinado de los problemas que se presentan, la necesidad del abordaje interdisciplinario y la actualidad de las distinciones clásicas. Son también docentes e investigadores en la universidad, animados por las preguntas que surgen en la transmisión de estos temas.

Lo que define a lo clásico es su vigencia, su actualidad. La potencia de los clásicos reside en que las preguntas que ellos pudieron hacerse en otro siglo siguen resonando en nuestra contemporaneidad y nos ayudan a leerla. Los debates y discusiones en el seno de la construcción de la clínica psiquiátrica clásica condujeron a formulaciones psicopatológicas absolutamente necesarias para la lectura de los problemas clínicos de hoy. En ese traqueteo intenso que intentaba delimitar y clasificar las distintas formas de patología mental se fueron configurando zonas de acuerdo, puntos de intersección, convergencias que nos interesan, en tanto leemos allí los tipos de síntomas que decantan, que logran cernirse, a pesar de que los supuestos que atraviesan esa observación clínica sean muy disímiles.

Es indudable que no puede afirmarse -sin caer en una concepción simplista y en un empirismo ingenuo- que la demencia precoz de Kraepelin sea lo mismo que la esquizofrenia de Bleuler. Ninguna observación es "pura." En el relato mismo de la descripción, muchas veces pretendidamente aséptica, se dejan ver las líneas de fuerza de los supuestos que la organizan.

Los supuestos y criterios de la mirada clínica de Kraepelin no son los mismos que aquellos de los que parte Bleuler.

Sin embargo, algo persiste y pasa a través de la trama de supuestos que organizan la observación. Esos rasgos que van pasando a través de los autores, en los que se puede leer un acuerdo tácito por el cual se los vincula a un tipo clínico y no a otro, son aquellos que nos interesa cernir y transmitir en este libro. Lacan (1966)³ llama a este método de trabajo "fidelidad a la envoltura formal del síntoma", y la define como el camino verdadero que puede abrir la clínica en la lectura del padecimiento (p. 60). Estas convergencias, estos puntos de acuerdo, esta constancia de ciertas invariantes, estos relieves comunes que trascienden y pasan a través de las distintas hipótesis de los clásicos son los que recogemos en este libro. Esas convergencias parecen dibujar un campo tripartito para el estudio de las psicosis, es el que vertebra a este libro: paranoias, melancolías y manías, esquizofrenias.

No podremos ofrecer aquí una lectura exhaustiva ni desentrañar la trama filosófica, epistemológica y política que inerva a la construcción de esta clínica. Nos contentaremos con apenas delinearla en los primeros capítulos e invitamos a los lectores interesados a remitirse a los autores que han profundizado en estos temas. Les dejamos indicada una red de referencias bibliográficas a las que podrán recurrir si esta primera aproximación los empuja a querer saber un poco más al respecto.

Valga la aclaración de que este libro no sustituye a la lectura de los clásicos, sino que sólo pretende ser una primera aproximación, un primer acercamiento, una invitación a su lectura, con la idea de poder entusiasmar a las jóvenes generaciones en su revisión. El esfuerzo de esta transmisión ha sacrificado seguramente desarrollos importantes de cada uno de los clásicos, pero se ha hecho en función de intentar superar las dificultades propias de la transmisión de una experiencia cuyo lenguaje técnico se gestó en el siglo XIX: dificultad mayor para nuestros estudiantes del siglo XXI.

En mi experiencia, el lenguaje de la clínica psiquiátrica clásica fue durante mi formación, y lo sigue siendo en mi práctica, el lenguaje posible del intercambio con mis colegas de otras disciplinas. Sin dudas le doy ese lugar de privilegio por encima de la propuesta del lenguaje común de los DSM, que no me resultó tan propicio al diálogo y del que en este libro se encontrará una visión crítica. Sigo considerando que la transmisión de esta clínica es fundamental en la formación. Es un conjunto de conocimientos que no se ahorra los vericuetos y las dificultades, ni intenta fragmentar el sufrimiento humano en categorías supuestamente más prácticas.

Este libro es una apuesta al diálogo entre disciplinas y es una contribución a sostener la importancia del método clínico en el tratamiento del sufrimiento humano. Es también un homenaje a aquellos que no retrocedieron en dar crédito a la palabra de los locos, tomarla al pie de la letra, convertirla en texto, devolverle su humanidad. Ojalá que en esta época de píldoras y prisa

³ El aparato de citas de este libro conserva entre paréntesis la notación del año de la primera edición en lengua original de la fuente citada, con el fin de facilitar al lector la referencia temporal del contexto de producción del conocimiento. En las referencias bibliográficas se encuentra la información completa sobre la edición utilizada.

vuelva a escucharse la palabra de esos "descarriados" y de esos psiquiatras que afrontaban la locura sin el alivio de los fármacos.

Por último, este libro es un intento de enseñar a escuchar las diferencias, porque sólo pudiendo reconocerlas quizás alentemos a respetarlas. Porque identificando las diferencias particulares estaremos más cerca de cernir las diferencias singulares, las máximas diferencias, las diferencias absolutas.

Julieta De Battista
La Plata, 2018

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras completas*. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1994, p. 57-140.
- Lacan, J. (1966). De nuestros antecedentes. En J. Lacan. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1988, p. 59-66.
- Lacan, J. (1973). Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*. En J. Lacan, *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012, p. 579-585.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry (Comp.) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, p. 313-315.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplinariedad y salud mental. Conferencia en las X Jornadas nacionales de Salud Mental y I Jornadas provinciales de Psicología, Salud Mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Disponible en: www.psi.uba.ar/academica/...salud2/.../stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

PRIMERA PARTE

LA MEDICALIZACIÓN DE LA LOCURA MICROFÍSICA DEL PODER EN LA CREACIÓN DE LOS ASILOS

Julieta De Battista

Nicolás Campodónico

Mariana Dinamarca

CAPÍTULO 1

Saber-poder en el origen de la psiquiatría

Julieta De Battista

Microfísica del poder en el orden disciplinario del asilo

Los aportes de Foucault sobre el proceso de medicalización de la locura constituyen el punto de partida obligado de este libro. Este autor inició tempranamente su indagación sobre la locura en sus investigaciones acerca de la enfermedad mental y la personalidad (1954), el nacimiento de la clínica (1963), la historia de la locura en la época clásica (1964) y el curso que diera en el Collège de Francia sobre el poder psiquiátrico en 1973-1974.

Su modo de entender la historia y las condiciones de producción del saber, inseparables de una microfísica del poder, lo convirtieron en un autor faro en el abordaje de estos temas. Sin su lectura, la historia de la psiquiatría y del tratamiento de la locura podría conformarse meramente con el relato mítico (y bastante romántico) de la liberación de los alienados de Bicêtre a manos de Pinel, encargado de cortar sus cadenas. Gesto inmortalizado hasta el cansancio en las pinturas de la época y en las versiones que hacen de la psiquiatría un discurso de liberación de la alienación.

En la *Historia de la locura en la época clásica*, Foucault se encarga de reconstruir arqueológicamente, al menos dos experiencias de la locura previas a la experiencia moderna: la renacentista y la clásica. En ellas, el loco no aparece objetivado como individuo, sino que es la locura la que recibe un tratamiento que guarda coherencia con cómo se la concibe. Entendida desde una perspectiva sagrada como la influencia de las fuerzas trágicas del más allá, los afectados por la sinrazón serán apartados, destinados a vagar sin rumbo en la nave de los locos, cuyo albur era no desembarcar en ningún puerto, sino circular en un espacio y un tiempo que no era de este mundo.

La experiencia clásica de la locura vincula la sinrazón al desorden, al error en las creencias, y procede al gran encierro indiscriminado de los locos, junto a otros perturbadores del orden social: delincuentes, marginales, discapacitados, borrachines, etc. Se los encierra por el desorden que pueden provocar, no por su locura.

Es la experiencia moderna de la locura la que ve en el loco la expresión de una fuerza que hay que dominar, un exceso de las pasiones. Se transforma la insensatez en alienación mental y se objetiva al loco, al tiempo que se lo individualiza, ofreciéndole en el mismo ademán un partenaire que se ocupará de curarlo: el médico. Esta soldadura entre la respuesta a una ur-

gencia histórica y el saber del médico está en el origen de la constitución de la locura como objeto de conocimiento y del alienado, como objeto de tratamiento de la medicina.

El loco es nuevamente encerrado, pero en un asilo especializado, el asilo psiquiátrico. Y es encerrado no sólo por su desorden, sino porque requiere de un tratamiento específico que el médico sabrá prodigar. Sólo que previamente deberá observar minuciosamente las manifestaciones de la enfermedad, su evolución, clasificarlas, estudiarlas. El aislamiento de los locos y la medicalización de la locura forman parte de las condiciones de posibilidad del surgimiento de un saber sobre la alienación mental.

La construcción del saber de la psiquiatría clínica clásica que revisaremos en este libro no hubiera sido posible sin la puesta en marcha de este dispositivo específico, cuyo surgimiento responde a una urgencia histórica determinada. Nos referimos al dispositivo del aislamiento diferenciado de los locos, en pos de brindarles un tratamiento especializado para liberarlos de su alienación. Esta práctica del aislamiento de los locos se inscribe en el campo de la medicina en una coyuntura histórica precisa: la revolución francesa, que extiende a todos los ciudadanos la categoría de sujeto de derechos y erige a la libertad, la igualdad y la fraternidad como ideales de la organización social. Es el origen de las sociedades disciplinarias.

El dispositivo asilar

Utilizamos aquí el concepto de dispositivo en el sentido que le dio Foucault, en sus elaboraciones acerca de la genealogía de las relaciones de saber/poder, de una analítica de la microfísica del poder. Un dispositivo es:

(...) un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (...) entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes. (...) En tercer lugar, por dispositivo entiendo una especie -digamos- de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante. Esta pudo ser, por ejemplo, la reabsorción de una masa de población flotante que a una sociedad con una economía de tipo esencialmente mercantilista le resultaba embarazosa: hubo ahí un imperativo estratégico, jugando como matriz de un dispositivo, que se fue convirtiendo poco

a poco en el mecanismo de control-sujeción de la locura, de la enfermedad mental, de la neurosis (Foucault, 1977: 62).⁴

Por lo tanto, ese dispositivo, ese conjunto heterogéneo de lo dicho y lo no dicho, constituye una red de poder que configura las posibilidades de un saber y que surge en respuesta a una urgencia histórica. Foucault no concibe al poder como algo que puede pertenecer a alguien, que unos tienen y otros no. El poder es propio de las relaciones disimétricas de fuerzas: "El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc. El poder puede empezar a funcionar en ese sistema de diferencias." (Foucault, 1973-1974: 19). Se trata de un poder anónimo, que se distribuye a través de las relaciones y se multiplica.

En el caso del asilo psiquiátrico se enfrenta la fuerza insurrecta del loco contra la voluntad disciplinaria del médico. El asilo se configura como un orden disciplinario: se establecen rutinas que regulan el espacio, el tiempo, los gestos, las actividades: "Un orden, por lo tanto, para el cual los cuerpos sólo son superficies que es preciso atravesar y volúmenes que deben trabajarse, un orden que es algo así como una gran nervadura de prescripciones, de modo que los cuerpos sean parasitados y atravesados por él" (Foucault, 1973-1974: 16).

El poder es principalmente un poder físico, cuyo punto de aplicación son los cuerpos. Se trata entonces de analizar esta distribución del poder a través de una microfísica que se ejerce sobre los cuerpos. El orden asilar es un sistema de poder, en el que éste se dispone tácticamente para ser ejercido: el médico tiene la función de autoridad máxima, los vigilantes se encargan de dominar los excesos, los sirvientes en posición de merodeo informan de cuanto sucede. El poder se ejerce capilarmente en esta disimetría de fuerzas y produce prácticas discursivas, saberes, juegos de la verdad.

Foucault subraya que el surgimiento de la psiquiatría como especialidad de la medicina no se produce por una progresión en los conocimientos, sino que la instancia médica funciona en el asilo primeramente como un poder. Plantea de hecho la pregunta de por qué una práctica tan signada por el ejercicio del poder y la violencia sobre los cuerpos, como la práctica asilar, pudo haber sido considerada como una práctica médica, llevada a cabo por médicos.

Aquello que los médicos proponen como cura en el aislamiento "no tiene, en su morfología, en su disposición general, virtualmente nada que ver con lo que está entonces en proceso de convertirse en la experiencia, la observación, la actividad diagnóstica y el proceso terapéutico de la medicina" (Foucault, 1973-1974: 28). Y, sin embargo, es justamente el hecho de que estas prácticas reciban el calificativo de "médicas" aquello que hace que sean aceptadas y legitimadas, conduciendo a su institucionalización. Esta disposición táctica del poder en el asilo produce discursos y enunciados cuya legitimidad se supone, por el hecho de haberseles otorgado el estatus médico.

⁴ El aparato de citas de este libro conserva entre paréntesis la notación del año de la primera edición en lengua original de la fuente citada, con el fin de facilitar al lector la referencia temporal del contexto de producción del conocimiento. En las referencias bibliográficas se encuentra la información completa sobre la edición utilizada.

La fundación de la psiquiatría como rama del saber dentro de la medicina no se origina entonces por los avances en el método clínico, sino por la puesta en marcha de este dispositivo asilar, de esta microfísica del poder disciplinario que se aplica al loco por considerarlo objeto de una posible curación.

La escena fundacional y mítica de Pinel liberando a los locos de sus cadenas no es una expresión del humanismo para Foucault. Se cambia la violencia física de las ataduras por otro tipo de sujeción: la disciplinar. El alienado debe someterse a la autoridad del médico y a las regularidades del asilo, debe obedecer y además agradecer que recibe un tratamiento especializado:

(...) lo que cura en el hospital es el hospital mismo. Vale decir que la disposición arquitectónica, la organización del espacio, la manera de distribuir a los individuos en ese espacio, el modo de circulación por él, el modo de observar y ser observado, todo eso, tiene de por sí valor terapéutico. En la psiquiatría de esa época, la máquina de curación es el hospital (...) el hospital cura porque es una máquina panóptica. (Foucault, 1973-1974: 124).

Ahora bien, esta medicalización de la locura se opera en ruptura con los poderes tradicionales que se adjudicaban a la familia sobre el alienado. El principio del aislamiento es separar al loco de su familia, del ambiente en el que se produjeron los excesos. Se rompen así los derechos que la familia poseía hasta ese momento sobre el loco. Previo a este cambio notable que instituye la creación de los asilos psiquiátricos, existía una figura jurídica -la interdicción- que se aplicaba para defender a la familia y sus bienes de los posibles arrebatos del loco.

La interdicción era una medida judicial que solicitaba la familia y autorizaba el juez, por la cual se transferían los derechos civiles del alienado a su familia y éste entraba entonces en un régimen de curatela. No tenía por fin tratar al loco, sino que era un procedimiento jurídico para resguardar la fortuna familiar de los excesos del alienado. No valía entonces para todos los alienados, sino para aquellos que contaban con bienes. No se protegía al loco, sino a sus propiedades.

La disposición del asilo rompe con este poder soberano de la familia, ya que a partir de la ley 1838 en Francia ya no es necesario que intervenga el pedido de la familia para internar a alguien. Son los encargados de mantener el orden público, apoyados en la autoridad del médico, los que deciden encerrar al alienado. "El loco aparece ahora como adversario social, como peligro para la sociedad, y ya no como el individuo que puede poner en riesgo los derechos, las riquezas y los privilegios de una familia". (Foucault, 1973-1974: 117).

El loco deja de ser un peligro para las familias y pasa a ser un peligro social.

Origen del asilo como respuesta a una urgencia histórica

¿Cómo fue posible una modificación tan fundamental de las prácticas? ¿Cómo se produce este pasaje de un abordaje familiar y jurídico de la locura a su medicalización?

Es necesario poder situar cuál ha sido la urgencia histórica a la que responde la creación de los asilos psiquiátricos. Aquí Foucault ubica como primordial a la sustitución del poder soberano por el poder disciplinario y la consecuente constitución de las sociedades disciplinarias. La coyuntura histórica es la de la revolución francesa. La caída del poder soberano da lugar a otra modalidad de ejercicio del poder. El poder soberano no tenía potencial individualizador, sólo producía una concentración de poder en un individuo visible: el rey.

Mientras el poder soberano se manifiesta esencialmente a través de los símbolos de la fuerza resplandeciente del individuo que lo posee, el poder disciplinario es un poder discreto, repartido; es un poder que funciona en red y cuya visibilidad sólo radica en la docilidad y la sumisión de aquellos sobre quienes se ejerce en silencio. (Foucault, 1973-1974: 39).

A fines del siglo XVIII y a partir de la caída de este poder soberano se produce para Foucault una generalización de los dispositivos disciplinarios: las escuelas, los talleres, las fábricas, los orfanatos, los hospitales comienzan a funcionar bajo el principio panóptico de la omnivisibilidad. Se produce una disciplinarización de la población. El poder disciplinario se convierte en una forma social generalizada, forma capilar, anónima: microfísica del poder.

El poder disciplinario produce cuerpos sujetos y a diferencia del poder soberano, tiene un gran efecto individualizador: ocupa el tiempo, la vida y el cuerpo de los individuos, los controla constantemente al someterlos a la situación de ser observados continuamente.

Sólo si partimos de esta transformación de una sociedad de soberanía en una sociedad disciplinaria puede comprenderse el funcionamiento del poder psiquiátrico:

Puede decirse que la psiquiatría clásica, en definitiva, reinó y funcionó sin demasiados problemas exteriores entre 1850 y 1930, a partir de un discurso que ella consideraba y ponía en funcionamiento como un discurso verdadero; a partir de ese discurso, en todo caso, deducía la necesidad de la institución asilar y, asimismo, la necesidad de que cierto poder médico se desplegara dentro de ella como ley interna y eficaz. (Foucault, 1973-1974: 57).

Ahora bien, estos "discursos verdaderos" sobre la locura fueron posibles en la medida en que los cuerpos fueron captados por estos dispositivos disciplinarios: se los sujetó y así fue posible la aparición del individuo. Ese paso resultó capital para la fundación de las ciencias humanas. Las ciencias del hombre -ciencias del individuo- son un efecto de la sociedad disciplinar: "El efecto primordial de esa relación de poder es, por ende, la constitución de un saber permanente del individuo, el individuo fijado en un espacio determinado y seguido por una mirada virtualmente continua" (Foucault, 1973-1974: 101).

El asilo psiquiátrico se configura como un panóptico: "aparato de saber y poder a la vez, que individualiza por un lado y, al individualizar, conoce" (Foucault, 1973-1974: 101). El ejercicio del poder disciplinar abre las puertas a la constitución de saberes sobre el hombre. El discurso

psiquiátrico, que se presenta como un discurso verdadero, se origina en el ejercicio del poder psiquiátrico, cuya forma general es el asilo.

"El enfermo mental es, sin duda, el residuo de todos los residuos, el residuo de todas las disciplinas, aquel que, dentro de una sociedad, es inasimilable a todas las disciplinas escolares, militares, policiales, etc." (Foucault, 1973-1974: 76).

En la siguiente parte de este libro, reconstruiremos cómo a partir del ejercicio del poder psiquiátrico se comenzaron a producir saberes sobre la patología mental.

Referencias bibliográficas

Foucault, M. (1954). *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós: Buenos Aires, 1961.

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1967.

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1980.

Foucault, M. (1973-1974). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (1977). El juego de Michel Foucault. *Ornicar?* 10, julio 1977: 62.

CAPÍTULO 2

Breves apuntes sobre los asilos en Buenos Aires

Nicolás Campodónico y Mariana Dinamarca

En este capítulo aportaremos un recorrido sucinto acerca de la instalación del asilo en la provincia de Buenos Aires. Como ya vimos en el capítulo anterior el dispositivo asilar responde al ejercicio de un poder disciplinario y es a partir de allí que un saber sobre la patología mental comienza a constituirse.

La configuración del campo de la salud mental se puede caracterizar como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas que se desarrollan en la actualidad. Estas políticas en salud mental implican, a su vez, hablar del recorrido que va del paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos (Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013). Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado, ligada, por un lado, a la instauración del Estado Social en los países centrales, y por otro, posteriormente, a los movimientos sociales tendientes a cuestionar órdenes reinantes.

La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa y la reforma psiquiátrica italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en las prácticas supuestamente innovadoras. De este modo, resulta necesario plantear las coordenadas del surgimiento de la psiquiatría, que nace como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los estados modernos.

Inicios de la práctica asilar en Buenos Aires

Argentina siguió de cerca las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países europeos por la misma época en que fue inscribiéndose la psiquiatría en el campo disciplinar. Hacia mediados del s. XVIII, la aldea colonial tenía un hospital llamado “San Martín”. En un rancho

anexo al Hospital, llamado vulgarmente "El Loquero", se alojaba a los enfermos mentales. El "San Martín" era sólo una modestísima enfermería con alrededor de docena y media de camas y un número exiguo de médicos con mayor buena voluntad que aptitud. Dicho nosocomio lo conducían los padres jesuitas, hasta que en 1748 arribaron de España seis curas Betlehemitas. En 1734, Don Ignacio Bustillo y Zevallos donó parte de sus tierras a la congregación jesuita - terrenos situados hoy en el Alto de San Pedro, manzana encuadrada por Defensa, Balcarce, Humberto I y San Juan-. Ese predio estaba destinado a la construcción de una casa para labores de carácter comunitario con exclusión de otras (confesionales, escolares), lo que en el lenguaje eclesial se entiende como "Residencia". El mismo predio incluiría una chacra vecina. Ambas, residencia y chacra, se denominaron "de Belén."

Poco antes que los jesuitas fueran expulsados en 1767, sus cófrades -los religiosos de Nuestra Señora de Belén Betlehemitas, a cargo del Hospital de Santa Catalina-, lograron que las autoridades les cedieran, no sólo La Residencia y La Chacra, sino inclusive unos terrenos hacia el oeste. El propósito era construir allí un pabellón para instalar en él un lugar de descanso -se supone que de allí surge su nombre: La Convalecencia-, que sirviera para alojar a enfermos en tren de recuperación, dados de alta en el Santa Catalina que sólo se ocupaba de internar casos agudos. Desde 1769, los Betlehemitas se hicieron cargo de las propiedades de los jesuitas, trasladaron a los insanos del Hospital de Santa Catalina a la Residencia de Belén, que pasó a llamarse "Hospital de La Convalecencia" y que, de hecho, se había constituido en el Hospital General de Hombres, sucesor del Loquero.

Destinaron el hospital a la internación de incurables, locos y contagiosos. En 1770, el Hospital de Santa Catalina, ex San Martín perteneciente a los religiosos de Nuestra Señora de Belén comienza a recibir dementes que eran enviados desde el Cabildo (cárcel de Buenos Aires en ese entonces). Aquí, eran empleados como sirvientes o enfermeros o, en caso de no poder cumplir esas tareas, los asilaban en un rancho contigüo al hospital llamado "Loquero." Desde 1799, destinaron la residencia a internación de incurables, locos y contagiosos cuidados o gobernados por un capataz que llevaba un látigo en la mano para golpearlos y sólo por el terror se hacía respetar y obedecer. El Loquero fue la cuna del actual Neuropsiquiátrico Borda (Falcone, 2013).

En la época de Rivadavia (1823-26), coincidiendo con la nacionalización de la Iglesia, se pensó en dar a los hospitales una administración civil dirigida por los profesores de la recién creada Escuela de Medicina (1821). Pocos médicos había hasta ese entonces en el Río de La Plata, la salud pública dependía del Real Protomedicato de Lima. En 1822, se aconseja el cierre del Hospital de Santa Catalina y se interviene en la administración de los Betlehemitas. Se confió a los médicos el examen de todas las personas sometidas a acción policial o judicial.

Bajo la reforma iniciada por Rivadavia se destaca el comienzo de una nueva generación de médicos egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, quienes se pronunciaban a favor de contar como primer maestro al destacado Pinel. La primera tesis de psiquiatría que surge de esta Escuela es la de Diego Alcorta, en 1827, bajo el título de "La Manía Aguda." Fue la primera tesis publicada en el país y representa las aspiraciones de los nue-

vos facultativos de generar cambios en la situación de los alienados. Esta tesis se inspira en las enseñanzas de Pinel y le otorga al tratamiento moral toda la importancia.

La nueva generación de médicos fue la encargada de presentar en la Legislatura y en la Municipalidad numerosos proyectos de mejoras edilicias en los hospitales de alienados. Estos médicos, electos municipales, habrían de ser los promotores de la reforma para el tratamiento de los asilados, que comprendía la emancipación y la defensa humanitaria de los alienados.

La primera comisión creada había señalado la dificultad de producir las reformas necesarias mientras no se resolviera el problema de los crónicos. La estrechez de la ubicación del hospital hacía imposible los ensanchamientos necesarios para permitir la internación de nuevos pacientes. La presencia de siete u ocho internos en el mismo cuarto no hacía posible la vigilancia y por ende no podían evitarse los excesos. En el año 1859, el Dr. Ventura Bosch encarga al presbítero G. Fuentes -cura de la parroquia de San Miguel- la construcción de un asilo para enfermos al que se le dio el nombre de Hospicio de San Buenaventura, en homenaje al iniciador de esta obra. El edificio fue levantado en los terrenos que actualmente le pertenecen al Hospital Rawson y dio comienzo a sus funciones el 11 de octubre de 1863.

El primer Director del Hospicio fue el Dr. José María Uriarte. Su empeño estuvo en instituir el trabajo, fundó talleres, y no cedió en la búsqueda de la ampliación del asilo. El hospicio se inaugura con una población de 123 insanos que venían de todas las provincias, por no existir otro establecimiento de caridad para el tratamiento de los alienados.

Por la misma época, a diferencia de Argentina, en Francia había 99 asilos de alienados, número que en 1869 ascendió a la cifra de 103. Entre fines de 1863 y principios de 1864 – en el momento en que Uriarte se hace cargo de la dirección del asilo, la situación de los enfermos mentales se describe del siguiente modo: pacientes atacados de cólera, comedores donde todavía se veían las cadenas que recordaban las antiguas prisiones y que servían para unir las mesas por los pies, a fin de que aquellos no las removieran. El médico asistía todos los días al hospicio y la mayoría de los empleados hacían otro tanto. Por las noches cerraban con llave las puertas de las habitaciones, dejando dentro a los alienados y se retiraban a sus casas. Meléndez, sucesor de Uriarte en la dirección- afirma: “es duro decir que la asistencia médica no era posible (...) durante el día todo se encontraba en completo desquicio y los desgraciados alienados eran las víctimas contra quienes se ensañaban los rudos e inhumanitarios asistentes que parecían rentados para cometer actos de crueldad”. (Meléndez, 1880: 9). Si bien la situación mejoró en algo con la venida de Uriarte, la asistencia a los pacientes seguía siendo irregular. Su mayor esfuerzo se centró en pasar las noches en el hospicio, con el objeto de disciplinar y moralizar el servicio. Aun cuando se pudo lograr una mejor alimentación de los alienados, se buscó una mayor ocupación en trabajos agrícolas y mayor atención en el tratamiento médico.

En 1873, después del fallecimiento del Dr. Ventura Bosch, el Hospicio de San Buenaventura recibió el nombre de Hospicio de las Mercedes, bajo la advocación de la Virgen de las Mercedes, patrona de presos y asilados. El Hospicio de las Mercedes conserva su denominación hasta 1949, cuando cambia por la de Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de

Hombres. En 1967 recibe su denominación actual: Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda.

Meléndez y el Hospicio de las Mercedes

En 1876, a la muerte de Uriarte, se hace cargo de la dirección del Hospicio Lucio Meléndez. Una nueva era fue abierta con el nombramiento de Meléndez. Este hombre de ciencia, vinculado desde hacía varios años al cuerpo docente de la Facultad de Medicina, efectuó cambios radicales, ensanchando el edificio y poniéndolo en condiciones cada vez más favorables. Hacia 1879, el servicio era bueno, aunque la queja por la falta de espacio continuaba. El edificio primitivo se construyó para 120 insanos y ya en 1881 contaba con 408 pacientes (Ingenieros, 1919). Los asilados aumentaban y a raíz de esta situación cincuenta de ellos fueron trasladados al Hospital San Roque y se dispuso la construcción de obras ampliatorias.

El Dr. Meléndez pide la construcción de pabellones aislados, distribuidos “de tal modo que queden separados del antiguo por medio de jardines que sirvan de recreo a los insanos, permitiendo la entrada de luz y aire de que hoy carecen” (Ingenieros, 1919: 205). En su plan exigía que se separase a los alienados agudos de los crónicos, a los convalescientes de los agitados, a los dementes de los paralíticos, epilépticos, semiagitados, crónicos. En el mismo proyecto solicita, además, la creación de una Colonia de Alienados en una finca provincial, proyecto que se concretaría más tarde, con la creación del *Open Door* en Luján. Su intención era terminar con el hacinamiento provocado por el ingreso de enfermos mentales provenientes de las provincias, él mismo decía “el manicomio había nacido insuficiente” (Meléndez, 1880).

En 1883, se terminaron tres salones y en 1885, dichas obras estuvieron concluidas. En 1887, una comisión evaluadora del hospicio declara que en el mismo funcionaban los siguientes departamentos: pensionistas tranquilos, semiagitados, destructores, furiosos, alienados delincuentes, convalescientes, epilépticos y paralíticos. Además de tres barracas para crónicos. Diez años a cargo de la dirección del asilo son necesarios para que Lucio Meléndez, tras empeñosos esfuerzos de dedicada vocación humanista, viera satisfechos sus deseos. El Hospicio de las Mercedes intentaba por este medio poner fin a la centralización del tratamiento de las enfermedades.

Podemos ilustrar estos apuntes históricos tomando en cuenta las variaciones edilicias experimentadas, tomando el ejemplo de tres momentos arquitectónicos del Hospital (Stagnaro, 1996). La parte más antigua de la época de Ventura Bosch, incómoda, escasa de luz, de aire, de higiene es reflejo de la triste época en que la coerción violenta servía para doblegar a los enfermos. La segunda construcción, que tiene ya sus ventajas sobre la anterior, responde a la dirección de Meléndez y consta de espaciosos dormitorios, comedores, enfermerías, etc. La última etapa, la de Cabred, responde según el testimonio de Ingenieros a “las más escrupulosas exigencias de la clínica psiquiátrica. Todo está reunido en ellos: vigilancia y tratamiento, estética y comodidad, disciplina y libertad” (Ingenieros, 1919: 211).

El Hospital de Alienadas (hoy Braulio A. Moyano)

En 1852 se habilita un “patio para mujeres dementes” en el Hospital General de Mujeres. La reducida capacidad del espacio designado y el creciente número de enfermas que albergaba movieron a la Sra. Tomasa Vélez Sarsfield, inspectora del Hospital General de Mujeres, a solicitar al gobierno la autorización para crear una casa correccional de mujeres en el edificio conocido como “Convalescencia”.

De este modo, el 28 de marzo de 1854, al norte y a callejón de por medio del Hospital masculino, se crea el Hospital de mujeres dementes. Al principio contaba con una población de 68 enfermas, trasladadas del Hospital de Mujeres. Éste habría sido el primer manicomio femenino en el predio donde hoy se encuentra emplazado el Hospital Braulio A. Moyano. Por entonces, la atención médica era insuficiente, pues la dirección del asilo estaba confiada a las señoras de la Sociedad de Beneficencia, que la delegaban en religiosas. Los médicos pasaban de visita por la mañana, quedando las pacientes en manos de las religiosas el resto del día, quienes decidían sobre las medidas terapéuticas a aplicar en caso de emergencia. En 1880, pasó a depender del gobierno nacional. Había entonces 384 enfermas. En 1894, el entonces director Dr. Piñero convocó al ingeniero C. Nystromer, quien hizo los planos del hospital con 28 edificios y capacidad para 1200 camas. Contaba con cocina central, sección de pacientes agitadas, tranquilas y pensionistas, y se inauguró el 31 de julio de 1908.

Hasta 1945, el hospital fue administrado por las damas de beneficencia. En esa fecha, debido a disidencias planteadas con la Sra. Eva Perón, fueron expulsadas y el hospital pasó a depender administrativamente de Previsión Social. El sistema de residencias médicas funcionó desde 1965. En 1967 se propone el nombre de Hospital Nacional Dr. Braulio A. Moyano como homenaje perdurable a la memoria del eminente anatomopatólogo.

El legado de Domingo Cabred

En 1892, el Dr. Domingo Cabred asume la dirección del Hospicio de las Mercedes que, por ese entonces, seguía siendo el único establecimiento destinado al tratamiento de los alienados. Cabred no descansó en sus intentos por influir sobre los círculos del poder político y sobre la opinión pública hasta lograr la sanción, en setiembre de 1897, de la Ley 3548, que ordena la creación de la primera colonia destinada únicamente a enfermos mentales para toda la República. Así se crea la Colonia Nacional de Alienados en Luján, con “sujeción a las reglas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica de los alienados en los asilos de puertas abiertas, *Open Door*”. (Iacoponi, 1996: 77)

La noticia de la creación de la Colonia *Open Door* en Luján fue recibida con recelo. En efecto, se intentaba alojar a miles de locos sueltos a menos de dos leguas del poblado. Vaticinios espantosos hablaban de invasiones de locos, asesinatos en masa y hasta se intentó la creación de un movimiento popular que se opusiera con firmeza al proyecto estatal de considerar a seres tan peligrosos como vecinos. La opinión de éstos con respecto al “loco” nada había cam-

biado respecto de épocas pretéritas. Pero nada de esto alcanzó para frenar el proyecto y el 21 de mayo de 1899, se llevó a cabo la ceremonia de la colocación de la piedra fundamental, que fue presidida por el Sr. Presidente de la República y padrino de la obra, el teniente general Julio A. Roca.

Dos años más tarde, el 11 de agosto de 1901, con 109 camas se inauguraba oficialmente la Colonia Nacional bajo la dirección del Dr. Cabred. Se inició como una colonia para la producción agrícola en gran escala. Sus primeros pacientes entraron en medio de la ejecución de obras, y se incorporaron a la construcción de las mismas como albañiles, herreros y carpinteros. Los enfermos trabajaban cada cual en lo que sabía. De este modo, se fueron poniendo en marcha actividades laborales, entre ellas fabricación del pan y del jabón para el uso interno, la de la ropa para los pacientes, un taller de fundición, otro de hojalatería etc. También existía un tambo para cubrir las necesidades diarias, un criadero de cerdos, otro de aves. Un campo de 535 hectáreas, que fueron adquiridas no sólo para dar a los enfermos sensación de libertad y aire libre, sino por sobre todo para intentar un retorno a la normalidad, a través de la más sana distracción y terapia a la vez: el trabajo. Lucía Iacoponi (1996), lo define como un Centro de Rehabilitación.

Financieramente, la Colonia fue una unidad productiva con saldos muy positivos. El erario público obtenía un marcado alivio, ya que se contaba con que la colonia generara importantes recursos para su propio mantenimiento. Al poco tiempo, la colonia tuvo un aspecto similar al de un pueblo que lograba casi autoabastecerse. Había muchos ahorros porque la producción de alimentos y la mano de obra para la construcción eran aportadas por los pacientes.

La colonia *Open Door* estaba compuesta por villas o pabellones del estilo suizo- francés, rodeados de galerías de una elegante arquitectura. Estas construcciones estaban separadas entre sí por amplios espacios de jardines y bosques. La disposición de la edificación se realizó en dos sectores que determinaban prácticas terapéuticas y de vida distintas. Por un lado, estaba el sector del Asilo Central, destinado a enfermos agudos o crónicos con episodios que necesitaran vigilancia, aislamiento pasajero y clinoterapia.

Por otro lado, estaba el sector de la Colonia propiamente dicha, dedicado al mayor número posible de alienados que pudieran adaptarse al régimen de *Open Door*: trabajando en tareas agrícolas, de granja y demás talleres. En cada villa había un “guardián enfermero” responsable y cada 10 alienados había un “enfermero o cuidador”. Su función era ser el acompañante permanente del grupo en el trabajo, en el juego, en los paseos al aire libre y en las caminatas. Trabajaban a la par de los enfermos y tenían un papel activo en las propuestas recreativas o deportivas, por lo que tenía que ser enfermero o una persona capacitada para tal fin.

El enfermero debía intervenir a la par del grupo en todas las actividades, desempeñando en cierta forma el papel de modelo. Este debía acreditar la presencia de cada paciente en la lista que entregaba al regreso de todos al pabellón, ya que las villas estaban abiertas de día, pero cerradas de noche. Además de la lista con las presencias, el capataz enfermero debía llevar otra lista firmada por el médico con el número de horas de trabajo de cada paciente. Los que tenían horario completo cumplían una jornada de ocho horas, con un intervalo de tres para

descansar. Las actividades eran grupales, con una paga en donde se retribuía el esfuerzo al paciente. Las tareas eran muy diversas, desde tareas agrícolas, criadero de aves y cerdos, fábricas de ladrillos y las actividades de taller.

Cabred pretendía extender este sistema de *Open Door* a todo tipo de alienado y remarcaba que la función de los asilos-colonia era la de dar asistencia y educación. Prácticamente no había fugas, supuestamente debido al bienestar de los enfermos. Cabred sostuvo la importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales.

Domingo Cabred mantuvo la dirección de la Colonia hasta 1916, año en que es reemplazado por Javier Brandan, por el período 1916-21, y luego por Alfredo Scarano entre 1921 y 1930. Con el paso del tiempo, llegaron también las desilusiones. En 1918, los internados eran 1.250, y cinco años más tarde, el hospital es intervenido para terminar con el estado generalizado de desorden y corrupción. El personal nunca estaba en el cumplimiento de sus funciones y se destituyeron muchos cargos. Se tomaron entonces medidas administrativas y de disciplina, que tenían como objetivo la reflexión del personal tanto dentro como fuera de las instalaciones. La situación se vislumbraba como completamente distinta: holgazanería, talleres cerrados, campos abandonados o cedidos a particulares para lucro personal, pacientes que deambulaban o vegetaban. El asilo se había convertido en un depósito de enfermos.

Nuevos proyectos para la asistencia de los alienados en los años '30 y '40

En 1927, comienza a conocerse en algunos círculos muy reducidos el preproyecto, presentado por Fernando Gorriti, de constitución de la Liga de Higiene Mental. La Liga de Higiene es el resultado de las aspiraciones centradas en la “modernización del tratamiento de los alienados”, procurando equiparar los progresos obtenidos en el ámbito de la medicina general. Este proyecto se inscribe fuera de las fronteras de nuestro país en el interés de seguir los lineamientos de la “Psiquiatría moderna” en la atención de la enfermedad mental.

Luego de su función primordial centrada en la profilaxis de las enfermedades mentales, uno de los objetivos más importantes fue desarrollar, con recursos ya implantados en Alemania y Francia, la asistencia psiquiátrica abierta, en oposición al modelo asilar, cerrado o de internación. Las mismas iniciativas se habían empezado a proponer en países sudamericanos con anterioridad; por ejemplo, en 1922 Honorio Delgado presenta en Perú el programa sintético de Higiene Mental.

Si bien existía desde hacía unos años el preproyecto de la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, su fundación se concreta en 1929, bajo la dirección de Gonzalo Bosch y comienza a funcionar con sus Consultorios Externos en el Hospicio de las Mercedes, en 1931. Esta iniciativa pone en evidencia la insuficiencia de las Sociedades de Beneficencia y propone pasar a un programa organizado científicamente, con personal idóneo y capacitado. Su propósito fue plantear la práctica hospitalaria abierta que, como nuevo recurso en nuestro país, ya se

había comenzado a implantar tímidamente en 1922, en el Hospital de Alienados de Rosario y dos años más tarde en el Dispensario del Hospital de Alienadas de Buenos Aires.

Una de las funciones más importantes de la Liga fue crear los Servicios de Higiene Mental, acompañados por el Servicio de Asistentes Sociales para aquellos pacientes que revestían menor gravedad. Dentro del programa de la Liga, y cumpliendo con sus propósitos, los asistentes sociales realizarían fichas biotipológicas, fichas psíquicas y perfiles psicológicos y sociales con fines preventivos y para arribar a un diagnóstico y tratamiento social correspondiente. La visitadora o asistente inspeccionaba el domicilio del solicitante para recoger la información que haría posible el diagnóstico. La asistencia social comprendía actividades orientadas a combatir las causas de la miseria, la indigencia y la pobreza; y destinadas a prevenir la invalidez, la falta de recursos, de alimentos o de alojamiento.

Estas primeras iniciativas no confiaban solamente en el buen corazón y la buena voluntad para la correcta dirección de las obras de beneficencia, de caridad y filantrópicas, sino que suponían la necesidad de conocimientos científicos para llevar adelante dicha obra. Con este espíritu se inician las primeras carreras terciarias de visitadoras y asistentes sociales para comenzar a formar a estos nuevos profesionales –diferenciados en sus tareas de las actividades del personal de enfermería–.

Los servicios de asistentes sociales, la apertura de consultorios externos y las actividades mismas de las visitadoras coinciden con los objetivos generales de las prácticas asistenciales abiertas. Se trataba de evitar el tratamiento asilar cerrado y de paliar las construcciones hospitalarias insuficientes que tenían consecuencias negativas sobre todo en el hacinamiento de pacientes y los tratamientos limitados. Desde este momento, la tarea asistencial abre nuevas perspectivas en el trato con los pacientes y su radio se fue ampliando hasta cubrir un amplio campo de acción en el control y asistencia de la población con una importante proyección sociológica para la época.

A partir de 1946, se produce un cambio importante en materia de salud, pues comienza a prevalecer la idea de estado prestador a la vez que planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. Esta tendencia se venía gestando desde 1943, cuando a nivel del gobierno nacional se crea la Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior.

Con fecha 23 de mayo de 1946 se da un paso más en el mismo sentido creando la Secretaría de Salud Pública, con categoría de Secretaría de Estado, asignándole al funcionario superior la jerarquía de Ministro. El Dr. Ramón Carrillo asume como primer Secretario, con rango de Ministro. Carrillo profundiza importantes cambios a nivel de la salud pública. El nuevo concepto de estado y de sus funciones propone abandonar la beneficencia y la caridad para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos.

El 11 de octubre de 1957, siguiendo la línea de estos cambios, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Sus finalidades fueron:

- a) prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas,
- b) promover la investigación científica de esta materia;
- c) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales,
- d) Contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos.

El Consejo Nacional de Salud Mental estaba compuesto por Mauricio Goldenberg, Jorge García Badaracco y Raul Usandivaras. Ellos prepararon el Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional del Instituto Nacional de Salud Mental. El proyecto tuvo en cuenta las reglamentaciones en Salud Mental más avanzadas y modernas. Se preparó considerando las recomendaciones y sugerencias de la flamante Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los dos núcleos esenciales de la reforma estaban constituidos por el proyecto de privilegiar las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el “Plan Goldenberg” para la Capital Federal. Este último postulaba la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de Salud Mental. El Plan Goldenberg logró una reformulación de lo asilar cuyos efectos aún perduran.

En un acuerdo con los informes del Comité de Expertos en Salud Mental (OMS) surge la nueva tendencia de la psiquiatría social, en oposición a los 16 manicomios cerrados. Se proponen las técnicas interpretativas psicodramáticas (Moreno) y de apoyo, con la finalidad de estudiar la modalidad relacional y el clima social entre los internados; grupos de madres e hijos de esquizofrénicos dirigidos por médicos y observadores; la inclusión de la familia en el tratamiento del enfermo mental; grupos de internados dirigidos por médicos y observadores, la psicoterapia individual, el estudio del funcionamiento de la comunidad, estudio de roles, etc.

En síntesis, los cambios fueron muchos y comprendían otro concepto de salud y enfermedad, un nuevo rol para la psiquiatría, y modificaciones importantes a nivel institucional. En el área asistencial se estimuló la creación de Centros de Salud Mental independientes o incorporados a los hospitales generales como Servicios de Psicopatología. El primero en esta línea fue el Centro de Salud Mental Ameghino (1948), luego el Servicio de Psicopatología del Hospital Evita de Lanús, a cargo de M. Goldenberg (1958). De este modo, se pretendía reducir al máximo la internación de los enfermos y propiciar su atención por consultorios externos. Se hace evidente en poco tiempo, por un lado, el crecimiento acelerado de los establecimientos hospitalarios del sector público, y por otro el énfasis en la prevención como medio eficaz para evitar la aparición de patologías.

Desde la década del '40 se afianzó el Estado de Bienestar en la Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. La creación desde el estado de organizaciones burocráticas sindicales que comienzan a administrar las recién nacidas obras sociales, desembocó, para Carpintero (2011), en la alianza de este nuevo actor del campo de la salud con los psiquiatras manicomiales en su defensa del dispositivo asilar.

El ministro de salud desde 1946 a 1952 fue el neurólogo Ramón Carrillo. En salud mental intentó dar soluciones materiales a problemas tales como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre distintas jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Así, se reformaron e inauguraron nuevos lugares de atención, tales como los nuevos Hospicios cons-

truidos por pabellones. En el ámbito de la psiquiatría fue controvertido. Por un lado, encontró apoyos en los psiquiatras nacionalistas de los Hospitales y Colonias, especialmente en el Hospicio de Hombres. Estos, junto con los burócratas sindicales, fueron los que echaron a Enrique Pichón Rivière del hospital acusándolo de “comunista” y de “promover la homosexualidad”, por haber comenzado a implementar grupos terapéuticos con los pacientes. Pero el gremio médico y la mayor parte de los psiquiatras ligados al Higienismo no apoyaron las reformas de Carrillo. Para el autor, en esos años del gobierno peronista el deterioro de la situación en los manicomios se mantuvo.

A mediados de la década del '50 las tareas por realizar eran enormes debido a las condiciones desastrosas de los hospicios. Durante el año 1957, con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el período del gobierno de Frondizi y durante la dictadura de Onganía, se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”:

1°) se crea el Instituto Nacional de Salud Mental.

2°) el Dr. Mauricio Goldenberg funda el primer servicio de psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera de un hospital psiquiátrico.

3°) se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.

Ya no era solamente el psiquiatra el único responsable de la salud mental, también aparecieron otros actores, en especial los psicólogos que, a pesar de tener severamente limitada la práctica clínica, fueron ganando importantes espacios en los hospitales y centros de salud mental, aunque en muchos casos debían trabajar gratis.

Las conceptualizaciones del psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria comenzaron a interesarse por la realidad de las instituciones manicomiales con una mirada crítica que ponía el acento en la necesidad de desplegar prácticas comunitarias y preventivo-asistenciales. Durante estos años se crearon las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas. A la vez se difundieron los abordajes terapéuticos que mostraban los beneficios potenciales de extender los límites del psicoanálisis: los tratamientos grupales, familiares e institucionales, el psicodrama, la psicología social y el psicoanálisis de niños.

Sin embargo, la estructura manicomial siguió vigente, apoyada por los diferentes poderes políticos que atraviesan las décadas del '60 y '70, los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias. Las reformas de esta época han quedado como el testimonio de experiencias parciales que no fueron integradas a un plan Nacional de Salud Mental.

La dictadura cívico-militar de 1976 instala finalmente el Terrorismo de Estado. Se destruyen los servicios de salud mental. Las instituciones fueron intervenidas por una burocracia cívico-militar en el marco de un proceso abocado a llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento, empieza a afianzarse una política privatista decidida en el campo de la salud. Es decir, si hasta ahora el Estado se había desentendido de la Salud Mental, empiezan a

tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Cuando a principios de los ochenta se inicia el período de transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud se realizan experiencias como la del Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por la falta de un presupuesto adecuado y de la decisión política para continuarlas. Nuevamente se comienza con planes pilotos que finalizan al breve tiempo por no contar con un apoyo del Estado.

En tal sentido, Enrique Carpintero (2011) enfatiza que la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX. El mayor logro, en esta época, fue la reforma antimanicomial realizada en la provincia de Río Negro.

Finalmente, en los '90 se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda principalmente en manos del mercado, es decir, de los grandes laboratorios y empresas de medicina. Como señala Maitena María Fidalgo (2008):

El panorama general del sector salud muestra una aguda crisis de seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así, el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba desde hacía décadas.

Su consecuencia es una "derechización" de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública para servir a los intereses privados. De esta manera, se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas, ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada cuyo eje ordenador es la relación costos-beneficios. El proceso de globalización capitalista trae aparejadas la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población que quedan así desplazados a los márgenes de la sociedad.

Y como hemos mencionado, al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, le resulta muy costoso seguir sosteniendo grandes estructuras manicomiales e inversiones en salud. Los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desmanicomialización de la Salud Mental. Es en este contexto que situamos la sanción por la Cámara de Senadores y Diputados de la Nación, de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Ley que plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

Es así que nos encontramos con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26627, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, y es a partir de ésta que se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX. Por otra parte, en dicha Ley, el artículo 3° reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley Argentina de Salud Mental, 2010: 9).

Se puede ver como la concepción teórica que subyace a las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental, descansa en una dimensión bio-psico-social, en donde lo psíquico aparece como epifenómeno del organismo que sufre las consecuencias del ambiente o los factores externos y los factores biológicos.

La Ley Nacional de Salud Mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales. La ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractario al cambio y en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Para Carpintero (2011), el contexto político que posibilita la sanción y promulgación de la ley es justamente el del avance de la globalización de la economía de mercado. En tal sentido, el autor señala que los elevados costos de internación de los grandes manicomios serían el impulsor primordial de las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS o la OPS, relativas a la desmanicomialización de la salud mental. La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental es la primera norma legal que da un marco nacional a las políticas en el área. Como señalan Ana Hermosilla y Rocío Cataldo, “inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental”. (2012: 134)

Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- El acento puesto en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.
- Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.
- Disposiciones en relación a las internaciones: se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse pre-

ferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. En relación al tema internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010)

- En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de riesgo cierto e inminente como criterio de internación involuntaria (Carpintero, 2011).

Referencias bibliográficas

- Arraiga, M; Ceriani, L; Monópoli, V. (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Carpintero, E. (2011). *La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto*. Serie Futuro Imperfecto. Fichas para el siglo XXI. Editorial Topía.
- Falcone, R. (2013). Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). *Anuario de investigación*. Vol. XX. N°2. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Hermosilla, A.M; Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*: 134-140.
- Iacoponi, L. (1996). El hospital Cabred y el método Open Door. Ponencia en las Jornadas científicas "Asistencia y Rehabilitación de personas con trastornos en su salud mental", Colonia Domingo Cabred, 1996, Luján, Buenos Aires.
- Ingenieros, J. (1919). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Cooperativa Editorial Limitada, 1920, en Obras Completas de José Ingenieros, Vol.12, Bs.As., Elmer Editor, Bs.As., 1957.
- Ley Nacional Argentina de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2011.
- Meléndez, L. (1880). Memorias del Director del Hospicio de las Mercedes a la Corporación Municipal. Archivo de la Facultad de Medicina, Biblioteca de graduados.
- Stagnaro, JC. (2009). Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 1. Buenos Aires: Polemos.
- Stagnaro, JC; González Chávez, JM. (1993). *Hospicio de las Mercedes*. Buenos Aires: Polemos.

SEGUNDA PARTE

PARADIGMAS EN LA PSIQUIATRÍA MÉTODOS, SÍNTOMAS Y CAUSAS DEL *PATHOS* MENTAL

Sergio Zanassi
(Coordinador)

CAPÍTULO 3

Introducción

*Sergio Zanassi, Jesuán Agrazar
y Martina Fernández Raone*

*Esto quiere decir que el paradigma previo
respecto al nuevo no muestra
ni un error puro y simple ni una aberración,
sino la simple obsolescencia
y el no estar capacitado ya
para resolver los enigmas que, sin embargo,
ha contribuido a formular (...)
el nuevo paradigma no destruye
realmente al anterior,
el cual, discretamente y dentro de su ámbito
puede prestar aún algunos servicios.
Georges Lantéri-Laura (2000)*

Una periodización posible

A partir de nuestro interés por recuperar los aportes que la psiquiatría clínica clásica ha realizado al psicoanálisis y a la salud mental, en esta parte del libro nuestro objetivo es poder delimitar y caracterizar sucintamente los hitos fundamentales que jalonan a la historia de la psiquiatría en sus definiciones de la patología mental.

Se trata entonces de reconstruir el contexto en el que las primeras concepciones acerca del padecimiento mental se fueron gestando. Recordemos que la psiquiatría -del griego ψυχή, [*psyche*]: alma, y ατρέω [*iatría*]: curación- no se constituye como disciplina científica a partir de la especialización de saberes acumulados de la medicina, sino que su conformación inaugural responde a urgencias coyunturales de un contexto socio-histórico y político determinado: el de la revolución francesa y la extensión del estatuto de sujeto de derecho a todos los ciudada-

nos.⁵ A partir de su surgimiento a finales del siglo XVIII en Europa, la historia de la psiquiatría estuvo signada por diversos puntos de inflexión que dieron lugar a modificaciones cruciales, tanto a nivel teórico como empírico y metodológico.

El abordaje propuesto no es una tarea sencilla, puesto que -como ya hemos visto en la primera parte- está atravesado por una microfísica del poder que impacta en la constitución de los saberes. Para adentrarnos en él retomaremos lo elaborado por uno de los historiadores de la psiquiatría cuyo trabajo ha obtenido mayor reconocimiento: Georges Lantéri-Laura, y cuyas formulaciones han sido retomadas en otros estudios sobre la materia, como los de Bercherie, Álvarez, Stagnaro y Napolitano, por sólo mencionar algunos.

Este autor propone una periodización de la historia de la psiquiatría a partir de la utilización del concepto de paradigma de Kühn y reconoce que la historia de la psiquiatría no puede ordenarse desde una "ilación unilineal y continua" (Lantéri-Laura, 2000: 37), sino que se trata de una franca yuxtaposición de datos que son discontinuos entre sí y que se dan en determinado espacio y tiempo: Europa occidental, especialmente Francia y Alemania -a fines del s. XVIII y principios del s. XIX-. Estas elaboraciones europeas impactaron en las incipientes concepciones del padecimiento mental que se fueron imponiendo en nuestro país, de ahí el interés de adentrarnos en ellas.⁶

La importancia de introducir algún tipo de ordenamiento en este conjunto heterogéneo y discontinuo de informaciones radica en que una periodización puede permitir "ordenar racionalmente el conjunto de datos empíricos que constituye la materia del historiador" (Klappenbach, 2006: 110). Por lo tanto, no es nuestra intención realizar una lectura cronológica "pura" de la historia de la psiquiatría, sino centrarnos en los movimientos y discontinuidades que en ella se han producido, entendiendo a la misma como un campo de saber-poder.

Lantéri-Laura destaca que los movimientos señalados en la historia de la psiquiatría no responden a la idea de una totalidad y una continuidad acabadas:

(...) el estudio concreto de la historia de la psiquiatría nos muestra que no fluye como un flujo heraclítico continuo desde sus orígenes, sino que tiene lugar a base de franjas de tiempo en las cuales todo aquello que le concierne parece repetirse, desarrollarse sin cambios y vivir a base de recurrencias y repeticiones más que de modificaciones efectivas (Lantéri-Laura, 2000: 43).

Así, la periodización queda definida por determinada franja de temporalidad durante la cual ciertos elementos sufren pocas modificaciones y las recurrencias son más importantes que los cambios. En cada uno de los períodos delimitados por Lantéri-Laura veremos cómo ciertas concepciones centrales no sufren mayores alteraciones hasta que las mismas entran en crisis y marcan una discontinuidad. Otros autores no delimitan los períodos de la psiquiatría a partir de la noción de paradigma, sino que diferencian dentro de la disciplina a determinados exponentes y momentos históricos que se han ocupado de la clínica del

⁵ Cf. capítulo 1 de este libro.

⁶ Cf. capítulo 2.

campo de la patología mental y que han colaborado para la construcción del edificio psiquiátrico (Álvarez, 2004; Bercherie, 1980).

Así, la psiquiatría se configura, por un lado, como un conjunto de teorías sistematizadas en un cuerpo de conocimiento y, por el otro, como fundamento de una futura psicopatología, cuyo surgimiento es posterior y que cimienta sus bases en la concepción de la locura en sus diversas acepciones.

De este modo, debemos tener en cuenta que la modalidad de abordaje, descripción, clasificación y tratamiento de las patologías en el campo de lo mental fueron sufriendo cambios en el curso del desarrollo de la psiquiatría. El método de observación de los fenómenos mórbidos, las hipótesis etiológicas⁷ subyacentes a cada presentación y su nosografía,⁸ así como el papel del psiquiatra en el estudio de la locura fueron precisados según el marco conceptual que caracterizaba a un determinado paradigma.

La noción de paradigma, acuñada y sistematizada por Thomas Kühn en su libro *La estructura de las revoluciones científicas* (1962) es una herramienta conceptual que nos permite analizar tres períodos de la psiquiatría, tal como propone Lantéri-Laura (2000).

Kühn, en función de su perspectiva epistemológica, entiende a la ciencia como una actividad puramente racional, y a su vez, como una actividad concreta que se ha dado durante siglos y que en cada momento histórico presenta diferentes particularidades y características que le son propias.

El **paradigma** es un conjunto de conocimientos, un marco conceptual, organizador de lo perceptual, que en determinado momento de ciencia normal sirve de referencia fundamental y eficaz para la resolución de los problemas que se plantean en su interior. El paradigma es entonces una suerte de consenso dentro de una comunidad científica que involucra “toda la constelación de creencias, valores, técnicas, etc. compartidos por los miembros de una comunidad dada” (Kühn, 1962: 269).

Un paradigma que no está en crisis permite explicar de manera satisfactoria un gran número de fenómenos. Kühn afirma que las teorías que se inscriben en un paradigma no pueden traducirse en términos de las proposiciones que forman el paradigma posterior, por lo tanto esto hace que los paradigmas sean inconmensurables.

Por otra parte, cada paradigma puede entrar en una llamada “**crisis**”. Este término implica la puesta en duda y cuestionamiento a los que son sometidos los fundamentos que sostenían al paradigma vigente y que pueden dar lugar al surgimiento de un nuevo paradigma que permita resolver los problemas que el anterior no resolvía. En consonancia con este planteo, en el que los conceptos de ciencia normal, crisis y revolución se vinculan estrechamente, Kühn considera a la revolución científica como un cambio total de la percepción del mundo.

⁷ El concepto de etiología refiere al estudio de las causas de una enfermedad. En medicina, con respecto a la causa, se diferencia entre etiología y patogenia. La primera corresponde al estudio de las causas en términos del origen último de la enfermedad, su procedencia; mientras que la patogenia refiere a los mecanismos de acción por los cuales se desarrolla la enfermedad a partir del contacto con el agente etiológico. Mientras que la etiología refiere a las razones últimas de la enfermedad, la patogenia se ocupa del estudio de la forma en que la etiología lleva al desarrollo de la enfermedad.

⁸ La nosografía -del griego *nosos* enfermedad y *grapho*, descripción- es la descripción y clasificación de las patologías. La nosografía está incluida dentro de la nosología, rama de la medicina que busca denominar, definir, explicar y diferenciar a las entidades mórbidas.

Es interesante destacar que el paradigma no es algo meramente abstracto, sino que organiza lo que percibimos. La observación no es pura, sino que está organizada por nuestras concepciones. "Lo que un hombre ve depende tanto de lo que mira como de lo que su experiencia visual y conceptual previa lo ha preparado a ver" (Kühn, 1962).

Lantéri-Laura (2000) retoma la concepción de Kühn, con ciertas salvedades,⁹ y entiende al paradigma en los siguientes términos: "conjunto de representaciones coherentes y correlacionadas entre sí, que regulan durante largo tiempo, de manera racional, eficaz y económica, la disciplina cuyo paradigma precisamente constituyen." (p. 48). Las modalidades que adquiere el estatuto de lo normal y lo patológico en cada momento histórico confieren a la práctica psiquiátrica preceptos que orientan e inscriben a cada integrante de la comunidad científica en un discurso consensuado.

Ahora bien, los paradigmas -en tanto regulaciones de los conocimientos en determinado período- entran en crisis y son sustituidos por otros, sin que esto signifique que este pasaje se produzca de un momento a otro, ni que el paradigma previo desaparezca, sino que queda en un segundo plano, latente, larvado.

Los paradigmas previos sobreviven y sus ideas pueden reaparecer efectivamente en el seno de los nuevos paradigmas, aunque no lleguen a recobrar ese poder de regulación de los conocimientos y las prácticas que poseían antes de entrar en crisis. Cada nuevo paradigma implica un cambio de enfoque sobre el hecho psiquiátrico. Enfatizamos así que no hay *una* definición de la patología mental, sino que ésta cobra diferentes formulaciones de acuerdo al paradigma en que la encontremos.

Lantéri-Laura contribuye a delimitar tres paradigmas en la historia de la psiquiatría: el de la alienación mental, el de las enfermedades mentales y el de las grandes estructuras psicopatológicas. Deja abierta la pregunta de "si la consideración de un cuarto paradigma puede ser una empresa razonable o no" (Lantéri-Laura, 2000: 245). Esta distinción es retomada y reconocida por muchos historiadores en la materia, de ahí la importancia de conocerla.

En adelante, nos ocuparemos de deslindar las principales formulaciones, alcances, criterios y vigencia de cada uno de estos paradigmas de la psiquiatría.

Los operadores de lectura que privilegiaremos en el análisis de cada paradigma son:

- el método, es decir el procedimiento ordenado y sistemático que se utilizó para describir los fenómenos patológicos en el ámbito mental.
- la concepción del padecimiento psíquico: salud-enfermedad, síntomas y signos.
- las hipótesis sobre las causas, etiología y patogenia.
- los tipos de tratamientos propuestos.

Veremos en el recorrido cómo estos cuatro ítems guardan una coherencia interna en cada uno de los paradigmas.

⁹ Lantéri-Laura aclara que, a diferencia de los casos estudiados por Kühn, los paradigmas de la psiquiatría entran en crisis y se suceden con mucha mayor rapidez que los de la física: en menos de un siglo se suceden tres paradigmas en la historia de la psiquiatría.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, JM, Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 2014.
- Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (1),109-164.
- Kühn, S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de cultura económica, 2007.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Napolitano, G. (2000). *El nacimiento de la psicopatología*. La Plata: Ed. La campana.

CAPÍTULO 4

Primer paradigma: la alienación mental

(1793-1854)

Sergio Zanassi, Jesuán Agrazar

y Julieta De Battista

*Los alienados, lejos de ser culpables
a los que se necesita castigar,
son enfermos cuyo penoso estado
merece todas las consideraciones debidas
a la humanidad sufriente y respecto de los cuales
uno debe intentar, por los medios más simples,
restablecerles la razón perdida.*

Pinel, 1809.

Pinel y la primera psiquiatría clínica

En este apartado presentamos el paradigma de la alienación mental, tal como lo ha elaborado Lantéri-Laura (2000). Nos orientamos también con el aporte teórico de distintos autores que han trabajado esta temática.¹⁰ Lantéri-Laura propone un año de inicio y un año de crisis tentativos para enmarcar este primer período, sin que eso suponga entender que estos cortes en el tiempo son taxativos. La designación de Pinel en el Hospicio de Bicêtre en el año 1793 marca el inicio de este primer paradigma que comienza a entrar en crisis entre 1850 y 1860, más precisamente en 1854 cuando Falret publica las primeras críticas a la concepción de la patología mental como afección unitaria. Sin embargo, los cambios no se dan de manera inmediata y el vocabulario del primer período persistió por mucho tiempo. La diferencia entre la noción social de locura y la locura como enfermedad a tratar -establecida en este paradigma-, sigue vigente hoy en día.

¹⁰ Nos referimos al libro de Michel Foucault *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, cuya primera edición en francés es de 1963; la tesis de doctorado de Paul Bercherie -discípulo de Lantéri-Laura, titulada *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, publicada por Navarin en 1980; y al texto de Napolitano sobre el nacimiento de la psicopatología. Cada una de estas fuentes tiene sus aportes y sus limitaciones. Por ejemplo, el texto de Bercherie acepta como límite de su trabajo el haber dejado sistemáticamente de lado en su indagación los aspectos institucionales y sociales de la historia de la clínica; que Foucault, en cambio, considera primordiales en su abordaje, posición que acompañamos en este libro (Cf. con el capítulo 1).

El nombre de este primer paradigma señala la concepción subyacente. La palabra "alienación" proviene etimológicamente del latín *alienus*, que quiere decir "ajeno", que pertenece a otro. Este paradigma se define por la concepción establecida de la alienación mental como un término propiamente médico referido a una afección única, específica y autónoma, que debe separarse de las demás enfermedades de la medicina y que hay que distinguir de la representación social de la locura.

Esta primera operación de **medicalización de la locura** inscribe a la patología mental en el campo de la medicina, al intentar explorar "qué es lo que puede considerarse como propiamente médico en todo lo que, de forma tal vez intuitiva, se concibe de modo amplio, aunque incierto, bajo esta denominación de *locura*" (Lantéri-Laura, 2000: 74). Por primera vez entonces, se propone distinguir entre aquello que social y culturalmente se entiende por locura y aquello que la ciencia médica nombra como alienación mental a partir del examen riguroso y metódico de los enfermos. Se separa así la patología mental de otras conductas calificadas como "anormales" y también de otras enfermedades que no obedecen a un padecimiento psíquico.

De este modo, es importante destacar que esta inscripción de la patología mental en el campo de la medicina se da sobre un fondo en el cual ya existen presupuestos sociales y culturales acerca de la locura, es decir que ya hay una representación social de la locura que precede a su medicalización (Lantéri-Laura, 2000: 16-17). En cada sociedad existe cierto sentido común acerca de qué es "estar loco".

Iniciamos este recorrido recordando que el relato mítico más reconocido de Pinel lo ubica en la historia como el gran liberador de los alienados, aquel al que se le atribuye el gesto de haberlos transformado en enfermos que requieren de asistencia, diferenciándolos así de los indigentes, los delincuentes y otros personajes que caían sin distinción bajo la órbita de la justicia. El gesto que inicia la "gesta" pineliana se acompaña de un cambio de denominación, los otrora insensatos son llamados ahora "alienados".¹¹ Esto implicaría grandes beneficios, ya que la noción social de locura, según Pinel, "puede tener una amplitud indeterminada y extenderse a todos los errores y extravagancias de que es susceptible la especie humana, lo que, merced a la debilidad del hombre y a su depravación, no tendría límites." (Lantéri-Laura, 2000: 75). En cambio, la concepción de la alienación mental delimita una patología propiamente médica y a su vez diferente de las otras enfermedades tratadas por la medicina de entonces.

Como ya hemos trabajado en la primera parte de este libro, el surgimiento de la psiquiatría como especialidad dentro de la medicina se encuentra estrechamente ligado a un cambio sobre la consideración de la locura, que implica una nueva perspectiva sobre el loco, considerado a partir de ahora como enfermo, es decir, como alienado mental. Se produce una innovación y una verdadera ruptura ideológica en la cual cobra relevancia la consideración de la noción de sujeto de derecho. El nuevo régimen social y jurídico no excluye sino que afirma la permanencia del sujeto. De esta manera, los inicios de la psiquiatría no pueden ser meramente atribuidos al gesto liberador de Pinel, sino a las respuestas que se dieron ante la urgencia histórica que implicó la revolución francesa y que derivó en la incorporación de la locura dentro del campo de

¹¹ Véase una lectura crítica de esta versión mítica en el capítulo 1.

la medicina, concibiéndola desde entonces como una enfermedad que requería un tratamiento especializado.

El método clínico

Pero este gesto mítico de liberación -inmortalizado por la pintura de Müller en la que se puede ver a Pinel ordenando que se corten las cadenas-, conlleva el riesgo de agotar la figura de este pionero en sus principios filantrópicos y olvidar que fue también el iniciador de la aplicación del método clínico en psiquiatría. La medicina de entonces se basaba en el *corpus hippocraticum* y su teoría de los humores: una teoría explicativa general y especulativa. El método clínico en medicina, en cambio, produce la novedad de dejar a un lado los sistemas explicativos para abocarse al examen del enfermo, observar los datos empíricos de la enfermedad - aquellos a los que se puede acceder a través de los sentidos, especialmente de la mirada-, para luego describirlos sistemáticamente.

El término "clínica" viene del latín *clinicus*, que a su vez reconoce su ascendencia del griego *klinikós* que quiere decir "que visita al que guarda cama", deriva de *Kliné*, cama. En medicina, el método clínico comenzó a utilizarse sistemáticamente en el siglo XVIII, con el surgimiento de la medicina moderna que dejó a un lado las numerosas teorías acerca del padecer para dedicarse al examen directo del enfermo en su lecho, mediante la observación minuciosa de los fenómenos patológicos.¹²

Se trata de un método que pone en primer lugar a la mirada del médico sobre el enfermo y que Foucault (1963), en su obra *El Nacimiento de la clínica*, califica como el ejercicio del "poder soberano de la mirada empírica" (p. 7). Esta obra de Foucault es prácticamente contemporánea de la de Kühn, por lo tanto no podemos esperar que Foucault se ocupe de los paradigmas de la historia de la psiquiatría. Por otra parte, no han sido esos los términos en que ha planteado su estudio de la constitución del saber médico. No obstante, se pueden distinguir en esta obra de Foucault características propias de esos primeros consensos en el campo del saber psiquiátrico, que nos interesa retomar.

En *El nacimiento de la clínica*, cuyos principales argumentos revisaremos en lo que sigue, Foucault señala que el método clínico permitió fundar un nuevo objeto de estudio para la medicina moderna: abordar el sufrimiento de un individuo a partir de esta mirada positiva sobre el cuerpo del enfermo. Este movimiento es novedoso históricamente, en tanto ya no se trata de teorías generales acerca del padecer, sino que se recorta al individuo enfermo como objeto de investigación: un sujeto puede convertirse en objeto de un discurso.

La mirada no es ya reductora, sino fundadora del individuo en su calidad irreductible. Y por eso se hace posible organizar alrededor de él un lenguaje racional.

¹² Remitimos al lector a la obra de Foucault sobre el nacimiento de la clínica. La utilización del método clínico en psicoanálisis es trabajada por Lombardi en su libro *El método clínico*, publicado en Buenos Aires por Paidós.

El *objeto* del discurso puede bien ser así un *sujeto*, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo, modificadas. Esta reorganización *formal* y *de profundidad*, más que el abandono de las teorías y de los viejos sistemas, es la que ha abierto la posibilidad de una *experiencia clínica*; ha retirado el viejo entredicho aristotélico: se podrá al fin hacer sobre el individuo un discurso de estructura científica. (Foucault, 1963: 8)

Sin dudas esta innovación no hubiese sido posible sin los avatares descriptos en la primera parte de nuestro libro: extensión del estatuto de sujeto de derecho a todos por igual y aislamiento de aquellos que padecían de alienación mental. Este aislamiento en los hospitales, el alojamiento de los padecientes en sus camas, posibilita el acceso al individuo enfermo concreto.

En esta microfísica del poder se delimitan los cuerpos enfermos alojados en los lechos de los hospitales como objeto de la mirada positiva del médico. Por primera vez, señala Foucault, se puede establecer un discurso científico sobre el individuo enfermo y no sobre las generalidades teóricas de las enfermedades. Esta mirada del médico funda al individuo enfermo como objeto y es condición de posibilidad de la experiencia clínica como "apertura del individuo concreto al lenguaje de la racionalidad (...) El lecho del enfermo se convierte en campo de investigación y de discursos científicos." (Foucault, 1963: 8-9)

Ahora bien, Foucault subraya que esta mirada del médico sobre el cuerpo del enfermo requiere además de la construcción de una lengua para transmitir lo que esa mirada recoge. El método clínico lleva implícita una tendencia al nominalismo, a dar nombre a aquello que se observa, a transformar el sufrimiento en un discurso racional.

La experiencia clínica es una manera de ver, pero sobre todo es una manera de decir. El objeto del sufrimiento mental individual iluminado por la mirada del médico necesita trasponerse en un discurso de estructura científica, requiere una articulación con el lenguaje médico que inaugura una "verbalización fundamental de lo patológico" (Foucault, 1963: 4): "La mirada que recorre un cuerpo que sufre, no alcanza la verdad que busca sino pasando por el momento dogmático del *nombre*"(Foucault, 1963: 93).

De ahí que esta experiencia no sea del orden de lo inefable, sino que se acompaña de la creación de toda una nomenclatura acerca del sufrimiento mental. Se sigue de esta manera el precepto de Condillac que entiende a la ciencia como una lengua bien hecha. Es primordial acceder a través de la mirada a las manifestaciones de lo patológico, pero más aún es poder nombrar las categorías obtenidas por la observación empírica. El trabajo de Pinel se caracteriza entonces por una confianza en la observación y una desconfianza en la teoría, y las críticas que ha recibido recaen justamente en que supone una observación "pura", no atravesada por principios teóricos.

¿Qué es lo que de esta experiencia se intenta nombrar? Veremos cómo esta nominación va de la mano de la concepción de enfermedad que atraviesa este momento de elaboración del saber psiquiátrico.

La enfermedad y los síntomas

Foucault plantea que en la tradición médica del siglo XVIII hay una concepción pregnante acerca de la enfermedad por la cual se supone que no puede accederse a ella a través de los sentidos: la esencia de la enfermedad escapa a la aprehensión de los sentidos, no se la puede captar por la mirada, es inaccesible. Lo que se presenta de la enfermedad al observador son los síntomas. El **síntoma** es entendido entonces en esta época como "la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: de todo lo que es visible, él es el más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad"(Foucault, 1963: 131).

La enfermedad no es accesible por los sentidos, el médico accede a los síntomas de la enfermedad, pero no a la esencia de la enfermedad en sí. Aquello que puede observar son las manifestaciones de la enfermedad, la forma que ésta tiene de presentarse en los síntomas: "Los síntomas dejan transparentar la figura invariable, un poco en retirada, visible e invisible, de la enfermedad" (Foucault, 1963: 131).

Son síntomas que Foucault califica de "**subjetivos**", en tanto el médico accede a ellos a través del relato que el enfermo realiza de los mismos en respuesta a la pregunta "¿Qué tiene usted?" Los síntomas en este momento de la psiquiatría son entonces aquello que se enuncia espontáneamente sobre la enfermedad, el relato de la experiencia del enfermo, sus confidencias y la observación de sus comportamientos.

Pinel otorga la mayor importancia a los **síntomas más notorios**, más pintorescos, más llamativos, aquellos que presentaban la mayor extensión en el relato de la enfermedad: "el síntoma era más elocuente o más seguro cuanto más superficie tenía en las manifestaciones de la enfermedad" (Foucault, 1963: 227- 229; Bercherie, 1980: 19). Las descripciones de esa época abundan en caracterizaciones espectaculares de la alienación: síntomas muy notables, ruidosos, comportamientos bizarros, excesos de las pasiones.

En este momento, el método de observación clínica no recurre al uso de instrumentos que permitan medir ese malestar de una manera "objetiva", sino que se basa en la expresión del malestar que el propio enfermo refiere. De ahí que para Foucault, la mirada clínica de este primer momento sea una "mirada botánica", una mirada de jardinero, que busca reconocer en las distintas formas de presentación del malestar la esencia específica de la alienación mental, en su diferencia con otras enfermedades médicas.

Esta mirada es entonces una mirada fuertemente ligada al caso como ejemplo. El individuo enfermo se vuelve un "caso", una forma de presentación de esta esencia inaccesible de la enfermedad:

En el hospital, el enfermo es *sujeto* de su enfermedad; es decir que se trata de un caso; en la clínica, en la cual no se trata sino del *ejemplo* del enfermo, es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado. (Foucault, 1963: 92).

Esta noción de la **enfermedad como accidente**, como fuerza que desde el exterior perturba el equilibrio del organismo es propia de este período y sufre modificaciones en el paradigma siguiente. De estos casos individuales puede extraerse un saber acerca de las manifestaciones patológicas en la medida en que las mismas puedan traducirse en un lenguaje claro y ordenado de los síntomas, "la mirada clínica opera sobre el ser de la enfermedad una reducción nominalista" (Foucault, 1963: 171). Este lenguaje de los síntomas puede transmitirse y enseñarse a otros médicos, convirtiendo a esta esencia inaccesible de la enfermedad en una nominación posible de los síntomas bajo los cuales aparece.

Sin dejar de tener presente que la alienación mental constituye por sí misma una única y autónoma enfermedad, Pinel organiza esta primera psiquiatría clínica distinguiendo cuatro especies dentro del género único de la alienación mental. Estas especies son distintos aspectos bajo los cuales puede manifestarse la alienación mental, y no constituyen formas clínicas diferenciales, sino aspectos de una única alienación (Lantéri-Laura, 2000: 78).

Recordemos que en este paradigma lo primordial es distinguir a la patología mental de otras enfermedades médicas y por lo tanto esta unidad es necesaria para sostener la importancia de un conocimiento y un tratamiento específico. El examen clínico psiquiátrico se aboca entonces a registrar las alteraciones de las distintas facultades de la mente: la percepción, la memoria, el juicio, la sensibilidad, la afectividad. De esta manera Pinel, y su discípulo Esquirol, distinguen cuatro especies o variedades de manifestación de la alienación mental: la monomanía o manía, la melancolía o lipemanía, la demencia y la imbecilidad o idiocia.

La **monomanía o manía** es una especie en la cual el delirio es general y las facultades del entendimiento se hallan lesionadas en su mayoría. Se acompaña de excitación y estados de furor con predominio de una pasión alegre y expansiva.

La **lipemanía o melancolía** es un delirio parcial, limitado a un objeto o a un pequeño número de ellos, con predominio de una pasión triste y depresiva.

La **demencia** queda definida por una abolición de la razón, que obedece a que las facultades mentales han perdido su energía y ya no llevan a cabo sus funciones, sino que se manifiestan en la incoherencia a nivel de todas las facultades.

La **imbecilidad o idiocia** se diferencia de esta última porque los órganos nunca pudieron razonar adecuadamente por defectos de nacimiento, las facultades intelectuales directamente no han podido desarrollarse. La figura que utiliza Esquirol para diferenciar al demente del idiota es la del hombre rico que se ha hecho pobre, para el primer caso, y la del hombre que siempre vivió en el infortunio y la miseria, en el caso del idiota (Lantéri-Laura, 2000: 91-94).

Vemos así cómo, a pesar de la insistencia en la **unidad de la alienación mental**, las formas de volverse alienado difieren notablemente entre las notas de las pasiones alegres, tristes y la pérdida o la abolición de la razón. No obstante, esto que pareciera ser un primer esbozo de diferenciación no se consolida como tal. No hay siquiera un inicio de semiología¹³ en la obra de

¹³ La semiología es el estudio de los signos -manifestaciones objetivas de la patología- y síntomas -percepción subjetiva- de las enfermedades.

Pinel, tampoco en la de Esquirol. Para que una semiología se constituya es necesario identificar diferencias entre signos que remitan a patologías distintas e irreductibles entre sí.

En la medida en que la alienación mental es una afección unitaria y única no existe la posibilidad de que una semiología decante: "toda la clínica [de Pinel], por viva y evocadora que nos parezca, se halla constituida por breves historias, apuntes o incluso resúmenes breves y sugestivos, pero sin que un elemento discreto presente en un caso aparezca de forma idéntica en otro." (Lantéri-Laura, 2000: 94). Las cuatro especies de la alienación mental, las cuatro formas en las que puede manifestarse esta alienación no son cuadros clínicos irreductibles entre sí, de hecho pueden aparecer sucesivamente en el mismo enfermo.

La clínica de Pinel es una **clínica sincrónica y sindrómica**, observa las manifestaciones de la patología mental haciendo un corte en el tiempo, para describir aquellos aspectos estáticos de un fenómeno, con exclusión de toda intervención del tiempo. No tiene en cuenta la sucesión de estados ni la evolución de la enfermedad, en tanto lo que interesa establecer es si el paciente se encuentra afectado de alienación mental o no, si está o no está loco en un momento dado. Esta idea de la locura como estado, ligada a comportamientos bizarros, persiste en el sentido común hoy en día: alguien está o no está loco.

Por otra parte, es importante aclarar que si bien algunos de los términos utilizados por Pinel y Esquirol aún existen en la actualidad -como por ejemplo, manía, demencia y melancolía-, no puede deducirse de esto que la manía descrita por Pinel se corresponda con lo que actualmente entendemos por manía. Así lo explicita Bercherie (1980): "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 (...) Pinel, naturalmente, vio *todo*, pero no con *nuestra* mirada." (p.19).

Son estas concepciones del método clínico, de la enfermedad y de los síntomas las que subyacen al mítico gesto pineliano de separar a la alienación mental de otras enfermedades médicas. Pinel promovió un conocimiento del hombre basado en la observación y registro de los síntomas. Realizó una clasificación de las enfermedades y sus síntomas proponiendo un camino empírico. En este sentido, una de las finalidades del médico era observar los síntomas de los pacientes, considerados como el fenómeno patológico que se presenta en el enfermo por excelencia, lo observable y aquello que sobresale en la enfermedad.

Pinel no se detiene en realizar una semiología detallada, por el contrario, considera que la alienación mental está conformada por una gran clase sindrómica. Es desde esta perspectiva que la nosografía que realiza es en razón de los síntomas más notorios.

Pinel fue también un acérrimo defensor del método clínico en psiquiatría y es reconocido como el fundador de esta tradición en esta rama del saber. Es importante aclarar, no obstante, que este abordaje de la alienación mental no era el único en ejercicio en ese momento, otros psiquiatras empleaban otro método que adquiere relevancia en el segundo paradigma: el método anatomoclínico. Pinel no se valía de los datos anatomopatológicos en sus descripciones, pues consideraba al método clínico como soberano y las autopsias que había realizado no le habían resultado de utilidad en el esclarecimiento de la patología mental. Así, a su "desconfian-

za" en los sistemas explicativos se sumaba una desconfianza en los aportes de la anatomía patológica (Bercherie, 1980: 23-24).

Las causas morales

Este rechazo del método anatomopatológico se acompañaba sin embargo de una tesis etiológica por la cual, en última instancia, la alienación mental era causada por un desarreglo de la facultades cerebrales, aunque la anatomía patológica no pudiera demostrarlo fehacientemente. Se suponía que la sede última de la alienación mental estaría en el cerebro, ya que las funciones del alma se asociaban al funcionamiento de este órgano, aunque los descubrimientos de la anatomía patológica aún no eran tan preponderantes como lo serán en el paradigma siguiente. De ahí que Pinel enfatice la importancia de las denominadas "causas morales", entendidas como el impacto que las pasiones humanas producen en el organismo, al afectar al cuerpo funcionalmente, sin provocar una lesión orgánica.

En este momento del saber psiquiátrico se consideraba que un órgano podía estar afectado de tres maneras: en forma **idiopática** -el proceso mórbido afecta directa y exclusivamente al órgano, el origen del proceso es oscuro o desconocido-, en forma **sintomática** -el proceso mórbido se inició en otro órgano, pero afecta secundariamente a otros que se convierten en síntomas de ese proceso-, y en forma **simpática** -el órgano afectado primariamente incide en otros órganos con los cuales guarda relaciones de afinidad- (Lantéri-Laura, 2000: 99). Así, las pasiones excesivas podían influir causalmente en el cerebro por las conexiones simpáticas entre órganos.

Esta concepción es tangible en la organización que Pinel realiza de los casos para su transmisión, como por ejemplo el siguiente relato de manía sin delirio con acceso de furor:

Un hombre que se dedicaba antes a un arte mecánico y fue encerrado después en Bicêtre, sufre por intervalos irregulares de accesos de furor marcados por los siguientes síntomas: primero, un sentimiento de ardor candente en los intestinos, con una sed intensa y una fuerte constipación; este calor se propaga gradualmente al pecho, al cuello, a la cara con colores más animados, llevado a las sienes, se vuelve todavía más vivo y produce latidos muy fuertes y muy frecuentes en las arterias de esas partes, como si fueran a romperse; finalmente, la afección nerviosa gana el cerebro, y entonces está dominado por una inclinación sanguinaria irresistible, y si puede alcanzar un instrumento cortante, es llevado a sacrificar, con todo tipo de rabia, a la primera persona que se ofrece a su vista. (Pinel, 1809: 449)

Para Pinel las pasiones pueden modificar la sensibilidad moral y afectar lo físico. Las pasiones intensas como la cólera, la ira y los arrebatos son perjudiciales para el buen juicio y predisponen a la contracción de la alienación mental o la anuncian. Las emociones intensas pueden

provocar la pérdida de la razón, de ahí que para Pinel las causas morales son las principales en la etiología de la alienación mental:

Esta enfermedad, en ciertos casos, tiene un origen común y se debe desde un comienzo a un acontecimiento o a un concurso de acontecimientos análogos a los que debemos considerar como su causa determinante. Debemos colocar en este número de ejemplos la disposición hereditaria, ciertas afecciones morales fuertes, una pena profunda, un amor contrariado, una exaltación extrema de los principios religiosos, o bien una inmoralidad profunda. (Pinel, 1809: 364)

Las causas morales pueden ser pasiones intensas de todo tipo -prolongadas y contrariadas- y los excesos a todo nivel de la vida humana: irregularidades del modo de vida como la costumbre de la embriaguez, el exceso de los placeres, el abuso del café, etc. (Pinel, 1809). Es importante aclarar que aquí "moral" debe entenderse en el sentido de "psíquico". Pinel incluye entre esas causas morales a la experiencia de pasiones vivas y fuertemente obstruidas, a una manera de vivir desordenada que exalta las facultades mentales, pero también a una temprana educación viciada. Da ejemplos como el siguiente:

Un joven cuya madre había sido alienada fue expuesto, desde su ingreso al mundo, a fuertes contrariedades y penas profundas. Se vuelve desconfiado e irascible en exceso; sus sospechas aumentan y cree ser el blanco de persecuciones de todo género; llega incluso a creer que se burlan de él en panfletos, caricaturas, obras de teatro. Su imaginación se exalta incluso a un mayor grado, está convencido de que luego de haberlo deshonrado en la opinión pública han formado el proyecto atroz de hacerlo morir, y que sus allegados corren el mismo peligro. No le resta más que, según dice, vengarse abiertamente de aquellos a los que llama traidores, monstruos. En ese estado de furor exaltado, sale a la calle y provoca a los transeúntes, y se torna necesaria su reclusión para prevenir algún acontecimiento funesto. (Pinel, 1809: 372).

En 1820 Georget, uno de los primeros alienistas que reivindicó el rol de las perturbaciones cerebrales en la causación de la alienación mental, criticó fuertemente esta concepción etiológica de Pinel en tanto sólo tiene en cuenta los síntomas de la enfermedad y no el trastorno orgánico que las originaría, aunque esa alteración sea aún desconocida.

Las causas de la alienación mental para Pinel incluyen un conjunto bastante heteróclito en el que se mezclan las pasiones exacerbadas, los accidentes que provocan lesiones, la constitución defectuosa y los efectos de una educación inapropiada. Pinel incluye también en su panorama etiológico a las causas físicas y hereditarias, sobre todo en los casos de idiocia y demencia. En éstas, nos advierte el autor, no sería posible llevar a cabo el tratamiento moral por él propuesto, en tanto no se encuentra el resto de razón, necesario e indispensable para el trabajo terapéutico.

Esta diversidad a nivel de la etiología no va a persistir en el paradigma de las enfermedades mentales, en el que veremos cómo se establecen posiciones organicistas más cercanas a la de Georget y más afines a la tesis de la incurabilidad de la locura.

En el paradigma de la alienación mental, esta suposición de las causas morales va de la mano de un **optimismo terapéutico**. Si la enfermedad es provocada por el exceso de las pasiones, un tratamiento que se enfoque a regular y ordenar las mismas es el indicado.¹⁴ Considerar que la alienación mental no se fundamenta en una alteración lesional del cerebro permite suponer su curabilidad. Por esta razón, las manías intermitentes constituyen la mejor prueba de las posibilidades de curación. En la concepción de la alienación mental de Pinel la razón no puede extraviarse por completo, sino que permanece en el enfermo un resto de razón que es esencial para la cura.

El tratamiento moral

El hecho de dejar entre paréntesis la hipótesis etiológica del daño material en el cerebro contribuye a plantear que la alienación mental es curable, puesto que la mente está alterada solamente en su funcionamiento. De esta manera, surge la posibilidad de un tratamiento, ya que para Pinel la alienación nunca es total. El alienado conserva siempre en él una parte de razón. La alienación es una enfermedad "en donde cohabitan la razón y la sin razón" (Álvarez, Esteban & Sauvagnat, 2004: 69). Es sobre este **resto de razón** que se va a asentar la eventual curación. De ahí que para Pinel, la manía periódica, intermitente sea el paradigma de la parcialidad de la alienación.

En este momento, la enfermedad -cuya esencia es inaccesible- es entendida como una reacción saludable del organismo ante la acción de causas que perturban su equilibrio, cuya terminación natural es la cura. El activismo terapéutico queda entonces excluido en favor de no perturbar la evolución del desarrollo natural de la enfermedad y las reacciones del organismo ante ella:

Entonces pensé que era más sabio dejar, en general, que la enfermedad recorriera sus diversos períodos de estado agudo, de declinación y de convalecencia, sin trastornar la marcha de la naturaleza ni intervenir demasiado en ella, variar los medios curativos secundarios según las diversas especies de alienación o el carácter particular de las causas determinantes, pero contar sobre todo con los recursos poderosos de la higiene, estableciendo en el hospicio un orden invariable y en el cual todas las partes estén combinadas de la manera más favorable al reestablecimiento lento y gradual de la razón. (Pinel, 1809: 597).

¹⁴ Ya hemos tratado la organización del asilo como un orden disciplinario en el capítulo 1.

Al ser la alienación mental una afección única, también único era el tratamiento propuesto y las instituciones específicas para tratarla: el asilo. Se trata de devolverle al enfermo la libertad sustraída por la alienación, por medio del aislamiento. Al interior del asilo las distintas especies de los alienados eran separadas: los furiosos y maníacos por un lado, los melancólicos por otro y los dementes e idiotas en otro sector. Así podían asegurarse las condiciones de seguridad necesarias para cada clase.

El **tratamiento moral** incluía tres aspectos fundamentales: el aislamiento, la vigilancia paternal del médico y el trabajo provechoso (Lantéri-Laura, 2000: 81).

El primer paso del tratamiento moral para Pinel consistía en separar al enfermo de sus parientes más próximos e iniciar un **aislamiento terapéutico** en un establecimiento especializado con el fin de proteger al alienado de las influencias perjudiciales de su familia. Al sostener la hipótesis de las causas morales de la alienación, Pinel consideraba que en primer lugar el alienado debía ser alejado del entorno en el que se había producido el exceso y que incluso debían reducirse al máximo las visitas de los familiares una vez internado el enfermo: "Una experiencia ha enseñado que los alienados no pueden casi nunca ser curados en el seno de su familia" (Pinel, 1809: 512).

El aislamiento era entonces la máxima general del tratamiento y debía producirse en una institución perfectamente racional y ordenada, que permitiera apoyarse en el resto de razón del alienado con el fin de reestablecer la razón.

La institución estaba organizada de modo tal de asegurar un orden estricto, constante e invariable, basado en una centralización de la autoridad en la figura del médico. Éste era el encargado de restituir al alienado su razón extraviada a partir del resto de razón existente, contribuyendo a fortalecer las facultades del entendimiento:

Un centro único de autoridad debe estar siempre presente en su imaginación para que aprendan a reprimirse ellos mismos y a dominar su fogosidad impetuosa. Una vez cumplido este objetivo, sólo se trata de ganar su confianza y merecer su estima para devolverlos totalmente al uso de la razón en la declinación de la enfermedad y la convalecencia. Son necesarios, entonces, para estos enfermos, establecimientos públicos o particulares sometidos a reglas invariables de policía interior, y la experiencia diaria muestra de qué manera la más ligera infracción a estas reglas puede volverse perjudicial o incluso peligrosa. (Pinel, 1809: 344).

El asilo imponía un orden infranqueable, sostenido disciplinariamente por todos los miembros (vigilantes, personal de servicio) y concentrado en la figura de **autoridad paternal del médico**. El establecimiento de ese régimen moral y físico debía asegurar la curación. El mantenimiento del orden obedecía a una férrea disciplina y si bien una versión de la historia reconoce a Pinel como el liberador de los alienados, por haber abolido el uso de las cadenas de hierro, el siguiente párrafo muestra bien cómo el aislamiento se basaba en el ejercicio disciplinario sobre los cuerpos:

El supervisor de un hospicio de alienados que ha adquirido ascendente sobre ellos dirige y regula su conducta a su voluntad; debe estar dotado de un carácter firme y desplegar, en la ocasión de ser necesario, un aparato de poder que se imponga; debe amenazar poco, pero ejecutar y si es desobedecido, el castigo debe venir rápidamente, es decir, una reclusión estrecha. (Pinel, 1809: 502).

Por último, Pinel recomendaba como parte del tratamiento moral el ***ejercicio corporal*** y la aplicación de un trabajo mecánico rigurosamente ejecutado, que garantizaba el mantenimiento del orden. El ocio de los alienados sólo contribuía a exacerbar aún más su exaltación. En cambio, la constancia del trabajo podía modificar el curso vicioso del pensamiento y ejercitar las facultades del juicio, contribuyendo así a reestablecer una razón extraviada.

El fundamento del tratamiento moral de Pinel consiste en esta recuperación del predominio de la razón en el alienado a partir de la influencia del médico como representante de la razón. La vía para esta cura es la sugestión, pero también la coacción e incluso el uso de la fuerza física:

[los alienados] pueden estar reducidos a una alteración completa de todas las funciones intelectuales, y sólo obedecer a un impulso ciego que los lleva al desorden y a toda especie de violencias en ese caso, no hay ninguna opinión para dar, y uno debe solamente proveer a la seguridad personal del alienado, así como a la de los otros, y retenerlo simplemente en su celda: si este actúa con una violencia extrema, se puede usar una estrecha camisa de una tela fuerte que debe contener los movimientos de sus pies y sus manos, y fijarlos sobre su cama por fuertes correas que tiene la parte posterior de esta vestimenta y que el alienado no puede percibir. (Pinel, 1809: 474).

Este párrafo de Pinel data del año 1809 y, sin embargo, podemos constatar que el tratamiento de la locura por el aislamiento, la disciplina y la coacción aún existe hoy en día. Los estudios de Goffman sobre los internados en instituciones totales y el informe "Vidas arrasadas" del Centro de estudios legales y sociales confirman que éste no fue un mal del siglo XVIII, sino que ha tenido la potencia suficiente para persistir durante más de dos siglos.

Casos clínicos distintivos del trabajo de los alienistas

Nos interesa para finalizar este recorrido poder transmitir de qué manera los alienistas difundían su práctica. Se puede leer en los casos seleccionados cómo aquellos aspectos fundamentales de la concepción de Pinel organizan el material para su transmisión: los síntomas más notorios, el exceso de las pasiones. De su lectura se puede desprender aquello que intentamos señalar en el curso de lo que hemos desarrollado en este capítulo: la consideración acerca del

síntoma, a cuál le da mayor importancia, el método, el tratamiento y las causas otorgadas a la alienación mental.

Este primer caso corresponde al *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* de Pinel:

Me han pedido varias veces consejos acerca de la inestabilidad extrema y la variabilidad de carácter de una persona que, desde la más tierna edad, había sido propensa a afecciones cutáneas y a movimientos febriles irregulares. Desde los primeros desarrollos de la razón, había tomado la costumbre de hacer lecturas sin orden ni elección, se ocupaba sucesivamente de novelas, poesías, historia, obras de teatro, que recorría alternativamente con la rapidez del rayo, durante días enteros y gran parte de las noches. Sus períodos menstruales fueron precoces y a menudo estuvieron turbados por penas domésticas profundas y contrariedades repetidas, que explican una irascibilidad extrema, arrebatos, gritos violentos y, a veces, movimientos convulsivos irregulares. La felicidad pareció sonreírle a través de un matrimonio bien avenido; pero conservaba siempre la misma vacilación del carácter y la disposición irresistible a pasar de un extremo al otro. A veces, durante varios días, mostraba agitación continua, hacía compras, se fatigaba hasta el agotamiento; otras veces, presentaba una melancolía sombría, un deseo insalvable de aislarse, un entumecimiento apático y ninguna regla a la hora de la comida ni en la elección de los alimentos. Pasan algunos días sin que ingiera ningún alimento, otros están marcados por un apetito desmesurado que teme no satisfacer y que le provoca a menudo desórdenes de la digestión, y hace abuso de licores alcoholizados. Muchas veces, en el mismo día, pasa bruscamente de una fría apatía a las efusiones de ternura filial, al entusiasmo de la poesía, al fanatismo religioso; a menudo también, trata como juego asuntos importantes o con gravedad y con la más seria atención algunas frivolidades. (...) Finalmente, la alienación más evidente se declara con una singularidad notable. Pasa agitada seis meses al año, corriendo sin cesar para dar a luz proyectos vanos y quiméricos, y los otros seis meses están marcados por un estupor profundo, una sombría desesperación y un impulso muy fuerte al suicidio. (Pinel 1809: 376-377).

Vemos cómo se resaltan en el material los aspectos ligados a los excesos en las pasiones y el desorden de las costumbres que justificarían causalmente la presentación de los síntomas de agitación y depresión. El siguiente caso es una reseña clínica de Jean-Étienne-Dominique Esquirol, discípulo y colaborador de Pinel, quien siguió sus pasos, tanto en los aspectos doctrinales de la psiquiatría, como en los intentos reformadores de la asistencia a los locos.¹⁵

Se trata del caso Señor D:

El señor D., doctor en medicina, de estatura elevada, constitución fuerte, temperamento sanguíneo, la cabeza grande, la frente muy despejada más saliente de

¹⁵ En el capítulo 9, correspondiente a la parte sobre fenómenos elementales de este libro, nos ocuparemos de los aportes de Esquirol al concepto de alucinación.

un lado que de otro, ojos azules, rostro enrojecido, con un carácter violento y obstinado, exagerado, partidario de la doctrina llamada fisiológica no se contenta con extender esta doctrina con sus consejos y sus escritos, sino que además lo hace con sus ejemplos. Se sangra de vez en cuando, se somete a una dieta severa y se baña a menudo. Llega incluso a retar en duelo a sus compañeros, que en una consulta no compartieron sus opiniones médicas. 36 años (agosto 1822): parálisis de un ojo y de una de las comisuras de los labios, un delirio pasajero. 38 años (septiembre 1824): después de una discusión que tuvo lugar en una consulta, de pronto delirio, agitación. De vuelta a su casa el señor D, quiere sangrar a su mujer, a sus hijos y a sus criados y hacerse a sí mismo una sangría de varias libras de sangre. Desde entonces insomnio, inapetencia, turbación extrema, incoherencia incompleta de las ideas, alucinaciones. Ocho días después le llevan a Charenton. A su llegada, la agitación es muy fuerte, la locuacidad continua; el enfermo pretende conocer a todo el mundo, trata a las personas del servicio doméstico con altivez y violencia; experimenta alucinaciones de oído y vista, tiene conciencia de su estado y razona bien. Hacia fin de mes está furioso y amenaza con matar a todos los que se acercan. 40 años (octubre 1826): D. cree ver cómo un enfermo de la casa insulta y viola a su esposa, furioso se lanza sobre él y le hiere gravemente. 41 años (abril 1827): tiene muchos accesos de fiebre intermitente que parecen calmarle sin disminuir el delirio. Cuando me hice cargo de la casa real de Charenton, el estado de D. era bueno. Al verme por primera vez, pareció contento y demostró mucha confianza, pero aunque siempre fue amable conmigo y me demostró mucho aprecio no pude hacerle seguir un régimen que le ayudara en su estado. Deseaba vivamente contribuir a su curación y le presté una particular atención. Nada pudo hacerle desaparecer las alucinaciones, nada pudo vencer sus exageraciones médicas. Me pidió a menudo que le hiciera una sangría; mi rechazo y mis explicaciones de ello no le hicieron desanimarse. Sus peticiones fueron mucho más ardientes en el verano de 1827; después de varias respuestas evasivas por mi parte, cedí esperando ganarme la confianza del enfermo y convinimos en realizarle una pequeña sangría. (Esquirol, citado por Huertas, 2001: 14).

De interés resulta señalar la relevancia de la observación metódica de los fenómenos que el alienista efectúa en la viñeta citada. Leemos una descripción que no conlleva una temporalidad, una cronología, una evolución del curso de la enfermedad, sino que recorta la enfermedad en el aquí y ahora, y se centra más bien en sus síntomas que claramente se confunden con lo que Pinel conceptualizaba como “causas morales”: D pretende realizarle sangrías a integrantes de su familia y su entorno, como también a sí mismo.

Esquirol explicita que es a partir de allí que comienza toda una serie de otros fenómenos de igual índole: insomnio, inapetencia, turbación extrema, incoherencia en sus ideas, alucinaciones. Localizamos también en esta descripción la presencia de un “resto de razón” en el alienado, en tanto que “tiene conciencia de enfermedad y razona bien”, cuestión relevante ya que abre el camino a la posible cura. Por último, respecto del tratamiento, podemos vislumbrar la

intencionalidad terapéutica en el hecho de que el alienista destaca la instalación de un vínculo de confianza.

Nuevamente asistimos aquí a la importancia otorgada a los excesos pasionales, los caracteres sanguíneos y explosivos de los enfermos manifestos en los síntomas de agitación y furor. El padecimiento es abordado en un corte sincrónico, a la manera de una captación fotográfica de estados de alienación que se suceden y pueden pacificarse con el tratamiento adecuado. En el paradigma siguiente veremos cómo los cambios en el método y las hipótesis etiológicas modifican las condiciones de la mirada. Ya no cuentan los estados y sus síntomas más notorios, sino que los detalles clínicos y su evolución cobran valor en la mirada de los alienistas.

Destacamos la importancia de poder reconocer en este recorrido cómo el padecimiento mental no es un objeto natural, dado de antemano, sino que implica condiciones históricas de posibilidad para que se constituya como objeto de estudio de un saber, el psiquiátrico en este caso. Por otra parte, ese objeto no es invariable, sino que se va modificando a partir de los métodos de abordaje que lo van configurando y que hallan expresión en las distintas maneras de transmitir esa experiencia bajo la forma de la presentación de casos clínicos.

La crisis del paradigma

Lantéri-Laura señala varios factores que contribuyeron a que el paradigma de la alienación mental entrara en crisis, luego de 50 años de hegemonía en el abordaje de la patología mental. Entre ellos, subraya especialmente la crítica metodológica de Falret de 1854, que retomaremos en el capítulo siguiente. En éste nos dedicaremos a la incorporación de los avances del método anatomoclínico en psiquiatría. Lantéri-Laura cita también el problema de considerar al idiotismo como perteneciente a la alienación mental, dado que en ese caso no había resto de razón al cual apelar en el tratamiento moral y por lo tanto era necesario admitir que se trataba de una enfermedad distinta, hecho que atentaba contra la unicidad de la alienación mental.

La crisis del paradigma de la alienación mental obedeció principalmente a los avances a nivel del método clínico y la inclusión de la anatomía patológica en la medicina general por un lado y, por el otro, a una serie de hechos que cuestionaban fuertemente la idea de la unicidad de la alienación mental.

Con respecto al primero de ellos, quizás el principal, se pone de manifiesto el atraso que la psiquiatría de Pinel representaba con respecto a los avances que el método clínico había realizado en la medicina general a fines del siglo XVIII, a partir de los aportes de la Escuela de París. Estos aportes concernían a los desarrollos del método anatomoclínico con el cual se había logrado -a partir de la puesta en práctica de novedosas técnicas de exploración como la percusión torácica, la auscultación, la palpación e incluso la punción- establecer un diagnóstico positivo y diferencial de las enfermedades, fundado en el reconocimiento de signos físicos estandarizados que permitían determinar las lesiones subyacentes en vida del paciente, como si se

realizara a través de la exploración clínica activa una suerte de "anatomía patológica *in vivo*" (Lantéri-Laura, 2000: 125).

La Escuela de París afirmaba la pluralidad radical e irreductible de las enfermedades, mientras que Pinel sostenía la naturaleza única de la alienación. Una semiología activa buscaba en la exploración clínica signos diferentes entre sí ya inventariados, mientras que la exploración del alienista se limitaba a registrar las palabras del paciente y a describir sus conductas, sin deslindar elementos semióticos discretos, recurrentes y previamente establecidos: "Se trataba entonces de diferenciar unas especies morbosas de otras, mientras que en la alienación mental, esencialmente unitaria, no había, evidentemente, nada que diferenciar" (Lantéri-Laura: 2000: 125).

La clínica de Pinel se reducía a reproducir las historias confidenciales contadas por los enfermos, en tanto la medicina clínica de la época avanzaba en el establecimiento de signos físicos obtenidos a partir de la intervención activa del médico y de los cuales el enfermo no tenía en muchos casos nada que decir. Estos signos se inventariaban y se transmitían a los médicos en formación. La semiología, estudio de estos síntomas y signos de la patología, implica que se puedan distinguir al menos dos signos que remiten a significaciones diferenciales con respecto al proceso mórbido. Esto "(...) no se da en Pinel, en el cual toda la clínica, por viva y evocadora que nos parezca, se halla constituida por breves historias." (Lantéri-Laura, 2000: 94).

Un párrafo aparte merece el **descubrimiento de Bayle**, quien en 1822 logra cernir una nueva especie mórbida que se diferenciaría de la alienación mental porque se ha logrado probar anatomopatológicamente la lesión cerebral que la causa. La alienación mental es en este caso el síntoma de una inflamación crónica de la aracnoides, encontrada en la autopsia. Si bien este autor pertenece al paradigma de la alienación mental, con su trabajo establece las bases para el surgimiento del segundo periodo.

En su tesis *Recherches sur les maladies mentales* (1822), Bayle se ocupa del problema de la patogenia¹⁶ de una forma diferencial de la alienación mental, la parálisis general progresiva (en adelante abreviamos por PGP), que evoluciona clínicamente de acuerdo a tres periodos que se suceden: primero un delirio exclusivo (monomanía ambiciosa), en segundo lugar un delirio general (manía) y en tercer lugar un cuadro de demencia. Esta sucesión de estados mórbidos característica se diferencia además por una correlación entre una serie de signos físicos que se acompaña de signos psíquicos específicos de cada período. El delirio exclusivo del inicio cursa junto con trastornos articulatorios de la palabra, el delirio general del segundo momento se acompaña de un recrudescimiento de los trastornos articulatorios junto a perturbaciones en la marcha y afectación notable del estado general. Finalmente en el período demencial la palabra se pierde por completo, junto con el control de esfínteres y la locomoción.

El descubrimiento que introduce Bayle reposa en cernir un estado mórbido que se diferencia de cuadros similares por pequeños signos sintomáticos y una evolución determinada, con una base lesional comprobada por la anatomía patológica. El diagnóstico clínico se realiza, enton-

¹⁶ La patogenia refiere a la forma en la que una causa -la etiología del proceso- lleva finalmente a producir una serie de signos y síntomas.

ces, guiado por pequeños síntomas accesorios y su ciclo clínico-evolutivo, cuyo valor es indicar la lesión anatomopatológica subyacente en los tejidos.

Así, Bayle logra deslindar una individualidad mórbida, con una evolución secuencial precisa que se acompaña de una serie de signos físicos y psíquicos correlacionados y cuya causa lesional puede palparse en la autopsia. Si bien Bayle no lo cuestiona explícitamente, su aporte señala la inconsistencia de la unicidad de la alienación mental, dado que el proceso secuencial descrito para la PGP incluye tres de las cuatro variedades de la alienación consideradas por Pinel.

En el paradigma siguiente asistiremos al enorme cambio que significó pasar de una concepción de la alienación mental en singular a la pluralización de las enfermedades mentales. No obstante, el lenguaje de la alienación mental persistió por mucho tiempo e incluso la concepción de la locura como un estado continúa vigente aún hoy en nuestros días en la representación social y jurídica de la locura. Se puede estar loco o no estarlo, pero en principio no hay en el sentido común una distinción de las diferentes formas en las que se puede estar loco. En el discurso jurídico se conserva la figura del estado de demencia en el momento de los hechos, con el que se intenta dirimir la responsabilidad sobre los actos. Es importante entonces ubicar no sólo la crisis, sino también el legado de este paradigma.

El legado

En primer lugar, la obra de Pinel opera una demarcación entre el concepto social de la locura y la alienación mental como término médico. Se trata de un gesto innovador que ha quedado anexado al nombre de Pinel, pero que, como ya hemos visto, responde a urgencias del contexto socio-cultural que dieron lugar a esta medicalización de la locura.

Podríamos señalar, siguiendo los desarrollos de Lantéri-Laura, que encontramos aquí un primer legado: la inscripción de la locura en el ámbito de la medicina continúa vigente y ha sido la condición de posibilidad para que otros saberes sobre la misma se constituyan, por ejemplo el del psicoanálisis. Esto es una particularidad del origen de la patología mental, dado que su medicalización no es un hecho primero, sino que existe previamente una representación social de la locura (Lantéri-Laura, 2000: 17).

Por otra parte, la distinción social entre estar loco y no estarlo encuentra una correspondencia entre estar alienado y no estarlo. Esta correspondencia va a diluirse en el siguiente paradigma cuando se pase de plantear una especie única de alienación mental a la pluralidad de las enfermedades mentales. Esto permite pensar otros problemas, por ejemplo en el ámbito de lo jurídico y lo penal, donde habitualmente ante la comisión de un delito que afecta a la integridad de las personas es necesario evaluar si el acusado estaba alterado en sus facultades mentales o como se suele decir "si era dueño de sus actos" al momento del hecho.

El paradigma de la alienación mental efectuaba un corte en el tiempo para describir el estado mental de alguien y determinar si estaba alienado o no lo estaba y si por lo tanto podía ha-

cérselo responsable o requería de asistencia médica. Pero en el segundo paradigma la noción de enfermedades mentales involucra una concepción causal ligada a la presencia de lesiones orgánicas. Entonces surge la pregunta: ¿algunas enfermedades mentales implican una alteración tal de las facultades mentales que el sujeto ya no es dueño de sus actos? ¿Cómo determinar la responsabilidad penal ante los delitos en el caso de los enfermos mentales?

La concepción sincrónica de la alienación mental sólo puede sostenerse postulando que la misma es una especie única y autónoma, cuya delimitación requiere de la observación de un estado de las facultades mentales, como si se realizara un corte en el tiempo, una fotografía de los fenómenos que aparecen en el aquí y ahora; y que contaban en la descripción en la medida en que tenían una gran extensión, resultaban muy llamativos y por lo tanto muy pintorescos.

Podemos situar aquí otro legado y otra vigencia de la clínica pineliana, ya que en el llamado "sentido común" la locura sigue estando asociada al desorden en las conductas, a los síntomas más ruidosos, al exceso y el estallido de comportamientos que no son considerados "normales". Podría decirse entonces que en el sentido común seguimos siendo pinelianos. Difícilmente el ciudadano común asocia a la locura con signos discretos y detalles que pueden pasar desapercibidos para el ojo lego -características preponderantes del segundo paradigma-. Ante delitos cometidos por personas afectadas en su salud mental suele escucharse la sorpresa de su círculo íntimo ante el hecho: "Era una persona normal, un buen vecino, no puedo creer que haya hecho eso".

Esta concepción pineliana de la locura como alienación, que se caracteriza por síntomas notorios del exceso de las pasiones está fuertemente implantada en el sentido común y obstaculiza la escucha de otras formas de entender la patología mental. Es una suerte de prejuicio de base que dicta que se puede estar loco o no estarlo y que el hecho de estarlo se manifiesta por los desórdenes y los excesos. Esta concepción común encuentra sus dificultades cuando hay que responder a la pregunta con la que insistía Lacan ¿a partir de cuando se está loco?

La medicalización de la locura implica entonces convertir al loco en un sujeto de derechos que requiere de asistencia médica para curar una enfermedad que afecta sus facultades mentales. Hemos desarrollado también que la concepción de alienación mental de Pinel iba de la mano de la posible curación, dado que el alienado no es "todo loco", sino que conserva un "resto de razón." De allí se desprende que la entidad que resultó clave en la organización clínica de Pinel fuera la manía periódica, en tanto ponía de relieve este "resto de razón" en sus intervalos lúcidos, no delirantes y alentaba de esta forma el optimismo terapéutico.

Respecto al legado que nos deja este primer paradigma, coincidimos con Lantéri-Laura en que los discursos social y científico se corresponden, es decir el loco y el alienado guardan el mismo estatuto.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, JM., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- Bayle, A. (1822). Investigaciones sobre aracnoiditis crónicas. En VVAA. *Alucinar y delirar II*. Buenos Aires: Polemos, p. 9-30.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 2014.
- CELS. (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Disponible en www.cels.org.ar
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1980.
- Goffman, I. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Paidós.
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*, Vol. I. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16361/16207>
- Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (1),109-164.
- Kühn, S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de cultura económica, 2007.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Lombardi, G. (2018). *El método clínico*. Buenos Aires: Paidós.
- Pinel, Ph. (1809). Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental. En JC Stagnaro (Comp.) *El nacimiento de la psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, 2012.

CAPÍTULO 5

Segundo paradigma: las enfermedades mentales (1854-1926)

*Jesúan Agrazar, Martina Fernández Raone
y Julieta De Battista*

Falret y los cambios en el método clínico

Durante el siglo XIX, y con los avances en la realización de las autopsias, se erige una medicina sustentada en el método anatomoclínico, de cuya ejecución se desprende una determinada **semiología**, que permite arribar a diagnósticos positivos y diferenciales. De la observación y de la exploración de los órganos del material cadavérico se extraen conclusiones sobre la etiología, que no puede ser otra que la lesión orgánica.

Esto significó una mutación esencial para la historia de la medicina occidental, ya que a fines del siglo XVIII nace lo que se conoce como medicina moderna. La mirada positiva del médico funda a la enfermedad como objeto del conocimiento, cuyas nevaduras pueden leerse en el cuerpo y comprobarse en la autopsia las lesiones que hallan expresión en los síntomas y signos (Foucault, 1963).

A principios del siglo XIX los médicos logran describir esa enfermedad que hasta ese momento era inaccesible a la mirada. Lo hacen en un lenguaje atravesado por las alteraciones de las texturas de los tejidos, las inflamaciones y las acumulaciones de líquidos que encuentran en la apertura de los cadáveres. Se funda así una objetividad científica basada en el poder soberano de la mirada empírica, la cama del enfermo se transforma en un campo de investigación propicio para el surgimiento de nuevos discursos científicos (Foucault, 1963: 9).

La psiquiatría, que vio sus primeras luces a fines del siglo XVIII, intenta seguir los mismos preceptos que habían llevado a los progresos de la medicina de la época, en consonancia con las innovaciones de la Escuela de París en materia de exploración activa de los cuerpos enfermos (Lantéri-Laura, 2000). Como resultado de ello, la clínica debía ser objetiva, con criterios claros y estandarizados. Las enfermedades serán plurales, variadas y diferenciables. Lo patológico halla un fundamento en la anatomía. La experiencia clínica deviene **mirada anatomoclínica**. Se abandona entonces la noción de unicidad de la alienación mental precedente, aunque la misma haya constituido un momento lógico necesario de separación entre la concepción cultural de la locura y la medicalización de la misma. Así lo dice Lantéri-Laura:

Las *enfermedades mentales*, así en plural, designan dos modificaciones radicales en relación con lo que significaba *alienación mental*; por un lado, la patología mental considera que debe aplicarse para distinguir cierto número de afecciones irreductibles entre sí, cuyo conjunto, puramente empírico, escapa a la unidad y a la unificación; por otro, esta misma patología mental renuncia a constituir una extraterritorialidad respecto a la medicina y quiere formar parte de ella, como el resto de sus ramas, en contra de los que exigía el paradigma anterior. (Lantéri-Laura, 2000: 67).

Por esta razón, este paradigma es también conocido como el paradigma de las enfermedades mentales, de las verdaderas enfermedades, la edad de oro o la época clásica de la psiquiatría. Como veremos enseguida, este momento estuvo marcado por los fundamentos y lineamientos teórico-clínicos y metodológicos de dos escuelas principales: la francesa y la alemana.

La **escuela francesa** quedará en la historia por la fineza de sus descripciones clínicas y el gusto por el detalle, en desmedro de las grandes clasificaciones; mientras que la **escuela alemana** se caracterizó por los intentos de sistematizar y clasificar los conocimientos acerca de las enfermedades mentales y dio origen así a las primeras matrices de las nosografías psiquiátricas. En su visita a París, y en su encuentro con la pericia clínica de Charcot - perteneciente a la escuela francesa-, Freud da cuenta en los siguientes términos de esta distinción:

Y Charcot nunca cesó de abogar por los derechos del trabajo puramente clínico, que consiste en ver y ordenar, contra los desbordes de la medicina teórica. Cierta vez estábamos reunidos un pequeño grupo de extranjeros, formados en la fisiología académica alemana, y lo fastidiábamos objetando sus novedades clínicas: "Eso no puede ser - le opuso uno de nosotros-, pues contradice la teoría de Young-Helmholtz". No replicó "Tanto peor para la teoría; los hechos de la clínica tienen precedencia", o cosa parecida, pero nos dijo algo que nos causó gran impresión: "*La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister*" [La teoría es buena, pero eso no impide que las cosas sean como son]. (Freud, 1893: 15).

Pero volvamos a los principios generales de este segundo paradigma, Lantéri-Laura propone una periodización que se inicia con la crítica de JP Falret a la monomanía en 1854 y finaliza en 1926, cuando Bleuler da por primera vez una conferencia en Francia sobre la esquizofrenia. JP Falret fue uno de los más destacados impulsores de los cambios en la psiquiatría de la época, sobre todo a nivel del método. Al respecto, propone considerar la evolución de la enfermedad en el tiempo, la **secuencia de fases** que atraviesa y que pueden distinguirse a partir de la identificación de pequeños signos, detalles clínicos, cuya configuración particular y su fondo mórbido específico permiten diferenciar a una enfermedad de otra.

La mirada sincrónica del primer paradigma es sustituida por una **mirada diacrónica**. La metáfora de la mirada fotográfica da lugar a la de una mirada filmográfica, interesada en la sucesión temporal de los distintos signos mórbidos. De ahí que la entidad que adquiere importancia

en el inicio de este paradigma es la llamada "locura circular", que justamente se caracteriza por la sucesión cíclica de un episodio depresivo, un intervalo lúcido y un período de exaltación maníaca.¹⁷ Vemos así cómo se va instituyendo un nuevo consenso en el abordaje de la patología mental: el de la enfermedad mental entendida como una **entidad clínico-evolutiva**, en la cual una serie de índices semiológicos aparecen en determinada sucesión temporal.

JP Falret destaca la importancia de no quedarse únicamente con la mirada del alienista acerca de los síntomas más notorios o pintorescos, sino que sugiere observar tanto los hechos positivos como negativos, es decir tanto lo que hace y dice el paciente como la ausencia de manifestaciones: las lagunas, las facultades conservadas, etc.

Presta especial importancia a lo que constituye el **fondo mórbido** de la enfermedad, su coloración más allá de los síntomas llamativos. Distingue así entre síntomas básicos o de fondo - *symptômes de fond*- y síntomas de superficie -*symptômes de relief*-. Los primeros permanecen a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad y son esenciales para el diagnóstico, mientras que los segundos se imponen con mayor facilidad a la observación, como por ejemplo el delirio, pero no hablan necesariamente de lo propio de la enfermedad (Álvarez, 2004).

Aquí el síntoma no tiene valor propio, no tiene valor en sí mismo, aislado, sino que debe ser ponderado junto con otros, en una configuración mórbida que toma relevancia por su valor constante y por la secuencia de fases que atraviesa su evolución.

Se trata entonces de un trabajo de investigación que el médico lleva adelante desestimando en parte la representación de la vida íntima del enfermo, sus confidencias, para focalizarse principalmente en aquellos índices semiológicos que definen una enfermedad y la diferencian del resto. Hay más de una forma de estar afectado mentalmente, y por lo tanto es necesario un tiempo de exploración eventualmente prolongado, para poder establecer un diagnóstico positivo y diferencial que permitirá iniciar luego una terapéutica apropiada para esa enfermedad específica.

Esto marca una clara distinción con respecto al paradigma anterior, en el que se sugería dejar evolucionar a la enfermedad de acuerdo a su curso, sin intervenir. Falret propicia más bien una **intervención activa** en la detección de los signos previamente detectados y que constituyen la semiología que el médico intenta localizar en el enfermo:

Si quieren llegar a descubrir los estados generales en los que germinan y se desarrollan las ideas delirantes, si quieren conocer las tendencias, las direcciones del espíritu y las disposiciones de los sentimientos fuente de todas las manifestaciones, no reduzcan su deber de observador al papel pasivo de un mero secretario de enfermos, de taquígrafo de sus palabras o de narrador de sus acciones; convézanse de que si no intervienen activamente, si apuntan de cierto modo sus observaciones bajo el dictado de los alienados, toda la situación interior de estos enfermos se encuentra desfigurada al pasar a través del prisma de sus ilusiones y su delirio. (Falret, 1864: 123).

¹⁷ Véase el capítulo 20 de la quinta parte, destinado a la locura circular y a la locura de doble forma.

El accionar de Falret no se detiene especialmente en las confidencias e historias de los enfermos, en lo que ellos tienen para decir de su padecimiento. Ya no se focaliza en los síntomas entendidos como la experiencia subjetiva de la enfermedad que el paciente relata. Sino que se interesa en los signos objetivos que el médico puede identificar a partir de ser un conocedor del saber que se ha constituido en la disciplina acerca del padecer mental. En este ***thesaurus semeioticus*** se recogen los signos bien definidos de la patología, que permiten identificar a distintas especies mórbidas "autónomas, específicas e irreductibles" entre sí, caracterizadas por un conjunto de signos físicos y morales con una evolución especial (Lantéri-Laura, 2000: 120). Esto supone enormes cambios en el modo de entender y poner en práctica la clínica, tal como lo expresa Lantéri-Laura:

La observación no debiera pues ser pasiva ni limitarse a una labor de secretariado o de mecanografía, ni a transcribir simplemente sus palabras o narrar sus acciones, sino buscar los signos que constituyen los elementos necesarios para llegar al diagnóstico, y no las opiniones del paciente sobre sí mismo. La clínica constituye pues un trabajo de investigación que trata menos de representarse la vida íntima del sujeto que de informarse pacientemente sobre lo que puede ayudar a conocer la afección que padece este enfermo, descartando las otras, para curarlo de aquello que padece y hacerlo con conocimiento de causa. (Lantéri-Laura, 2000: 146).

Esta mirada filmográfica o diacrónica deja atrás la sincronía de los alienistas y es clave para el diagnóstico, el cual se volverá cada vez más consistente en la medida en que la enfermedad vaya alcanzando las últimas fases de su evolución y aporte sus características más propias. Esta es otra diferencia con el primer paradigma, dado que en éste no tenía importancia la precisión del diagnóstico, sino únicamente determinar si se trataba de un caso de alienación mental para entonces proveer el tratamiento especializado para estos casos.

En cambio, en el paradigma de las enfermedades mentales el establecimiento de un diagnóstico es primordial, pues es necesario determinar en forma diferencial y comparada qué tipo de enfermedad afecta al sujeto. Estas concepciones impactan directamente en la relación entre el médico y el enfermo. Mientras que en el primer paradigma, el médico sólo está preocupado por determinar si se trata de un cuadro de alienación mental o de otra enfermedad médica; en el segundo paradigma el médico busca activamente los signos que le permitan predecir la evolución del cuadro y su pronóstico, para así poder arribar a un ***diagnóstico positivo y diferencial***.¹⁸

Los síntomas subjetivos, relatados por el enfermo, pierden importancia frente a la inspección activa del cuerpo padeciente. Foucault señala que se produce allí una mutación en el discurso, puesto que la pregunta príncipes del primera paradigma en el interrogatorio: "¿Qué tiene usted?" es sustituida por "¿Dónde le duele a usted?", que marca claramente la intención de

¹⁸ Un diagnóstico positivo considera los signos efectivamente presentes en el cuadro y no meramente la ausencia de determinados síntomas. El diagnóstico diferencial requiere de la comparación con otros cuadros para establecer especificidades.

objetivación de los signos del sufrimiento (Foucault, 1963: 14). Veremos a continuación cómo este cambio se dio en parte de la mano con la incorporación de los avances de la anatomía patológica en el método clínico.

El método anatomoclínico

Como ya mencionamos, a principios del siglo XIX la medicina general conoce un gran progreso a partir de los aportes de la Escuela de París y sus técnicas de exploración de los cuerpos enfermos. Este nuevo método anatomoclínico se vale de la percusión, la auscultación y otros procedimientos de exploración, además de los avances que aparecieron a nivel de la anatomía patológica. Se produce así una mutación por la cual la experiencia clínica se convierte en mirada anatomoclínica. Pero, ¿en qué consiste la anatomía patológica? Retomamos la definición de Laënnec citada por Foucault:

La anatomía patológica es una ciencia que tiene por fin el conocimiento de las alteraciones visibles que el estado de enfermedad produce en los órganos del cuerpo humano. Abrir cadáveres es el medio de adquirir este conocimiento; pero para que éste sea de una utilidad directa es menester unir a ello la observación de los síntomas, o de las alteraciones de funciones que coinciden con cada especie de alteraciones de órganos. (Foucault, 1963: 194).

Los avances en la anatomía patológica no producen la abolición de la experiencia clínica. La mirada clínica comienza a estar guiada por los descubrimientos anatomopatológicos y se transforma en una suerte de disección en vivo de los signos que permitirían hacer un diagnóstico y un pronóstico, al comparar la situación del enfermo con los estados normales de los órganos. La importancia del diagnóstico reside en la definición de la terapéutica a seguir.

La experiencia clínica pasa a estar fundada entonces en los hallazgos de la anatomía patológica. Es la lesión en los órganos aquello que permite explicar el surgimiento de los síntomas. Es así que el descubrimiento de Bayle, que señalamos en el capítulo anterior como un acontecimiento bisagra del cambio de paradigma, abona la hipótesis del origen lesional de las enfermedades mentales, demostrable en la autopsia.

Bayle encuentra que la evolución de la parálisis general progresiva (PGP) en tres fases distintas, acompañadas por una serie de síntomas psíquicos (delirios, estado de demencia) que corren juntos con síntomas físicos (trastornos de la articulación y de la locomoción), podía deberse a una inflamación de las meninges constatada por la anatomía patológica. Aquello que se expresaba en los síntomas y signos captados por la mirada clínica era el correlato perceptivo de una lesión orgánica comprobable.

Este descubrimiento lleva a formular el supuesto de las enfermedades mentales como enfermedades sintomáticas de una lesión cerebral. La anatomía patológica se convierte entonces

en el fundamento real, objetivo y certero de las enfermedades mentales. Si bien esta correlación pudo comprobarse en el caso de la PGP, el supuesto se extendió a las otras enfermedades que comenzaron a deslindarse, aunque la demostración anatomopatológica no corrió la misma suerte. Sin embargo, este supuesto continúa vigente, aún hoy la causa de las enfermedades mentales encuentra asidero en el funcionamiento cerebral, aunque estas hipótesis no se apoyen en comprobaciones empíricas contundentes. Por su parte, la coloración grosera de los argumentos sobre las inflamaciones y los derrames se convirtió en la actualidad en un sofisticado discurso sobre el funcionamiento de los neurotransmisores.

La innovación de la anatomopatología le provee al campo de las enfermedades mentales un fundamento real, objetivo e indudable de la patología: "Una nosografía fundada en la afección de los órganos será necesariamente invariable" (Foucault, 1963: 185). Este supuesto potente modifica para siempre la observación clínica de la patología mental:

La mirada clínica opera sobre los fenómenos patológicos una reducción de tipo clínico. La mirada de los nosógrafos, hasta fines del siglo XVIII, era una mirada de jardinero; era menester reconocer en la variedad de las apariencias, la esencia específica. Al comenzar el siglo XIX, se impone otro modelo: el de la operación química, que al aislar los elementos componentes, permite definir la composición, establecer los puntos comunes, los parecidos y las diferencias con los demás conjuntos (Foucault, 1963: 172, subrayado en el original).

La transmisión y organización de los casos clínicos se tiñe de un discurso en el que cuentan las alteraciones de las membranas, las texturas de los tejidos y sus posibles inflamaciones. Las breves historias de Pinel se transforman en compendios de signos que anuncian la lesión invisible. Los síntomas se descifran en función de poder leer las lesiones que aparecerán cuando se abra el cadáver.

Así, cobra otro valor la advertencia de Falret acerca de no convertirse en secretarios del alienado, en escribas de sus palabras. La palabra del enfermo ya no cuenta tanto como la identificación de los síntomas previamente establecidos por la semiología. De ahí que la clínica vaya de la mano de su transmisión y adquiera una fuerte faceta pedagógica.

Los nuevos médicos deben conocer los signos y síntomas de las enfermedades para poder diagnosticarlos. Se trata entonces de enseñarles a ver, para que después puedan saber hacer. La mirada está orientada por el saber de la semiología. En esta tradición de la clínica surge toda una forma de enseñar la medicina ligada a este "aprender a ver", que halla expresión en la conformación arquitectónica de anfiteatro que suelen tener las aulas donde se enseña medicina.

El dispositivo príncipes de esta enseñanza consistía en la **mostración de enfermos**, en la cual un médico experimentado presentaba los principales síntomas de las enfermedades mostrándolos directamente sobre el cuerpo del enfermo: "Vean aquí señores una alucinación, tenemos también un delirio de grandeza".

La confianza en la anatomía patológica impregnó fuertemente la lectura de la clínica. Para finalizar este apartado retomamos un pequeño párrafo de Bichat, muy elocuente con respecto a estos cambios de la observación clínica:

Usted podría tomar durante veinticinco años de la mañana a la noche notas en el lecho de los enfermos sobre las afecciones del corazón, los pulmones, de la víscera gástrica, y todo no será sino confusión en los síntomas que, no vinculándose a nada, le ofrecerán una serie de fenómenos incoherentes. Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer enseguida la oscuridad que la observación sola no había podido disipar. (Bichat, citado por Foucault: 1963: 208-209).

Las enfermedades y sus signos: el *thesaurus semiótico*

"La sede de la enfermedad mental está en el cerebro". Esta formulación aparece como una gran conquista de la medicina moderna y es el punto de partida para el estudio de las localizaciones cerebrales. La mirada clínica encuentra una guía en la visibilidad expuesta de las lesiones que se detectan en el cadáver. La patología mental adquiere un fundamento anatómico.

Esto modifica la concepción de enfermedad con respecto al primer paradigma. En ese momento se consideraba que la enfermedad era un agente exterior, que intervenía en un cuerpo sano y a la cual había que permitirle que siguiera su curso. En cambio, en este segundo paradigma la enfermedad pasa a formar parte de la vida misma que es ahora considerada como una *vida patológica*.

La enfermedad no es más un factor externo, está enraizada en la vida, es una desviación interna de ésta, un funcionamiento descarriado de la vida. Se sustituye de esta forma la idea de la enfermedad como un agente externo que ataca la vida por la de una vida patológica. La enfermedad no es un desorden a suprimir, sino que forma parte de las posibilidades de la vida, es una forma patológica de la vida (Foucault, 1963: 215- 217).

Este cambio en el modo de pensar la enfermedad modifica a su vez la concepción de los síntomas. Si en el primer paradigma los síntomas subjetivos relatados por el paciente eran la enfermedad misma, (dado que su esencia era inaccesible); en la medida en que se revela el fundamento anatómico de la enfermedad los síntomas pasan a convertirse en signos o índices que señalan la existencia de una lesión:

(...) la enfermedad pierde su viejo estatuto de accidente, para entrar en la dimensión interior, constante y móvil de la relación de la vida con la muerte. No es que el hombre muera porque ha caído enfermo; es, fundamentalmente, porque puede morir, por lo que llega el hombre a estar enfermo. (Foucault, 1963: 220).

Los síntomas hacen aparecer en transparencia las nevaduras de la enfermedad, que se metaforiza como una "gran vegetación orgánica, que tiene sus formas de crecimiento, su arra-

gamiento y sus regiones privilegiadas de crecimiento. Espacializados en el organismo, de acuerdo con líneas y regiones que les son propias, los fenómenos patológicos toman el aspecto de procesos vivos." (Foucault, 1963: 215) La enfermedad se vuelve legible a través de la identificación de los signos.

Se establece entonces una clara distinción entre síntomas y signos, una franca reorganización y recomposición del fenómeno patológico: "una **gramática de los signos** ha sustituido a una **botánica de los síntomas**" (Foucault, 1963: 14). El síntoma en el primer paradigma estaba constituido por el relato que el mismo alienado hacía de su padecer y por aquello que el alienista podía observar de su comportamiento. Por lo tanto, el síntoma estaba constituido por lo que el enfermo relataba espontáneamente sobre su malestar. Eran considerados entonces como síntomas subjetivos, una forma asequible de presentación de la enfermedad, cuya esencia última era inaccesible para los sentidos.

De ahí la referencia de Foucault a la botánica, este tipo de abordaje del síntoma sólo permitía clasificar grandes especies sindrómicas como las deslindadas por Pinel y Esquirol. Los síntomas que contaban para Pinel eran aquellos que tenían una mayor extensión en las manifestaciones de la enfermedad, los más notorios y pintorescos. Eran esos síntomas los que permitían separar las grandes especies de la alienación.

Ahora bien, el síntoma deviene signo a partir de una mirada clínica que cambia y se interesa en las pequeñas diferencias, en las fases de una sucesión, en los malestares que aparecen simultáneamente, en su frecuencia: una verdadera gramática de los signos, en la que lo que cuenta es la configuración de los mismos, como vimos con Falret.

El signo no cuenta por su extensión ni por ser notorio, sino que más bien puede ser un detalle marginal, restringido, incluso no percibido por el propio enfermo, pero leído por el médico como índice de un proceso patológico. Mientras que el síntoma del primer paradigma remitía a la esencia inaccesible de la enfermedad, era síntoma de esa afección; el signo remite a la lesión misma y anuncia o pronostica el curso de lo que va a ocurrir. (Foucault, 1963: 226-227).

El signo no se reduce al síntoma expresado por el enfermo. El signo es leído por el médico, más allá de lo que el enfermo refiera. Surge por lo tanto en forma artificial y no espontánea, a partir de las preguntas orientadas del médico. El médico busca esos signos a través de la intervención activa de sus preguntas en la entrevista. No se conforma meramente con la presentación que se ofrece a su vista, interroga activamente a ese organismo enfermo:

Establecer estos signos, artificiales o naturales, es arrojar sobre el cuerpo vivo toda una red de señales anatomopatológicas: dibujar en puntillado la autopsia futura. El problema es por lo tanto hacer aflorar a la superficie, lo que se escalona en profundidad; la semiología no será ya una *lectura*, sino ese conjunto de técnicas que permite constituir una anatomía patológica proyectada (...) Mientras que la experiencia clínica implicaba la constitución de una *trama mixta de lo visible y de lo legible*, la nueva semiología exige una especie de triangulación sensorial a la cual deben colaborar atlas diver-

sos, y hasta entonces excluidos de las técnicas médicas: el oído y el tacto, vienen a añadirse a la vista. (Foucault, 1963: 230).

La enfermedad se vuelve legible a partir del establecimiento de estos signos, verdaderos índices del proceso patológico que se descubrirá en la autopsia. Ya no se trata meramente de distinguir a la alienación mental de otras afecciones médicas, sino que ahora lo que importa es poder individualizar tipos mórbidos que son irreductibles entre sí.

El síntoma se convierte en un **índice semiológico**, entendido como el conjunto de rasgos invariantes, claramente definidos y delimitados, que poseen una persistencia (se repiten en un mismo individuo) y una dimensión transindividual, es decir, que se presentan en un grupo más amplio de enfermos, a modo de manifestaciones de una alteración en el funcionamiento cerebral.

El signo indica un proceso ignorado, que aparece como resultado de una causa no aprehensible a simple vista. El detalle pasa a ser privilegiado, la diferenciación de pequeños signos con respecto a otros que posibilitan la delimitación de cuadros nosográficos disímiles. Esto propició el terreno para la conformación de una semiología psiquiátrica, destinada a la distinción de entidades mórbidas y a la especificidad inherente a cada enfermedad.

En este sentido, para poder alcanzar este objetivo, el psiquiatra debe realizar una **interrogación activa** del paciente, no simplemente considerar los rasgos más destacados que describe, sino proceder a la indagación exhaustiva de las características de la enfermedad. De este modo, el método clínico de la interrogación activa está determinado por la búsqueda de pequeños signos tipificados, con la dirección precisa por parte del examinador, el cual detenta un saber que orienta el ver (Foucault, 1963). La colección establecida de estos signos clínicos conforma el **thesaurus semiótico**: el verdadero tesoro de la clínica psiquiátrica clásica en el cual se compendian los signos característicos de las distintas enfermedades mentales.

El diagnóstico tiene en cuenta la correlación de estos índices semiológicos y la evolución de la enfermedad, que en su tipicidad permite incluso predecir estados futuros. Este diagnóstico es necesariamente diferencial y antecede a las posibilidades terapéuticas.

Como vemos, el concepto de enfermedad remite a una entidad aislada, que se incluye dentro de un conjunto numerable y limitado de enfermedades, donde cada una tiene un nombre específico. Cada enfermedad goza de autonomía respecto de todas las otras. Ahora bien, ¿qué influencias tuvo esto en el campo psiquiátrico? Es a partir de este contexto que a mediados del siglo XIX surge una nueva manera de entender y demarcar la patología mental. Las **enfermedades mentales** son entendidas “como especies morbosas naturales, irreductibles entre sí, y no como variedades de una de ellas, que se hubieran transformado en típicas al menos por su semiología y por haber seguido una evolución propia (...)” (Lantéri-Laura, 2000: 148).

La importancia brindada a la búsqueda de diferenciar los índices semiológicos entre sí, al destacar el detalle, es uno de los criterios necesarios para la exploración clínica inicial que considera los síntomas aparentes. Finalmente, al modificar la concepción del primer paradigma vinculada a una enfermedad única, la pluralidad de las especies mórbidas también conlleva posibilidades más variadas de tratamientos y terapéuticas posibles (Lantéri-Laura, 2000).

Hipótesis etiológica y organización de las nosografías

En este paradigma, y a partir del descubrimiento de Bayle, las causas de la enfermedad remiten a lo anatomopatológico, al tejido, a la densidad de los órganos, y no ya a la naturaleza abstracta e inaccesible de la enfermedad, tal como la concebían los alienistas. La observación y exploración del material cadavérico permite extraer las más elocuentes conclusiones sobre las etiologías.

Estas consideraciones nos obligan a explicitar el ideal subyacente en el cual se sostiene este paradigma. Se trata del supuesto de un **paralelismo psicofísico**, es decir de la dependencia o subordinación de las manifestaciones psicopatológicas con respecto a una etiología orgánica. Los síntomas o signos físicos y psíquicos de la enfermedad reposan sobre una supuesta base anatomopatológica unívoca. El síntoma entendido como un índice semiológico remite a la lesión misma.

El paralelismo psicofísico también refiere a dos series de síntomas -los físicos y los psíquicos- que corren juntos, tal como quedaba demostrado aparentemente en el descubrimiento de Bayle. Recordemos que este autor había delimitado tres fases en la evolución de la parálisis general progresiva: delirio monomaniaco exaltado, delirio maniaco furioso y demencia. Estos síntomas que se daban en el plano psíquico, se acompañaban en cada fase de síntomas físicos propios: trastornos de la articulación, trastornos de la locomoción, pérdida del control de esfínteres.

El establecimiento de estas dos series de signos que corren juntos, pero paralelamente, abona la hipótesis de la lesión orgánica como causa única, que halla expresión en los síntomas psíquicos. La etiología es orgánica y la patogenia también. A diferencia del tercer paradigma, en el que los factores psíquicos se establecen como orden causal con cierta independencia de lo orgánico, en este segundo paradigma los signos remiten o indican una lesión que se espera encontrar en la anatomía. Esta concepción sigue vigente aún en algunas disciplinas y es habitual escuchar que se insiste con el supuesto de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro, aunque no se hayan podido determinar las causas específicas ni los mecanismos de acción orgánicos.

Sin embargo, estos avances en el método y la incorporación de la anatomía patológica en la psiquiatría dieron lugar a todo un trabajo de delimitación, descripción y establecimiento de las características específicas de distintas enfermedades mentales. Este trabajo tuvo lugar tanto en la escuela francesa como en la escuela alemana e impactó en nuestro país, cuyos médicos se formaban de acuerdo a las tradiciones intelectuales europeas, como vimos en el capítulo 2 de este libro. El trabajo de delimitación de las enfermedades mentales llevó a la construcción de las primeras nosografías no basadas en un criterio meramente sindrómico.

Alrededor de 1880, mientras que la escuela francesa se centraba en los estudios de los delirios crónicos y de modo incipiente en el estudio de la histeria; la escuela alemana se abocó fundamentalmente a la sistematización de una nosología clínica, que cobra su máxima expresión en las clasificaciones de **Kraepelin**. Este autor dedicó su trabajo a diferenciar y separar

aquellas presentaciones morbosas en las que se podía observar cierta homogeneidad y algunas regularidades, haciendo de éstas verdaderas enfermedades mentales, independientes unas de otras (Álvarez, 2004).

Los esfuerzos de Kraepelin por establecer un edificio nosográfico sólido se ven reflejados en sus ocho ediciones del *Tratado de Psiquiatría*, que escribió y publicó a lo largo de 30 años, entre 1883 y 1913. Nos dedicaremos aquí a describir principalmente los criterios que organizaron la sexta edición de su tratado, publicada en 1899, mayormente conocida por despojarse de los criterios sindrómicos de organización de la patología y adoptar un criterio etiopatogénico de organización. La sexta es la edición que se considera clásica. Fue posteriormente el blanco de las críticas de autores de diversas orientaciones dentro de la psiquiatría y Kraepelin intentó responderlas en las modificaciones que introdujo en su octava edición.¹⁹

En la sexta edición, Kraepelin agrupa trece clases nosográficas de enfermedades a partir de los siguientes criterios: etiológico, clínico-evolutivo y psicopatológico descriptivo. Estos criterios constituyen ejes orientadores para organizar la clasificación de las enfermedades mentales, atravesando y delimitando la conformación de cada cuadro clínico (Carbone & Piazze, 2002).

En primer lugar, el **criterio etiológico** le permite ordenar su clasificación al jerarquizar la prevalencia del tipo de causa, esto le permite ubicar cada clase de patología en la categorización de las enfermedades. La causa siempre es considerada orgánica, pero Kraepelin diferencia entre las causas exógenas²⁰ y las endógenas.²¹ De este modo, sistematiza las enfermedades mentales construyendo una gradación que va desde aquellas enfermedades mentales que tienen un origen con mayor incidencia de lo exógeno, hasta aquellas cuyo predominio causal es endógeno.

Por ejemplo, entre las de causa más exógena ubica a las locuras infecciosas, las intoxicaciones y las locuras tiroideas. Para pasar luego a aquellas enfermedades que se encuentran en el sector medio de la gradación, como la demencia precoz, que para Kraepelin es causada por factores autotóxicos ligados al metabolismo, y las locuras de las lesiones del cerebro. Entre las enfermedades de causa endógena identifica a la locura maniacodepresiva, la paranoia y por último a las detenciones del desarrollo psíquico, consideradas como psicosis degenerativas (Bercherie, 1980: 111).

El criterio etiológico le permite a Kraepelin organizar las clases dentro de la nosografía. Pero la distinción entre las enfermedades mentales está basada en el establecimiento de la especificidad de cada una, que está determinada por los signos clínicos que son propios de una enfermedad y no de otra, el curso evolutivo que siguen y sobre todo el estadio terminal: éste es el criterio clínico-evolutivo.

El **criterio clínico-evolutivo** combina tanto la relevancia de los índices semiológicos que caracterizan a las enfermedades mentales, como su distribución secuencial en el tiempo y su forma

¹⁹ Cf. capítulo 15.

²⁰ Exógeno en este caso debe entenderse en el sentido de adquirido, no congénito. Es decir, de un agente externo al sistema nervioso, pero que no obstante lo afecta. Por ejemplo, las lesiones traumáticas, el efecto de los tóxicos, de otras enfermedades médicas (sobre todo infecciones) y de los considerados factores autotóxicos (incidencia del metabolismo).

²¹ Endógeno debe entenderse aquí como constitucional: afecciones congénitas, heredadas o formas de la personalidad que no se consideran adquiridas, sino como degeneraciones del cerebro.

de terminación. Por un lado, y en búsqueda de una distinción diagnóstica, Kraepelin diferencia *síntomas fundamentales* y *síntomas accesorios* para cada enfermedad mental. Los primeros son propios, distintivos y específicos de esa entidad mórbida y no de otra, se encuentran presentes en toda su evolución -son permanentes- y se expresan con total claridad en la fase terminal.

Los *síntomas accesorios* constituyen fenómenos incidentales y transitorios en el proceso mórbido, no son permanentes ni se presentan durante todo el curso de la enfermedad, por lo tanto no podría establecerse un diagnóstico certero y diferencial a partir de ellos, sino que colorean el cuadro y suelen ser los síntomas más llamativos, como las alucinaciones y los delirios, aunque no sean específicos (Kraepelin, 1899).

Por otro lado, esta clínica apela a una perspectiva evolutiva en la que cobra importancia la marcha de la enfermedad, con especial énfasis en el estadio terminal. Esta es una diferencia con Falret, que también privilegia la marcha de la enfermedad, pero sobre todo hace hincapié en la secuencia y en la sucesión de las fases y no tanto en el criterio terminal. Este criterio es clave para Kraepelin porque considera que en la fase terminal de la enfermedad los síntomas fundamentales adquieren mayor nitidez. Ese modo de terminación además, puede ser anunciado por los signos del inicio. La hipótesis subyacente es que una sucesión de signos semejante y un modo de terminación similar supondría la incidencia de un mismo proceso patológico

Por ejemplo, en su sexta edición, Kraepelin define a la demencia precoz como una entidad que reúne cuadros clínicos cuyo rasgo común es el de evolucionar hacia estados de debilitamiento psíquico. Divide así su sintomatología entre fundamentales –debilitamiento afectivo y volitivo, manifiestos en la apatía y la indiferencia; desorganización del curso del pensamiento y alteraciones en la motricidad-; y síntomas accesorios –producciones delirantes, alucinatorias, catatonía, etc.-

Al tomar en cuenta este criterio clínico-evolutivo, Kraepelin puede distinguir, por ejemplo, entre las formas paranoides de la demencia precoz y la paranoia: en las primeras el estadio terminal es de un completo deterioro de la personalidad, mientras que en la segunda se conserva la personalidad y la claridad en la voluntad y la acción.²²

Por último, Kraepelin se vale de un **criterio psicopatológico descriptivo**, que no implica aún la hipótesis de la existencia de procesos psicopatológicos autónomos, ni un orden de causalidad diferenciado, sino que es utilizado con fines meramente descriptivos en función de las facultades mentales afectadas en cada enfermedad.

Recordemos que el psiquiatra alemán era discípulo de Wundt y de él toma las diferentes áreas o esferas de la vida psíquica normal: la afectividad, la voluntad, el juicio, la percepción, la memoria, la orientación témporoespacial. De acuerdo a los desórdenes que puedan presentarse en ellas, a lo largo de la evolución de la enfermedad, Kraepelin distingue a las enfermedades mentales entre sí y a las formas clínicas que adquiere cada una de ellas. Así, el criterio psicopatológico le permite a Kraepelin diferenciar las tres formas que presenta la demencia precoz: hebefrénica, catatónica y paranoide. Si bien las tres forman parte de la demencia pre-

²² Cf. capítulo 24.

coz por evolucionar a un deterioro de la personalidad, en las formas hebefrénicas está afectada especialmente la esfera de la afectividad, en la catatónica la de la voluntad y en las formas paranoides el juicio.²³

Volveremos a retomar estos criterios de delimitación y los profundizaremos en el capítulo 15, destinado a la paranoia; en el capítulo 20 dedicado a la locura maníaco-depresiva y en el capítulo 24 sobre la demencia precoz.

Caso clínico distintivo del segundo paradigma

Con el fin de visibilizar el uso de los criterios utilizados para la lectura de los fenómenos mórbidos, presentamos a continuación el material clínico de H., de 20 años:

Si le levantáis un brazo, lo dejará caer como si estuviera paralizado, y permanecerá en la misma posición que accidentalmente tome (...) Si se le inclina la cabeza hacia atrás, conserva la incómoda posición en que se le coloca; y si se le levanta la pierna, seguirá igualmente tesa en el aire. Siguiendo así, sucesivamente llegarán a conseguirse aún más signos de obediencia automática (...) Es sobre todo patente también en este enfermo el característico *trastorno de la voluntad*, que forma una mezcla de obediencia automática y negativismo. De modo inexplicable el enfermo se deja influir en su propia voluntad (...) Como resultado de su negativismo, durante mucho tiempo no ha abierto la boca para tratar de hablar; pero no puede impedirse a sí mismo contener el impulso de imitar lo que ante él se dice (...) ambos fenómenos vienen a ser expresión de un mismo hecho, o sea que se ha perdido el dominio central del impulso de la voluntad sobre la deliberación consciente de un fin, en forma que el impulso y el contraimpulso de origen interno o externo no determinan sino de modo irregular la acción subsiguiente (...) No se define coloración alguna emocional en nuestro enfermo. No manifiesta ningún interés por cuanto le rodea, ni por visitantes ni parientes, a quienes no dirige la palabra; no manifiesta deseos, ni se cuida de nada. Al propio tiempo observamos casuales expresiones por las cuales colegimos que se da cuenta de su situación, que conoce a los circunstantes y que advierte cuanto se le dice. Y aquí hallamos nuevamente la misma agrupación de trastornos en el mismo orden en que los vimos dispuestos en los casos de demencia precoz ya analizados. (Kraepelin, 1905: 52).

Rescatamos el esfuerzo de Kraepelin por cernir la posible afección de las distintas esferas de la vida psíquica, guiado por su criterio psicopatológico descriptivo. Es en esta dirección que el autor recorta los fenómenos de obediencia automática, negativismo, ausencia de manifesta-

²³ Cf. capítulo 24.

ción de deseo y una clara pérdida del cuidado corporal en relación a la voluntad. Respecto a la afectividad, este área muestra alteraciones como bien podemos vislumbrar en esta viñeta.

La crisis y el legado del paradigma

Según Lantéri-Laura, el periodo de las enfermedades mentales se vio conmovido en sus fundamentos por varios factores. Entre ellos se destacan la excesiva proliferación de entidades patológicas, las críticas que recibió el valor otorgado a la noción de localización cerebral y las incidencias de los aportes que el psicoanálisis significó para la época, así como los efectos que trajo aparejada la epidemia de encefalitis letárgica (Lantéri-Laura, 2000).

Con respecto al primer punto, podemos colegir que esta multiplicación no se ha detenido y constituye un problema de los manuales diagnósticos y estadísticos actuales. Por sólo dar un ejemplo, la CIE 10 cuenta con 99 categorías de trastornos mentales y en la práctica lo que se termina produciendo es un abuso de los diagnósticos no especificados, que constituyen una suerte de "cajón de sastre" de las clasificaciones.

Esta tendencia ya se manifestaba a fines del siglos XIX y principios del XX y terminó socavando los cimientos del segundo paradigma. Los efectos de este intento de delimitación de enfermedades mentales irreductibles entre sí pueden observarse en las clasificaciones de Kraepelin, que presentan numerosas categorías cuyos bordes son difíciles de establecer y, en muchos casos, se presentan yuxtaposiciones.

De hecho, Lantéri-Laura (2000: 163) señala que en esa época convivía la máxima "*entia non sunt multiplicanda, praeter necessitatem*" (no multiplicar más de lo necesario) junto con el hecho opuesto "*entia sunt multiplicanda, propter sui nominis immortalitatem*" (multiplicar para inmortalizar el nombre), ya que algunas entidades identificadas terminaban reconociéndose por el nombre de su descubridor. Esta multiplicación atentaba y atenta contra la posibilidad práctica de aprenderlas y aplicarlas, cuestión que no ha perdido vigencia.

Por otro lado, la teoría de las localizaciones cerebrales fue perdiendo validez en la medida en que el progreso de los estudios no pudo revelar lesiones precisas para cada enfermedad específica. La epidemia de encefalitis letárgica que asedió a Europa entre 1917 y 1925 terminó por desbaratar el potencial heurístico de este modelo de pensamiento. En los casos crónicos de encefalitis se presentaban clínicamente el conjunto de los cuadros psiquiátricos deslindados en esa época, aunque esa enfermedad pudiera reconducirse a una misma lesión subcortical. Esa lesión particular podía sin embargo manifestarse en un abanico muy extenso de síntomas. Este hecho comienza a horadar la tesis del paralelismo psicofísico.

En 1920 Kraepelin va a reconocer la imposibilidad de generalizar lo hallado en la parálisis general progresiva al resto de las enfermedades mentales. Falret lo había evocado antes en los siguientes términos que citamos en extenso:

Luego de haber buscado durante mucho tiempo el fundamento de la patología mental en las alteraciones del cerebro de los alienados, llegamos poco a poco a comprender que por más importantes que fueran esas lesiones, no podían bastar para explicar científicamente la enorme diversidad y los matices tan sutiles de los fenómenos psíquicos de los alienados. A partir de entonces, comenzamos a buscar en la psicología los medios para suplir la insuficiencia de la anatomía patológica. (Falret, 1864: 9).

Así, el ocaso del paradigma de las enfermedades mentales abre las puertas a las hipótesis psicológicas que ya habían sido subvertidas por Freud y su tesis sobre el inconsciente psíquico. La hipótesis freudiana sobre las psicosis apelaba a la existencia de un proceso metapsicológico sin apoyatura orgánica conocida y que Freud intentó precisar a lo largo de toda su obra.²⁴ El ámbito de la psiquiatría de la época fue sensible a estas nuevas hipótesis y algunos de sus referentes se hicieron eco de estas propuestas y entraron en una fecunda interlocución con Freud, como es el caso de Bleuler y sus decisivos aportes sobre la esquizofrenia que trabajaremos en el capítulo siguiente y en el capítulo 25 de este libro.

A pesar de haber llegado a su fin en la tercera década del siglo XX, este marco de pensamiento de la psiquiatría no desapareció por completo. El paradigma siguiente heredó muchos de sus elementos constitutivos y persiste hasta la actualidad, sobre todo en el uso que se hace del término "enfermedad mental", muy difícil de desterrar. La Nueva Ley Nacional de Salud Mental de 2010 propone sustituirlo por el de "padecimiento mental", pero este cambio fue fuertemente resistido, sobre todo entre los médicos que en parte se niegan a dejar de hablar de enfermedad mental.

Otro legado de este segundo paradigma ha sido el *thesaurus semioticus* que se conformó en esa época y que tiene su vigencia entre las disciplinas que se ocupan de la salud mental. Aun cuando la tesis lesional de la enfermedad mental ya no se sostenga, la semiología a la que este supuesto dio lugar se considera válida y de utilidad.

Con respecto al método, es importante señalar que las innovaciones introducidas en el método clínico condujeron a un cambio en la relación médico-paciente, tendiente a la objetivación del supuesto enfermo. El dispositivo príncipes de enseñanza de esta clínica -la mostración de enfermos- pone de manifiesto que allí el sujeto queda reducido a ser el objeto de la mirada del médico, que es quien detenta el saber. Lacan propone cierta subversión de ese dispositivo al alterar los lugares que lo constituyen y devolver al enfermo su condición de sujeto que puede tomar la palabra. Pero esta subversión no es frecuente y es habitual que se produzca cierta reducción objetivante en el abordaje de aquellos que padecen mentalmente.

²⁴ Véase al respecto el libro de cátedra de esta misma colección *Las psicosis en Freud. Contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos para una lectura de Lacan*, disponible en sedici.unlp.edu.ar.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, JM., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 2014.
- Carbone, N. & Piazzese, G. (2002). Prólogo. En E. Kraepelin, *Demencia precoz y paranoia*. La Plata: Ed. de la campana.
- De Battista, J. (coord.) (2017). *Las psicosis en Freud. Contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos para una lectura de Lacan*. La Plata: EDULP. Disponible en sedi-ci.unlp.edu.ar.
- Falret, JP. (1864). *Las enfermedades mentales y los asilos de alienados*. La Plata: De la campana, 2002.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Ciudad de México: siglo XXI editores, 1980.
- Freud, S. (1893). Charcot. En S. Freud, *Obras completas*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1999, p. 7-24.
- Kraepelin, E. (1899). *Demencia precoz y paranoia*. La Plata: Ed. de la campana, 2002.
- Kraepelin, E. (1905). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Nieva.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Editorial Triacastela.

CAPÍTULO 6

Tercer paradigma: estructuras psicopatológicas (1926-1977)

*Martina Fernández Raone, Mercedes Kopelovich
y María Ester Hoggan*

Las primeras hipótesis psicopatológicas

En este capítulo nos ocuparemos del paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, tal como lo denominó Lantéri-Laura (2000). Éste se alimenta de los aportes de varias disciplinas teóricas que comienzan a plantear la necesidad de pensar a los fenómenos humanos no a partir de la asociación de elementos, sino como verdaderas estructuras, en las que la introducción de un nuevo elemento modifica todo el conjunto y se comprueba entonces que el todo es mucho más que la suma de las partes.

Esta tesis había sido demostrada por la teoría de la Gestalt con respecto a la percepción y se impuso también en otras disciplinas, a partir de la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure, la neurología globalista de Goldstein y Jackson; y la antropología estructural de Lévi-Strauss. Esta forma de pensamiento, aplicada a la patología mental produce una crítica del proceder semiológico del paradigma anterior -muy ligado a la identificación de signos que permitan predecir el curso de la enfermedad- para proponer hipótesis de los procesos patológicos unitarios que subyacerían a los índices semiológicos. Se trata entonces de un momento de la producción de conocimiento en psiquiatría en el que comienzan a aparecer hipótesis propiamente psicopatológicas, fuertemente influenciadas por el psicoanálisis.

Las principales concepciones de este paradigma hallan expresión en las propuestas sobre la *Spaltung* o escisión como proceso patológico propio de la esquizofrenia en Bleuler y en las corrientes fenomenológicas -sobre todo en la psicopatología de Jaspers (1913)-, y en la escuela francesa en la obra de Minkowski y Binswanger. Lantéri-Laura propone fijar un comienzo posible para este paradigma en 1926, fecha de la conferencia que diera Bleuler en Francia

sobre la esquizofrenia y una posible finalización -muy teñida de homenaje- con la muerte de Henri Ey, autor del organodinamismo.

En este capítulo nos ocuparemos especialmente de los inicios de este paradigma con la teoría de los síntomas de Bleuler para la esquizofrenia, para luego abocarnos a la propuesta de una psicopatología diferenciada de la psiquiatría que realiza Jaspers en su obra de 1913. En los capítulos 21 y 26 de este libro pueden profundizarse los aportes de Minkowski a la caracterización y teorización de la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, junto con los aportes de Binswanger a la manía y la melancolía.

En este período, la psiquiatría organiza su campo a partir de la noción de un proceso patológico que permitiría explicar el padecer mental. Estos aportes decantan en la oposición estructural entre neurosis y psicosis, como una clave del diagnóstico diferencial (Lantéri-Laura, 2000; Stagnaro, 2004). Estas categorías permiten designar todas las organizaciones mórbidas que no pudieran explicarse por un defecto congénito, lesiones cerebrales discernibles o la incidencia de factores exógenos.²⁵

Este tercer paradigma introduce, de esta manera, una de las novedades más importantes de este período: la inclusión de una causalidad psíquica y de la psicogénesis entre los factores etiológicos y patogénicos. Destacamos que en este período se referencia “una corriente de pensamiento que presenta una amplia diversidad teórica, pero que pueden ser agrupados conjuntamente por diversos rasgos comunes, y la coincidencia en su manera de entender a la Psicopatología como disciplina diferenciada, aunque complementaria de la semiología psiquiátrica” (Napolitano, 2000: 55). En este marco paradigmático la psicopatología tiene un carácter predominante, mientras la psiquiatría clínica queda ubicada como una disciplina médica necesaria, pero sobre todo práctica, sin demasiada profundidad conceptual (Lantéri-Laura, 2000: 219).

Más allá de estas consideraciones, enunciaremos que sólo desarrollaremos en este capítulo las concepciones de dos autores pertenecientes a este paradigma: Eugen Bleuler, médico psiquiatra de la escuela psicodinámica de Zúrich, y Karl Jaspers, psiquiatra, filósofo y fenomenólogo alemán. En el capítulo destinado a las esquizofrenias y a las melancolías en este libro puede accederse a la concepción de Minkowski y Binswanger. Encontramos en todos estos autores la inclusión de formulaciones psicopatológicas que exceden a los desarrollos de la semiología psiquiátrica del paradigma de las enfermedades mentales y critican la tesis del paralelismo psicofísico.

Bleuler y la perspectiva psicodinámica

Bleuler es mundialmente conocido por sus aportes sobre el grupo de las esquizofrenias y el viraje que significó el cambio de concepción que introduce sobre la demencia precoz de Kraepelin, al proponer que lo que opera en la esquizofrenia es un proceso patológico de disociación

²⁵ Cf. séptima parte sobre las psicosis tóxicas.

de las funciones psíquicas, la **Spaltung** o **escisión**, que da nombre al cuadro. Si bien no renuncia a la etiología orgánica de la esquizofrenia, incluye en sus consideraciones a los factores reaccionales del psiquismo ante la presencia de dicho proceso patológico orgánico. La esquizofrenia tiene una causa orgánica, que se expresa en síntomas fisiógenos, y una superestructura psicógena (Bleuler, 1926).

Esta inclusión de una patogenia psicógena para los síntomas secundarios de la esquizofrenia supone una ruptura con el paradigma anterior, que consideraba a los síntomas como índices semiológicos de probables lesiones. Se quiebra de esta forma el supuesto del paralelismo psicofísico característico del paradigma de las enfermedades mentales. En esta ruptura, tuvieron gran relevancia los descubrimientos freudianos sobre los mecanismos psíquicos inconscientes, que fueron recepcionados no sin sufrir modificaciones notables en sus fundamentos.

Bleuler retoma de Kraepelin el criterio psicopatológico descriptivo²⁶ para el estudio de la patología mental, pero este criterio cobra una nueva acepción en el psiquiatra suizo, ya que éste combina la perspectiva asociacionista con los aportes freudianos acerca de la afectividad. Produce así una lectura novedosa, la **perspectiva psicodinámica**, que incorpora, reinterpretación mediante, los conceptos freudianos sobre los mecanismos psíquicos. De ahí que pueda decirse que encontramos en Bleuler un criterio psicopatológico y psicodinámico, que incluye en sus descripciones el dinamismo del psiquismo enfermo. Si bien Bleuler va a otorgar relevancia a la afectividad entre los factores que originan la patogenia de los procesos mórbidos de la esquizofrenia²⁷ y de la paranoia²⁸, rechaza la concepción etiológica de la sexualidad cuyo valor, como sabemos, es fundamental en la teoría freudiana. La etiología de la esquizofrenia es para Bleuler orgánica, probablemente auto-tóxica.

El autor retoma de Freud la idea del papel de la afectividad en la patología mental y formula el concepto de **complejo afectivo**: representaciones cargadas de un cierto montante energético, que influyen en las operaciones psíquicas. Si bien dicha influencia es comprobable aun en las personas sanas, supone que ante un proceso mórbido orgánico como lo es el de la esquizofrenia, la mente del enfermo “reacciona” de acuerdo a sus complejos. Estos complejos cargados afectivamente van a imantar el curso de las asociaciones, que se han disgregado por el proceso esquizofrénico.

Los complejos afectivos intervienen en la regulación, la dirección y la perturbación de lo psíquico a través de los mecanismos puestos en juego de condensación y desplazamiento - conceptos psicoanalíticos freudianos retomados particularmente por Bleuler-, dando lugar a la constelación de factores psicógenos característicos de la enfermedad (Bleuler, 1911). Señalamos la importancia del concepto de **reacción** propuesto por el autor, ya que se puede derivar de ello una concepción activa del sujeto, que no queda simplemente a merced del proceso mórbido, sino que “reacciona” ante él con sus singularidades, es decir, con su medio y experiencia de vida.

²⁶ Cf. capítulo 5.

²⁷ Cf. capítulo 25.

²⁸ Cf. capítulo 15.

Tal como se desprende de las líneas precedentes, podemos deducir que el psiquiatra suizo realiza una crítica a los criterios etiológico, clínico evolutivo y psicopatológico descriptivo de Kraepelin. Estos cuestionamientos derivan en una reorganización de la clínica de la nueva entidad nosográfica llamada "esquizofrenia", formalizada en su libro *Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias* (Bleuler, 1911). Allí el autor traza la división de los síntomas en *primarios* y *secundarios* -a partir de un criterio etiológico-, por un lado, y *fundamentales* y *accesorios* -según un eje diagnóstico-, por el otro.

Los **síntomas primarios**, de origen orgánico, son los que se encuentran en relación más directa con la causa orgánica y se manifiestan en la perturbación primaria de la asociación, o sea, en la escisión psíquica fundamental [*Spaltung*]. Dentro de los síntomas *primarios*, Bleuler incluye tanto síntomas físicos (fiebre, parálisis, temblores, perturbaciones pupilares, pérdida de peso, vértigo, dolor de cabeza, entre otros), como síntomas primarios psíquicos, a saber, la escisión de las asociaciones y la predisposición a las alucinaciones y delirios, etc.

Los **síntomas secundarios** son la consecuencia reaccional ante la disociación de las funciones psíquicas. La psique reacciona ante el proceso patológico y produce otra serie de síntomas como las perturbaciones a nivel de la afectividad, que pueden dar lugar a un evidente desinterés por el mundo exterior (autismo), la ambivalencia y la discordancia afectiva, la rigidez emocional y el negativismo -a nivel volitivo-. Todo este cortejo de síntomas está ligado para Bleuler a la historia singular del enfermo, es decir que las características de los mismos llevarán impreso el acopio de sus experiencias. Como ya mencionamos, estos síntomas aparecen en función de la reacción de la psique y la puesta en marcha de los complejos afectivos.

La concepción de Bleuler (1911) sobre los **síntomas fundamentales y accesorios** de la esquizofrenia conserva las trazas de las elaboraciones de Kraepelin respecto de esta distinción, aunque le da mayor relevancia a los trastornos de la asociación, de la afectividad y al autismo como síntomas fundamentales, por sobre los trastornos de la volición que acentuaba Kraepelin. Para ambos, las alucinaciones y los delirios son síntomas accesorios.

Nos resulta pertinente aquí transcribir un fragmento de la producción epistolar de un paciente de Bleuler (1911), con la intención de dar continuidad a nuestra propuesta de articulación teórico-clínica. En esta viñeta es manifiesto el papel del trastorno de la asociación -síntoma primario y fundamental- en la organización del material:

Estoy escribiendo sobre papel. La pluma que estoy usando es de una fábrica llamada Perry & Co. Esta fábrica está en Inglaterra. Eso presumo. Detrás del nombre de Perry & Co. está escrito el de la ciudad de Londres; pero no la ciudad. La ciudad de Londres está en Inglaterra. Lo sé desde mis días escolares. Entonces, siempre me gustó la geografía. Mi último maestro en esa materia fue el profesor Augusto A. Era un hombre de ojos negros. También me gustan los ojos negros. También hay ojos azules, y grises, y de otras clases. He oído decir que las serpientes tienen ojos verdes. Todas las personas tienen ojos. Hay algunas, también, que son ciegas. Estos ciegos son guiados por un niño. Debe ser muy terrible no poder ver. Hay personas que no pueden ver y tampoco pue-

den oír. Conozco a alguien que oye demasiado. Se puede oír demasiado. Hay muchos enfermos en Burghölzli; los llaman pacientes. Uno de ellos me gusta mucho. Su nombre es E. Sch. Me dijo que en Burghölzli hay muchas clases, pacientes, internados, asistentes. Hay algunos que no están aquí en absoluto. Todos son personas peculiares [...] (Bleuler, 1911: 24)

Podemos vislumbrar que la escritura de esta paciente carece de un fin principal que ordene la asociación de las ideas. El pensamiento aparece claramente disociado, la conexión lógica se ha perdido. Estos fenómenos se darían como consecuencia de la perturbación primaria de la asociación. Si bien las ideas expresadas por la paciente podrían ser consideradas como correctas en su estructura sintáctica y gramatical, la carta carece de sentido y queda sumida en una deriva metonímica.

Para finalizar, Bleuler complejiza la dimensión causal de la esquizofrenia, al proponer una etiología orgánica y una patogenia psicológica. Esta concepción rompe con el paralelismo psicofísico de las enfermedades mentales y abre las puertas a las hipótesis psicopatológicas.

La teoría de Bleuler aporta la dificultad agregada de esta doble distinción de los síntomas: con respecto a la causa -primarios/secundarios-, y con respecto al diagnóstico -fundamentales/accesorios-. A diferencia del paradigma de las enfermedades mentales, en el cual cada síntoma manifiesto en lo psíquico era el índice de una causa orgánica, en el caso de la teoría de los síntomas de Bleuler nos encontramos con síntomas que son fundamentales para el diagnóstico y primarios en relación a la causa -como el trastorno de las asociaciones- y con otros que son fundamentales para el diagnóstico, pero son secundarios con respecto a la causa orgánica, es decir psicógenos -como la perturbación de la afectividad y el autismo-.

El psiquiatra francés Henri Ey (1967) propone la existencia de un "**hiato orgánico-clínico**", una grieta entre el cuadro clínico de las enfermedades mentales y sus procesos orgánicos generadores. Esta propuesta nos sirve para pensar la novedad que introduce Bleuler a una psicopatología incipiente. Hay en su concepción una distancia entre la causa orgánica, el proceso que está en el origen de los síntomas, y las manifestaciones del cuadro clínico que son en parte su efecto. Este intervalo separa a la causa orgánica de sus efectos psicopatológicos, es decir de sus manifestaciones sintomáticas.²⁹

El paralelismo psicofísico que regía las concepciones del segundo paradigma se disloca: los síntomas psíquicos no se correlacionan exactamente con síntomas físicos, índices de la lesión; sino que ahora existen síntomas cuya causa es psíquica y están constituidos por la reacción de la psique ante un proceso patológico que se sigue localizando, no obstante, en lo orgánico.

Para H. Ey, hay un intervalo entre la etiología y la descripción clínica: el factor etiológico orgánico ya no define a la enfermedad. Las enfermedades mentales no llevan el nombre de la lesión cerebral que supuestamente las produce. Aquello que es típico del cuadro clínico -los

²⁹ Si bien no lo desarrollaremos aquí, Henri Ey considera el concepto de hiato orgánico-clínico como epicentro de su doctrina organodinamista y propone que "(...) la enfermedad mental, aunque siempre es orgánica en su etiología, siempre es psíquica en su patogenia. Es alteración mental de naturaleza orgánica." (Ey 1967: 77).

síntomas fundamentales para el diagnóstico- no depende necesariamente del proceso etiológico. De hecho, hemos visto cómo sólo el trastorno de las asociaciones es un síntoma primario y fundamental, pero los otros síntomas fundamentales para el diagnóstico -el trastorno de la afectividad y el autismo- son síntomas secundarios. Así lo expresa H. Ey:

La enfermedad mental no depende directamente (no puede depender), más que en segundo grado (y no específicamente), de tal o cual proceso etiológico. Podemos expresar esto de otra manera diciendo que entre el proceso orgánico generador y la enfermedad mental hay un intervalo. Es lo que yo he propuesto llamar *hiato orgánico-clínico*, que separa la causa orgánica de su efecto psicopatológico. (Ey, 1967: 81).

Ey formula la existencia de este hiato para señalar que el pensamiento sobre las enfermedades mentales no puede reducirse a la organogénesis. Otro modo de resolver este hiato está en el psicoanálisis, en tanto encontramos el orden psíquico en la etiología, en la patogenia y en los síntomas.

Karl Jaspers y la ciencia de la psicopatología

A continuación nos abocaremos, de manera introductoria, a las ideas de otro referente de este periodo: Karl Jaspers, quien en 1913 publica su famosa obra *Psicopatología general*, compendio de los saberes de la psiquiatría alemana de la época. En ella Jaspers plantea una reestructuración crítica de la psiquiatría, a partir de establecer una neta distinción entre la psiquiatría clínica y la psicopatología como ciencia autónoma.

Karl Jaspers nace en Alemania en 1883. Estudió medicina y luego se dedicó a la psiquiatría y a la filosofía. Durante el régimen nazi en Alemania, se refugió en Suiza, donde murió en el año 1969. Fue discípulo de Kraepelin, aunque se distanció de sus desarrollos. En 1913, a sus 30 años, publica la *Psicopatología General*, su obra de mayor importancia en psiquiatría y que se constituye en un hito en la historia de la psicopatología. Su objetivo era fundar la psicopatología como disciplina autónoma de la psiquiatría.

Allí define a la **psiquiatría** como una profesión práctica, caracterizada por el arte y la pericia que se dirige a la curación y tratamiento de casos particulares. Por el contrario, la **psicopatología** se conforma como una ciencia teórica, un saber sistemático, transmisible, demostrable y comunicable en conceptos y reglas generales (Jaspers, 1913). Su objeto de estudio es el vivenciar psíquico patológico, limitado a las fronteras de la conciencia. Este autor pertenece a la corriente fenomenológica, por lo tanto aborda los temas referentes al vivenciar psíquico como fenómenos evidentes de la conciencia, que pueden ser captados a través de la empatía, del ponerse en el lugar del otro, del co-vivenciar.

Esta obra pretende ser una crítica conceptual sistemática al discurso psiquiátrico, cuyo eje fundamental era el **cuestionamiento del paralelismo psicofísico**. Como hemos visto, el paralelismo psicofísico sostenía la dependencia de lo psíquico en relación a lo orgánico; la causa, comprobable o no, era orgánica, mientras que lo mental, era su efecto. Jaspers cuestiona fervientemente esta concepción psiquiátrica y considera que no existe una relación de subordinación de lo psíquico a lo físico, sino una relación de reciprocidad y co-dependencia, en tanto el cuerpo y el alma constituyen una unión indisoluble.

Propone entonces, trazar una distinción concreta en cuanto a los campos de saberes que competen a diferentes disciplinas que se ocupan del hombre en general. Establece un ordenamiento en cada uno de éstos: la psicología es el saber respecto de la normalidad psíquica, mientras que en el campo de la medicina, se refiere a la fisiología y a la neurología, como saberes auxiliares de la psicopatología.

Distanciándose de tal paralelismo y criticándolo, Jaspers plantea que la psicopatología estudia lo psíquico hasta los límites de la conciencia, pero en esos límites no puede hallar absolutamente ningún proceso físico que corresponda directamente a fenómenos tales como las ideas delirantes o las alucinaciones. La psicopatología se ocupará entonces de la investigación de los problemas, de los conceptos y relaciones desde los fenómenos psicopatológicos mismos. En este contexto, Jaspers plantea que el objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico patológico realmente consciente. Se estudia qué y cómo experimentan los seres humanos; su vivenciar y las condiciones y causas de las que depende. El objeto de la psicopatología son los procesos psíquicos reales, sus condiciones, causas y consecuencias.

Ahora bien, este tipo de investigación psicopatológica tiene sus límites y es allí donde es necesaria la representación teórica de los **mecanismos extra-conscientes**, cuyo fundamento último debe buscarse en procesos corporales, sin que esto signifique que habría un paralelismo entre los procesos orgánicos y sus efectos en lo psíquico. Vemos así cómo, si bien Jaspers ya no defiende el paralelismo psicofísico, no obstante, continúa sosteniendo la existencia de una causa última radicada en procesos corporales que deben explicarse teóricamente, aunque no se los pueda captar intuitivamente.

Es importante destacar que, aun cuando la *Psicopatología general* de Jaspers data de 1913 y es por lo tanto contemporánea de la obra freudiana, Jaspers no incorpora el concepto de inconsciente de Freud y de hecho se encarga de aclarar que sus mecanismos extra-conscientes no deben ser entendidos en estos términos, ya que el concepto de inconsciente resulta ambiguo para Jaspers y es utilizado por diversos autores en sentidos heterogéneos.

El inconsciente freudiano obedece a una causalidad de representaciones y afectos que es psíquica y halla expresión en los síntomas y las distintas manifestaciones de la psicopatología de la vida cotidiana. En cambio, los mecanismos extra-conscientes de Jaspers son representaciones teóricas, hipótesis que no hallan manifestación en los síntomas, sino que son conceptos a los que se recurre cuando la captación intuitiva y comprensible del vivenciar humano ha encontrado sus límites. La raigambre última de estos mecanismos extra-conscientes es supuesta por Jaspers en los procesos corporales.

Binomio metodológico y organización de la clínica

Su interés epistemológico por estudiar el problema de la causa conduce a Jaspers a utilizar operadores metodológicos provenientes de la filosofía: el **binomio comprensión- explicación**.

La comprensión y la explicación son los recursos metodológicos en la Psicopatología de Jaspers que permiten captar y/o explicar la patología mental: “En algunos casos, comprendemos cómo lo psíquico surge con toda evidencia de lo psíquico. Comprendemos, de este modo, único posible frente a lo psíquico, si el atacado se vuelve colérico, el amante engañado celoso, si surge de tales o cuales motivos una decisión o un hecho” (Jaspers, 1913: 35).

Al respecto, el autor distingue dos modos de la comprensión: la **comprensión estática** y la comprensión genética o explicación psicológica. La primera, también llamada fenomenológica o empática, se refiere a cualidades individuales, a los estados psíquicos de un individuo que se mantienen estables, a la representación de la vivencia particular de los enfermos tal cual se les presenta en la conciencia (por ejemplo, a quien dice “estoy contento” o “estoy triste” lo comprendemos por empatía). Es como si se tratara de una fotografía del estado psíquico en determinado momento.

La **comprensión genética**, en cambio, está referida al movimiento, a la relación entre hechos, a la captación intuitiva del engendramiento de los hechos psíquicos los unos por los otros, a la comprensión de las conexiones psíquicas. Comprendemos, según Jaspers, que quien ha tenido un hijo recientemente esté contento, o quien ha sufrido una pérdida recientemente esté triste. Lo comprensible es el terreno de lo co-vivenciable y de la empatía. Es una relación distinta de la que se establece causalmente; se trata de una “causalidad desde adentro”, es decir, de cómo los hechos psíquicos se engendran a partir de otros hechos psíquicos, mediante una concatenación de sentido.

La evidencia de estas conexiones y la empatía con esos estados se adquiere para Jaspers por la experiencia de tratar con las personalidades humanas. En la comprensión, estamos entonces en el terreno del sentido. La noción jasperiana de comprensión es fuertemente criticada por Lacan en el seminario sobre las psicosis, donde afirma que la misma:

Consiste en pensar que hay cosas que son obvias, que, por ejemplo, cuando alguien está triste se debe a que no tiene lo que su corazón anhela. Nada más falso: hay personas que tienen todo lo que anhela su corazón y que están tristes de todos modos. (Lacan, 1955-1956: 15).³⁰

La comprensión se encuentra dentro del registro del sentido, en donde las manifestaciones del fenómeno psíquico pueden ubicarse en una cadena o una sucesión de sentido. Dado que un hecho psíquico puede ser comprendido en continuidad con otro de modo evidente, es una comprensión desde adentro, es decir, desde lo psíquico. En consonancia con este planteo,

³⁰ Ver un comentario de la indicación clínica de Lacan de no comprender a los enfermos en la tercera parte.

considera que determinada vivencia produce una determinada reacción psíquica que está en estrecha relación a lo vivido.

Ahora bien, si la manifestación del fenómeno no puede ser comprendida es porque se produce una discontinuidad en el sentido y las conexiones psíquicas. Es necesario pasar al campo de la **explicación causal** (no psicológica) y para ello, Jaspers recurre a una hipótesis causal teórica, la de los mecanismos extra-conscientes. Allí donde la comprensión encuentra sus límites, surge la hipótesis de estos mecanismos. La disolución de los nexos causales, requiere del auxilio de esta hipótesis teórica que está justificada en una causalidad orgánica de base cerebral.

La explicación, a la que llama "causal", es necesaria debido al límite que presenta la comprensión como método. La explicación causal se utiliza entonces cuando el síntoma psíquico aparece como algo totalmente nuevo, incomprensible, que irrumpe en la vida psíquica. Jaspers señala que, a diferencia de la comprensión, la explicación es ilimitada. Teniendo en cuenta la limitación de la comprensión, el operador metodológico de la explicación posibilita captar la discontinuidad o ruptura en el sentido y en los nexos causales.

Ahora bien, tal binomio metodológico se corresponde –aunque no de manera exacta como más adelante lo explicitaremos- con la organización de la clínica que propone Jaspers, a saber: los **desarrollos de la personalidad** y los **procesos**.

Los **desarrollos** de la personalidad se inscriben en la concepción de Jaspers que ya señalamos previamente sobre la unión indisoluble entre cuerpo y alma, entendida como una unidad que se despliega y se realiza en una relación dialéctica con el mundo circundante.

Los desarrollos incluyen a aquellas perturbaciones que resultan mayormente comprensibles y que son concebidas como desarrollos de la personalidad. Jaspers ubica dos tipos de desarrollos: las reacciones verdaderas (o legítimas) y el desarrollo de una personalidad patológica.

El contenido de las **reacciones vivenciales patológicas** está en relación comprensible con el acontecimiento que las origina. El fenómeno psicopatológico no hubiera surgido sin este acontecimiento y su evolución depende del mismo. Existe una continuidad de sentido entre el contenido de una determinada vivencia y la respuesta de la psique. Gran parte de los desarrollos, pueden ser comprendidos en su manifestación fenomenológica a partir de su inserción en una concatenación de sentido, aunque siempre poseen una parte causal, un punto incomprensible, su alteración en lo extraconsciente, su trasposición en lo patológico (Jaspers, 1913: 446).

A su vez, Jaspers divide tales estados reactivos según:

- los motivos de la reacción: psicosis carcelaria, neurosis de renta después de accidentes, neurosis de los terremotos, neurosis de las catástrofes, entre otros;
- la estructura psíquica especial de los estados reactivos -acontecimientos a los que se responde de manera excesivamente violenta; estados de estrechamiento de la conciencia en los que se suponen reacciones repentinas; perturbación de la conciencia que produce cólera, desesperación, espanto; entre otros.
- los tipos de constitución psíquica que condicionan la reactividad.

Todos estos tipos de reacciones suponen entonces que el episodio psicótico –aunque con los mencionados límites de la comprensión- tiene un sentido: “Sirve a la defensa, a la seguridad, a la fuga, a la satisfacción de un deseo. Nace del conflicto con la realidad que, tal como es, no es tolerada más tiempo” (Jaspers, 1913: 435).

El **desarrollo de una personalidad patológica** refiere a una disposición individual que evoluciona de manera comprensible a partir de la interacción con el medio. Un ejemplo son las personalidades o caracteres paranoicos.³¹ Jaspers dice que, en la interacción con el medio, lo psíquico desarrolla una disposición individual, a la que llama “*Anlage*”. En los desarrollos anormales de la personalidad, se trata de una disposición individual, alejada del término medio de la norma. Lo patológico no está dado aquí por la ruptura, sino que esta predisposición anormal está modelada por la disposición individual; tal sería el caso por ejemplo de las frecuentemente llamadas “personas depresivas.”

Subrayemos una vez más que no todo es comprensible en los desarrollos. Por ejemplo, en las reacciones legítimas, se comprende a qué responde la reacción, pero no por qué algunos sujetos encarcelados presentan una psicosis carcelaria y otros no. Es decir, la predisposición patológica es incomprensible, por lo que debe ser explicada causalmente. Jaspers afirma:

(...) toda esta comprensión no debe sobreestimarse en su importancia. Primero, los mecanismos no pueden comprender nunca la trasposición misma; en segundo término, hay otros fenómenos anormales que los que pueden ser involucrados en una relación total comprensible; en tercer término, aun cuando el acontecimiento conmocionante interviene como factor causal, la medida de esa importancia causal es difícil de estimar. (Jaspers, 1913: 435).

Pasemos ahora al otro polo de este binomio. Los **procesos** rompen más o menos brutalmente el desarrollo de la vida mental, introduciendo un cambio psíquico totalmente nuevo. Jaspers considera que dentro de los procesos deben incluirse a las psicosis que cursan en fases o en brotes, en las que no se puede entramar el conjunto de los síntomas con el vivenciar del enfermo:

(...) el sacudimiento psíquico es sólo el último impulso eventual y superfluo por el que hace irrupción una enfermedad, sea una fase pasajera, sea el brote de un proceso, que se habría presentado finalmente también sin ese motivo, y que se desarrolla según sus propias leyes con plena independencia del motivo psíquico (Jaspers, 1913: 430).

En relación a la causa, los procesos pueden ser: orgánicos -enfermedades mentales de causas orgánicas, sólo en ellas la explicación causal puede ser cierta y localizable, es decir, una lesión-; o psíquicos, que son alteraciones permanentes de la vida psíquica, de causa desconocida. Jaspers incluye a la epilepsia, la esquizofrenia y la locura maniacodepresiva entre los procesos psíquicos.

³¹ Cf. capítulo 16.

Los procesos psíquicos son alteraciones duraderas de la vida psíquica donde irrumpe un elemento nuevo sin causa o motivo psíquico desencadenante. Implican de este modo la irrupción de un fenómeno nuevo, que produce una discontinuidad en el campo de la significación compartida y que sólo pueden ser explicados a partir de la hipótesis causal de los mecanismos extra-conscientes. En los procesos psíquicos se pueden establecer relaciones de curso típicas, a partir de la diferencia entre **brotos y fases**, ambas con un comienzo abrupto e incomprensible.

Las fases son reversibles, hay una restitución completa de la personalidad tras la resolución, suponen un período de tiempo determinado, constituyen ciclos, tal como ocurre en la locura circular descrita por Falret, que se caracteriza por la evolución sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado.³² Jaspers señala, al mismo tiempo que, aunque cada fase es pasajera, la enfermedad es crónica. Asimismo, los estados psíquicos de las fases pueden comprenderse estáticamente, como formas exageradas o disminuidas de fenómenos psíquicos conocidos. A la vez, son incomprensibles genéticamente ya que, como mencionamos, su aparición es espontánea, abrupta y disruptiva.

Los brotes, en cambio, no presentan una restitución *ad integrum*. Son característicos de la esquizofrenia.

A continuación, una breve reseña clínica de un caso de Jaspers en el que el autor puede dar cuenta claramente de la discontinuidad que se produce en los procesos, donde lo nuevo que irrumpe no puede ser ubicado en una concatenación de sentido:

La señora Kolb había tenido mucho tiempo en su oficio de costurera diversas ideas delirantes de autorreferencia. En septiembre tuvo otro presentimiento: “Me parece que tengo como un velo, creo que experimentaré pronto algo que no se todavía”. Pensaba -sin motivo- que un señor A. se casaría con ella. Cada vez le llamaba más la atención. Cuando fue el domingo a casa, le pareció como si hubiese estado alguien en la habitación y hubiese dejado algunas cosas en desorden. En la mañana del lunes diversas cosas de su trabajo no marchaban bien, y tuvo la impresión como si la cortadora le diese encargos enteramente falsos. Todas las gentes tenían algo “raro”, pero ella no sabía en qué grado. Se maravillaba de todo. El que la fuese a buscar su hermano, la llenó de alegría. Le pareció singular el que la hubiese saludado tan amablemente. En la calle le pareció que pasaba mucha gente. En la casa le dominó de repente con gran fuerza el sentimiento: tienes que quedar de pie, tienes que quedar firme, tienes que hacer algo singular. No obstante la invitación de su cuñada para que fuese a comer para que se tranquilizase y no charlase tanto, no se movió del lugar. (Jaspers, 1913: 182).

³² Cf. capítulo 20.

La crisis y el legado del paradigma

La ruptura epistemológica del tercer paradigma responde, según Lantéri-Laura (2000), a varias cuestiones fundamentales. En primer lugar, la abusiva aplicación de la noción de estructura al campo de lo mental, con la consecuente pérdida de su precisión conceptual, y el deterioro que produjo en la formación clínica, en tanto los profesionales en formación dejaron de interesarse por la semiología clásica para intentar arribar a un diagnóstico estructural. En segundo lugar, la introducción del uso de los psicofármacos -neurolépticos, ansiolíticos, timolépticos, y moléculas de prolongada duración- y su utilización en la terapéutica, que produjeron notables modificaciones en la presentación de los síntomas, pero que también requerían de recuperar las variedades clínicas propias del segundo paradigma.

En tercer lugar, la proliferación de diversos y nuevos dispositivos psicoterapéuticos alternativos al psicoanálisis. Otros autores sugieren que este paradigma surge en el contexto de una cultura en la que la psiquiatría había acrecentado su injerencia “en el gobierno de las conductas cotidianas, mientras que debe negociar con las coacciones económicas y los imperativos de la filosofía neoliberal. Esto introdujo el desmembramiento de las grandes estructuras psicopatológicas.” (Gori & Del Volgo, 2008: 265-6).

La herencia de este paradigma es “un tanto ambigua” (Lantéri-Laura, 2000: 243). Por un lado, pone de manifiesto los obstáculos inherentes al abandono de una psicopatología que privilegie un diagnóstico estructural, en tanto una psiquiatría clínica que no recurre a la psicopatología puede caer en un empirismo radical. El uso de criterios pragmáticos y sindrómicos para el abordaje de los fenómenos psicopatológicos conlleva riesgos en la búsqueda de una determinada eficacia orientada por la eliminación del síntoma, sin tener en cuenta una concepción teórica que la oriente.

Referencias bibliográficas

- Bleuler, E. (1911). *La Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Editorial Lumen, 1993.
- Bleuler, E. (1926). La esquizofrenia. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 16 (60), 1996: 663-676.
- Ey, H. (1967). Naturaleza y clasificación de las enfermedades mentales. Esbozo de una historia natural de la locura. *Revista de psicoanálisis, psiquiatría y psicología*, México, 5: 68-82.
- Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2008). *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. Paris: Editions Denoël.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. México: Ed. Fondo de cultura económica, 1993.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid: Editorial Triacastela.

Napolitano, G. (2000). *El nacimiento de la psicopatología en la historia de la Psiquiatría*. La Plata: De La Campana, 2004.

Stagnaro, JC. (2004). Crisis de la psiquiatría. *Topía*.

Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/crisis-de-la-psiquiatr%C3%AD>

CAPÍTULO 7

Aportes, conclusiones y discusión

Sergio Zanassi y Jesuán Agrazar

DSM y CIE: ¿hacia un nuevo paradigma?

En 1951 apareció el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Su sigla en inglés DSM corresponde a esta nominación: *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Esta aparición se da en el contexto de la incipiente utilización de psicofármacos y de los movimientos antipsiquiátricos que comenzaron a cuestionar el tratamiento manicomial.

La primera versión del DSM consideraba a los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos. Con la aparición del DSM III, en 1980, se produce otra innovación, ya que el DSM se convierte en un sistema multiaxial, que explicita criterios diagnósticos y que incluye una perspectiva descriptiva supuestamente neutral con respecto a las teorías etiológicas. Hecho que, sumado como mencionábamos en el apartado anterior, al surgimiento de la psicofarmacología, a los cambios en el sistema de salud en los países centrales y a algunos cambios culturales, ha puesto en jaque la consolidación del último paradigma, el tercero (Stagnaro, 2012).

El DSM -manual estadístico de clasificación de los llamados trastornos mentales, perteneciente a la *American Psychiatric Association*-, se ha caracterizado por un criterio de clasificación puramente sindrómico, multiaxial, descriptivo, gradualista y sincrónico. Estos manuales, pretendidamente ateóricos fueron creados con el fin de favorecer la comunicación y crear un lenguaje común para el intercambio entre los profesionales de la salud mental. Los objetivos del manual son clínicos, pero también de investigación y de enseñanza de la psicopatología: una suerte de guía para la práctica, un nomenclador oficial. Los manuales fueron elaborados por secciones, compendiadas en grupos de trabajo. Investigaciones posteriores revelaron la alta vinculación de los profesionales involucrados en la elaboración del manual con la industria farmacéutica (Johansson-Rosen, 2007).

El DSM reivindica su basamento sólidamente empírico y aunque en su cuarta versión admite que el término "trastorno mental" no es susceptible de ser definido de modo tal que queden claros sus límites, fundamenta la clasificación en esta categoría, que describe así:

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece

asociado a un malestar (por ej. dolor), a una discapacidad (por ejemplo deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (APA, XXI)

El DSM IV adopta un enfoque categorial que clasifica a los trastornos en tipos de acuerdo al cumplimiento de una serie de criterios que se listan en cada categoría. Los criterios de inclusión para cada clase son politéticos, es decir que no deben cumplirse todos los criterios listados, sino algunos de ellos especificados. El DSM IV propone cinco ejes para el diagnóstico. El Eje I es el propiamente psicopatológico. En el eje II se consignan los trastornos de la personalidad o el retraso mental, es decir la personalidad de base o la discapacidad de base sobre la cual además puede darse un trastorno mental. En el eje III figuran las enfermedades médicas que pueden estar vinculadas al trastorno mental. El eje IV fue creado para diagnosticar problemas psicosociales y ambientales estresantes y por último el eje V constituye una evaluación de la actividad global.

En la práctica no suelen utilizarse los cinco ejes. Es habitual que sólo figure el diagnóstico en el eje I, con algún agregado eventual en el eje II (sobre todo en el caso de las discapacidades) y una especificación en el eje III, si hubiera enfermedades médicas concomitantes. El eje psicosocial y la evaluación global no suelen especificarse en la práctica.

Si bien el manual se pretende "neutro" con respecto a las teorías etiológicas y parece sustentarse en una consideración pluricausal, estudiosos del tema han señalado que a lo largo de sus distintas versiones se fueron suprimiendo las categorías más vinculadas históricamente a hipótesis psicodinámicas, por ejemplo la histeria (Stagnaro, 2012).

Por otra parte, no es difícil pesquisar que estos manuales están orientados por una concepción de la terapéutica que deja traslucir las inclinaciones teórico-causales, a saber, los tratamientos farmacológicos y cognitivo-comportamentales. Se trata, a su vez, de viejos conceptos que vuelven revestidos de cierta científicidad contemporánea (Stagnaro, 2004). Si bien no se dejan a un lado otras hipótesis causales, hay sugerencias como las siguientes:

No debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales. (APA, XXIV).

Nos preguntamos entonces si nos encontramos ante un cuarto paradigma. Por su parte, Lantéri-Laura (2000) sostiene al respecto: “nada poseemos, en efecto, que nos permita afirmar *a priori* que, dado que hemos identificado precisamente tres paradigmas entre 1793 y 1977, tenga que aparecer forzosamente un cuarto tras esa fecha” (p. 264). Sus argumentos no se decantan en favor de sostener la existencia de un cuarto paradigma. De hecho, las críticas y resistencias a la aparición de la quinta versión del DSM demuestran que está lejos de obtener un consenso que permita regular las prácticas.

Recordemos la noción de *paradigma*, considerando las conceptualizaciones realizadas por Kuhn y ya trabajadas. Aquello que le da estatuto de tal a un conjunto de conocimientos es la capacidad de responder a determinadas dificultades y el consenso que obtiene en un grupo de la comunidad científica. Como es posible apreciar, la falta de coherencia epistémica nos conduce a pensar, en todo caso, en un estadio de crisis paradigmática, fase poco estructurada y de desorganización. La investigación empírica y la bioestadística, fundamentos que subyacen al edificio del DSM, parecieran aspirar a constituirse como un nuevo paradigma. De esta manera, encontramos nuevamente aquí que el desarrollo de la investigación farmacológica y neurobiológica, enriquecida por la neuroimagen, puede desembocar en un reduccionismo biológico (Stagnaro, 2004).

Por otra parte, el modelo propuesto por el DSM podría entrar en discusión con el paradigma de derechos humanos que comienza a instalarse jurídicamente en salud mental a partir de la sanción de la Ley 26657, aunque el movimiento haya surgido en el periodo de posguerra. Este nuevo paradigma cuestiona el ejercicio del poder psiquiátrico: mientras el discurso de la salud mental, posicionado desde el humanismo y los Derechos Humanos, sostiene un abordaje interdisciplinario y desde lo comunitario, el DSM trae consigo la píldora y las terapias cognitivo-comportamentales. Mientras que la causa en el discurso de la salud mental incluye factores socio-históricos-comunitarios, para la psiquiatría actual el padecer mental sigue estando ligado a la etiología orgánica. El síntoma es nombrado como *padecimiento mental* para el primero, y *trastorno* para el segundo. No obstante hemos de advertir que ambos discursos conviven hoy, sin haberse alcanzado aún una superación dialéctica. Discursos que, como hemos planteado, conviven en un terreno ecléctico junto al psicoanálisis, pudiendo establecerse entre ellos puntos y contrapuntos.

Referencias bibliográficas

- APA. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Johansson-Rosen, P. (2007). El DSM IV, el medicamento y el psicoanálisis. *Mental. Revue Internationale de Santé Mentale et psychanalyse appliquée*, 19.
- Kuhn, S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de cultura económica, 2007.

- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Tricastela.
- Stagnaro, JC. (2004). Crisis de la psiquiatría. *Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/crisis-de-la-psiquiatr%C3%AD>.
- Stagnaro, JC. (2012). Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas. En E. Vaschetto (comp.) *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires: Polemos.

TERCERA PARTE

FENÓMENOS ELEMENTALES

TIPOS, CARACTERÍSTICAS, EXPLICACIÓN

Julieta De Battista
(Coordinadora)

CAPÍTULO 8

Introducción

Julieta De Battista

Importancia y vigencia de los fenómenos elementales

En la historia de la psiquiatría clásica hay una idea que ha insistido a lo largo de los tres paradigmas que hemos delimitado en la parte anterior, siguiendo el trabajo de Lantéri-Laura. Esta idea es la de pensar que en los fenómenos propios de las psicosis habría una distinción a establecer entre aquellos que se presentan de un modo inicial, basal, primario, elemental y aquellos que surgirían en un segundo momento de la evolución del cuadro, como una secuela de los fenómenos disruptivos iniciales. Esta distinción ha conocido diferentes nombres a lo largo de la historia: síntomas fundamentales y accesorios; síntomas primarios y secundarios; síntomas basales, primordiales, originarios, primitivos, elementales.

En la construcción de la clínica psiquiátrica clásica estos fenómenos primordiales o elementales, eran considerados también como fundamentales para el diagnóstico, dado que se presentaban durante todo el curso de la enfermedad. Jacques Lacan recupera la semiología psiquiátrica de estos fenómenos elementales en su tesis de doctorado sobre la paranoia de autopunición de 1932, en el seminario sobre las psicosis de 1955-1956 y en su escrito "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", de 1958 (en adelante abreviamos por *Cuestión preliminar*).

Actualmente se suele hablar del "concepto de fenómeno elemental de Lacan" sin advertir lo suficiente la sólida raigambre en la psiquiatría clásica que el mismo implica y que Lacan reconoce al decir que ha tomado el término de su maestro en psiquiatría, Gatian de Clérambault (Lacan, 1955-1956: 33), aunque luego no encontremos un uso sistemático del mismo en este autor. En esta parte del libro nos ocuparemos de recuperar los aportes de la psiquiatría clásica a la construcción del fenómeno elemental en Lacan, en tanto él propone una lectura novedosa de estos fenómenos al introducir la hipótesis de la dependencia de los mismos de la posición del sujeto con respecto al lenguaje, al significante.

Un párrafo aparte merece el **método** escogido por Lacan para servirse de estos aportes de la psiquiatría clásica y que se inscribe en su propuesta de retornar a las estructuras freudianas de las psicosis. Su método consiste en tomar el testimonio de los pacientes al pie de la letra, textualmente, dándole crédito a la palabra del psicótico, subvirtiendo la clásica contraindicación de Falret acerca de convertirse en secretario del alienado. Allí donde Falret aconseja no dejar-

se seducir por las distorsiones del delirio ni convertirse en el escriba de esas desfiguraciones, Lacan (1955-1956) propone tomar lo que los enfermos dicen como un texto para leer la estructura en el fenómeno mismo (p. 207), valiéndose de los frondosos testimonios recogidos por los psiquiatras clásicos durante décadas: "Metodológicamente tenemos el derecho de aceptar el testimonio del alienado sobre su posición respecto al lenguaje y tenemos que tomarlo en cuenta en el análisis del conjunto de las relaciones del sujeto con el lenguaje" (Lacan, 1955-1956: 298). Subvierte así el gesto objetivante clásico de la psiquiatría para pasar a una escucha del sujeto, en la cual su testimonio nos da la clave de su experiencia "que se impone como la estructura misma de la realidad para él" (Lacan, 1955-1956: 301).

Esta atención brindada al fenómeno debe diferenciarse para Lacan del punto de vista fenomenológico, ya que este autor sostiene que es necesario no quedarse únicamente en la descripción de cómo determinados fenómenos aparecen, sino que hay que "buscar algo más sólido que los explique" (Lacan, 1955-1956: 207). De esta manera, la confianza de Lacan en los fenómenos no es una confianza *a priori*, sino que encuentra en el fenómeno las líneas de fuerza de una estructura a conceptualizar. Es aquí que Lacan ubica el punto de obstáculo al que llegó todo el desarrollo de la psiquiatría clásica y que justificaría para él la ausencia de progreso en este movimiento:

Un siglo de clínica no ha hecho más que dar vueltas todo el tiempo en torno al problema. Cada vez que la psiquiatría avanza un poco, profundiza, pierde de inmediato el terreno conquistado, por el modo mismo de conceptualizar lo que era inmediatamente sensible en las observaciones. En ningún otro lado la contradicción que existe entre observación y teorización es más manifiesta. (Lacan, 1955-1956: 32).

Si bien Lacan nunca deja de reconocer los aportes de la semiología psiquiátrica y sus finas descripciones, puntualiza que es el modo de conceptualizar estos hallazgos -en términos de una etiología orgánica supuesta y de una psicología de las facultades mentales heredada de la escolástica- aquello que ha impedido avanzar en la explicación de los fenómenos psicóticos.

Los "errores" de la psiquiatría son, sin embargo, instructivos y balizan el recorrido de Lacan. El análisis propuesto de la estructura, la economía, la dinámica y especialmente la dialéctica de estos fenómenos excede la teoría de las facultades mentales que atraviesa a las observaciones de los clásicos, cuya crítica Lacan emprende fuertemente en el primer apartado de la *Cuestión preliminar* apuntando sobre todo a erosionar la idea de la existencia de un sujeto que unifica lo percibido en su función de síntesis.³³ Lacan (1955-1956) plantea directamente que la unidad de la personalidad, la síntesis y las funciones superiores e inferiores son un mito construido a fines del siglo XVIII (p. 17). En su opinión, estas hipótesis han resultado estériles. Propone en cambio a un sujeto dividido, atravesado por el lenguaje.

³³ Un desarrollo detallado acerca de esta crítica de Lacan y los fundamentos de la psicología de las facultades retomados por los autores clásicos puede encontrarse en el trabajo de Roberto Mazzuca *Valor clínico de los fenómenos perceptivos*, publicado por EUDEBA en el año 1996.

Sin embargo, no es un interés meramente rectificador de los errores en la conceptualización de la psiquiatría lo que lleva a Lacan a iniciar este trabajo, sino también la necesidad de diferenciar la especificidad de la estructuración del significante en la psicosis, distinguiéndola de la neurosis. El propósito que enhebra todo el seminario y que decanta en la *Cuestión preliminar* es el de "erigir para la psicosis una estructura aceptable" (Lacan, 1955-1956: 208). Sólo el análisis detallado de los fenómenos psicóticos es el camino que para Lacan lleva a la **estructura**, su **economía** y su **dialéctica**. Esta insistencia en avanzar en el establecimiento del tipo de estructuración propio de las psicosis no responde únicamente a la evaluación que realiza de la insuficiencia de la psiquiatría en este punto, sino que también obedece a motivos del campo estrictamente analítico.

Lacan enfatiza que en la práctica analítica predominante en la década de los '50 la distinción estructural entre neurosis y psicosis no estaba establecida e incluso se pensaba que había cierta comunicación entre una y otra: una neurosis obsesiva grave podía transformarse en una psicosis, por ejemplo, o toda neurosis escondía una suerte de núcleo psicótico fundamental que podía aparecer en determinadas ocasiones. De ahí que Lacan insista en advertir repetidamente que el análisis conducido de determinada manera en la que se autentifica el registro de lo imaginario puede convertirse en la "antecámara de la locura" (Lacan, 1955-1956: 27). He aquí el texto de estas advertencias: "Nada se asemeja tanto a una sintomatología neurótica como una sintomatología prepsicótica" (Lacan, 1955-1956: 273), "Sucede que tomamos prepsicóticos en análisis, y sabemos cuál es el resultado: el resultado son psicóticos." (Lacan, 1955-1956: 360), "Es bien conocido el hecho de que un análisis puede desencadenar desde sus primeros momentos una psicosis, pero nadie ha explicado nunca por qué" (Lacan, 1955-1956: 28).

El tono de estas advertencias puede resultar severo e incluso sugerir que Lacan estaría contraindicando el tratamiento analítico de las psicosis. No es del todo éste el caso, el propósito de Lacan es poder avanzar en una cuestión que es preliminar al tratamiento: la de especificar la posición diferencial del psicótico en la estructura del lenguaje. No es entonces una invitación a retroceder en el abordaje de las psicosis, sino a avanzar en la lectura de sus particularidades para que las mismas sean tenidas en cuenta en un abordaje por la palabra. De esta manera, "No se vuelve loco quien quiere" (Lacan, 1955-1956: 27), aquella intuición de un joven Lacan que hacía guardias de psiquiatría en el Hospital Sainte-Anne, cobra forma teórica de la mano de cernir las condiciones propias de la psicosis. En este recorrido Lacan se sirve de los aportes de los psiquiatras clásicos, especialmente de Gatan de Clérambault, Séglas y Jaspers. Citamos en extenso a continuación un párrafo de la tesis de Lacan que expresa el uso que hace de los fenómenos elementales descriptos por la psiquiatría clásica:

Para penetrar en el mecanismo de la psicosis, analizaremos en principio cierto número de fenómenos llamados primitivos o elementales. Bajo este nombre, en efecto, según un esquema transmitido frecuentemente en psicopatología se designan los síntomas en los que se expresarían primitivamente los factores determinantes de la psicosis y a partir de los cuales el delirio se construiría según

reacciones afectivas secundarias y deducciones racionales. Esta concepción, confundida actualmente en Francia con las hipótesis neurológicas de una doctrina en particular, encontró en Alemania una expresión de un valor puramente clínico y analítico en la noción de proceso psíquico. Esta noción se funda en el dato clínico de un elemento nuevo, heterogéneo, introducido por la X mórbida en la personalidad. Es sobre este dato que nos guiaremos para discernir el valor primitivo de los fenómenos que vamos a estudiar. (Lacan, 1932: 188)

Con el fin de recuperar el valor clínico y analítico de estos fenómenos que nos permita avanzar en un análisis estructural, nos ocuparemos ahora de revisar las referencias clásicas a tres tipos de fenómenos que comparten este rasgo disruptivo de la aparición de un elemento heterogéneo, una X mórbida que se impone a la personalidad del enfermo sin estar en continuidad con su historia previa. Se trata de los fenómenos psicóticos de la alucinación, el automatismo mental y la interpretación.

A continuación, revisaremos los principales debates de la psiquiatría clásica en torno a la semiología de las alucinaciones, recuperaremos los aportes de Gatian de Clérambault sobre el síndrome del automatismo mental y nos abocaremos a diferenciar estos dos fenómenos de las interpretaciones delirantes. Luego de establecer cierto consenso con respecto a los rasgos principales y diferenciales para identificar estos fenómenos revisaremos la propuesta de Lacan en su seminario de 1955-1956 sobre las psicosis acerca del valor diagnóstico de los fenómenos elementales y la explicación que brinda con respecto a la estructura del lenguaje. Comenzaremos entonces por el fenómeno alucinatorio, al que Lacan (1955-1956) considera la forma más característica del fenómeno elemental (p. 26), uno de los ejemplos más precisos acerca de cómo el significante puede funcionar en las psicosis bajo la forma de la cadena rota.

Referencias bibliográficas

- Lacan, J. (1932). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1987.
- Lacan, J. (1955-1956). *El seminario. Libro III. Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Mazzuca, R. (1998). *Valor clínico de los fenómenos perceptivos*. Buenos Aires: Eudeba.

CAPÍTULO 9

Alucinaciones

Mariana Dinamarca y Julieta De Battista

La alucinación es una percepción sin objeto

El fenómeno de la alucinación psicótica fue considerado tempranamente en la historia de la psiquiatría y suele ser reconocido como el fenómeno más sobresaliente de la locura.³⁴ Una primera definición de la alucinación, que se sostiene hasta nuestros días, es la que propone entenderla como una percepción sin objeto. Es decir que se produciría un proceso patológico por el cual una sensación determinada (voces, imágenes, etc.) se desencadena sin que un objeto externo esté impresionando los órganos de los sentidos. Esta definición es atribuida a Esquirol y replicada luego por varios de los psiquiatras clásicos pertenecientes al paradigma de las enfermedades mentales. Jules Séglas introduce un cuestionamiento al plantear que en algunas alucinaciones lo que está trastornado es la relación al lenguaje. Por esta senda abierta por Séglas, Lacan va a proponer una subversión de esta definición clásica entre 1955 y 1958 al cuestionar que la alucinación deba referirse al campo perceptivo y sensorial, para plantear que es un fenómeno de lenguaje, efecto de la acción del significante en el sujeto.

Para acompañar este movimiento nos ocuparemos primero de los avatares de la alucinación entendida como **percepción sin objeto**. Es importante aclarar que esta definición les permitía a los psiquiatras clásicos separar el fenómeno de la alucinación del de la ilusión y de la interpretación. Mientras que la primera quedaba definida por ser una percepción sin objeto, la ilusión consistía en una percepción errónea, inexacta, en presencia de un objeto que existe realmente y que no era claramente percibido. La interpretación, en cambio, no afecta a la percepción, que es exacta, sino que el trastorno está a nivel del sentido particular que el sujeto le atribuye a esa percepción precisa de un hecho real.

La definición "percepción sin objeto" se le atribuye al psiquiatra francés Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), aunque no encontremos en su obra exactamente esta formulación. Hay sin embargo coincidencia en destacar que esta primera definición precisó al fenómeno de la alucinación, dotándolo de este modo de un significado específico con el que no contaba hasta el momento. Este autor, que pertenece al paradigma de la alienación mental, fue un alumno

³⁴ Un desarrollo exhaustivo y unificado sobre el tema puede encontrarse en los dos tomos del *Tratado de las alucinaciones* de Henri Ey, publicado en Buenos Aires por Polemos, y en el libro de Lantéri-Laura, *Las alucinaciones* (Fondo de cultura económica).

destacado de Pinel, a quien conoce cuando comienza su labor como médico en el hospital de la Salpêtrière, en el año 1811.

En 1838 publica su obra más destacada denominada *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* [Las enfermedades mentales consideradas en sus aspectos médicos, higiénicos y médico-legales]. En dicha obra dedica un apartado fundamental a las alucinaciones, allí postula que: “Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, cuando ningún objeto exterior capaz de excitar esta sensación ha llegado a sus sentidos, se encuentra en un estado de alucinación: es un visionario” (Esquirol, 1838: 133). Se destaca en dicho pasaje lo fundamental de su concepción sobre el fenómeno alucinatorio: se trata de una percepción que acontece sin que un objeto exterior la suscite, acompañada de una fuerte convicción, es decir, dicha percepción se acompaña de certeza. Destacamos entonces el carácter eminentemente sensorial del fenómeno junto a la convicción inquebrantable que lo secunda.

Resulta interesante señalar que este autor no atribuye la causa de la alucinación a un trastorno a nivel de los sentidos, sino que afirma su carácter “central”, en discordancia con las conceptualizaciones dispersas del fenómeno hasta ese momento. En este punto realiza una diferenciación respecto de las **ilusiones**. En el caso de la alucinación “todo sucede en el cerebro”, mientras que en las ilusiones es la sensibilidad misma la que se encuentra afectada, tratándose entonces de una perturbación periférica. En la ilusión el objeto exterior existe pero es percibido de forma errónea por los sentidos, a diferencia de la alucinación en la que el objeto exterior no existe. Esto último le permite afirmar que la perturbación no se encuentra en los órganos de los sentidos, sino en el ámbito del entendimiento, como centro integrador de la percepción.³⁵ Otra diferencia entre ambos fenómenos es que mientras las ilusiones son susceptibles de crítica y cuestionamiento a través de la razón, las alucinaciones son incólumbes a dicha crítica, ya que predomina la certeza del sujeto sobre la misma.

En palabras de Esquirol: “La convicción de los alucinados es tan completa, tan franca, que razonan, juzgan y obran en consecuencia con sus alucinaciones, coordinan con este primer fenómeno psicológico sus pensamientos, sus deseos, su voluntad, sus acciones” (Esquirol, 1838: 154). Si bien Esquirol refiere en sus escritos que comprueba en su clínica la presencia de alucinaciones en la mayoría de los alienados, no descarta que este fenómeno pueda producirse en sujetos no alienados.

El valor esencial de las conceptualizaciones de Esquirol sobre las alucinaciones reside entonces en la detención de la polisemia que caracterizaba al término hasta ese momento, situando para éste una definición específica. Es así que “Su fórmula ‘percepción sin objeto’ ha contribuido como ninguna otra a limitar un campo semántico que, salvo excepciones como las de Ségla y Lacan, ha permanecido invariable hasta nuestros días” (Álvarez, 2001: 71).

³⁵ Esta concepción que se inicia tempranamente con Esquirol será considerada por Lacan, en su texto de 1958 “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” como un prejuicio fundado en la idea de que existiría un centro integrador de la percepción que le daría su unidad, una suerte de sujeto unificador de la percepción. Es decir, allí donde se pide razones al sujeto que percibe por el contenido de su percepción, Lacan destaca el efecto de división del sujeto que opera el significante, en tanto el campo de la percepción no se da por fuera de la estructura del lenguaje.

El problema de las alucinaciones psíquicas

Los trabajos de Esquirol acerca de la alucinación son continuados por algunos de sus discípulos, entre los que se destaca Baillarger (1809-1890), psiquiatra francés, contemporáneo de JP Falret, ambos herederos de las concepciones del alienista. JP Falret se atribuye el hecho de haber formalizado la definición dada por Esquirol sobre la alucinación, dando origen a lo que conocemos como el sintagma clásico "percepción sin objeto", del que hablábamos en el apartado precedente. Sin embargo, Baillarger establece una diferenciación que abre un importante debate en torno a la alucinación y que se desarrolla en los años posteriores.

Este autor diferencia las alucinaciones psicosenoriales (o verdaderas alucinaciones) por un lado y las alucinaciones psíquicas por otro, en un escrito presentado ante la Real Academia de Medicina en 1846 y que lleva por título "*Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qui les caractérisent*" [Las alucinaciones, las causas que las producen y las enfermedades que las caracterizan]. Allí Baillarger propone una división del campo de los fenómenos alucinatorios, atendiendo a las teorías que se habían formulado hasta el momento y que se repartían entre aquellas que imputaban la causa de la alucinación a una perturbación de los sentidos (periférica) y las que ubicaban dicha perturbación a nivel del intelecto, en el cerebro (es decir, a nivel central). Baillarger toma ambas teorías y propone una suerte de concepción mixta que las integra.

A partir de allí propone diferenciar a las **alucinaciones psicosenoriales**, que se corresponderían en parte con la definición clásica de Esquirol, en las que se establece una doble acción: de la imaginación, pero también de los órganos de los sentidos. El paradigma de dichos fenómenos sería la alucinación visual. En contraposición a éstas habría otra serie de fenómenos a los que denomina "**alucinaciones psíquicas**", en las que el elemento sensorial falta por completo, adquiriendo predominancia el "ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginación", sin intervención del elemento sensorial (Baillarger, 1846). Las denomina también "incompletas", en tanto falta dicha sensorialidad.

Para ilustrar el fenómeno el autor retoma expresiones de los mismos enfermos que lo describen como "conversación sin sonido", "lenguaje del pensamiento" o "voces interiores". Lo involuntario del fenómeno introduce la cuestión de la ajenidad con la que se presenta, al resultar extraño a la personalidad del sujeto. Predomina aquí el pensamiento que se sonoriza y adopta el sesgo de la emancipación. Baillarger caracteriza a las alucinaciones psíquicas acen tuando que para los enfermos el fenómeno no reviste carácter sensorial, sino que se trata de una voz interior diferenciada completamente de la percepción auditiva de la voz (Baillarger, 1846). Es así que dedica sus informes al estudio de lo que denomina "locuciones intelectuales".

Esta diferenciación es realizada por el autor a partir de un estudio clínico riguroso que plasma a lo largo de su argumentación, citando a los propios alienados quienes, según su lectura, diferenciaban en las descripciones de sus experiencias los dos tipos de fenómenos en forma muy precisa y clara. Muchos autores coinciden posteriormente en esto. Asimismo establece

que el ejercicio involuntario de las facultades, característico de las alucinaciones psíquicas, se encuentra a la base de todo delirio, acercando así delirio y alucinación. Esta concepción será retomada más adelante por otros clínicos destacados, como Séglas hacia el final de su obra. En el plano etiológico es poco lo que este autor ha desarrollado, limitándose a hipotetizar que debe tratarse de una perturbación orgánica en el cerebro, aún no aislada por los métodos de investigación desarrollados hasta aquel momento.

La concepción de Baillarger y su novedosa diferenciación entre alucinaciones psicosenso-riales y psíquicas generó diversas polémicas en la comunidad médica de la época, en tanto no resultaba fácil otorgar el estatuto de alucinación a los fenómenos psíquicos sin componente sensorial. Se trató más bien de separar estos fenómenos tildados de “pseudoalucinaciones” de aquellas alucinaciones que se consideraban objetivas y verdaderas, es decir las que presentan el componente sensorial en primer plano.

La distinción entre alucinaciones psicosenso-riales y alucinaciones psíquicas comienza a ho-radar la definición clásica de la percepción sin objeto y abre las puertas a la pregunta acerca del papel del lenguaje en la causación de las mismas, aspecto en el que Séglas realiza decisivos aportes.³⁶

Semiología clínica de las alucinaciones según Séglas

Louis Jules Ernest Séglas (1856-1939) fue un reconocido psiquiatra francés que ejerció en los hospitales de Bicêtre y de la Salpêtrière. Allí recibió la influencia de Charcot, Falret y Mag-nan. Se desempeñó también en el ámbito legal como perito forense. Su vasta obra se caracte-riza por una descripción minuciosa y detallada de las manifestaciones clínicas, destacándose ampliamente la rigurosidad de su análisis semiológico. En sus *Lecciones clínicas*³⁷ de 1895 y a lo largo de su carrera abordó diferentes temas tales como: las alucinaciones, la melancolía,³⁸ los delirios de negación, las obsesiones, etc.

Séglas pertenece al paradigma de las enfermedades mentales y sus elaboraciones se realiza-ron en pleno auge de las investigaciones acerca de las localizaciones cerebrales, que se inician con los descubrimientos de Broca y Wernicke a partir de las afasias y que llevaron a la posibilidad de localizar el área del lenguaje en el cerebro. En lo que respecta a las alucinaciones se dedicó a un estudio pormenorizado de las mismas y es reconocido por su teorización sobre las alucinacio-nes verbales motrices, categoría que Jacques Lacan retoma años más tarde, en su seminario dedicado a las psicosis, para formular el concepto de fenómeno elemental.

Séglas se abocó al estudio de los trastornos del lenguaje en un nivel clínico, semiológico y etiológico. Su clasificación y estudio de las alucinaciones estuvo apoyado en una concepción

³⁶ "Si para Claude y Ey la alucinación (...) ha sufrido una importante limitación el día en que Baillarger aisló las alucina-ciones psíquicas, para nosotros, a partir de ese momento comienzan a esbozarse las condiciones de posibilidad del cuestionamiento de un sujeto primariamente unificante de la percepción y las coordenadas para construir la noción de un sujeto al que el lenguaje se le impone involuntariamente" (Gorostiza, 1995: 127).

³⁷ Título original : *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*.

³⁸ Cf. quinta parte.

del lenguaje que responde al llamado “esquema de la campana”, construido por Charcot y sustentado sobre el modelo de las afasias. Estas elaboraciones de Ségla se encuentran desarrolladas principalmente en su obra de 1892 denominada *Los trastornos del lenguaje en los alienados*,³⁹ como así también en sus *Lecciones Clínicas* de 1895 y en textos posteriores.

En esta concepción los diferentes centros corticales, sensoriales y motrices constituyen la sede de las distintas imágenes que componen las ideas y las palabras. La palabra está compuesta por cuatro aspectos: un componente auditivo, un componente visual, un componente motriz, y un componente ideativo (lo que representa), cada uno localizado en un centro cerebral específico. Estos componentes se asocian en un centro cortical superior integrador: el centro intelectual donde se constituye la función del lenguaje, que en esta concepción da cuerpo al pensamiento interior. Según dicho esquema, en principio se conforma la idea del objeto, cualquiera que sea, y luego se añade a ella la palabra que lo nombra, a su vez compuesta del modo anteriormente mencionado. Se trata de una concepción del lenguaje que podríamos calificar como instrumentalista, en tanto la idea existe independientemente del elemento verbal que la nombra, el cual se añade posteriormente.

Ségla no adhiere ni a la teoría sensorial de las alucinaciones -que las considera como un trastorno de los sentidos-, ni a la teoría psíquica -que plantea un trastorno intelectual a la base-, ni tampoco a la teoría psicosensoresal o mixta; sino que remite el fenómeno alucinatorio a un trastorno funcional de los centros corticales. Esta posición, introducida por el psiquiatra italiano Augusto Tamburini, resulta más acorde con los desarrollos relativos al estudio anatómopatológico del cerebro, que tan en auge se encontraban en ese momento. Pero no son sus disquisiciones etiológicas las que nos interesan aquí, sino la construcción de una fina semiología de las alucinaciones, sobre todo en lo que respecta a las alucinaciones auditivas verbales: las más complejas y las más frecuentes en los casos de psicosis.

Ségla retoma, en parte, la definición clásica de Esquirol de la percepción sin objeto y señala que las alucinaciones pueden afectar a todos los sentidos: vista, oído, tacto, olfato, gusto y también al sentido genital. Cabe aclarar que esta distinción corresponde a las alucinaciones psicosensoresales.

Si bien pudiera parecer que la alucinación es un síntoma fácil de diagnosticar, Ségla recomienda la prudencia y el riguroso análisis semiológico de los síntomas. Propone distinguir distintos grados de complejidad en las alucinaciones. Las más simples son las alucinaciones **elementales** y las alucinaciones **comunes**, mientras que las **alucinaciones verbales** son las más complejas. Las alucinaciones elementales no remiten a la idea de un objeto definido. Por ejemplo, en el caso de las alucinaciones elementales auditivas hay un registro de las características del sonido (timbre, intensidad, tono), pero no se lo puede adscribir a un objeto del cual provenga. Un ejemplo de alucinaciones auditivas elementales sería escuchar chirridos, zumbidos, etc. En cambio, las alucinaciones comunes sí se asocian a la idea de un objeto diferenciado, por ejemplo, escuchar el sonido de un arpa o la sirena de un barco, en ausencia de un estímulo perceptivo externo, serían alucinaciones auditivas comunes. Las alucinaciones verbales impli-

³⁹ Título original: *Des troubles du langage chez les aliénés*, 1892.

can que interviene en ellas la función del lenguaje. Por lo tanto, escuchar una voz que nos dirige palabras sería para Ségla una alucinación auditiva verbal.

Esta distinción entre elementales, comunes y verbales puede aplicarse a los otros sentidos afectados en las alucinaciones psicosenoriales. Ségla (1895) no da ejemplos de todos los tipos, ya que se aboca especialmente a las visuales y a las auditivas. Si tomamos a las alucinaciones visuales, éstas pueden ser entonces: elementales -visiones de fuego, de relámpagos, etc.-, o tener relación con un objeto claramente definido y ser alucinaciones comunes -visiones de asesinos, cabezas de muertos, etc.-. Existen también alucinaciones visuales verbales que se originan cuando el proceso afecta el centro visual de la palabra. En estos casos lo que se ven son palabras: “como ese melancólico místico que creía ver escritas frente a él las palabras: maldito, condenado, etc.” (Ségla 1895: 211).

Otro de los enfermos “visualizaba su pensamiento” a tal punto que profería tener la capacidad de “escribir a través de los ojos, lanzaba letras en el espacio y las juntaba para formar palabras (...) Este enfermo daba a sus alucinaciones visuales verbales el nombre pintoresco de fotografía de su pensamiento” (Ségla 1895: 211). Ségla advierte que, si bien encontramos ejemplos de alucinaciones visuales verbales, éstas se presentan en las psicosis con menor frecuencia que las auditivas, en la medida en que las imágenes verbales se utilizan mucho menos en el lenguaje interior. Aunque aclara que las alucinaciones visuales son características de la melancolía.⁴⁰

En el caso de las alucinaciones del gusto y del olfato, son abordadas por el autor siguiendo los mismos criterios. Advierte que pueden ser objetivadas por el clínico en la medida en que suelen estar acompañadas de movimientos de degustación o deglución por parte del enfermo, así como las alucinaciones del olfato se acompañan con movimientos de espiración nasal o de conductas evitativas en los enfermos que buscan sustraerse de los malos olores, por ejemplo, adoptando posturas extrañas.

Un lugar preponderante en su clasificación y explicación de los fenómenos alucinatorios es ocupado por las **alucinaciones del oído**, que son mucho más comunes en las psicosis, a las que también divide entre: alucinaciones auditivas elementales (percepción de sonidos sin objeto asociado), alucinaciones auditivas comunes (percepción de un sonido que se asocia a un objeto) y alucinaciones auditivas verbales, en las que se perciben palabras. En el primer caso se presenta la percepción de un sonido “en bruto”, con todas sus notas distintivas (timbre, elevación, intensidad), sin relación con ningún objeto en particular que pudiera proferirlo y que los enfermos suelen traducir a través de onomatopeyas. Un grado de mayor complejidad lo constituyen las alucinaciones auditivas comunes, en las que el sonido percibido es diferenciado, puesto en relación con el objeto que lo produce. Por ejemplo, el sonido de una campana, de un martillo, etc. En el caso de las alucinaciones auditivas verbales, las describe como un fenómeno sumamente complejo en tanto atañe a la función del lenguaje. Dice al respecto:

⁴⁰ Cf. capítulo 19.

Las imágenes verbales, generalmente borrosas o poco precisas en el lenguaje interior, toman a veces una intensidad mayor –bajo la influencia, por ejemplo, de un estado de excitación de los centros corticales- y se vuelven tan vivas como las del lenguaje exterior. Consiguen así exteriorizarse. El sonido de una palabra puede entonces percibirse como si viniera del exterior, y dado que no existe ninguna impresión exterior que la despierta, el sonido se incluye en el dominio de las alucinaciones. El enfermo cree que un individuo ubicado fuera de él pronunció esta palabra: estamos frente a una alucinación verbal auditiva. (Séglas, 1895: 209).

Es interesante destacar cómo Séglas ya tiene la hipótesis de algún proceso patológico que intensificaría o aumentaría la vivacidad del lenguaje interior normal. En sus escritos hay numerosos ejemplos de enfermos que padecen alucinaciones de este tipo. Así Séglas relata en sus *Lecciones Clínicas*, el caso de una mujer que presenta un delirio crónico, con ideas persecutorias y megalomaniacas (es la reina de Holanda, posee millones, es perseguida por espíritus, etc.) en el que resulta clara la presencia de alucinaciones auditivas manifiestas. El dato clínico que Séglas destaca es que los enfermos dicen que escuchan esas voces como escuchan nuestras voces cuando les hablamos, las escuchan en su oído y vienen de afuera. Durante el interrogatorio, esta enferma interrumpe su discurso para prestar atención a sus voces (voltea su cabeza, extiende el oído): “Se disculpa entonces y explica que fue interrumpida por un espíritu que le hablaba del lado izquierdo, pero que ella escucha por los dos lados, y de una manera tan nítida, asegura, que nosotros debimos también escucharlo claramente” (Séglas, 1895: 213).

Un dato semiológico de importancia es que los enfermos afectados de alucinaciones auditivas verbales tienen una **actitud de escucha**, como si aproximaran sus orejas hacia el lugar de donde provendría la voz. Esta precisión acerca de la actitud del enfermo le sirve a Séglas para diferenciar en forma novedosa otro tipo de alucinación verbal que afecta a la articulación de las palabras, es decir al centro motriz del lenguaje. Estos enfermos no presentan la típica actitud de escucha de los alucinados auditivos, sino que la actitud característica es el leve movimiento articular de sus labios, como si estuvieran hablando solos o murmurando. A esta nueva forma, Séglas le da el nombre de "alucinaciones verbales motrices", también conocidas como alucinaciones psicomotrices. Las alucinaciones psicomotrices no comprometen los sentidos, no son sensoriales, sino que afectan al lenguaje mismo.

La “pequeña revolución”: las alucinaciones verbales motrices

Este tipo de alucinaciones parece asemejarse a los fenómenos descritos por Baillarger como alucinaciones psíquicas, en tanto falta en ellas el elemento sensorial. Las alucinaciones verbales motrices consisten en la articulación patológica de palabras. El sujeto las articula involuntariamente y experimenta la sensación kinestésica de los movimientos fonato-

rios. "Me hacen hablar, hablan por mi boca, me hacen decir, me mueven la lengua aunque no quiera" son distintas formulaciones de los enfermos para referirse a estos fenómenos cuya fuente no es exterior, sino que proviene del lenguaje y el pensamiento interior. Un paciente de Ségla decía:

Esto parte del garguero de la boca. Los otros enfermos dicen: son voces, pero no les hacen hablar como a mí. Me hacen algo en la garganta, sobre la lengua, para hablar; parecería que mi lengua marcha siempre; no se queda nunca tranquila (...) Aprieto los dientes para que no me hagan hablar. (Ségla, 1895: 222).

Es un fenómeno que ocurre de manera autónoma resultando ajeno al alucinado. Tanto Ségla como Baillarger reivindican en este punto que son los enfermos mismos los que distinguen entre las voces que vienen desde afuera y aquellas que provienen del interior. Por ejemplo, una de las pacientes citadas por Ségla describe sus alucinaciones verbales motrices y las diferencia de las auditivas del siguiente modo:

Sus perseguidores, dice, pusieron un `teléfono en su garganta`. Esto le hace mover la lengua. No escucha entonces ninguna voz por el oído y no obstante comprende muy bien lo que le quieren decir (...) Quiere hablar en mi lugar con mi propia lengua. Esto ocurre siempre; a menudo cuando hablo y no soy yo, el sonido de mi voz se vuelve chillón; es completamente diferente de las voces que escucho por el oído (Ségla, 1895: 213).

Otra enferma establecía una diferencia similar en sus alucinaciones: "Escucho mis voces - decía- de manera auditiva y sensitiva: auditiva, como un ser que me habla al oído; sensitiva, es decir que percibo la sensación de un ser que habita mi pensamiento y habla con usted" (Ségla, 1895: 215). En estos casos de alucinaciones verbales motrices, los enfermos no son conscientes de que las palabras pronunciadas son expresión de su pensamiento, sino que lo sienten como algo involuntario y ajeno. Esto permite diferenciar a los alucinados motrices de las personas que simplemente hablan solas por la calle.

A tal punto estas alucinaciones tienen un carácter xenopático que Ségla relata el caso de un enfermo que se llenaba la boca de piedras para detener los movimientos de su lengua, ya que "se imaginaba que los movimientos de su lengua eran transmitidos a sus enemigos a través del aire de sus fosas nasales por medio de un aparato `telescopéfónico`" (Ségla, 1895: 220). Otra enferma leía continuamente en voz alta para hacer callar a estas voces interiores. El pensamiento y el lenguaje interior adquieren tal vivacidad que se exteriorizan sin que el enfermo pueda formularlo, como si los pensamientos se escaparan a pesar suyo. Esto puede llegar incluso al fenómeno de la impulsión verbal o al mutismo, debido a que las alucinaciones motrices les impiden hablar.

De esta manera asistimos con Ségla a una complejización de la propuesta de Baillarger acerca de la distinción entre alucinaciones psicosenoriales y alucinaciones psíquicas, al precisar sobre todo la definición de estas últimas que para ese entonces conocían múltiples deno-

minaciones como "pseudoalucinaciones" (Kandinsky), "alucinaciones aperceptivas" (Kahlbaum) o "autorepresentaciones aperceptivas" (Petit). Séglas acuerda con la importancia de esta distinción y la sistematiza en 1914, en su artículo "Alucinaciones psíquicas y pseudo alucinaciones verbales". Allí propone erradicar el término "alucinación psíquica" por considerarlo inconveniente, ya que incluye fenómenos que no constituyen verdaderas alucinaciones, aunque conserva la distinción de Baillarger. Decimos que complejiza el campo de las alucinaciones verbales porque incluye entre las alucinaciones psíquicas a dos tipos: las alucinaciones verbales motrices y las pseudoalucinaciones verbales.

Séglas diferencia entonces en primer lugar entre las **alucinaciones psicosenoriales** o verdaderas alucinaciones y las alucinaciones psíquicas. En las primeras el elemento definitorio es la presencia de una objetividad exterior y no sólo psíquica. Las alucinaciones psicosenoriales poseen un carácter estésico -es decir, son percibidas por los sentidos- que falta en las alucinaciones verbales motrices y en las pseudoalucinaciones. Estas últimas presentan objetividad psíquica - se las localiza en el pensamiento-, pero no exteriorización espacial - el enfermo no sostiene que vengan de afuera, sino del interior-. Las alucinaciones psicosenoriales o verdaderas alucinaciones son aquellas que se adecúan mejor a la definición de la alucinación como percepción sin objeto. El ejemplo paradigmático son las alucinaciones visuales, ya que se crean percepciones de objetos en ausencia real de los mismos, como si los órganos de los sentidos fueran excitados. Es justamente este carácter sensorial el que está ausente en las alucinaciones psíquicas (pseudoalucinaciones y alucinaciones verbales motrices).

Acabamos de ver cómo las alucinaciones verbales motrices o kinestésicas se definen por una "percepción patológica de palabras, ya no bajo una forma sensorial, auditiva o visual de palabras oídas o leídas, sino bajo la forma kinestésica, de palabras articuladas" (Séglas, 1914: 56). Los enfermos las describen haciendo alusión a fuerzas que movilizan su aparato fonatorio o en otros casos no son conscientes de que son ellos mismos quienes pronuncian las palabras que articulan. Se trata entonces de fenómenos interiores, subjetivos, como si fueran "voces labiales", desprovistos de la exterioridad espacial que caracteriza a las verdaderas alucinaciones. Un enfermo las describía así: "Es un verbo subjetivo que habla en usted, independientemente de usted mismo...comprendemos lo que dice la voz labial sólo por el movimiento de los labios y sin articular nada, ni en voz alta ni en voz baja" (Séglas, 1914: 56).`

Las pseudo-alucinaciones verbales

Veamos ahora qué entiende Séglas por "pseudoalucinaciones verbales", son alucinaciones psíquicas como las alucinaciones motrices pero carecen del componente kinestésico, articulatorio. Séglas las distingue por primera vez en el año 1900, en el marco del Congreso Internacional de Psicología en París. Las explica del siguiente modo: cada pensamiento se traduce de un modo verbal en la mente, constituyéndose así el lenguaje interior. Tomar consciencia de ese lenguaje interior se denomina "endofasia". Se trata hasta aquí de un fenómeno normal. Sin

embargo, en ciertas ocasiones y debido a causas diversas, este pensamiento interior se vuelve más vivaz, de modo tal que el sujeto puede oír espontáneamente su pensamiento. En estos fenómenos de audición mental se da una "**hiperendofasia**", que no es más que una exageración del proceso mental normal del lenguaje interior. Las palabras resuenan interiormente con otro timbre que la palabra hablada o escuchada:

La *hiperendofasia* puede presentarse bajo la forma simple de una suerte de monólogo interior o bien bajo la forma más compleja, dialogada, guardando los mismos caracteres, los cuales serían: el sujeto reconoce que las palabras que percibe son interiores y, además, que éstas son la expresión misma de su propio pensamiento, y ello, el enfermo lo reconoce sin reflexionar, *inmediatamente*. Es, podríamos decir, un *dato inmediato de la consciencia* (...) Las palabras percibidas en su hiperendofasia ya no son para él la expresión de su propio pensamiento. Las considera insignificantes, absurdas, extrañas, enigmáticas, la mayoría de las veces opuestas a sus deseos y a su voluntad; no sabe de dónde vienen; él no las crea, siente que las sufre y que no puede modificarlas a su antojo. No se reconoce como su dueño. En una palabra, le resultan ajenas a su yo, fuera de su consciencia personal (Séglas, 1914: 58, subrayado en el original).

El sujeto distingue a estas pseudoalucinaciones verbales de las voces reales o alucinaciones verdaderas y también de su propio pensamiento. Con respecto a las primeras, las pseudoalucinaciones no provienen del exterior y con respecto al propio pensamiento las pseudoalucinaciones son *hiperendofásicas*, se presentan en forma más clara y nítida que el pensamiento habitual, como si se tratara de "oír mudamente" u "oír en la mente" (Séglas, 1914: 68).

Séglas reconoce tres elementos principales en las pseudoalucinaciones verbales: la hiperendofasia, la objetivación psíquica y la ausencia de exteriorización espacial. Si este tercer elemento se encontrara presente estaríamos ante una verdadera alucinación, como voz objetivada en el espacio exterior. Estas pseudoalucinaciones verbales son además espontáneas, incoercibles e independientes de la voluntad del enfermo: aparecen automáticamente.

La oposición que realiza Séglas entre pseudoalucinación y verdadera alucinación recae en la consideración del elemento de objetividad perceptiva, en consonancia con la definición de alucinación como "percepción sin objeto". Sólo las verdaderas alucinaciones comportan objetividad o exteriorización espacial, además de la objetividad psíquica (Automatismo). Las alucinaciones verbales motrices y las pseudoalucinaciones verbales sólo presentan objetividad psíquica, pero no espacial.

Esta distinción es de radical importancia para Séglas (1914), ya que considera que las pseudoalucinaciones verbales son aún más frecuentes que las alucinaciones auditivas y tienen un **rol inicial en las psicosis**, aparecen desde el comienzo. La evolución de las mismas puede derivar en monólogos interiores, fenómenos de psitacismo (lenguaje desprovisto de significación precisa y que muestra la disociación entre lenguaje y pensamiento) hasta llegar a la ensalada de palabras. Veremos en el capítulo siguiente cómo Gatian de Clérambault y su teoría del

automatismo mental realiza nuevos aportes a este campo definido por Ségla de las alucinaciones psicomotrices y las pseudoalucinaciones verbales.

Según lo desarrollado hasta aquí se puede localizar un movimiento en las elaboraciones de Ségla, que va desde una concepción más localizacionista -basada en el modelo de Tamburini, que considera a las alucinaciones como fenómenos provocados por la excitación de los centros corticales- hacia la consideración creciente de hipótesis psicológicas, plasmadas en sus últimos escritos, en los que considera a las alucinaciones como índices de un estado de desagregación psíquica. Motivan este cambio de posición las escasas corroboraciones empíricas que tuvieron las hipótesis localizacionistas a principios del S. XX, con los avances de los estudios del córtex. En 1934, en el «Préface» que escribió para el libro de Henri Ey *Hallucinations et délire* Ségla critica de modo enérgico los modelos anátomo-fisiológicos y reivindica la pertinencia de las teorías psicológicas para explicar el fenómeno alucinatorio, ubicándolo enteramente en el campo del lenguaje que se vuelve ajeno al sujeto. En este marco afirma su posición respecto a las relaciones entre las alucinaciones y el delirio identificándolos, en la medida en que no le parece posible considerar a las primeras como simples trastornos psicosenoriales, sino que les otorga el estatuto de verdadero delirio (Ségla, 1934).

Las alucinaciones y el delirio quedan claramente confinados al campo del lenguaje para este autor, en la medida en que develó el carácter verbal de la alucinación, extrayéndola finalmente de las patologías de la percepción para considerarla como un trastorno del lenguaje. Es por esto que, para Lacan, los estudios realizados por Ségla sobre las alucinaciones verbales motrices constituyeron un viraje decisivo, en tanto: “percatarse que la alucinación auditiva no tenía su fuente en el exterior fue una pequeña revolución” (Lacan, 1955-1956: 39). Las alucinaciones verbales motrices descritas por Ségla permitieron advertir la actividad del sujeto en la alucinación, conmoviendo la idea de que sería sólo objeto pasivo de los fenómenos. Estas consideraciones ponen en evidencia que “el emisor es siempre al mismo tiempo un receptor, uno oye el sentido de sus propias palabras” (Lacan 1955-1956: 40). Y aunque Lacan consideró que la “pequeña revolución seglasiana” está lejos de haber aportado la clave del enigma de la alucinación, no dejó de recomendar activamente la lectura de la obra de Ségla por la fineza de sus descripciones clínicas.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, J.M.; Estévez, F. (2001). Las Alucinaciones: Historia y Clínica. *Revista FRENIA*. Vol 1, (1): 65-96.
- Baillarger, J. (1846). Las alucinaciones, las causas que las producen y las enfermedades que las caracterizan. Memorias de la Real Academia de Medicina de París.
- Esquirol E. (1838). Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal. En: *Memoria sobre la locura y sus variedades*. Madrid: Dorsa Ediciones, 1990.

- Ey, H. (1973). *Tratado de las alucinaciones*. Buenos Aires: Polemos, 2009.
- Gorostiza, L. (1995). Sobre la alucinación. En Tendlarz, SE. (Comp.) *Análisis de las alucinaciones*. Buenos Aires: Paidós, p. 117-142.
- Lacan, J. (1955-56). *El seminario. Libro III: Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En J. Lacan. *Escritos II*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1988, p. 513-564.
- Lantéri-Laura, G. (1991). *Las alucinaciones*. México: FCE, 1994.
- Séglas, J. (1895). Las alucinaciones. En Tendlarz, SE. (Comp.) *Análisis de las alucinaciones*. Buenos Aires: Paidós, 1995, p. 203-229.
- Séglas, J. (1914). Alucinaciones psíquicas y pseudoalucinaciones verbales. En *Alucinar y delirar*. T. II. Buenos Aires: Polemos, 1998, p. 51-76.
- Séglas, J. (1934). Préface. En H. Ey. *Hallucinations et délire*. Paris: L'Harmattan, 1999.

CAPÍTULO 10

Automatismo mental

Jesica Varela y Julieta De Battista

Definición del triple automatismo

Transcurridos varios años desde estas elaboraciones de Ségla, un joven psiquiatra francés llamado Gaëtan Gatian de Clérambault (1873-1934), introduce una serie de trabajos en los que despliega su magnífico espíritu clínico a través de la descripción de los fenómenos elementales basales de las psicosis alucinatorias crónicas. Las alucinaciones psíquicas de Baillarger, las alucinaciones psicomotrices y las pseudoalucinaciones verbales de Ségla son reformuladas en términos de automatismo mental.

El mencionado autor había nacido en Bourges, una localidad cercana a París, el 2 de julio de 1872, en el seno de una familia aristocrática que tenía a Descartes entre sus antecesores. El joven Gaëtan pronto se destacó por su avidez por la lectura y su interés por las formas artísticas. Luego de emprender estudios de artes decorativas, el designio paterno lo impulsó a estudiar la carrera de derecho. Una vez concluida, emprendió su formación en medicina con el único propósito de estudiar psiquiatría.

En 1905, fue nombrado médico adjunto de la enfermería especial de alienados de la prefectura de policía de París, bajo la dirección de Paul Garnier. Toda su obra está ligada a este lugar de trabajo, que rápidamente se convirtió en un ámbito privilegiado para la clínica francesa de los delirios. La institución, única en su estilo en Francia, había sido creada por Lasègue en 1850, tras promulgarse en 1834 un decreto que sostenía que los alienados no podían ser encarcelados en el mismo lugar que los presos comunes y que si el sujeto no estaba en plenitud de sus facultades mentales, no era responsable de sus delitos. Popularmente el lugar terminó siendo conocido como “el depósito” ya que sólo disponía de 18 habitaciones, que terminaban funcionando como “celdas”, en una época en la cual se evaluaban entre 2500 y 3000 posibles pacientes por año enviados desde las comisarías, las prisiones y calles parisinas. De este modo, alcohólicos, vagabundos, prostitutas o alienados que alteraban el orden social, eran llevados por la policía para determinar si debían ser enviados a prisión o ser ingresados en un psiquiátrico. Aquí eran meticulosamente observados e interrogados y desde allí se los remitía nuevamente a los servicios asistenciales o a la prisión (Álvarez, 2008).

Se trataba entonces de un lugar donde lo importante era el diagnóstico diferencial y la perspectiva terapéutica estaba completamente aplazada. En muchos casos, una primera crisis o

brote era el motivo por el cual los enfermos eran forzosamente llevados a la enfermería especial. Gatian de Clérambault, quien desde 1920 había alcanzado la jefatura de dicha institución, se interesa por estos fenómenos iniciales de la psicosis. Incluso impedía a sus colaboradores más cercanos que entrevistaran primero a los detenidos con la pretensión de ver y asistir, en primer lugar y en primera persona, a la génesis y edificación de las psicosis (Álvarez, 2008).

Nos interesa destacar la original contribución de este autor, reconocido por Lacan como su "único maestro en psiquiatría" (Lacan, 1966: 59), cuyo espíritu clínico consagrado a la búsqueda constante de lo elemental en las psicosis, "sigue siendo absolutamente indispensable" (Lacan, 1955-1956: 13). Entre la variedad de formas clínicas que delimitó, el síndrome del automatismo mental y la erotomanía⁴¹ en la psicosis pasional, continúan siendo actualmente dos referencias imprescindibles en cualquier aproximación clínica.

El interés por el estudio del inicio y la evolución de las psicosis conduce a Gatian de Clérambault a analizar los síntomas iniciales que le permitieran detectar y diagnosticar en un estadio temprano a la psicosis alucinatoria crónica⁴², las formas paranoides de la demencia precoz y algunos episodios maníacos. Como resultado de esta indagación, iniciada en 1905 pero con un tratamiento más sistemático entre 1919 y 1927, describe un cuadro clínico al que denomina Síndrome de Automatismo Mental (AM) o triple automatismo. Esta denominación no va a resultarle satisfactoria y en 1925 propone cambiarla por "síndrome de pasividad", en tanto el síndrome que pasaremos a describir también era llamado "pequeño automatismo", "síndrome de interferencia", "síndrome de parasitismo" y "síndrome de coacción" (Gatian de Clérambault, 1926: 67).

Se trata de un síndrome exclusivamente clínico que incluye una enorme variedad de signos y síntomas de origen automático y de tres órdenes: ideo-verbal, sensitivo y motor. Estos fenómenos en su conjunto son considerados como iniciales y primarios al surgimiento de la psicosis de desarrollo tardío, insidioso y lento, es decir que pueden presentarse en ausencia completa de ideas delirantes. De hecho, para Gatian de Clérambault el síndrome de automatismo mental está ausente en los verdaderos paranoides -aquellos en los cuales el carácter paranoico es congénito-, en parte porque la condición paranoica tiende a objetivar e individualizar las voces, volviéndolas exógenas.

Pasaremos ahora a describir los fenómenos que conforman al automatismo mental o triple automatismo, señalando que para este autor puede presentarse únicamente el automatismo ideo-verbal, el automatismo sensitivo o el automatismo motor, combinaciones de dos clases de ellos o bien pueden presentarse los tres juntos, siendo ésta última la situación más frecuente.

⁴¹ Cf. capítulo 16.

⁴² La psicosis alucinatoria crónica, conocida por la sigla PAC en español o PHC en francés, es un cuadro clínico descrito por Ballet caracterizado por la presencia de múltiples alucinaciones y ecos del pensamiento que resultan invasivos y que no siempre resultan en una construcción delirante. En los casos en que la misma se presenta, lo hace bajo la forma de respuesta a las voces. La descripción se asemeja bastante a lo que en la escuela alemana Kraepelin había delimitado como parafrenias. Véase el artículo de Ballet en las referencias bibliográficas.

Automatismo ideo-verbal

Los fenómenos iniciales y más tempranos del automatismo mental, el núcleo de estas psicosis, suelen ser elementos ideo-verbales: eco del pensamiento, enunciación de los actos y sinsentidos. Estos fenómenos presentan los mecanismos de la psicosis en su forma más simple y originaria (Gatian de Clérambault, 1926: 70; 1927a: 75). El eco consiste en un desdoblamiento de los pensamientos que se emancipa del control del enfermo: "el pensamiento anda solo, no soy yo quien piensa, me lo hacen pensar", son distintas formulaciones que los pacientes utilizan para referirse a este fenómeno. La **enunciación o comentario de actos** se produce por el relato interior de lo que la persona está haciendo o va a hacer: "ahora se lava las manos, ahora se mira al espejo". Los sinsentidos pueden ser frases o juegos silábicos que insisten como estribillos que se repiten sin que se pueda saber cuál es su significado.

Estos fenómenos elementales aparecen en la conciencia de forma espontánea, parásita y autónoma, sin que puedan deducirse del curso de pensamiento actual ni pasado del sujeto, ni tampoco de sus recuerdos. Gatian de Clérambault (1926) aclara que surgen por "generación espontánea" (p. 48), el sujeto permanece sorprendido ante su aparición, pero habitualmente esto no le produce sensaciones de displacer o de disgusto y puede convivir con el fenómeno sin que esto perturbe sus relaciones con los demás. Gatian de Clérambault (1924a) precisa que el automatismo mental no es suficiente por sí solo para cambiar el carácter del sujeto (p.12).

Los fenómenos del automatismo ideo-verbal pueden ser para Gatian de Clérambault (1926) fenómenos positivos o intrusivos y fenómenos negativos o inhibitorios, juntos conforman los fenómenos de interferencia. Son fenómenos sutiles que van del pensamiento anticipado a las impulsiones verbales, pasando por la tendencia a los fenómenos psicomotores. Se mantienen en el plano de lo psíquico y no llegan a objetivarse como voces exteriores, temáticas e individualizadas: "En el automatismo mental, el pensamiento se emancipa de entrada (...) bajo su forma indiferenciada, que es la del pensamiento normal" (Gatian de Clérambault, 1924b: 14), es decir que se ajena en la forma habitual del pensamiento, no adquiere una sensorialidad ni una objetividad diferente.

Los **fenómenos positivos o intrusivos** se caracterizan por implantar en el enfermo una serie de interferencias, vacías de contenido, "anideicas" que perturban el curso del pensamiento y entre las que Gatian de Clérambault incluye: pensamientos ajenos ("me meten en la cabeza ideas que no son mías"), pensamiento anticipado ("hallan las ideas antes que yo"), enunciación de actos, eco de pensamiento (pensamiento desdoblado), contradicciones sistemáticas, juegos silábicos, ideorreas (pensamientos que se imponen con una aceleración mayor que el propio pensamiento normal), intuiciones abstractas, letanía de palabras, absurdos, asociaciones por contraste, entre otros. Son fenómenos exclusivamente psíquicos⁴³, no sensoriales. También incluye en estos fenómenos intrusivos a las fórmulas verbales o estribi-

⁴³ Gatian de Clérambault reconoce como antecedente en la descripción de estos fenómenos a las alucinaciones psíquicas de Baillarger y a las alucinaciones psicomotrices de Séglas, tratadas en el capítulo anterior sobre las alucinaciones.

llos, exclamaciones, fragmentos de diálogos, frases enigmáticas e inacabadas, voces interiores que instruyen, exhumación de recuerdos y el despertar de nociones olvidadas (Gatian de Clérambault, 1926: 50). El elemento preponderante es el verbal: "Todo se juega en la verbalidad" (Gatian de Clérambault, 1926: 47).

Los **fenómenos negativos o inhibitorios** incluyen a la desaparición de pensamientos, su detención o interrupción, momentos de vacío del pensamiento ("mi pensamiento desaparece de repente, me provocan olvidos, me interrumpen"); perplejidad sin objeto, aprosexias (incapacidad para fijar la atención); esperas (el paciente aguarda pensamientos que no llegan, el pensamiento está nublado); falsos reconocimientos ("en la calle reconozco gente o cosas. Cuando estoy cansada encuentro que la gente tiene un aire extraño"), sustituciones de pensamientos (un nuevo pensamiento sustituye a un pensamiento en curso).

Gatian de Clérambault opone estos síntomas a las alucinaciones auditivas y a las alucinaciones psicomotrices caracterizadas y temáticas, que son posteriores a los fenómenos mencionados. Sin embargo, gradualmente, el pensamiento indiferenciado se vuelve auditivo o motor, las voces se vuelven verbales (se sonorizan tomando la forma de voces audibles), objetivas (adquieren forma de objetos percibidos), temáticas (adquieren un contenido particular, por ejemplo injuriantes) e individualizadas (toman un nombre específico, se adjudican a alguien).

Automatismo sensitivo y motor

El automatismo sensitivo también presenta este origen mecánico propio del automatismo mental, pero incluye otro tipo de fenómenos que pueden afectar a todas las formas de la sensibilidad al mismo tiempo: visual, táctil, auditiva, olfativa, visceral, cenestésica, emotiva e incluso musical. Puede presentarse bajo la forma de parestesias -sensación de quemazón o pinchazos en diferentes partes del cuerpo-, perturbaciones de la cenestesia -alucinaciones viscerales- o alucinaciones visuales. En el caso de estas últimas aparecen distintos "anideísmos visuales" (Gatian de Clérambault, 1926: 37) que consisten en la aparición brusca de imágenes que no guardan relación de congruencia con el curso actual ni pasado del pensamiento del sujeto, ni pueden identificarse factores afectivos que las causen. El torrente visual se autonomiza y el sujeto no puede apropiárselo, se le presenta como ajeno y parásito. Los enfermos pueden llegar a compararlo con un cine continuo en sus cabezas o un disco rayado que proyecta imágenes en sus mentes, como si se tratara de "desfiles visuales automáticos" (Gatian de Clérambault, 1926: 68). Las imágenes aparecen súbitamente, en forma incoherente, caótica y muda, como "imágenes libres" (Gatian de Clérambault, 1926: 35). En ocasiones puede llegar a darse cierta "simultaneidad de la serie visual y auditiva" (p. 37).

Las **alucinaciones visuales** se presentan con una nota de irrealidad, de sensaciones parásitas impuestas desde afuera con "rareza intrínseca y ajenidad casi inmediatamente supuesta" (Gatian de Clérambault, 1925: 27). A los pacientes les resultan extrañas, impuestas e incluso fabricadas o artificiales. Gatian de Clérambault señala que se trata de imágenes sin profundi-

dad, translúcidas, que se parecen a pinturas más que a la realidad y presentan por lo tanto una objetivación imperfecta y un carácter de desapropiación: "Me las hacen ver, me las envían, me las dan para poder fotografiarlas" (Gatian de Clérambault, 1925: 36). Esta "ideorrea visual" puede llegar hasta la incoherencia.

Los **trastornos cenestésicos** forman parte del automatismo sensitivo y afectan a las sensaciones provenientes de los órganos internos. Suelen ser polimorfos y de localización difusa y producen una actitud de introspección sostenida que alimenta interpretaciones varias acerca del funcionamiento del organismo. Habitualmente no se acompañan de lesiones viscerales y se dan en un marco de buen estado de salud general, pero podría ocurrir para este autor que una afección orgánica desencadene el automatismo.

Gatian de Clérambault (1925) da el siguiente ejemplo de una mujer que presentaba el automatismo y se descubrió tiempo después que sufría un cáncer de útero: "(...) alberga en su abdomen un personaje al que siente descender, subir, mover el útero, cambiar de volumen, que le prodiga placeres sensuales y que le habla con amor" (p. 23). Otra paciente que escuchamos en la guardia consultaba porque por las noches era invadida por numerosos orgasmos que le eran provocados sin su consentimiento. A este tipo de fenómenos también se los llama "**autoscopía**" o pensamiento autoscópico, puesto que el sujeto puede percibir sensaciones internas de su cuerpo desde una perspectiva externa, como si estuviera desde afuera.

Por último, el automatismo puede presentarse bajo la forma de un automatismo motor en el que aparecen gestos involuntarios, diversas sensaciones kinestésicas, parestesias motrices, eco de los gestos y de los actos, estereotipias, manierismos, tics, voliciones impuestas, etc. Los ecos en todas sus variedades pueden presentarse en forma anticipada, simultánea o retardadamente (Gatian de Clérambault, 1926: 45).

El siguiente fragmento del relato de M. pone de relieve algunos de estos fenómenos del automatismo mental:

(...) me meten en la cabeza ideas que no son mías. No se adónde encontrar mi pensamiento entre todo lo que me soplan (...) Sé que padezco influencias, me arrastran me arrastran y no se dónde más estoy (...) siempre hay algo que viene contra mi idea, me vienen bruscamente tristezas, me dan olvidos (...) Yo no soy capaz de golpear, no está en mi naturaleza, me empujan y me mandan. A veces me empujan a hacerlo sin mandarlo, otras veces siento el movimiento y al mismo tiempo una orden (...) Eso viene de mí, no me habla en los oídos, eso viene de lejos. (Gatian de Clérambault, 1923: 122-23)

Veamos otro fragmento de "premonición alucinatoria verbal de las sensaciones" en el cual se puede apreciar el triple automatismo en la yuxtaposición de fenómenos ideo-verbales (pensamiento anticipado) y trastornos cenestésicos (automatismo sensitivo):

Ellos saben antes que yo cuándo voy a tener los mareos y lo dicen; saben antes que yo cuándo voy a vomitar; saben antes que yo cuándo voy a tener ganas de

ir al baño; sienten venir mis reglas antes que yo; cuando no debo tenerlas, ellos me excitan, lo que me las hace venir (Gatian de Clérambault, 1926: 46).

En sus tres órdenes de fenómenos -ideoverbal, sensitivo y motor- el automatismo mental tiene un origen y un desarrollo mecánicos, es decir que no es el resultado de un trabajo del pensamiento y su causa no es psicológica, sino histológica. El automatismo mental es para Gatian de Clérambault (1927b) un síndrome fundamentalmente clínico, cuya localización anatómica no es precisa (p. 73) e incluye a todas las formas de alucinación conocidas, por lo tanto este término es más abarcativo que el de "alucinación" (Gatian de Clérambault, 1924b: 16).

Características del automatismo mental

Dado que estos fenómenos de automatismo mental podrían confundirse con otros fenómenos automáticos presentes por ejemplo en la epilepsia, en los estados prolongados de insomnio y fatiga, en estados hipnagógicos e intoxicaciones, el autor menciona una serie de rasgos formales con los que caracteriza al automatismo mental propio de las psicosis y que le permiten establecer su diferenciación clínica respecto de otros cuadros. De todos modos destaca que una diferenciación de las formas clínicas del automatismo mental es un trabajo hasta ese momento pendiente y cuya posible realización el mismo Gatian de Clérambault (1926) pone en duda (p. 68). Recordemos que para este autor el automatismo mental aparece en perseguidos alucinados sin carácter paranoico congénito, en las psicosis alucinatorias crónicas, en la demencia precoz o esquizofrenia y en la manía.

Los **rasgos formales** característicos del automatismo mental psicótico son:

- **Rol inicial** en el curso de las psicosis: esos fenómenos clínicos son los signos más tempranos en el inicio de una psicosis y tienen un rol fundamental y generador con respecto al delirio. El autor destaca el carácter sutil con el que se presentan los mismos y por el cual pueden pasar desapercibidos al inicio y en los estados más avanzados. El paciente los deja de lado por ocuparse de fenómenos más inquietantes o sólo recuerda los períodos más tardíos en que el automatismo mental se tematiza y objetiva en voces exteriores.
- **Tenor neutro**: los fenómenos que constituyen el automatismo son vividos por el sujeto como neutrales o indiferentes desde el punto de vista afectivo, es decir no son ni hostiles, ni injuriantes, ni provocan un marcado displacer, al menos en un comienzo.
- **Anideico**: son fenómenos que no se deducen de una serie de ideas, no corresponden a ninguna ideogénesis y no se relacionan con un contenido de pensamiento en particular, aparecen de forma autónoma. Su génesis no es de origen ideico ni afectivo, sino mecánico. El automatismo irrumpe en la conciencia de modo espontáneo y súbito sin

relación de congruencia con el curso del pensamiento actual ni con los recuerdos o ideas del pasado que el sujeto se atribuye.

- **Carácter no sensorial:** inicialmente son fenómenos que no afectan a los órganos de los sentidos ni se presentan con una sensorialidad definida. El pensamiento que se ajeniza lo hace en la forma habitual del pensamiento, no adopta una especificidad ni una definición sensorial novedosa.
- **Atemático:** sin contenido particular alguno, desde el punto de vista ideico.

Para Gatian de Clérambault no son las ideas y palabras que se imponen en el automatismo mental las que resultan patológicas, de hecho por más que presenten un carácter anideico no alteran la gramática ni la sintáctica. Lo que en cambio es mórbido es que se generan espontáneamente, no resultan del razonamiento del sujeto ni están provistas de un repertorio temático que sigue las ideas del enfermo. Se imponen mecánicamente, aparecen en forma imprevista y caótica, sin conexión con lo anterior "(...) no se enlaza con nada innato o actual de la personalidad del sujeto: la selección de los elementos, su reunión y su construcción son fortuitas, es decir, guiadas por causas extrínsecas indiscernibles" (Gatian de Clérambault, 1926: 48).

Es como si el pensamiento normal fracasara y se seleccionaran y amplificaran exageradamente sus desechos: "La diferencia entre lo normal y lo patológico reside sólo (al menos desde el punto de vista descriptivo) en el triunfo de lo accesorio sobre lo esencial." (Gatian de Clérambault, 1926: 40). Así este proceso que selecciona y amplifica actuaría como una suerte de altoparlante que refuerza la intensidad de ciertas ondas.

Esto lleva a Gatian de Clérambault (1926) a proponer que el eco del pensamiento y los sinsentidos del automatismo mental se producirían por una "hipervaloración de los desechos del pensamiento normal" (p. 62) que actúa seleccionando, amplificando y deformando contenidos del pensamiento que habitualmente no son tenidos en cuenta y que en el automatismo mental son reforzados por causas mecánicas. Por lo tanto, no se trataría de pensamientos que son mórbidos *per se*, sino que son contenidos ideicos que también se presentan en el estado normal, pero que habitualmente son rechazados. En el siguiente párrafo, Gatian de Clérambault desarrolla esta idea:

Los vocablos parásitos que pasan al primer plano de la conciencia, la observación de sí, las observaciones sobre la vida visceral, los diálogos involuntarios consigo mismo, los comentarios sobre sí o sobre el ambiente, las réplicas groseras ante los menores incidentes exteriores, las tentaciones estafalarias que se prolongan, todo esto representa trastornos normales o subnormales acrecentados por un aumento justificado de influjos. Todo sucede como si fugas de corriente exaltasen los elementos inferiores de la esfera mental, en detrimento de la corriente principal encargada de alimentar los datos superiores. (Gatian de Clérambault, 1926: 41).

El autor desprende de esta argumentación su principal hipótesis etiológica que descarta toda participación de la psicogénesis en la emergencia del síndrome para defender la incidencia

exclusiva de una causa orgánica, histológica, de ninguna manera afectada por un proceso de ideogénesis. La causa no está en el intelecto, ni en la afectividad, ni en la reacción del psiquismo, sino en secuelas de focos infecciosos que pasaron inadvertidos (tifus, sífilis, difteria, encefalitis) o de intoxicaciones crónicas, ya sean de origen exógeno (alcohol, café, cocaína, cloral) o endógeno (causalidad por trastornos endócrinos). Estos focos infecciosos lejanos provocan una irritación neuronal que se irradia y se deriva generando repercusiones nerviosas.

Esta es la hipótesis principal del autor acerca del origen mecánico del síndrome. Se trata de una hipótesis que bien podría encuadrarse en los fundamentos del paradigma de las enfermedades mentales, ya que no considera otros factores que las lesiones orgánicas como causa de los síntomas. De ahí que suele decirse que la obra Gatian de Clérambault constituye un anacronismo en la historia de la psiquiatría porque en la década del '20 ya eran numerosos los psiquiatras que tenían en cuenta los factores psicógenos en la causación de los síntomas, a partir de los aportes de Bleuler, Jaspers y los autores fenomenólogos. Es importante aclarar que cuando Gatian de Clérambault menciona a los mecanismos "extraconscientes" esto no significa que adhiera a la tesis del inconsciente freudiano, sino a la idea pre-freudiana de lo extra-consciente como expresión de mecanismos automáticos, neurológicos.⁴⁴

El síndrome del automatismo mental es, entonces, una secuela tardía y sutil de procesos tóxicos o infecciosos, traducción inmediata de trastornos neurológicos que actúan de manera sistemática e insidiosa al producir un trastorno intraneuronal (Gatian de Clérambault, 1923):

El síndrome de pasividad es un conjunto de fenómenos completamente orgánico; la psicosis que resulta de él es de naturaleza mecánica en el punto de partida y el desarrollo; la personalidad psicológica primera, los procesos psicológicos propiamente dichos, sólo aparecen allí subsidiaria, secundaria y fragmentariamente. El ideogenismo está excluido de todas las funciones fundamentales, sólo sobrevive en algunos detalles. (Gatian de Clérambault, 1925: 32)

Automatismo mental y delirio

Este completo rechazo del papel causal de la ideogénesis en el automatismo mental vuelve interesante la interrogación de las relaciones entre este síndrome y el delirio. Pueden reconocerse dos momentos diferenciales al respecto en la obra de este autor (Napolitano, Carbone, Piazzese, 2000). El primero comprende los artículos elaborados entre 1909 y 1924 en los cuales Gatian de Clérambault sostiene una concepción basal del automatismo mental. El segundo momento puede datarse en 1925 con la propuesta del cambio de denominación, llamando síndrome de pasividad al automatismo mental, y la reformulación de la relación basal con el delirio en términos de síndrome nuclear.

⁴⁴ Cf. capítulo 6.

La primera concepción de Gatian de Clérambault, que podemos llamar "basal" sostiene que el síndrome del automatismo mental es autónomo con respecto al delirio y éste, que puede no presentarse, no es más que un producto secundario, un agregado al fenómeno basal del automatismo. En esta concepción el delirio es una superestructura que se añade al automatismo mental, "única base de todo el delirio" (Gatian de Clérambault, 1909: 8). La metáfora que utiliza en la transmisión es la del "pedestal que espera a la estatua" (Gatian de Clérambault, 1925: 24), en la cual el automatismo sería la base sobre la que se apoya el delirio.

El delirio es una reacción psíquica secundaria y subordinada de la mente ante los trastornos que introduce el automatismo en la conciencia (Gatian de Clérambault, 1925: 21). Así, el delirio es tardío con respecto a los fenómenos iniciales del automatismo y su elaboración depende de los recursos intelectuales del sujeto. En este sentido, el automatismo es el elemento basal, primario en la psicosis y autónomo respecto del delirio, el cual sobreviene posteriormente como una superestructura contingente y sobreagregada. Bajo esta concepción, el automatismo es de origen histológico, orgánico. En su génesis no participa la ideación, por lo tanto en su origen no hay nada del orden psicológico, sino únicamente mecánico. Es decir, mientras que el delirio responde a un mecanismo psicógeno, la causa del síndrome del automatismo mental sigue siendo de orden fisiológico.

Esta manera de concebir la relación entre el automatismo y el delirio es reformulada años más tarde, hacia 1925, momento en el cual si bien conserva la definición original del automatismo (proponiendo solamente un cambio de denominación), la elaboración delirante deja de ser solamente una reacción secundaria y Gatian de Clérambault admite un origen automático también para las ideas delirantes. En este momento de su obra, propone un doble origen para la ideación delirante: por un lado conserva su tesis inicial sobre las ideas delirantes como "reacción de un intelecto y de una afectividad, ambos indemnes (...) a los trastornos del automatismo surgido en forma espontánea y sorprendente para el enfermo" (Gatian de Clérambault, 1925: 23).

Por otro lado, agrega el origen mecánico de una ideación parásita que ingresa a la conciencia en forma alucinatoria y cuya evolución es en sí misma automática. Es decir que esta ideación no está construida por la reflexión del sujeto, sino que se elabora mecánicamente y sus resultados últimos se revelan a la conciencia, dispuestos y organizados. Denomina "neoplásica" a esta ideación autónoma, coherente y progresiva que ahora participa también del delirio (Gatian de Clérambault, 1926).

Entonces, mientras que una parte de la ideación delirante es personal, reactiva y no mórbida; la otra es parásita y frecuentemente contraria. "La primera es una reacción a diversos automatismos, la segunda es íntegramente automática" (Gatian de Clérambault, 1926: 36). Esta ideación neoplásica es llamada por Gatian de Clérambault "segunda personalidad" e introduce en la conciencia datos provenientes del "inconsciente visceral" que impactan en ella (Gatian de Clérambault, 1926: 56) bajo la forma del eco del pensamiento y posteriormente de las alucinaciones. Así, la psicosis alucinatoria es una suerte de delirio de a dos que involucra producciones delirantes de ambas personalidades.

Dado el carácter demasiado abarcativo del término "automatismo mental", en 1925 propone llamarlo "síndrome de pasividad" o segunda personalidad para señalar al conjunto de fenómenos clínicos que son de naturaleza mecánica tanto en el punto de partida como en su desarrollo ideico. En este sentido, el fenómeno del automatismo ya no es basal sino nuclear en las psicosis, dado que existe "una continuidad entre los fenómenos parcelarios del comienzo y las construcciones ideicas del período de estado; todos resultan de un mismo proceso" (Gatian de Clérambault, 1926: 68). De esta manera no sólo el origen es mecánico, sino que también lo es parte del desarrollo delirante. La metáfora que utiliza para la transmisión ya no es la del pedestal y la estatua, sino la de los políperos y los cristales. El armazón calcáreo arborescente de los corales (polípero) presenta una estructura cuya organización depende de la potencia de fuerzas intrínsecas que actúan de modo espontáneo y hacen que los corales adopten determinadas formas.

Es decir que para Gatian de Clérambault en este segundo momento de su obra hay una continuidad entre los fenómenos iniciales y el delirio, en ambos opera la misma fuerza mecánica y automática. Sería un error pensar que la sistematización de los delirios se debe a un trabajo consciente del sujeto, sino que depende de una organización automática inconsciente que es un resultado de la constitución del cerebro (Gatian de Clérambault, 1926: 52). Para Gatian de Clérambault existe un trabajo ideico que no es llevado a cabo por la conciencia del sujeto sino por esta personalidad segunda: "Las alucinaciones (...) hacen un trabajo interpretativo en lugar del sujeto" (Gatian de Clérambault, 1926: 55). Este "trabajo de la alucinación" (Gatian de Clérambault, 1934: 77) es realizado por la personalidad parásita y conforma un delirio autoconstructivo cuyo origen es "extra-personal" y que difiere del delirio personal del sujeto, aquel que surge por la reacción de la personalidad primera ante el automatismo (Gatian de Clérambault, 1934: 78-79).

En el capítulo destinado a la explicación de Lacan sobre los fenómenos elementales veremos cómo estas tesis de Gatian de Clérambault acerca de la relación con el delirio resuenan en la fórmula: el delirio es también un fenómeno elemental.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, JM. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- Ballet, G. (1911). La psicosis alucinatoria crónica. En *Alucinar y delirar*. Tomo II. Buenos Aires: Polemos
- Gatian de Clérambault, G. (1909). Primera concepción de un automatismo mental generador de delirio. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 7-8.
- Gatian de Clérambault, G. (1923). Las psicosis alucinatorias crónicas. En G.G. de Clérambault. *Automatismo mental. Paranoia*. Buenos Aires: Polemos, 1995, p. 101-120.

- Gatian de Clérambault, G. (1924a). Definición del automatismo mental. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p.11-13.
- Gatian de Clérambault, G. (1924b). Excitación y automatismo mental. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 14.
- Gatian de Clérambault, G. (1925). Psicosis basadas en el automatismo. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 15-33.
- Gatian de Clérambault, G. (1926). Psicosis basadas en el automatismo (segundo artículo). En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 34-71.
- Gatian de Clérambault, G. (1927a). Teoría profesada en la enfermería especial. Fórmulas corrientes de 1919 a 1923. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 75- 79.
- Gatian de Clérambault, G. (1927b). Respuestas a diferentes críticas de M. Ceillier relativas a los trabajos precedentes. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 72-74.
- Gatian de Clérambault, G. (1934). El delirio auto-constructivo. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 77-79.
- Lacan, J. (1955-56). *El seminario. Libro III: Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Lacan, J. (1966). De nuestros antecedentes. En J. Lacan. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1985, p. 59-66.
- Napolitano, G; Carbone, N; Piazzese, G. (2000). Prólogo. En Piazzese, G; Carbone, N y Napolitano, G. (2000). *Automatismo mental y delirio autoconstructivo en la obra de Clérambault*. La Plata: De la campana, p. 5-6.

CAPÍTULO 11

Interpretaciones

Julieta De Battista

Significación personal o autorreferencia mórbida

Como ya adelantamos, en la historia de la psiquiatría hay una distinción que se mantiene y es aquella que diferencia a las alucinaciones de las ilusiones y las interpretaciones. Las dos primeras fueron habitualmente vinculadas a la esfera perceptiva. En el caso de las interpretaciones, en cambio, no se suponía un trastorno a este nivel. La percepción era exacta, el hecho percibido pertenecía efectivamente a la realidad. Lo patológico residía en la significación que se le anexaba en forma inmediata, sin reflexión consciente, imponiéndose de un modo irracional, al punto que estos fenómenos interpretativos también fueron llamados fenómenos intuitivos.

Estos fenómenos fueron delimitados inicialmente por la escuela alemana de la psiquiatría bajo el nombre de *krankhafte Eigenbeziehung*, traducido como "significación personal mórbida" o "autorreferencia mórbida". En 1891 Neisser la describe como una forma de interpretar propia de los enfermos que se caracteriza por vincular todo a la persona propia. El enfermo cree que es el objeto de atención de todos. Meynert -maestro en psiquiatría de Freud- había utilizado para este fenómeno el término "delirio de observación", pero Neisser prefiere cambiarlo por el de significación personal, dado que esta designación pone de manifiesto que el fenómeno interpretativo no responde a un proceso reflexivo, sino que se impone en forma inconsciente, "sin saberlo ni quererlo": "para el enfermo, subjetivamente, se trata de realidades inmediatas de la experiencia." (Neisser, 1891: 88).

La significación personal mórbida es entonces un síntoma primario o directo de un proceso patológico invariable que se manifiesta en estas ideas fijas y que no atañe a los sentidos, sino a las representaciones. El delirio es secundario con respecto a ellas, no es más que una secuela. De hecho, Neisser sostiene que la significación personal o autorreferencia mórbida puede ser el único síntoma patológico que se manifieste. Es un síntoma inicial, que aparece en el comienzo de las psicosis, pero que persiste aun en los casos de paranoia aguda, en los cuales la eclosión delirante no se cronifica y cede. El delirio puede desaparecer, pero la significación personal queda.

Veamos algunos ejemplos retomados por el autor. El fenómeno puede resultar muy sutil e incluso no ir acompañado por la suposición de una mala intención del otro, como veremos en la descripción de las formas truncas de la interpretación que hacen Meyerson y Quercy en 1919.

Neisser comenta el caso de un paciente que está internado y todo le resulta perturbador: la presencia de otros enfermos y de los enfermeros, el modo de hablar y de tratarse, todo tiene un impacto en él y le está dirigido:

Porque algo raro había sucedido; mientras él se encontraba en la clínica ha sido ingresada gente con ropas andrajosas y heridas. Eso era realmente extraño. Todo cuanto se hablaba le había parecido sospechoso; *cada expresión le ha afectado intensamente*, era incapaz de descifrar las idas y venidas y los cuchicheos (...) le miran de una manera tan singular y cuando hablan entre ellos se refieren a él; lo nota perfectamente a pesar de no entender la relación. (Neisser, 1891: 102, subrayado en el original).

Otro paciente trataba de precisar qué era lo que se había vuelto extraño para él y mencionaba actitudes de los enfermeros y de los otros internos que no le resultaban azarosas: que el enfermero apareciera tantas veces, que los otros enfermos lo saluden y le pregunten por el tiempo en reiteradas ocasiones: "Me parece, ... como si yo llamara o incitara casi con mis pensamientos, movimientos y actos a los demás a moverse, actuar o hablar, pareciéndome que actúan de la misma manera como pensaba hacerlo yo." (Neisser, 1891: 106). Todos los presentes hablan de él y se lo hacen saber: "No se dicen nombres, pero cada uno puede sacar la conclusión en lo que le atañe, otros enfermos mueven siempre la cabeza asintiendo, ya me puedo imaginar cómo va la cosa" (Neisser, 1891: 110). En ocasiones estas interpretaciones se dan bajo la forma de falsos reconocimientos: como si las personas fueran rebautizadas, los enfermos creen encontrar a conocidos en personas extrañas. Posteriormente en la escuela francesa encontraremos nuevos aportes a este fenómeno con la descripción del síndrome de Capgras. Neisser señala que con frecuencia estos fenómenos iniciales de significación personal se acompañan de quejas y de malestar hipocondríaco.

La interpretación se encuentra entonces en el campo de la significación y no de los trastornos sensoriales, como se pensaba de la alucinación (percepción sin objeto). En el caso de la interpretación se impone una significación que concierne al sujeto: de repente los sucesos habituales "quieren decir algo", aunque no se pueda precisar qué o incluso no signifiquen nada específico, únicamente significan para él, *le* significan. Sauvagnat (1988), en su recorrido acerca de la significación personal, destaca que Margulies adjudicaba este fenómeno patológico a una "atención más elevada que se dirige sobre el cuerpo o sobre el mundo externo" (p. 23). Este hecho de prestar una mayor atención genera un entorno sobrevaluado. Todo quiere decir algo, los mínimos gestos, los detalles nimios, todo significa y significa para el sujeto.

Vivencias delirantes primarias

En su *Psicopatología general* de 1913, Jaspers describe también estos fenómenos en el apartado destinado a las vivencias delirantes primarias. Comienza señalando que el problema

de la definición del delirio es básico para la psicopatología y que es importante entonces distinguir entre el vivenciar que se da en el plano de la experiencia y aquel que se da en el plano del pensamiento de la realidad. Jaspers sostiene que la experiencia de la realidad, su vivencia, no es algo que proceda de un razonamiento, no se deriva del pensamiento. Es un fenómeno originario en el cual la realidad es percibida corporalmente en forma real y eso no se puede derivar de otra cosa, es inderivable, sólo se experimenta y lo hace bajo la forma de la percepción de significaciones. La experiencia de la realidad sólo puede captarse a través de significaciones.

Jaspers (1913) distingue entonces esta experiencia o "certidumbre directa" de la realidad (p.118) de los juicios que pueden emitirse sobre esas experiencias. Estos juicios ya implican una elaboración ideica de esas experiencias originarias ligadas a la significación. Ambos planos, el de la **experiencia de la realidad** y el del **juicio**, pueden resultar perturbados por procesos patológicos. Por esta senda, Jaspers diferencia entre las vivencias delirantes primarias y las **ideas delirantes verdaderas**. Las primeras son originarias, mientras que las ideas delirantes verdaderas o auténticas son "juicios patológicamente falseados" (Jaspers, 1913: 119), que se basan en las vivencias delirantes primarias.

Desde un punto de vista metodológico⁴⁵, las vivencias delirantes primarias son incomprensibles para Jaspers y se corresponden con un proceso. Que son incomprensibles quiere decir que las vivencias delirantes primarias implican una ruptura, una interrupción del acontecer psíquico, una alteración persistente, duradera, incurable e irreversible que no puede remitirse a una vivencia para justificar su origen. La aparición de esta irrupción novedosa en la vivencia de la realidad no puede explicarse ni por el desarrollo de la personalidad, ni por sus acontecimientos histórico-vitales, ni por sucesos ambientales, ni por vivencias que hubieran podido desencadenar este cambio. Es una significación nueva que irrumpe sin motivo. Estas vivencias delirantes primarias son incomprensibles y por lo tanto sólo pueden ser explicadas causalmente apelando a la hipótesis teórica de los mecanismos extra-conscientes, vinculados para Jaspers a procesos corporales aún desconocidos para las posibilidades de exploración de ese momento.

Jaspers describe así la aparición de estas vivencias primarias, disruptivas, elementales:

‘Pasa algo, dime qué es lo que pasa’, así se expresó una enferma de Sandberg ante su esposo. Al preguntarle qué ocurría, sostenía la enferma ‘Si, no lo sé, pero hay algo’. Para los enfermos es de mal agüero que ocurra algo que ellos presienten. Todo tiene para ellos una *nueva significación*. El ambiente es distinto, no tal vez sensorialmente imperfecto -las percepciones quedan inalterables en la parte sensorial-, más bien existe una alteración que se acerca, sutil, que lo envuelve todo con una luz incierta, de mal aspecto. Una habitación antes indiferente o amable provoca ahora un estado de ánimo indefinible. Hay algo en el ambiente de que el enfermo no puede darse cuenta; una tensión desconfiada, incómoda, nefasta le domina. (Jaspers, 1913: 121).

⁴⁵ Cf. capítulo 6.

Vemos cómo Jaspers destaca que no se trata de un trastorno perceptivo o de los sentidos, sino que es una nueva significación la que se impone de un modo inefable. Tampoco se trata de un juicio patológicamente falseado -una idea delirante-, sino de una experiencia de la significación perturbada. Inicialmente incluso puede consistir únicamente en la constatación insoponible de un cambio enigmático que aún los enfermos no pueden cernir en palabras, tan sólo "Algo pasa, hay algo". "Eso significa", aunque no se sepa qué. Esa nueva experiencia de una significación enigmática tiñe el ambiente sin que el enfermo pueda aún vincularla a una idea específica, como puede ser la mala intención del otro, por ejemplo. Los enfermos dicen que le llaman la atención cosas que antes eran triviales como la gente en la calle, algunos gestos, el aspecto antinatural de algunas cosas: "marcha todo muy rápidamente. El perro rasca muy raramente la puerta" (Jaspers, 1913: 124). Jaspers aclara que el hecho de que esa significación encuentre una representación ya produce un notable alivio ante la sensación de inseguridad amenazante previa. Cita el siguiente ejemplo en el cual se avizora una idea persecutoria:

En la calle todo era muy distinto. Algo tenía que ocurrir. Un transeúnte le lanzó una mirada muy penetrante, tal vez era un detective. Luego llegó un perro, que estaba como hipnotizado, como un perro de caucho movido por un mecanismo. Había muchos seres en el camino: había seguramente algo en marcha contra él. (Jaspers, 1913: 124).

Esta nueva significación elemental se impone inmediatamente a la conciencia, sin derivación ni reflexión. La transformación radical en la conciencia de las significaciones es el fundamento de las vivencias delirantes primarias. Jaspers las clasifica de acuerdo al tipo de material en que se presentan. Propone entonces que entre las vivencias delirantes primarias encontramos percepciones delirantes, representaciones delirantes y cogniciones delirantes.

Entre las **percepciones delirantes** se incluyen una serie de fenómenos como la significación enigmática del primer ejemplo "Pasa algo, dime qué es lo que pasa", el delirio de significación del ejemplo anterior y el delirio de autorreferencia mórbida: "Las cosas significan repentinamente algo muy distinto (...) Ve en la calle a un hombre. Sabe inmediatamente: es su amante del tiempo pasado. Tiene en verdad un aspecto distinto. Se ha enmascarado con una peluca y otros cambios" (Jaspers, 1913: 123). Este delirio de autorreferencia puede presentarse bajo la forma de las alusiones, entonces cualquier frase escuchada al pasar puede concernirle al enfermo. Las personas en la calle se le dirigen con indirectas, le transmiten otros sentidos en los gestos habituales. Nada es lo que parece. Todo es intencional. Nada es casualidad. Otro ejemplo:

Apenas fuera de la casa, alguien me rodea, me mira fijamente, se trata de llevarme a propósito al paso de un ciclista (...) Un par de pasos más: una niña de la escuela me sonríe alentadora y primorosamente (...) Pero los muchachos quieren atribuirme intencionalmente algo punible e inmoral frente a ellas, hacen girar los hechos en contra mía (...) Antes de entrar en mi casa tiene que lanzar-

me siempre alguien una mirada imbécil que no quiere decir nada, para irritarme
 (...) El enfermo pide que cese el "lenguaje de los ojos" (Jaspers, 1913: 124).

Estas autorreferencias se presentan con excesiva claridad para los enfermos, como si las cosas fueran hechas a propósito para ellos y esta certeza es tal que otras percepciones no logran hacer que el paciente ceda en su interpretación.

Otro tipo de vivencia delirante primaria es el de las **representaciones delirantes**. Esta descripción de Jaspers se asemeja bastante a lo que Kraepelin había delimitado como "ilusiones de la memoria"⁴⁶, es decir interpretaciones retrospectivas que no recaen sobre hechos actuales sino sobre hechos del pasado del sujeto que se tiñen de una nueva coloración impuesta. De esta forma recuerdos, personas, episodios no actuales cobran una nueva significación autorreferencial para el enfermo. Recuerdo un paciente cuyo síntoma más insoportable era una picazón en la sangre "desde adentro", como solía especificar, y que en determinado momento cayó en la cuenta en forma repentina que eso se debía a que cuando era chico se había caído en una zanja de agua podrida, entonces allí había empezado "la contaminación de la sangre". Otros interpretan autorreferencialmente sucesos públicos a los que asistieron: en aquella misa que dio el papa y a la que fue con su tía cuando era pequeño, el posterior saludo del pontífice ya quería decir que el enfermo era hijo de él. Jaspers da el siguiente ejemplo:

En una de las noches se me *presentó de repente* y del todo natural y espontáneamente la idea que la señorita L. era la causa probable de esas cosas simplemente terribles que he tenido que sufrir los últimos años (influencia telepática entre otras) (...) se me ha *impuesto todo repentinamente de modo inesperado*, en forma natural. Tenía el sentimiento como si se me hubieran caído las escamas de los ojos, porque mi vida en los últimos años se ha desarrollado de esa manera del todo determinada. (Jaspers, 1913: 127. Subrayado en el original).

Por último, las vivencias delirantes primarias pueden presentarse bajo la forma de **cogniciones delirantes**. En este caso, el enfermo interpreta como referidos a él sucesos mundiales, conocidos por todos, aunque él mismo no los haya vivenciado efectivamente. Aquí la interpretación recae sobre el conocimiento que el enfermo tiene de ese acontecimiento que pasa a contar como una vivencia propia coloreada por esa nueva significación. Así, el asesinato de Kennedy puede convertirse en el indicio del comienzo de una persecución en contra del enfermo.

Todas las vivencias delirantes primarias y las ideas delirantes verdaderas comparten ciertos rasgos (Jaspers, 1913: 119):

- la **certeza subjetiva incomparable**: el enfermo las sostiene con una convicción fuera de lo común, que excede a las certidumbres habituales.

⁴⁶ Cf. capítulo 15.

- la **incorregibilidad**, es decir que el enfermo se aferra a esas vivencias y no las pone en duda, justamente porque están fundadas en una alteración incomprensible de la personalidad.
- la **no influenciabilidad por la experiencia**: ningún otro hecho, percepción o razonamiento modifica esa convicción inquebrantable.
- la **imposibilidad del contenido**: una idea delirante puede tener incluso un contenido verdadero -caso frecuente en el delirio de celos-, pero la exactitud del hecho no quita por eso el carácter delirante del asunto, en tanto la idea presente los rasgos comunes que acabamos de repertoriar.

Retomemos ahora la distinción inicial que habíamos planteado entre las vivencias delirantes primarias y las ideas delirantes auténticas. Las primeras quedan en el plano de la experiencia de una nueva significación, mientras que en las segundas se agrega a esta vivencia el elemento del juicio patológicamente falseado. Jaspers sostiene que "no hay ninguna ocurrencia delirante unimembre" (Jaspers, 1913: 127) y por lo tanto estas vivencias de significaciones que son las vivencias delirantes primarias se vuelven el terreno fértil para la producción de ideas delirantes, en la medida en que los enfermos encuentran en la formulación de estas ideas un principio de pacificación ante la inquietud que introduce esta alteración en la conciencia de las significaciones.

Jaspers (1913) distingue especialmente a las ideas delirantes cuya fuente son las vivencias delirantes primarias: las llama "**ideas delirantes verdaderas**" o "ideas delirantes auténticas". Se caracterizan por implicar una transformación irreversible e incomprensible de la personalidad. El autor hace hincapié en diferenciarlas de aquellas **ideas sobrevaloradas** que pueden surgir comprensiblemente ya sea del desarrollo de la personalidad, de algún estado afectivo circunstancial o de la reacción a una situación vital, pero que no conllevan ninguna transformación radical e incomprensible de la personalidad. Un ejemplo de estas ideas podrían ser los pensamientos hipervalentes del caso Dora con respecto a la traición del padre. A este tipo de ideas Jaspers las llama "ideas deliroides".

Las **ideas deliroides** pueden derivarse de sucesos de la vida del sujeto y pueden explicarse psicológicamente recurriendo a la cadena del sentido, que no se ha roto. Por ejemplo, un sujeto puede tener una idea que defiende al punto de llegar al fanatismo, puede ser una idea religiosa, política, ideológica. A diferencia de lo que ocurre en las ideas delirantes auténticas, estas ideas defendidas con una convicción fanática no implican una ruptura de la personalidad, sino que más bien esa personalidad se identifica con esa idea. Esto no excluye que bajo la forma del fanatismo no podamos encontrar ideas delirantes verdaderas también. No es una cuestión de contenido sino de método, son comprensibles o no lo son.

Es importante aclarar además que, para Jaspers, tampoco sería del todo correcto excluir a la comprensión como método cuando se trata de procesos. Puesto que si bien las vivencias delirantes primarias son incomprensibles, la elaboración delirante que se puede gestar a partir de ellas y conducir al armado de un sistema delirante no sería incomprensible:

(...) en base a las vivencias primarias (...) es hecha al mismo tiempo por el pensamiento una elaboración delirante, que a veces insume toda la energía de una personalidad inteligente. Así surge el *sistema delirante*, que es enteramente comprensible en su coherencia, a veces eminentemente agudo y tan sólo se nos vuelve incomprensible en las últimas fuentes de las vivencias primarias. (Jaspers, 1913: 130).

Los aportes de Jaspers son retomados por Lacan en su tesis de doctorado y en su seminario sobre las psicosis. En el capítulo siguiente nos ocupamos de señalar algunas de las críticas que Lacan le realiza sobre todo en lo que concierne a la comprensión como método de escucha de las psicosis. Sin embargo, el carácter disruptivo de las vivencias delirantes primarias es algo que Lacan retoma una y otra vez subrayando que hay ruptura en el inicio de las psicosis, que hay un antes y un después, momentos fecundos donde los fenómenos se hacen manifiestos. En la *Cuestión preliminar* Lacan vuelve sobre este tipo de fenómenos que van desde el vacío de significación, pasando por la significación enigmática hasta la "significación de significación."

Interpretación delirante en Sérieux y Capgras

Nos abocaremos ahora a comentar el trabajo de algunos autores de la escuela francesa y sus aportes a este variado campo de las interpretaciones delirantes. En 1909, Paul Sérieux y Joseph Capgras publican un libro sobre las llamadas "locuras razonantes" en el que abordan especialmente el delirio de interpretación y el delirio de reivindicación. Ambos delirios comparten la característica de no reposar sobre un mecanismo alucinatorio, sino interpretativo. Es decir que a la base de las ideas delirantes no se encuentran trastornos sensoriales. Estos autores definen a la interpretación así:

Es un razonamiento falso que tiene como punto de partida una sensación real, un hecho exacto, el cual, en virtud de asociaciones de ideas ligadas a las tendencias, a la afectividad, toma, con ayuda de inducciones o de deducciones erróneas, una significación personal para el enfermo, empujado de modo invencible a relacionar todo con él mismo. La interpretación delirante se distingue de la alucinación y de la ilusión en la medida en que éstas últimas son trastornos sensoriales: la primera una percepción sin objeto, la segunda, una percepción inadecuada de su objeto (Sérieux y Capgras, 1909: 8).

Sérieux y Capgras retoman entonces los avances de la escuela alemana acerca de la significación personal, pero le anexan el componente del raciocinio. A diferencia de Jaspers que considera que hay que distinguir a la vivencia del juicio sobre la misma, Sérieux y Capgras sostienen que la interpretación es una forma del juicio perturbada por la afectividad. La interpretación delirante no constituye entonces una invención de la realidad, sino que se apoya en datos de ésta y de la cenestesia, a los que amplifica y deforma coloreándolos autorreferencial-

mente. Así las **interpretaciones** pueden ser **exógenas** -los datos interpretados provienen del mundo exterior-; o **endógenas** -la interpretación recae en la sensibilidad interna del organismo o cenestesia. En el primer caso cualquier suceso cotidiano sin mayor relevancia puede convertirse en una alusión para los enfermos. En el segundo, la autoobservación detallada de todas las sensaciones provistas por la interioridad del cuerpo deviene fuente de las interpretaciones.

En 1923 Joseph Capgras, junto a Reboul-Lachaux, describe otro tipo de interpretación delirante singular, propia de algunos delirios sistemáticos crónicos a la que llamó "**ilusión de sosías**", dado el rol característico de los dobles en la misma. El sosías es una suerte de doble impostor que pasa a tomar el lugar de una persona allegada al sujeto. Los enfermos dicen que esta persona es reemplazada por el sosías, que es físicamente idéntico y asume el comportamiento de la persona suplantada. Se dan cuenta por pequeños detalles que resultan imperceptibles para los demás y denuncian continuamente la impostura.

Es importante diferenciar esta presentación de la del **síndrome de Frégoli**, en el cual los enfermos dicen que una persona bien conocida por ellos -generalmente el perseguidor- se disfraza transformándose en varias personas desconocidas para evitar ser reconocido. Mientras que en la ilusión de Sosías o síndrome de Capgras, es la persona familiar la que se vuelve extraña y se multiplica en sosías; en el síndrome de Frégoli la misma persona se esconde tras diferentes caras desconocidas. En el primero lo mismo se vuelve múltiple, mientras que en el segundo lo múltiple esconde a uno solo. En ambos se pone en juego la interpretación delirante de pequeños detalles.

Capgras y Reboul-Lachaux (1923) presentan un caso que les resulta típico de esta suerte de "agnosia de identificación individual" (p. 119). Se trata de la señora de Río-Branco, quien durante una década sostiene que tanto su marido como su hija han sido sustituidos por incontables sosías. Esta mujer sufrió la muerte de cuatro de sus cinco hijos y ahora cree que la que logró sobrevivir ha sido cambiada por varios sosías y que los cuatro que murieron han sido raptados y sustituidos también. En verdad no han muerto, han sido reemplazados:

"estuve pues en el entierro de un niño que no era el mío", concluye. Este niño fue envenenado a los vintidós meses; se dio cuenta por el aspecto de sus uñas; se lo habría enterrado en Bagneux, pero piensa que fue "desenvenenado" y ubicado en otra familia. Su hija fue raptada y reemplazada por otras niñas, quienes fueron así sucesivamente conducidas a su casa (...) "A medida que ellos me secuestraban una niña, me daban otra que se le parecía... *tuve más de dos mil en cinco años: son los sosías*" (...) "*Los sosías son las personas que tienen el mismo parecido*" (Capgras & Reboul-Lachaux, 1923: 124, subrayado en el original).

Sus seres queridos desaparecen y son suplantados continuamente por otros -"personas metamorfoseadas"- cuyo parecido físico es enorme, salvo por el examen minucioso de pequeños detalles. Ella se interesa en mínimas modificaciones que pasan desapercibidas para los demás: "Eso se ve en los detalles, responde...una pequeña marca en la oreja...la figura más

delgada... el bigote más largo...los ojos de color diferente... la manera de hablar, la manera de caminar..." (Capgras & Reboul-Lachaux, 1923: 135).

Los autores atribuyen a esta "búsqueda minuciosa de los mínimos detalles" (p. 133) el mecanismo en juego en este síndrome y destacan que no se trata meramente de falsos reconocimientos sino de interpretaciones, es decir de juicios falseados por lo afectivo. De esta forma, los enfermos se convierten en verdaderos acumuladores de detalles que resultan indiferentes para los demás, pero que para ellos tienen un carácter definitorio. Este "exceso de atención" en detalles insignificantes para el común de la gente y esta "preocupación por la exactitud" caracterizan no sólo a este síndrome sino a la disposición paranoica en general (Capgras & Reboul-Lachaux, 1923: 135). Ya habíamos destacado en el primer apartado cómo Margulies insistía en la importancia de esta "atención elevada" en los pequeños detalles.

El siguiente fragmento clínico se corresponde más bien con la descripción de la ilusión de Frégoli. Se trata también de una mujer quien dice ser perseguida por otro personaje femenino que se esconde en distintas personas, presenta un día una cara y otro día otra, pero ella sabe que es siempre la misma: "va cambiando de pelo, de cara, sé que es la misma, yo la reconozco. Por ahí es una mujer vieja, por ahí es un hombre viejo, por ahí se hace travesti". En este caso, algunos rasgos comunes le permiten reconocerla a pesar de las transformaciones que sufre constantemente.

Interpretaciones verbales

La definición de la interpretación de Sérieux y Capgras que la considera como un razonamiento falso puede ser revisada a la luz de los aportes de otros autores, como Isaac Meyerson y Pierre Quercy, quienes en un artículo de 1919 trabajan las **formas truncas de la interpretación**, es decir interpretaciones sin razonamiento. Se trata de interpretaciones bien elementales, despojadas de todo factor de raciocinio. Estos autores dan varios ejemplos donde es manifiesto el carácter alusivo de algunos términos. Citan la transcripción de una entrevista en la cual el paciente comenta que una vecina estaba arreglando el jardín, cortaba algunos arbustos y dijo de repente "es salvaje". Esta expresión le resultó muy extraña al sujeto en ese momento y también luego, en la entrevista, aunque por más que hiciera un gran esfuerzo no puede decir qué es lo extraño en ella ni por qué la trae a la conversación.

Ciertas palabras de una charla trivial pueden volverse insoportables para los enfermos, les provocan un malestar que no pueden definir. Meyerson y Quercy señalan que no todas las interpretaciones se presentan como acabadas y completas, es decir con todos los elementos que las caracterizan: una perturbación afectiva, los hechos de los que parten las interpretaciones, el trabajo explicativo, una formulación verbal. En el caso de las interpretaciones truncas los dos últimos elementos faltan, no hay un trabajo de reconstrucción y explicación ni se accede a la expresión verbal de la interpretación.

Los enfermos quedan tomados por la perturbación de la afectividad y la certeza de que ciertos hechos les conciernen, sin poder agregar mucho más. No se anexa una ideación delirante a esa primera interpretación, que queda en el plano de una extrañeza insoportable que no halla explicación. Las preguntas para intentar descubrir un trabajo delirante o vencer una supuesta reticencia chocan con la constatación de que el enfermo no puede decir mucho más: esa palabra es extraña y punto. La interpretación trunca se da como un fulgor evanescente de una palabra que se coagula y queda en el plano puramente verbal, no se articula en formulaciones delirantes, no participa el razonamiento.

Pocos años después, en 1921 y también en la escuela francesa, Paul Guiraud realiza un estudio detallado de estas **formas verbales de la interpretación**. Comparte con los autores anteriores el hecho de dedicarse a formas que se diferencian de las aisladas por Sérieux y Capgras fundamentalmente porque el factor del razonamiento y la articulación discursiva están ausentes. Guiraud propone cuatro variedades de estas formas de la interpretación que pueden resultar absurdas, poco razonantes: las alusiones verbales, las relaciones cabalísticas, las homonimias y el razonamiento por juego de palabras.

Menciona en primer lugar a las **alusiones verbales**: los enfermos creen que los demás les hacen saber cosas con mala intención a través de objetos o palabras con doble sentido. Da el siguiente ejemplo: "Mi marido ha dejado en su mesita de luz una tabaquera de cuerno, es para que yo comprenda que él me engaña" o " Un celoso que al recibir una carta manchada dice `la mancha fue hecha a propósito, para mostrarle que su honor estaba manchado'" (Guiraud, 1921: 70).

En el caso de las **relaciones cabalísticas** son las cifras las que devienen objeto de interpretación, ya sea el número de la patente de los autos, los teléfonos, el DNI, la fecha de nacimiento. Guiraud da el siguiente ejemplo: "Una interpretadora encuentra en la pérdida de cuarenta centavos la prueba de que ella estuvo cuarenta años sin conocer a su padre." (Guiraud, 1921: 71).

El tercer tipo de interpretación verbal es el de las **homonimias** que consisten en establecer un vínculo entre dos personas a partir de una similitud sonora entre sus nombres o sus apellidos. Recuerdo un paciente que se mostró muy reticente en la entrevista luego de haberme presentado con mi apellido (De Battista). En la entrevista desplegó su posición política acerca de la dictadura y las persecuciones y deslizó: "usted ya lo sabe". Mi apellido había sido interpretado homónimicamente con el del dictador cubano, Fulgencio Batista. En esta variedad de la interpretación se fusionan dos personas, es decir que a una de ellas se le agregan las características de su supuesto homónimo.

Guiraud destaca la importancia de no confundir estas interpretaciones fusionales por homonimia con las asociaciones verbales de los maníacos y los esquizofrénicos. En estos últimos las asociaciones no siguen una idea directriz, simplemente emanan como si los enfermos fueran llevados por el lenguaje. En cambio en el caso de las interpretaciones verbales por homonimia, la asociación de dos personas a partir de esa similitud produce un efecto de consistencia

y localización que no encontramos en la deriva de la fuga de ideas maníaca o en la disgregación del pensamiento esquizofrénico.

Por último, el **razonamiento por juegos de palabras o retruécanos** consiste en establecer un lazo entre dos ideas a partir de la similitud de sus sonidos o bien por la descomposición de palabras. Guiraud da el ejemplo de un paciente cuyo persecuidor era el Dr. Salinié, el paciente se quejaba de que éste lo perseguía y lo ensuciaba: en efecto Sali-nié (Guiraud, 1921: 77). "Sali" es sucio en francés y "nié" es negado. Recuerdo el caso de otro paciente cuya misión en el delirio era relacionarse con los enfermos mentales para absorber el inconsciente de ellos y luego llevar toda la enfermedad mental al centro de la tierra cuando él muriera, en el segundo milenio. Este paciente había extendido su delirio a partir de la interpretación verbal de una publicidad habitual de cal que en aquella época se encontraba camino al hospital, en cuyo cartel decía "Cal `El milagro". Él descompuso esa palabra en mil= milenio, agro= tierra, por lo tanto esa publicidad anunciaba el milagro que él iba a producir en el hospital cuando con su muerte, que ocurriría en el segundo milenio, iba a llevarse toda la enfermedad mental al centro de la tierra.⁴⁷

Vemos cómo en este tipo de fenómenos, la interpretación recae sobre las palabras mismas, de ahí que se trate de interpretaciones verbales, y estas adquieren un peso real en el comportamiento de los enfermos. La certeza de concernimiento surge de las palabras mismas, de sus virtudes alusivas, de las homfonías, de la fragmentación de palabras. Nada de eso es azaroso sino que les concierne. Guiraud (1921) señala que este tipo de interpretación le da al lenguaje del enfermo una "máscara silogística" (p. 79), puesto que abundan los "en consecuencia" y los "por lo tanto" que ponen en conexión los distintos datos. Esta es una diferencia con las asociaciones verbales que pueden darse en la manía o en la esquizofrenia, habitualmente azarosas y volátiles, no anudadas por la significación personal.

La pseudo-constatación espontánea incoercible

Por último, haremos una breve mención a otro tipo de presentación de la interpretación aislado por Gatian de Clérambault en 1933. Este autor, en su continua preocupación por delimitar los mecanismos generadores de las psicosis propone la existencia de un nuevo mecanismo básico, automático, que operaría en algunos delirios interpretativos esquizofrénicos, en algunas psicosis alucinatorias crónicas y en algunos delirios paranoicos.

Es un mecanismo que el autor quiere distinguir del mecanismo interpretativo en su forma clásica, ya que el juicio no está implicado sino que más bien se trata de un trastorno a nivel de la percepción misma por el cual un gesto casual de personas distintas se percibe como único y repetitivo. El fenómeno surge a partir de una percepción perturbada y se convierte en una suerte de "ilusión obsesionante" de la que se deriva una "serie moniliforme fundamental" de gestos

⁴⁷ De Battista, J. (2015) *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.

que se reiteran (Gatian de Clérambault, 1933: 168). Llama a este mecanismo "pseudoconstatación espontánea incoercible" o "pseudoconstatación estereotipada incoercible".

Es importante destacar que en este caso la interpretación no recae sobre lo verbal: "Este mecanismo no consiste en tomar a mal palabras, ruidos o gestos diversos sino en percibir un único gesto de continuo o siempre con el mismo propósito" (Gatian de Clérambault, 1933: 165). Es un trastorno diferente a un trabajo interpretativo sobre datos normalmente percibidos, ya que en este caso hay un trastorno en la percepción -aunque no sea alucinatorio- por el cual los elementos ideativos modifican los datos sensoriales y el enfermo cree que algunos movimientos casuales e involuntarios son gestos específicos dirigidos hacia él y les otorga una coincidencia inexistente (Gatian de Clérambault, 1933).

Habitualmente la pseudoconstatación comienza sobre un fondo mental que no es persecutorio ni hostil e involucra a la vez una ilusión perceptiva que se vuelve obsesiva y está condicionada por un estado afectivo peculiar. Para Gatian de Clérambault (1933) esta pseudoconstatación obedece a una sensibilidad acrecentada, a una "expectación inconsciente" (p. 166). Se repite siempre de la misma forma y es incoercible, irreductible. Los temas aludidos por los gestos tocan la esfera de la intimidad y la dignidad personal: conductas sexuales, defectos físicos, olores corporales, comportamientos considerados inapropiados, indignidad en lo moral.

Gatian de Clérambault da el ejemplo de un caso en el cual el enfermo percibía al pasar por las calle que personas extrañas hacían un gesto con la mano repetidamente en forma estereotipada. A eso no se le agregaban ni injurias, ni burlas, ni nada más que hiciera sospechar una mala intención. Sin embargo, la evolución del cuadro deja entrever que el gesto alude para el enfermo a prácticas masturbatorias o a la impotencia sexual. Al modo de las interpretaciones truncas de Meyerson y Quercy, la constatación del gesto repetido constituye todo el fenómeno, "eso es todo".

El sujeto queda en la experiencia de la repetición de ese gesto enigmático que le concierne. Estas personas que realizan los gestos se expanden, se anticipan en los sitios por donde transita el sujeto, pero no presentan hostilidad, simplemente parecen obedecer a una consigna en una especie de puesta en escena. Son personajes anónimos que responden a propósitos de origen indiscernible y limitan su mímica al gesto que han acordado; no son propiamente perseguidores sino vejadores que parecen querer humillar al sujeto, exasperarlo o volverlo loco. Gatian de Clérambault señala que esta pseudoconstatación puede convertirse en el origen de una tendencia interpretativa difusa.

La pseudoconstatación puede quedar en la mera repetición de ese gesto idéntico o conocer desarrollos delirantes posteriores en los cuales aquellos que reiteran el gesto pasan a formar parte de los perseguidores que "desfilan a distancia, limitando su mímica al gesto convenido; impersonales, esquemáticos, parecidos entre sí, por decirlo de algún modo, vistos de perfil como en un largo friso monótono hecho de una única repetición de la misma figura" (Gatian de Clérambault, 1933: 167). Al igual que en el síndrome de Capgras, estos sujetos captan esto en los pequeños detalles. El desarrollo delirante en estos casos se presenta con la nota predominante de la incertidumbre.

Luego de este recorrido por la interpretación podemos apreciar que se trata de un fenómeno de las psicosis que nos confronta con su cara más sutil, menos estridente, más convincente y verosímil, incluso pareciera más cercano al llamado "pensamiento normal". De ahí la importancia de recuperar las disquisiciones clínicas de los clásicos para poder localizar estos fenómenos e identificarlos en sus caracteres principales: son verbales, irreductibles, incorregibles, incomprensibles, incoercibles y poseen una certeza inquebrantable de significación personal que se basa en una atención rigurosa a los detalles habitualmente considerados insignificantes.

En su seminario sobre las psicosis, Lacan (1955-1956, p. 19 y 35) introduce el tema de la interpretación delirante con un ejemplo muy sencillo, el de un sujeto para quien el mundo que lo rodea se ha vuelto extraño. Los sucesos de la vida cotidiana se convirtieron en signos que le están dirigidos. Incluso el simple pasar de un auto rojo por la calle no le resulta azaroso, por algo pasó en ese momento, aunque él no pueda aún precisar por qué, ni si es algo que le puede resultar beneficioso o perjudicial. Ese auto pasó por allí por algo. Se impone para él que hay una significación. Veremos en el capítulo siguiente cómo estas características fundamentales de los fenómenos elementales que hemos trabajado aquí le permiten a Lacan exponer una explicación novedosa que no remite al silencio de los órganos, sino que respeta la propia materialidad en la que se dan estos fenómenos: la del significante y la significación.

Referencias bibliográficas

- Capgras, J & Reboul-Lachaux, J. (1923). La ilusión de los sosías en un delirio sistematizado crónico. *Littoral, Las psicosis*, 1989: 119-136.
- Gatian de Clérambault, G. (1933). Sobre un "mecanismo automático" radical de ciertos delirios interpretativos: la pseudo constatación espontánea incoercible. En *Automatismo mental. Paranoia*. Buenos Aires: Polemos, 1995, p.165-170.
- Guiraud, P. (1921). Les formes verbales de l'interpretation délirante. *Annales Médico- Psychologiques*, XI, 1, p. 395-412.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. México: Fondo de cultura económica, 1993.
- Meyerson, I.; Quercy, P. (1919). Des Interpretations frustres. *Annales médico- psychologiques*, Sesión del 29 de diciembre de 1919, p. 164- 169.
- Neisser, C. (1891). Disertación sobre la paranoia desde el punto de vista clínico. En Álvarez y Colina (comp.) *Clásicos de la paranoia*. Dor: España, 1997, p. 85-112.
- Sauvagnat, F. (1988). Histoire des phénomènes élémentaires. À propos de la signification personnelle. *Ornicar?*, 44, 19-27.
- Sérieux, P. y Capgras, J. (1909). *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*. La Plata: De la Campana.

CAPÍTULO 12

Lacan y los fenómenos elementales

Julieta De Battista

Fenómenos elementales, fenómenos de lenguaje

Este recorrido por los aportes de la psiquiatría clásica sobre los fenómenos elementales nos permite sopesar hasta qué punto la hipótesis de Lacan tiene un fuerte anclaje clínico. Los fenómenos descriptos comparten muchos rasgos en común. Hay uno que sobresale y es su materialidad de lenguaje. Este punto es central en la teorización de Lacan del seminario III:

¿Cómo no ver en la fenomenología de las psicosis que todo, desde el comienzo hasta el final, tiene que ver con determinada relación del sujeto con ese lenguaje promovido de golpe a primer plano de la escena, que habla por sí solo, en voz alta, tanto en su sonido y furia, como en su neutralidad? Si el neurótico habita el lenguaje, el psicótico es habitado, poseído por el lenguaje. (Lacan, 1955-1956: 358)⁴⁸

La idea del psicótico poseído por el lenguaje Lacan la extrae del testimonio mismo de los pacientes quienes justamente relatan cómo no son dueños de sus palabras, son más bien llevados por el lenguaje, hablados: alguien les hace decir, les impone pensamientos, les hace oír voces que no son propias, comentan sus actos y sus gestos, el pensamiento piensa solo y el lenguaje habla por sí mismo. Estos fenómenos son el testimonio más claro de cómo el sujeto se encuentra en una "relación de exterioridad" (359) con respecto al significante, al aparato del lenguaje.

Esta relación de exterioridad del sujeto con el significante es el fenómeno primero para Lacan y puede manifestarse de diversas formas: en ese comentario desdoblado, banal y persistente de todos los gestos de la vida cotidiana que constituye el automatismo mental; en la multiplicidad de fenómenos auditivos -que van desde la iteración de la fórmula, pasando por la insistencia del estribillo, la síncopa de la frase interrumpida hasta la plomada de la injuria o del neologismo-; en la intencionalización del mundo externo que lo puebla de signos indefinidos de la malicia del otro y de una certeza de significación sin contenido que define a la interpretación.

⁴⁸ Todas las referencias bibliográficas de Lacan en este capítulo son del seminario tres, dictado en 1955-1956, salvo que se consigne otro año de publicación. A los fines de no reiterar la cita bibliográfica, se consigna entre paréntesis el número de página correspondiente de la edición de Paidós.

El sujeto es charloteado, susurrado, hablado, es sede de múltiples fenómenos y su mundo queda invadido de repente por la certeza de una significación inmutable. En la psicosis se presenta de modo característico que el sujeto está completamente captado por la palabra, "está siempre despierto a ese diálogo interior" (448). Estos fenómenos de alienación verbal, este flujo oratorio continuo, este monólogo interior que se ajeniza exigen para Lacan una explicación más justa que la que los remite a las perturbaciones de las facultades mentales o del organismo, por otra parte extrañas a la materialidad misma del fenómeno que es una materialidad de lenguaje (423).

Es justamente por eso que el término "automatismo" escogido por Gatian de Clérambault le resulta de utilidad, pero no por la hipótesis etiológica que le subyace en este autor, sino porque remite a ese carácter del *automaton*, de lo que se piensa por sí mismo, del lenguaje que habla por sí solo: he ahí que este término adquiere toda su precisión (438): "Su automatismo mental, con su ideología mecanicista de metáfora, muy criticable sin duda, nos parece, en su manera de abordar el texto subjetivo, más cercano a lo que puede construirse por un análisis estructural que ningún esfuerzo clínico en la psiquiatría francesa." (Lacan, 1966: 59).

Lacan encuentra que en estos fenómenos algo se presenta estructurado y esa estructura no es otra que la del lenguaje. En ese carácter impuesto, en esa relación de exterioridad del sujeto con el significante se manifiesta la estructura del lenguaje en su duplicidad de significante y significado. Resulta insuficiente elaborar ese automatismo en forma meramente mecánica, pensarlo en cambio en términos de estructura del lenguaje tiene un gran potencial (359).

La particularidad de las psicosis se define entonces no por una perturbación de las facultades mentales o del sustrato orgánico, sino que lo que está perturbado es el funcionamiento total del lenguaje, del orden simbólico y del discurso. Lacan se pregunta entonces cómo es posible que el discurso interior -esa modulación continua que nos habita- se sonorice, se presente sin discontinuidad doblando la vida del sujeto y vocalizándolo todo mentalmente; cómo es que ese discurso interior habitualmente latente se vuelve una alienación permanente, un parloteo incesante que le habla sin parar, una presencia hablante; cómo es que el sujeto cree estar "bajo el efecto de un emisor de parásitos" (428), cómo es que queda invadido por esa "quemazón del lenguaje" (185).

¿Cómo habría que definir esa relación al significante como para entender esta función de automatismo del discurso interior? "¿Qué hace falta para que Eso hable? (...) ¿Por qué eso habla para el sujeto mismo? ¿Por qué eso se presenta como una palabra y esa palabra es eso, y no es él?" (423-424). En definitiva "por qué en la psicosis esos juegos significantes terminan ocupando por completo al sujeto" (317), por qué en la psicosis se da esa intrusión del significante. La construcción de una respuesta posible exige la articulación del análisis estructural, económico y dialéctico; pero antes es necesario producir esta primera reorientación del problema por la cual la valorización de los fenómenos del lenguaje en las psicosis "es la más fecunda de las enseñanzas" (208).

De ahí que Lacan proponga una nueva fenomenología de las psicosis, entendida en términos de fenómenos de lenguaje y no de facultades mentales perturbadas o mecanismos orgánicos intervinientes. Las descripciones de los clásicos ponen de manifiesto que el automatismo

mental, las alucinaciones y las interpretaciones son asunto de lenguaje, son fenómenos de lenguaje y por lo tanto debe buscarse su explicación en la posición del sujeto en la estructura del lenguaje.

He aquí la gran novedad que introduce Lacan, que está a nivel del plano explicativo del fenómeno y no de su descripción. Ahora bien, dar este paso abre las puertas a la pregunta sobre la función que estos fenómenos del lenguaje tienen en la economía de las psicosis. Esa pregunta es inédita e imposible para aquellos que defienden la idea deficitaria del síntoma psicótico como expresión de una lesión o disfuncionalidad orgánica. Antes de avanzar en este plano, nos dedicaremos a continuación a situar cuáles son las características que para Lacan particularizan la relación del psicótico con el significante. Para esto Lacan utiliza la referencia a la dialéctica hegeliana que aprendió de su maestro en el tema, Kojève. Y subraya que "la clínica se descarrió" por haber desconocido la autonomía de la dimensión dialéctica (38).

Características de los fenómenos elementales según Lacan

De forma muy introductoria, podemos decir que Lacan sitúa al psicoanálisis como una experiencia dialéctica, en la cual el paciente puede defender argumentos que en el discurrir dialógico se muestran superados por otras tesis que resultan opuestas y hasta contradictorias. Ahora bien, en la dialéctica hegeliana este juego de tesis y antítesis encontraba una opción superadora de ambas en la síntesis. No podría decirse lo mismo del análisis, que no apunta a lograr una síntesis superadora, sin embargo sí se pueden producir en su curso inversiones dialécticas que abren a nuevos desarrollos de la verdad. El uso más conocido de la dialéctica en la lectura de la clínica psicoanalítica aparece en el escrito de Lacan de 1951 "Intervención sobre la transferencia", en el cual propone transmitir el caso Dora en términos de inversiones dialécticas o escansiones de las estructuras a partir de las distintas posiciones del sujeto que van transformando su relación con la verdad.

Recordemos entonces brevemente cómo el caso Dora comienza con una primera tesis, la que ella lleva a la consulta, en la que se afirma una primera verdad de su situación: el padre hace la vista gorda ante los galanteos del Sr. K, la entrega como objeto a ese intercambio que encubre las relaciones extraconyugales que el padre mantiene con la Sra. K. La primera inversión dialéctica transforma esta afirmación de la realidad en un segundo desarrollo de la verdad, antitético del primero: el papel que la complicidad de Dora ha cumplido en el sostén de la relación de su padre con la señora K, es decir su participación activa aunque inconsciente en el desorden del cual se queja. La prevalencia de sus celos ante esta relación permite acceder al material edípico (identificación al padre) y produce una segunda inversión dialéctica donde el odio al padre inicial se revierte en el profundo amor que la liga a él, allí la señora K se vuelve objeto de un interés insospechado y se desnuda un tercer desarrollo de la verdad. La tercera inversión dialéctica hubiera iluminado el valor que la señora K encarnaba como misterio de la femineidad para Dora. Es en este punto que el progreso dialéctico se detiene a causa de lo que

Freud lee como un obstáculo transferencial y Lacan propone resituar como un efecto del prejuicio freudiano acerca del objeto de deseo de las mujeres.

El proceso analítico concebido como una experiencia dialéctica estaría conformado por un movimiento que transforma las afirmaciones de la verdad iniciales a través de inversiones dialécticas que dan lugar a otros desarrollos de la verdad. De ahí que la posición inicial de Dora, llevada como una niña reivindicativa a la consulta, se transforma al aparecer su complicidad en el asunto y su interés por estas relaciones que se condensa en la pregunta subyacente a sus síntomas ¿qué es ser una mujer? Este progreso dialéctico puede estancarse, de ahí que la transferencia se presente en su faceta de obstáculo a la dialéctica analítica.

En su seminario sobre las psicosis, Lacan retoma esta presentación inicial reivindicativa y paranoide de Dora, este "pequeño síndrome de persecución vinculado a su padre" (132) que a nivel de su contenido y de su temática se asemeja notablemente a los grandes temas de los delirios paranoicos descritos por la psiquiatría clásica.⁴⁹ Se pregunta entonces si eso basta para decir que Dora es una paranoica y la respuesta es un rotundo no, dado que falta en el caso Dora algo que para Lacan es fundamental en el diagnóstico de psicosis: la presencia de los "trastornos del orden del lenguaje" (133). Propone adoptar provisionalmente una convención: exigir la presencia de los trastornos del lenguaje para el diagnóstico de psicosis. Por más fenómeno interpretativo, reivindicativo, incluso alucinatorio que Dora experimenta con respecto al padre, no se trata por eso de un fenómeno elemental psicótico. No hay allí un trastorno en el orden del lenguaje.

¿Cómo definir entonces esta peculiar posición del psicótico en la estructura del lenguaje, cómo reconocerla? Es aquí que el uso de la dialéctica aporta una primera orientación. El fenómeno interpretativo que asigna al padre una mala intención, y por el que Dora se instala en la reivindicación, es susceptible de inversión dialéctica, puede transformarse a partir del diálogo analítico con Freud en el relato de otra escena inconsciente: la de su activa participación en el sostén de esa relación entre el padre y su amante. Una vez abierto el camino asociativo a este segundo desarrollo de la verdad, la reivindicación pierde fuerza y lo que queda en primer plano es el excesivo interés de Dora por la señora K, al punto de no denunciarla jamás por haberla traicionado comentándole al padre de sus lecturas prohibidas.

El fenómeno elemental, en cambio, no es susceptible de inversión dialéctica. Por lo tanto no es analizable, no puede descomponerse en otros elementos, no condensa varios hilos asociativos que puedan desmadejarse: permanece incólumne, inquebrantable, "cerrado a toda composición dialéctica" (37). Lacan se vale para definir las características del fenómeno elemental de algunos de los rasgos que Gatian de Clérambault extrajo de los fenómenos del automatismo mental, sin retomar por eso las tesis etiológicas de este autor que reivindicaban un organicismo extremo. Como ya recordamos, para Gatian de Clérambault el automatismo mental tenía un carácter anideico, neutro, atemático y no sensorial. Lacan va a retomar la primera de éstas como una de las características fundamentales del fenómeno elemental: su **carácter anideico**, es decir "no conforme a una sucesión de ideas" (15). El fenómeno elemental no es deducido, ni

⁴⁹ Cf. capítulo 16, apartado sobre el delirio reivindicativo.

generado por ningún tipo de razonamiento ni consciente ni inconsciente. Se impone disruptivamente como un elemento parásito que no se desprende de ninguna ideación, ni cadena de sentido previa. En términos de Jaspers es incomprensible, rompe con el desarrollo de la personalidad y no se lo puede incorporar a los sentidos previos. De ahí que para Jaspers no habría psicogénesis posible de estos fenómenos incomprensibles y disruptivos. En tanto que para Gatian de Clérambault, este carácter anideico sólo podía responder a un funcionamiento automático que en esa época se adjudicaba al organismo. Veremos cómo la posición de Lacan al respecto no se resuelve en el debate organogénesis/psicogénesis, pero tampoco puede reducirse a un abordaje fenomenológico.

El fenómeno elemental se presenta entonces como una irrupción parasitaria, es "subjetivamente inmotivado" (55). El sujeto no se atribuye estos fenómenos de lenguaje, de los cuales es sin embargo sede. El significante vocifera sin que el sujeto tenga ninguna implicación en esto. El fenómeno elemental permanece "inaccesible, inerte, estancado en relación a toda dialéctica" (37). Se caracteriza entonces justamente por esta interrupción de la dialéctica que le da al relato una inercia especial. El psicótico puede llegar a dudar de la realidad del fenómeno elemental, pero no del concernimiento.

Lacan destaca esta particularidad en el uso que los psicóticos hacen de los neologismos, palabras creadas que no pertenecen al código común o usos de palabras existentes que no obedecen al discurso compartido. Esos neologismos o usos neológicos se presentan con una densidad significativa especial, como si la palabra misma pesara y actuara como una suerte de "plomada en la red del discurso del sujeto" (53), constituyéndose así en puntos de referencia fundamentales, aunque no compartidos. Son palabras claves en el discurso delirante, que no remiten a otra significación sino a la significación misma: quieren decir, significan, aunque no siempre se sepa qué significan, pero para el psicótico esas palabras que pesan cumplen una función de detención, de núcleo de inercia dialéctica cuya "significación de significación" es irreductible e incluso inefable. Vimos ya algunos ejemplos con Sérieux, Capgras, Meyerson y Guiraud. Cabe aclarar entonces que no toda creación de palabras se convierte por eso en un fenómeno elemental, lo es en la medida en que tiene esta característica de lo anideico, de la interrupción de la dialéctica.

Este rasgo de lo anideico, lo **cerrado a toda composición dialéctica** es una característica fundamental del fenómeno elemental que podemos encontrar en el automatismo mental, en las alucinaciones, en las interpretaciones y en el delirio. Lacan insiste una y otra vez en que es conveniente no caer en el sentido común de los profesionales que se ocupan de los psicóticos y que recomiendan comprender a los enfermos. Para Lacan intentar comprenderlos es justamente empezar con el pie equivocado dado que el fenómeno no es comprensible, no puede ser inserto en la cadena del sentido sin que quien lo escucha le esté aportando el propio. Escuchar el fenómeno al pie de la letra implica aceptar que está estancado en relación a toda dialéctica, que es incomprensible y que no conviene intentar comprenderlo. Ese es el punto de partida esencial en la clínica, una disposición primera e indispensable:

En la formación que damos a los alumnos observamos que en este punto siempre conviene detenerlos. El momento en que han comprendido, en que se han precipitado a tapar el caso con una comprensión, siempre es el momento en que han dejado pasar la interpretación que convenía hacer o no hacer. En general, esto lo expresa con toda ingenuidad la fórmula: El sujeto quiso decir tal cosa. ¿Qué saben ustedes? Lo cierto es que no lo dijo. Y en la mayoría de los casos, si se escucha lo que ha dicho, por lo menos se descubre que se hubiera podido hacer una pregunta, y que ésta quizá habría bastado para constituir la interpretación válida, o al menos para esbozarla (Lacan, 1955-1956: 37).

En este punto Lacan se diferencia fuertemente de Jaspers, quien sostenía que el campo de la psicopatología quedaba reducido a aquellos fenómenos comprensibles. Son los fenómenos disruptivos, incomprensibles los que interesan a Lacan en tanto que fenómenos elementales de las psicosis. No hay allí psicogénesis. Retomaremos esto cuando nos ocupemos de la cuestión del delirio.

Otra característica fundamental de los fenómenos elementales para Lacan es que se acompañan de un **sentimiento de realidad**, de un acento de realidad que es la marca del retorno en lo real. Aquí la distinción se vuelve más difusa porque Lacan no ha separado aún conceptualmente la noción de realidad y la de real. Se encarga entonces de aclarar que este sentimiento de realidad no implica que el psicótico crea en la realidad de su alucinación, de hecho los pacientes no tardan en reconocer que esa voz que les habla son únicamente ellos quienes la escuchan y no el resto.

Lacan señala que la alucinación está en una especie de borde entre un sentimiento de realidad y de irrealidad para el sujeto que queda captado por esa irrupción novedosa (204). Entonces, lo que está en juego no es la realidad en su sentido habitual, sino en el sentido de una realidad creada que aparece como algo nuevo y que se presenta en el registro de la certeza. El psicótico bien puede admitir que esa voz no es escuchada por otros, pero eso no le quita la certeza de haberla escuchado. Y esa certeza no es una certeza a secas, es una **certeza de concernimiento personal**: lo que vio o lo que escuchó o lo que pensó es asunto de su interés, le concierne íntimamente. Hay aquí un punto radical que está cerrado a toda posibilidad de inversión dialéctica, es una certeza de concernimiento inquebrantable e incorregible.

Este sentimiento de realidad, esta certeza de concernimiento es también una característica fundamental del fenómeno elemental entendido como un retorno en lo real. En este momento de su obra el registro de lo real comienza a distinguirse tímidamente de la realidad en tanto empieza a formularse en términos que van a persistir en la enseñanza de Lacan: lo real como aquello que vuelve siempre al mismo lugar y como aquello que no engaña (86, 96-97). Aquí la referencia no es la dialéctica de las oposiciones propias del lenguaje, sino ese volver siempre al mismo lugar que caracteriza el movimiento de los planetas y de las esferas celestes. He aquí una primera aproximación a lo que podría explicar esta característica fundamental del fenómeno elemental: el hecho de estar cerrado a toda composición dialéctica, su carácter inerte.

Una relación erotizada con el significante

Es pos de situar la posición del sujeto psicótico en el lenguaje, las preguntas de Lacan tocan las formulaciones clásicas. Ya no se trata de preguntarse si lo que escucha el sujeto existe o no existe en la realidad: "Es evidente que no existe y que es del orden de la alucinación, vale decir de la falsa percepción. ¿Debe esto bastarnos?(...) ¿Pero, por qué aparecería en ese agujero algo tan complejo y arquitecturado como la palabra?" (369). Lacan se pregunta una y otra vez cómo es que el sujeto psicótico queda completamente suspendido de su relación al significante (226).

Lacan rescata "la pequeña revolución"⁵⁰ (39) que produce Ségla al descubrir que en las alucinaciones psicomotrices es visible cómo el sujeto mismo es quien articula aquello que dice escuchar proveniente de las voces. Los movimientos de los labios durante la alucinación, lo sepan o no los enfermos, ponen de manifiesto que la alucinación no viene de una fuente externa y objetiva sino del propio sujeto. Hay una actividad del sujeto en la alucinación, el sujeto es allí creador. En las alucinaciones psicomotrices ellos mismos articulan visiblemente aquello que adjudican a otro. En este sentido, toda alucinación verbal es también una alucinación psicomotriz, en tanto involucra la participación del sujeto. Esto implica un cambio de registro, ya no se trata meramente de un problema perceptivo, de una percepción que se produce sin que un objeto estimule los órganos sensoriales, sino que se pone de manifiesto la participación subjetiva en la creación de la alucinación, la relación de eco interior en la que está el sujeto con respecto a su propia palabra.

Ahora bien, el descubrimiento de Ségla bien merece el homenaje aunque no aporte luz acerca de cómo explicar esta participación subjetiva, queda más bien en el plano de la descripción del fenómeno. Lacan encuentra una orientación al señalar la división fundamental del ser humano que no puede hablar sin escucharse, ¡claro que para poder seguir hablando es necesario no prestar demasiada atención a eso! y al mismo tiempo nadie tiene la posibilidad de no escuchar (430).

El psicótico se perfila para Lacan como un sujeto que está en una relación peculiar con el significante: "el sujeto está a la escucha" (197). La relación a la palabra está libidinizada, "el sujeto está vinculado a ella por una fijación erótica" (205), queda completamente absorbido en ese vínculo que está "indiscutiblemente erotizado" y en el cual emplea todas sus capacidades (203). Hay entonces en la psicosis un "interés electivo por la relación con el significante" (301). Es una relación de exterioridad con el significante que nada tiene que ver con una perturbación de la realidad, sino que implica una verdadera fijación libidinal y electiva. Se trata de una localización subjetiva en la cual el sujeto se encuentra en una ligazón muy fuerte con estos fenómenos de lenguaje que se le vuelven necesarios, al punto de experimentar como el momento de mayor padecimiento la posible desaparición de los mismos:

⁵⁰ Cf. capítulo 9.

Es imposible no tener la impresión de que la relación global del sujeto con el conjunto de los fenómenos de los que es presa consiste en esta relación esencialmente ambivalente: cualquiera sea el carácter doloroso, pesado, inoportuno, insoportable de esos fenómenos, el mantenimiento de su relación con ellos constituye una necesidad cuya ruptura le sería absolutamente intolerable. (Lacan, 1955-1956: 183)

Lacan retoma el caso Schreber para recordarnos qué era lo que ocurría cuando Dios dejaba de hablarle, cuando lo dejaba caer [*liegen lassen*], lo dejaba plantado. Aparecían entonces distintos fenómenos de franco desgarramiento subjetivo que Lacan llamó "**fenómenos de franja**." Habría entonces algo más insoportable que estar invadido y parasitado por la continuidad de ese discurso interior perpetuo "al que está suspendido dolorosamente" (201). Esa relación con el lenguaje se sostiene y la inminencia de su posible ruptura se acompaña de fenómenos internos de desgarramiento como el milagro del alarido -ese grito que se impone en su carácter de borde, fundamentalmente a-significante-, el llamado de socorro -en el cual una significación elemental ya aparece-, el zumbido del discurso en estado puro, el estallido de la significación o la iluminación en franja del mundo externo en la que el conjunto del significante está en juego bajo la forma de una gran perturbación del discurso interior.

Por este camino abierto por Lacan con respecto a la relación erotizada con el significante se perfila la hipótesis de la **función económica** de estos fenómenos elementales. No se trata de quedarse meramente con la idea de que el sujeto está invadido y parasitado por los fenómenos, está también suspendido y soportado en ellos. Lacan da el ejemplo de Marrana, en el cual la constitución del sujeto se da justamente en la alusión (231), hay allí un efecto de localización subjetiva. Hay sujeto en el fenómeno elemental, sujeto suspendido de esa relación erotizada al significante que permite vislumbrar una primera explicación de la inercia a-dialéctica que presentan estos fenómenos. Lacan esboza una idea -que retomará veinte años después- en la que sugiere que el psicótico es un sujeto que, a diferencia del neurótico, está a la escucha del significante, como si se dejara poseer y remodelar por él. Lo dice en 1955 de Schreber y lo vuelve a plantear en 1975 con Joyce.

Esa relación erotizada al significante que se presenta como palabras impuestas estaría ligada para Lacan a la falta de una relación con el otro. Podríamos pensar que el lazo a los otros está conservado en las neurosis, tal como lo introdujo Freud, y eso da cierta movilidad libidinal manifiesta en las inversiones dialécticas donde se va reconfigurando la posición del sujeto con respecto a los otros que forman parte de su sostén libidinal. En cambio, en las psicosis la relación que se ha erotizado es al significante, en desmedro de los otros. El psicótico no desvaloriza esa "vana rumiación mental" que habita a todo ser hablante, sino que hace de ella un uso distinto que el que hace el neurótico, quien la desconoce y no quiere saber nada de ella (193). Habría para Lacan un uso provocador del significante en las frases interrumpidas del automatismo mental por el cual se vuelven audibles alucinatoriamente las representaciones de palabra (277 y 259). La pregunta por la función comienza a esclarecerse. Lacan retoma la idea freudiana de que los psicóticos aman al delirio como a ellos mismos para avanzar en esta peculiar

posición de erotización del significante en desmedro del lazo con los demás. Pasaremos ahora a tratar el desarrollo de Lacan acerca del delirio.

El delirio es un fenómeno elemental

Vemos entonces cómo para Lacan, los fenómenos elementales no son fenómenos aislados que pueden extirparse y disecarse en el discurso del paciente, sino que dan la clave de la posición del sujeto en el lenguaje y su economía, tienen una función. La fenomenología de la psiquiatría clásica se quedó en la descripción de los fenómenos y abundó en distinciones que, si bien Lacan recomienda conocer por su precisión, no permitieron avanzar en la elucidación de la posición subjetiva del psicótico:

No se ha dado un solo paso en el análisis de los fenómenos. Si algo debe distinguir el punto de vista del analista ¿acaso es preguntarse, a propósito de la alucinación verbal, si el sujeto escucha poquito, o mucho, si es muy fuerte, si estalla, o si de verdad oye con su oreja, si es de adentro, o del corazón, o del estómago? (...) Introducimos en lo que experimentan distinciones y categorías que sólo nos interesan a nosotros, no a ellos. (Lacan, 1955-1956: 160).

Lacan extrae de las descripciones de la psiquiatría un rasgo común que atraviesa y unifica a todos esos fenómenos psicóticos: son irreductibles, cerrados a toda composición dialéctica, pero eso no quiere decir que se los pueda separar de la estructura que les subyace. La concepción del fenómeno elemental en Lacan es estructural y por lo tanto lo que cuenta es la combinación de los fenómenos que nos permite acceder a la posición particular de ese sujeto en el lenguaje (39), una posición de erotización del significante.

Pero, ¿qué quiere decir que la concepción del fenómeno elemental es estructural? Lacan se separa de los abordajes propios de la psiquiatría clásica cuya referencia psicológica era el asociacionismo y la idea de la conformación de totalidades más complejas a partir de la asociación de elementos más simples, más elementales. La **estructura** conlleva para Lacan ciertas coordenadas, es un "grupo de elementos que forman un conjunto co-variante" (261), por lo tanto el elemento no puede definirse por sí mismo, aislado de los otros, sino que su existencia depende de los otros elementos del conjunto en sus coordenadas que, por otra parte, no implica tampoco una totalidad. Esta idea Lacan la toma de la lingüística estructural de Saussure y su definición de la lengua como un sistema de oposiciones. La estructura es la estructura del lenguaje, estructura y significante son indiscernibles (262).

Desde esta perspectiva se puede captar mejor la tesis de Lacan acerca del delirio: el delirio es un fenómeno elemental. Muchos autores de la psiquiatría clásica diferenciaban la emergencia de estos fenómenos iniciales de lo que parecía ser un intento de explicación de los mismos a partir de la articulación delirante. Por ejemplo, la distinción que establece Séglas entre la melancolía simple y la melancolía delirante supone que el delirio surge como una tentativa de

explicación de los fenómenos primordiales del dolor moral.⁵¹ Jaspers también diferencia la experiencia de las vivencias delirantes primarias, que son metodológicamente incomprensibles de la elaboración delirante que es, en cambio, comprensible. Sin embargo ya vimos cómo Gatian de Clérambault -maestro que para Lacan es indispensable- introduce una innovación en esta tesis del delirio como intento de explicación y propone una relación nuclear entre los fenómenos elementales y el delirio, una continuidad.

Aunque no lo explicita, la afirmación de Lacan sobre el delirio como fenómeno elemental parece acercarse bastante a esta segunda postura de su maestro en psiquiatría. Sólo que la argumentación difiere notablemente. Mientras que para Gatian de Clérambault opera en ese núcleo inicial el mecanismo automático del organismo, Lacan lee en el delirio la misma fuerza estructurante del fenómeno elemental:

Ya desde esa época, subrayo con firmeza que los fenómenos elementales no son más elementales que lo que subyace al conjunto de la construcción del delirio. Son tan elementales como lo es, en relación a una planta, la hoja en la que se verán ciertos detalles del modo en que se imbrican e insertan las nervaduras: hay algo común a toda la planta que se reproduce en ciertas formas que componen su totalidad. Asimismo, encontramos estructuras análogas a nivel de la composición, de la motivación, de la tematización del delirio, y a nivel del fenómeno elemental. Dicho de otro modo, siempre la misma fuerza estructurante, si me permiten la expresión, está en obra en el delirio, ya lo consideremos en una de sus partes o en su totalidad (...) El delirio no es deducido, reproduce la misma fuerza constituyente, es también un fenómeno elemental. Es decir que la noción de elemento no debe ser entendida en este caso de modo distinto que la de estructura, diferenciada, irreductible a todo lo que no sea ella misma. (Lacan, 1955-1956: 33).

Esa misma fuerza estructurante, constituyente, podemos encontrarla en todos los fenómenos psicóticos y en todos los momentos de su evolución, de ahí que Lacan utilice la metáfora de la planta. Actúa a nivel de los fenómenos iniciales, pero también en los temas finales del delirio. Para Lacan, todos los estadios de la psicosis portan esa marca de origen: los estadios terminales son tan instructivos como los iniciales, en el comienzo encontramos esbozados los temas que van a desarrollarse en el delirio (94,171).

Hay una fuerza estructurante que se mantiene inmutable, como un hilo rojo que puede reconocerse en la multiplicidad de fenómenos descripta por la psiquiatría clásica. La elaboración de Lacan va a avanzar en la dirección de poder establecer qué es lo que especifica a esta fuerza estructurante en el caso de las psicosis. Por otra parte, esta fuerza estructurante no puede ser reducida a un mecanismo imaginario, lectura frecuente que suele hacerse del esquema Z al decir que en la psicosis el gran Otro está excluido y por lo tanto al psicótico sólo le queda el eje imaginario a-a' para sostenerse. Si bien Lacan propone esta tesis de la exclusión del Otro en

⁵¹ Cf. capítulo 19.

las psicosis (80-81, 231) esta formulación debe contextualizarse en las coordenadas del sujeto, ya que no es una afirmación estática sino que hay que introducirla en una dinámica.

Podríamos decir que para Lacan hay exclusión del gran Otro en la medida en que en el momento del desencadenamiento el sujeto queda sumido en la perplejidad. Pero eso no impide que el sujeto intente reestablecer un orden, que Lacan llama "orden delirante" (81) y cuyo comienzo lleva justamente la marca de una iniciativa que viene del Otro (275). La restitución delirante cumple entonces una función compensatoria. Esta restitución de un orden tampoco opera por deducción, sino que al igual que el fenómeno elemental es anideica, no responde a una sucesión de ideas, el delirio tampoco es razonado, se impone al sujeto (311).

La **exclusión del Otro** en las psicosis corresponde a ese momento en que la relación con ese gran Otro o bien no fue adquirida o bien fue perdida, pero eso no implica que el Otro no exista en las psicosis y entonces por eso sólo quede la opción de la relación imaginaria a-a'. No es ésta la propuesta de Lacan, quien aclara: "A partir del momento en que el sujeto habla hay un Otro con mayúscula. Sino, el problema de la psicosis no existiría. Los psicóticos serían máquinas con palabras" (63). Paradojalmente para este Lacan de 1956 la frase "el Otro no existe" no tiene mucho sentido y se pregunta sobre el final del seminario qué es lo que querría decir que el Otro no existe (390). Aun en las psicosis, Lacan postula la existencia del Otro y sostiene que Schreber construye en el delirio un Otro-Dios absoluto como lugar donde la palabra se constituye para él y eso tiene un efecto de estructuración. El delirio es un modo de relación del sujeto con el lenguaje, es un campo de significación que se organiza a partir de un significante particular y nos permite acceder por lo tanto a cómo se sitúa el sujeto con respecto al orden simbólico (174). Ahora bien, esta posición en lo simbólico y por lo tanto en los lazos es diferente que en las neurosis.

Así, no basta con decir que la diferencia entre neurosis y psicosis radicaría en que en la neurosis el deseo se realizaría en lo simbólico y produciría un retorno de lo reprimido *in loco*, es decir en lo simbólico; mientras que en las psicosis el retorno aparecería *in altero*, en lo imaginario y sin velo. Esta distinción entre realización del deseo en lo simbólico para la neurosis y en lo imaginario para las psicosis es insuficiente para Lacan: "Porque una psicosis no es simplemente eso, no es el desarrollo de una relación imaginaria, fantasmática, con el mundo exterior" (155). Más adelante agrega: "Nada puede esperarse de un abordaje de la psicosis en el plano imaginario, porque el mecanismo imaginario da la forma, pero no la dinámica, de la alienación psicótica." (212). Así, lo que está en juego en las psicosis no puede reducirse a la operatoria de mecanismos imaginarios ya que ningún comportamiento humano puede reducirse a la relación imaginaria (211, 138).

¿Qué es lo que distingue entonces al delirio psicótico del delirio común de la humanidad? Lacan considera que el delirio puede convertirse en un doble legible de la investigación teórica (45), ya que se abordan en los delirios los grandes problemas del ser humano, pero de una forma que se acerca también a las grandes teorías de la humanidad. Freud ya había señalado la similitud entre los rayos schreberianos y su teoría de la libido. Lo que lo diferencia no está en el contenido, sino que es justamente esa relación erotizada al significante que ya desarrollamos

y que se manifiesta por esos puntos de inercia dialéctica, esas plumadas en el discurso, esas significaciones electivas que cargan a algunos significantes.

Ese interés electivo por el significante hace que el psicótico se aferre a él, podría decirse que ama al significante como a sí mismo, parafraseando la frase freudiana sobre el delirio. Lacan señala la resonancia de esta frase con la máxima bíblica de amar al prójimo como a uno mismo. En el caso de la psicosis es el significante y el delirio lo que pasa a ocupar el lugar del prójimo, el sujeto psicótico se aferra a eso (310). De ahí que la relación al lenguaje se vuelva fundamental para la economía del psicótico y ciertos personajes, por ejemplo Flechsig, adquieren importancia en tanto son sostenes del delirio (182). A partir de allí se establece lo que Lacan llamó "escala de los delirios" (112), en la que puede diferenciarse entre las ideas delirantes deshilachadas de la esquizofrenia y la abundancia interpretativa de la paranoia o la economía delirante austera de la melancolía.⁵² El paranoico articula con una riqueza de la que el esquizofrénico carece.

Entonces, el camino para avanzar en la pregunta por la fuerza estructurante en juego en los fenómenos elementales no es el de lo imaginario, es el del significante que permitiría explicar la dinámica deseante que opera en las psicosis, en sus diferencias con la neurosis (330), por lo tanto el delirio no es meramente un armado imaginario, es el significante fundamental del delirio aquello que da la envoltura, polariza y estructura las significaciones de modo tal que en el ordenamiento final del delirio podemos acceder a esos elementos primitivos y enigmáticos del inicio. Por lo tanto, los fenómenos elementales deben ser entendidos en términos de los tres registros y no meramente en términos imaginarios.

Lacan pretende ir más allá de una descripción exhaustiva y precisa de los fenómenos para avanzar en su explicación a partir de los tres registros. En este intento comienza a formularse una hipótesis que habría de decantar en 1958 en su tesis acerca de la forclusión del Nombre-del-Padre, denominación que adquiere esta fuerza estructurante de la que venimos hablando. La "cocina" de esta hipótesis se gesta en el seminario sobre las psicosis. Restituiremos a continuación algunos de sus hitos fundamentales.

La *Verwerfung* de un significante primordial

Esta relación erotizada con el significante que caracteriza a los fenómenos elementales para Lacan responde a una particularidad del funcionamiento inconsciente en estos casos que podría explicar la fuerza estructurante en las psicosis. Recordemos que para este autor el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Lacan parte de la relación neurótica al inconsciente por la cual se reprimen determinadas representaciones que regresan disfrazadas bajo la forma del retorno de lo reprimido. Ese tipo de retorno es un retorno en el registro de lo simbólico, el síntoma es un sustituto e involucra una simbolización primordial. La represión es la otra lengua

⁵² En su libro *Lógica del delirio* (1997), Maleval retoma esta expresión de la escala del delirio y propone una lectura al respecto.

con la cual el neurótico fabrica sus síntomas. Los síntomas del retorno de lo reprimido son también fenómenos de lenguaje, expresión de la lengua de la represión (91) ¿Qué diferencia a los fenómenos de lenguaje en las psicosis?

En el caso de las psicosis otro es el panorama, el inconsciente aparece en lo real y no en lo simbólico. Los fenómenos propios de este tipo clínico más bien parecen confrontarnos con la presencia de un inconsciente no reprimido, "a cielo abierto": es decir que aquellas representaciones que habitualmente en las neurosis están reprimidas y sólo hallan expresión desfiguradamente, en las psicosis se presentan en crudo, sin velo, sin disfraz, de forma cristalina, sin desfiguración, sostenidas incluso por otro lenguaje que no es el lenguaje común, sino el lenguaje de las alucinaciones o del delirio. Sólo que el sujeto no asume este discurso inconsciente como propio, aunque no sabido, sino que lo atribuye a los otros: no es él quien habla, no es él quien dijo. Quizás por eso mismo le resulte al psicótico más fácil expresar aquello que el neurótico reprime, ya que no es él quien lo dice sino los otros: "El establecimiento del discurso común, casi diría del discurso público, es un factor importante en la función propia del mecanismo de represión" (90).

Lacan señala entonces que la posición del sujeto neurótico difiere de la del psicótico con respecto al lenguaje, al inconsciente. El inconsciente es el discurso del Otro (163). El ser humano tiene que arreglárselas con esa frase interior, ese continuo monólogo lenguajero, que el yo del neurótico evita escuchar, mientras que en el caso de la psicosis eso opera a cielo abierto (164). Podríamos decir que para Lacan no es que el psicótico escucha voces que no existen, sino que el neurótico aparta su conciencia y no escucha a esa modulación continua del inconsciente:

¿Acaso no sabemos nosotros, los psicoanalistas, que el sujeto normal es en lo esencial alguien que se pone en posición de no tomar en serio la mayor parte de su discurso interior? Observen bien en los sujetos normales, y por ende en ustedes mismos, la cantidad de cosas que se dedican fundamentalmente a no tomar en serio. Es tal vez, sencillamente, la primera diferencia entre ustedes y el alienado. Por eso en gran medida, el alienado encarna, sin pensarlo siquiera, aquello en lo cual iríamos a parar si empezáramos a tomar las cosas en serio. (Lacan, 1955-1956: 178).

El psicótico es para Lacan un "mártir del inconsciente" (190), da testimonio de la existencia del inconsciente pero, a diferencia del neurótico -cuyo testimonio del mismo es encubierto y sujeto a desciframiento-, en el caso del psicótico se trata de un testimonio abierto que no requiere de descifrado, pues todo está allí, expuesto. Hay entonces para Lacan discurso del inconsciente tanto en el delirio como en la alucinación (177); sin embargo se trata de un inconsciente con una "inercia muy especial" (208), que se revela irreductible. Pero este inconsciente psicótico no puede reducirse meramente a un mecanismo imaginario. Lo que está en juego en ese discurso alucinatorio debe rastrearse en "la historia del sujeto en lo simbólico" (25). Lacan propone entonces la siguiente fórmula: "lo rechazado en

lo simbólico reaparece en lo real" (71) y retoma para esto la terminología freudiana en su tardío artículo sobre la negación.

Habría entonces una *Bejahung*, una admisión en el sentido de lo simbólico, que posibilitaría una posterior *Verneinung*, negación. Este es el registro en que el que se despliega el lenguaje de la represión y el retorno de lo reprimido. Pero podría suceder que determinado sujeto excluya, rechace, rehúse "el acceso, a su mundo simbólico de algo que sin embargo experimentó" (23). Dejemos por ahora a un lado ese "algo" al que Lacan se refiere para focalizarnos en esta operatoria fundacional que es fundamental: aceptación o rechazo de "algo" que opera en el mundo de lo simbólico.

Si el sujeto admite esa simbolización primordial (*Bejahung*) el mundo se estructura a la manera de la neurosis y lo reprimido retorna en síntomas que son metáforas, sustitutos. Si en cambio la rechaza (*Verwerfung*), lo que ha sido rechazado tiene otro destino, no retorna en lo simbólico bajo la forma del síntoma-metáfora, sino que reaparece en lo real. A falta de la mediación que introduce lo simbólico, se desarrolla una "proliferación imaginaria", una especie de "reacción en cadena" (127) que pone en primer plano la experiencia del cuerpo en las psicosis bajo la forma de la tensión agresiva, la cautivación erótica y la fragmentación, inmortalizadas por Schreber en su frase "un cadáver leproso que arrastra tras de sí a otro cadáver leproso" (210). Así, la *Verwerfung* de un significante en lo simbólico impacta en los otros registros.

La diferencia esencial aquí es entre la admisión de esa simbolización primordial o su rechazo, entre algo que entra en la simbolización y algo que queda por fuera de ella. El hecho de admitir o dejar por fuera de la simbolización ese "algo" que definiremos en breve, tiene incidencias en cómo se estructura el sujeto y su mundo. Vemos así cómo Lacan se despega completamente de la hipótesis freudiana de la proyección como posible mecanismo de la psicosis y propone directamente abandonar ese término (73, 112).

La psicosis queda definida entonces para Lacan por esta posibilidad de una *Verwerfung* primitiva en la relación del sujeto con lo simbólico, "algo" no es simbolizado y reaparece, irrumpe en lo real. Distingue así los destinos diferenciales de aquello que es afectado por una *Bejahung* primitiva de lo que cae bajo la *Verwerfung*. Establece así una distinción estructural entre neurosis y psicosis, que había quedado borrada en Freud por haber leído el caso Schreber aplicándole el esquema de causación que había obtenido de la histeria.

La neurosis se caracteriza por un "compromiso simbolizante" (126) que trata a las pulsiones a través de la metáfora y esto es manifiesto en forma muy temprana, lo encontramos ya en los síntomas de la neurosis infantil que se reconstruyen en el análisis del adulto. En cambio, en la psicosis este compromiso simbolizante está afectado por lo que Lacan insiste en llamar "accidentes biográficos de cada quien" (256). De modo que la existencia de una psicosis "infantil", en el sentido en el que el término es utilizado para la neurosis, requiere de otros comentarios. No se deduce de ello que la psicosis no tenga historia, aunque Lacan deslice una oración que parece ir en ese sentido, sino que lo que aparece en forma temprana son los efectos de aquello que no fue simbolizado primitivamente.

Es importante destacar que para Lacan no se trata de una ausencia completa del registro de lo simbólico en las psicosis sino del rechazo de un significante que es primordial en nuestra cultura: el significante del Nombre-del-Padre, la ley del Edipo que es para Lacan una ley de simbolización. Este es el "algo" que evocábamos antes, lo que queda por fuera de la simbolización primordial. Lo que es rechazado no es el conjunto del orden simbólico sino ese significante primordial del Nombre-del-Padre. La *Verwerfung* recae sobre ese significante y produce efectos en el conjunto de los significantes, en lo imaginario y en lo real. El Nombre-del-Padre introduce un orden en lo simbólico, es un significante de base que organiza los efectos de significación.

Para Lacan la realidad humana está sostenida y tramada por una trenza de significantes, está constituida por las nevaduras del significante. Lo simbólico introduce en lo real una serie de oposiciones -como la del día y la noche- que no están en lo real, pero que lo estructuran, lo organizan, le dan un armazón (284). Los puntos de apoyo que sostienen el mundo para alguien son reducidos. El significante del padre ha tenido un lugar preponderante en nuestras organizaciones sociales occidentales. La realidad está estructurada como una realidad común y compartida por la presencia de este significante primordial que se ha ido transmitiendo en las generaciones (357). El Nombre-del-Padre opera como un punto de almohadillado, un anudamiento entre significante y significado que polariza el campo de las significaciones, logra atrapar un haz de significaciones. Lacan lo compara con una carretera principal, que es un significante indiscutible de nuestra cultura en tanto vía de comunicación, o con un anillo que permite que todo se mantenga unido, al producir un ordenamiento de las generaciones (416, 454, 399). Esto es lo que lo vuelve primordial, el hecho de ser un punto de ligazón fundamental que posibilita el lazo con los demás. La falta de ese significante por haber sido rechazado pone en cuestión esa organización del conjunto del significante y el anudamiento que posibilita (289).

Lacan utiliza la metáfora del taburete para transmitirlo (289). Dice que no todos los taburetes tienen cuatro patas, ya que hay algunos que pueden sostenerse con tres. Un taburete de tres patas es más inestable que un taburete de cuatro patas. Sin embargo, puede sostenerse con tres, hasta que alguna otra situación reclame la necesidad de la cuarta pata, o algún encuentro contingente derrumbe las dos o las tres que estaban en pie. Es muy importante entonces poder detectar cuáles son los puntos de apoyo fundamentales del mundo con que cuenta un sujeto, eso puede incluir al Nombre-del-Padre o no. De ahí que cobren importancia también las constelaciones conflictivas, las distintas encrucijadas de la historia biográfica de alguien que ponen a prueba la capacidad de respuesta y la estabilidad de esos sostenes.

Esta concepción de Lacan se acerca bastante a la que sostiene en el final de su enseñanza en la que el sujeto es pensado como soportado por un tipo de anudamiento de los registros. Ese anudamiento puede contar o no con el anillo del Nombre-del-Padre. Si cuenta con el cuarto del Nombre-del-Padre estamos para Lacan en el terreno de la versión del padre o *pèrversion*,⁵³ que comprende a neurosis y perversión. En cambio, si el Nombre-del-Padre ha sido rechazado, ese anudamiento puede sostenerse de otras formas que no incluyen ese ordenador

⁵³ Lacan juega con la homofonía de esta expresión que evoca tanto a la versión del padre como a la perversión.

de los lazos compartidos, pero que bien pueden anudarse con otros nombres del padre. El anudamiento puede establecerse, pero también deshacerse, aflojarse, cortarse.

Ya en el seminario III Lacan tiene la idea de que podría saberse cuál es el número necesario de puntos de ligazón entre significante y significado para que alguien sea considerado "normal" (384) y que el hecho de que los mismos no puedan ser establecidos o se aflojen abre la puerta a la psicosis. Entonces, esta concepción instala la idea de la psicosis no sólo en sus momentos de desanudamiento y desencadenamiento, sino también en los avatares del sostén de un mundo sin recurrir al significante primordial del Nombre-del-Padre. Por este costado se abre una vertiente que ya no considera únicamente a la psicosis en términos de defecto, de falta de un significante, sino en su potencial creativo y sublimatorio para conformar un mundo que sea soportable para el sujeto psicótico.

En el seminario III Lacan aborda algunas modalidades de compensación, de suplencia a esta *Verwerfung* del Nombre-del-Padre. Y retoma justamente los planteos postfreudianos de Hélène Deutsch acerca de las "personalidades como si" -formas larvadas de la esquizofrenia que pueden mantener un semblante de normalidad-, y los de Katan acerca de la *pre-psychotic phase*. Allí está en juego una modalidad de compensación imaginaria de aquello que no fue simbolizado primordialmente. Esta compensación imaginaria opera mediante identificaciones utilizadas como "enganche" y no reguladas por lo simbólico. Lacan las llama "identificaciones conformistas" o "muletas imaginarias" (274, 294) que actúan compensando la imposibilidad de simbolización. Estas identificaciones operan como un "punto de enganche" para el sujeto, que lo cautiva y aliena radicalmente en una imagen, sin posibilidad de producir la exclusión recíproca que permite diferenciar al yo del otro: actúan imitando exactamente al otro, se convierten en él.

En el caso de Katan que Lacan comenta el sujeto en cuestión resuelve su estar en el mundo a través de una identificación mimética con un compañero que le permite sostener cierto semblante yoico de virilidad. Pero la exigencia simbólica que implica el encuentro con el otro sexo revela lo frágil de la solución. Hélène Deutsch las llamaba "personalidades como si" porque pueden sostener un semblante de normalidad a partir de reproducir identificatoriamente y al dedillo los comportamientos de sus semejantes,⁵⁴ pero esto no implica que la diferencia yo-otro esté constituida justamente porque sólo se ha producido la cautivación alienante en la imagen del otro, pero no el movimiento de exclusión recíproca que le permite al yo reconocerse como una unidad cuya identidad se diferencia del otro. En estos casos el poder de la imagen aparece de forma exagerada y se manifiesta "en el orden de la potencia y no en el del pacto" (292). Para Lacan son sujetos que no entran en el juego de los significantes sino es a partir de una imitación exterior (360). Sin embargo, un mundo puede sostenerse para alguien durante cierto

⁵⁴ Véase el artículo de mi autoría "Reflexiones clínicas acerca de las personalidades 'como si' de Helene Deutsch a la luz de la enseñanza de Jacques Lacan." en *Revista Clepsios*. Volumen XIV. Marzo/ Junio 2008. N° 1, p. 17-19. ISSN: 1666-2776.

tiempo en esta solución de las identificaciones conformistas como forma de compensación de la ley ausente del Nombre-del-Padre.⁵⁵

Vemos así cómo Lacan se interesa no solamente por las condiciones en que las psicosis desencadenan y muestran su cara más deficitaria de derrumbe del mundo y del cuerpo, sino que otorga especial importancia a las formas en que ese mundo puede volver a estructurarse y sostenerse, a las tentativas de compensación y restitución de los lazos, a cómo el sujeto logra - o no- forjarse un mundo con lo que ha quedado y ubicarse en él (121). En esto radica la desventaja, pero también el privilegio del sujeto psicótico.

Referencias bibliográficas

- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En J. Lacan. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1988.
- Lacan, J. (1955-1956). *El seminario. Libro III. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En J. Lacan. *Escritos II*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1988, p. 513-564.
- Lacan, J. (1966). De nuestros antecedentes. En J. Lacan. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1988.
- Lacan, J. (1975-1976). *El seminario. Libro XXIII. El sinthome*. Buenos Aires: Paidós.

⁵⁵ El personaje principal del film *Being there*, en español "Desde el jardín", muestra los alcances y limitaciones de este tipo de solución.

CAPÍTULO 13

Aportes, conclusiones, discusión

Julieta De Battista

El recorrido previo nos ha presentado la importancia de volver a las descripciones de los psiquiatras clásicos para poder reconocer en ellos estos fenómenos elementales que nos permiten leer la posición del sujeto psicótico en el lenguaje. El ser humano es para Lacan un sujeto capturado y torturado por el lenguaje (Lacan, 1955-1956: 350). Su padecer no puede entenderse de otra forma que remitiéndolo al lenguaje, ya que no hay forma en que el ser humano pueda curarse del significante.

En 1975 Lacan se pregunta cómo puede ser que el llamado hombre "normal" no se cuenta que la palabra es un parásito, que es la forma de cáncer que aflige al ser humano y deja del lado del llamado "enfermo mental" la capacidad de sentirlo. Somos hablados desde antes de haber nacido, el lenguaje nos preexiste. Sin embargo, hay distintas posiciones ante ese punto de partida universal, que vale para todos los casos: el del *pathos* del lenguaje, el de sufrir por ser hablantes. Hay particularidades y hay tipicidades que pueden transmitirse. En este nivel radica el gran aporte de la clínica psiquiátrica clásica. Sus descripciones dejan al descubierto que el sujeto psicótico padece de ser hablado, atravesado, intervenido por el lenguaje, por el Otro.

Los primeros capítulos de esta parte se destinaron a establecer esas tipicidades: la diferenciación entre alucinaciones, ilusiones e interpretaciones; la distinción entre alucinaciones psicosensores, alucinaciones psíquicas, alucinaciones psicomotrices y pseudoalucinaciones verbales; las variadas formas del automatismo mental y de la interpretación (delirante, verbal, trunca). La concepción del fenómeno elemental no diluye ni pulveriza estos tipos clínicos que conviene aprender a reconocer, si bien podemos extraer de todos ellos este rasgo común de ser fenómenos de lenguaje.

Un párrafo aparte merecen las perturbaciones que se dan a nivel del cuerpo -fenómenos hipocondríacos,⁵⁶ alucinaciones genitales, cenestopatías, automatismo sensitivo, pérdida del sentimiento de la vida-. ¿Son o no son fenómenos elementales? En algunas discusiones se ha sostenido que no lo son porque no presentan una materialidad de lenguaje, no son fenómenos de cadena rota como las alucinaciones, no presentan ese costado verbal. En parte este argumento tiene su validez, dado que los fenómenos corporales referidos suelen ser de carácter

⁵⁶ Lacan considera que los fenómenos hipocondríacos son síntomas psicóticos y que en ellos se presenta la ausencia de dialéctica que ya hemos señalado como característica fundamental de los fenómenos elementales (Lacan 1955-1956: 445-446).

inefable, de difícil transmisión en palabras y cuya estructuración significativa no es tan marcada como en el caso de la alucinación.

Sin embargo difícilmente podría pensarse con Lacan que el efecto del lenguaje sobre el viviente no impacte en el cuerpo. Si bien estos fenómenos no ponen en primer plano el componente verbal, no por ello dejan de ser efecto de una posición forclusiva del sujeto en el lenguaje y por lo tanto merecen ser considerados también como fenómenos elementales, fenómenos de lenguaje que nos dan la matriz de la posición del sujeto psicótico. Los fenómenos corporales están en primer plano en el sufrimiento del sujeto psicótico,⁵⁷ constituyen incluso el material privilegiado del delirio para Lacan (1955-1956: 22). Esta relación al cuerpo fragmentado que aparece con una nitidez extraordinaria en el relato psicótico habla de la vividez endofásica con la cual el sujeto psicótico experimenta la relación con el cuerpo, como si tuviera acceso a una continua y minuciosa endoscopía del interior de sus órganos. El testimonio del sujeto psicótico es un testimonio acerca del sufrimiento del cuerpo.

La relación al cuerpo propio -muchas veces no experimentado como propio, sino como Otro- es fundamental en las psicosis. Se abre aquí otro punto importante a destacar en la transmisión de los fenómenos elementales, que ha quedado muy ligada inicialmente al paradigma de la alucinación auditiva verbal. Lo elemental debe entenderse en el sentido de un fenómeno que es fundamental para pensar la posición subjetiva psicótica, pero ello no implica que se lo deba pensar como un fenómeno unitario, aislado. La concepción del fenómeno elemental es estructural y cuestiona justamente las concepciones asociacionistas, por lo tanto los fenómenos elementales cuentan en una combinación que involucra la constelación original a la que advino ese sujeto, los hitos decisivos de la articulación simbólica de su historia, las encrucijadas biográficas con las que se encontró, aquello que le fue transmitido del deseo del Otro, su posición con respecto a los significantes primordiales, su relación al cuerpo propio y a los lazos con los demás.

En esta concepción no se trata entonces de poner bajo la lupa un fenómeno sutil hasta poder deslindar su carácter elemental, sino de entender que lo fundamental está en esa combinación y no en un fenómeno aislado que officiaría como signo de la estructura. La fuerza estructurante de la que habla Lacan no queda localizada únicamente en un fenómeno, lo atraviesa todo, al modo de una nervadura. Focalizarse excesivamente en la disección de un fenómeno, interrogarlo sin descanso, puede dificultar la escucha del sujeto en tanto se lo objetaliza para poder investigar en detalle el fenómeno. La indicación sigue siendo dejar hablar el mayor tiempo posible, en la mayor libertad, sin comprender ni enfocarse excesivamente en algo en particular. El riesgo es el de estar más interesado en la detección del fenómeno para definir el diagnóstico que en la escucha de las coordenadas subjetivas singulares del sufrimiento. Lacan nos deja esa advertencia: "la noción de fenómeno elemental, las distinciones de las alucinaciones, los trastornos de la percepción, de la atención, de los diversos niveles en el orden de las facultades, han contribuido sin duda alguna a oscurecer nuestra relación con los delirantes" (Lacan, 1955-1956: 175).

⁵⁷ Defiendo este argumento con mayor desarrollo en mi tesis de doctorado titulada *El deseo en las psicosis* (Buenos Aires: Letra Viva, primera edición 2015, segunda edición 2017) y en el capítulo sobre la angustia hipocondríaca de un libro que forma parte de esta colección, *Las psicosis en Freud* (La Plata: EDULP, 2017).

Por último, voy a retomar una pregunta habitual de los estudiantes ¿hay fenómenos elementales antes del desencadenamiento? Es frecuente entre algunos profesionales hablar de la "psicosis clínica" como sinónimo de "psicosis desencadenada" y sostener que no habría fenómenos elementales previos al desencadenamiento. Disiento profundamente con esta concepción del fenómeno elemental a la que llamo "pineliana", por subrayar justamente los síntomas más pintorescos y deficitarios del desencadenamiento. Como hemos trabajado durante toda esta parte del libro los fenómenos elementales pueden ser muy sutiles, tan sutiles que no impliquen para el sujeto una dificultad extra en el sostén de su mundo. Ya hemos visto cómo los autores clásicos destacaban que algunos sujetos podían convivir perfectamente con un automatismo mental o con interpretaciones y eso no implica el desmoronamiento del mundo, propio de la crisis del desencadenamiento. Leer en los fenómenos elementales la posición de un sujeto en el lenguaje implica sostener que esa posición no es algo legible únicamente en las crisis, sino que esa posición configura la realidad en la que vive ese sujeto, sus modos de relacionarse con los demás y su experiencia del cuerpo.

La clínica de las psicosis excede ampliamente al momento del desencadenamiento, es una clínica no sólo de las crisis, sino también de las modalidades de compensación, de las suplencias.

Referencias bibliográficas

De Battista, J.(coord.) (2017). *Las psicosis en Freud*. La Plata: EDULP.

Lacan, J. (1955-1956). *El seminario. Libro tres. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1975-1976). *El seminario. Libro XXIII. El sinthome*. Buenos Aires: Paidós.

CUARTA PARTE

PARANOIAS

VIGENCIA CLÍNICA, VARIEDADES, CRÍTICAS

Julia Martin

(coordinadora)

CAPÍTULO 14

Introducción

Julia Martin y Nicolás Maugeri

Si yo fuera juez, diría que Barreda
es un hombre inocente,
que aguantó y no pudo más.

Ricardo Barreda, en su juicio oral y público, 1995

La dilución de las paranoias en las clasificaciones actuales

El 15 de noviembre de 1992, el odontólogo platense Ricardo Barreda asesinó con un arma de fuego a las cuatro mujeres de su familia: su esposa, sus dos hijas y su suegra. El caso conmovió a la comunidad en su conjunto: su debate mediático no hizo más que dejar traslucir las complejidades inherentes a su juzgamiento. Es que el discurso de este hombre produjo tanto empatía generalizada como rechazo: "No estoy arrepentido. Me habían declarado la guerra. Así no podía seguir viviendo. Si las circunstancias se volvieran a repetir, no dudaría en hacer lo mismo" (Barreda, 1995: 59). Barreda produjo por aquel entonces un efecto curioso en gran parte del público que siguió su juicio: una cierta conmiseración y piedad por un hombre que habría sido supuesto objeto de innumerables maltratos por parte de sus mujeres, esas a las que llamó "los cuerpos", cuando intentó encubrir los asesinatos esgrimiendo que las había encontrado muertas en ocasión de un robo.

Luego de la disputa acerca del diagnóstico psiquiátrico del agresor en el seno del ámbito pericial -resumida en dos posiciones irreconciliables: delirio de reivindicación vs. personalidad obsesiva y narcisista-, el mismo fue hallado culpable de homicidio múltiple interfamiliar y condenado a prisión perpetua. La discusión giró en torno a su imputabilidad: si se admitía el componente paranoico, se ponía en jaque su responsabilidad en los actos criminales. Este deslizamiento -el esfuerzo porque el diagnóstico psiquiátrico encastrase en el argumento de la atribución de la responsabilidad penal- empantanó, en gran parte, la discusión clínica (Martin, 2018). Porque como veremos, para los denominados "clásicos de la paranoia," como Kraepelin, Gaupp o Gatan de Clérambault, el delirio puede convivir con la denominada "claridad del pensamiento y la acción".

Si bien por mucho tiempo Ricardo Barreda fue considerado un héroe en la cultura popular machista (Giberti, 2011) -expresión de la banalización con que el asunto se ha tratado-, veinte años después del crimen, en noviembre de 2012, la casa del odontólogo se expropia para convertirse en un centro de referencia sobre la violencia contra las mujeres. Se sanciona la Ley Nacional 26.791 que modifica el artículo 80 del Código Penal para castigar especialmente los asesinatos de mujeres con las que se tiene o se ha tenido un lazo familiar o de pareja. En este contexto de transformación, Barreda es renombrado como *femicida* en textos académicos (Giannoni, 2012; Lombardi & al., 2015). La discusión sobre el elemento psicopatológico encuentra, por tanto, su vigencia. Casos como el de Barreda, quizás no tan resonantes, se reiteran en los juzgados, en los hospitales y demás instituciones. Son casos que precisamente ponen en jaque al sentido común que considera a la locura como la expresión de un desorden exagerado y visible, caracterizado por las alucinaciones y el delirio.

El objetivo de esta parte del libro es reintroducir y sistematizar algunos de los desarrollos esenciales de grandes clínicos clásicos que han tratado de delimitar a la paranoia como un modo de padecimiento y de estar-en-el-mundo diferenciado de la esquizofrenia y de la melancolía. Presentaremos las dificultades principales de este esfuerzo de delimitación en las corrientes suizo-alemana y francesa. Nos detendremos en caracterizar sus formas delirantes y lo que se ha dado en llamar "carácter paranoico", en tanto revalorizamos la riqueza clínica de estas descripciones y su vigencia en las modalidades del malestar actual. Consideramos que la dificultad de precisar criterios de inclusión y exclusión para definir este campo clásicamente nombrado como "paranoia" no puede ir en desmedro de ubicarla efectivamente como un tipo particular de padecimiento. Los ejes de discusión, en torno a la curabilidad-incurabilidad; el lugar de las formas querulantes; de la afectividad; la diferenciación en torno a los mecanismos; las formas procesuales distinguidas de la "constitución paranoica", dan cuenta que, en definitiva, hay, como supo esbozar el genio de Gatian de Clérambault,⁵⁸ las paranoias, en plural. Sobre estas variedades, es necesario identificar lo cardinal, lo patognomónico, lo distintivo. Es ése el desafío.

La apuesta de esta parte del libro requiere de un gran trabajo de reconstrucción y síntesis. A diferencia de la esquizofrenia -que monopolizó los diagnósticos actuales en los manuales americanos-; o de la psicosis maníaco-depresiva -que tuvo su momento de auge con la llegada de los estabilizadores del ánimo-, la paranoia en cambio desapareció directamente de los manuales diagnósticos y estadísticos contemporáneos. A continuación, revisaremos brevemente lo que resta de la categoría de paranoia en estos manuales, con el fin de que el lector pueda encontrar elementos para tomar posición acerca de la necesidad - o no - de recuperar las descripciones clásicas de las paranoias.

El término "paranoia" dejó de utilizarse en la cuarta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA),

⁵⁸ " (...) la Paranoia no es única", escribía en su artículo "Las psicosis alucinatorias crónicas" (Gatian de Clérambault, 1923: 111).

conocido como DSM por su sigla en inglés. En estos manuales el malestar es definido en términos de “trastorno”.⁵⁹

Podría pensarse que varias de las descripciones clínicas clásicas de las paranoias quedarían englobadas por la categoría actual de **“trastorno delirante”**, que se caracteriza por una serie de criterios en el DSM IV. El primero es que se presenten una o más ideas delirantes con una duración de al menos un mes, y que no cumplan con los criterios para diagnosticar esquizofrenia. Es decir que no hay rareza ni deterioro significativo en el ámbito psicosocial, ni alucinaciones. Tampoco deben presentarse durante un trastorno afectivo concomitante al delirio, ni haber sido causadas por intoxicación⁶⁰ o por enfermedad médica. El diagnóstico puede ser precisado aún más, según los autores, agregando el tipo de delirio, según el contenido: erotómano, de grandeza, de celos, de persecución, somático, mixto o no especificado. Veremos cómo para los clásicos, el contenido del delirio no era considerado como un elemento de referencia, sino las características formales del delirio y su evolución típica.

Para estos Manuales, las ideas delirantes son el síntoma esencial del trastorno delirante y las consideran como “creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias” (APA, 1994: 281). Aclaran además que es muy difícil para el clínico diferenciarlas de las ideas sostenidas con tenacidad, ya que esta diferencia depende del grado de convicción, a pesar de las evidencias contrarias. Una “idea sostenida con tenacidad” podría ser una idea religiosa; más aún, lo que se suele llamar el “fanatismo” religioso.

Podría ser necesario distinguir una idea tenaz de una idea delirante, por ejemplo, en algún peritaje judicial. En tal caso quizás sea útil volver a la definición clásica de Sérieux y Capgras sobre la interpretación delirante, en tanto en ella se destaca el detalle de la significación personal a la hora de formarse un juicio clínico sobre el carácter delirante de una idea. Este detalle se opone a lo grueso, lo grosero, de la clínica “actual”, al definir lo delirante como una idea sostenida con “tenacidad”, siendo que algo así podríamos encontrarlo por ejemplo en el caso Dora con sus ideas hipervalentes.⁶¹ En el apartado dedicado al delirio interpretativo reconstruiremos los criterios con los cuales Sérieux y Capgras proponen distinguir a las interpretaciones delirantes de las interpretaciones erróneas, por ejemplo.

Por otra parte, si bien el trastorno de ideas delirantes parecería englobar a varias de las presentaciones paranoicas que desmenuzaremos en los capítulos de esta parte, podemos agregar que lo referido por los clásicos en términos de carácter paranoico parece haber encontrado un lugar en los manuales en la categoría de **“trastorno paranoide de la personalidad”**. Un trastorno de la personalidad es en el DSM:

(...) un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene

⁵⁹ Cf. parte II de este libro.

⁶⁰ Cf. parte dedicada a las psicosis tóxicas en este libro.

⁶¹ Véase un comentario al respecto en este libro, en la parte destinada a las características de los fenómenos elementales.

su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 1994: 645).

En función del diagnóstico multiaxial del DSM IV, los trastornos de la personalidad se ubican en el eje diagnóstico II, por lo que pueden diagnosticarse simultáneamente a otro trastorno del eje I, por ejemplo junto a una esquizofrenia o un trastorno delirante. Para diagnosticar un trastorno paranoide de la personalidad según el DSM IV deben cumplirse dos criterios. El criterio A define clínica y positivamente al trastorno como una desconfianza general, desde que comienza la edad adulta, que hace que se interpreten las intenciones de los demás como malintencionadas. También es un criterio de clasificación politético, dado que esta característica general se puede expresar a través de siete indicadores, de los cuales es necesario presentar al menos cuatro. Entre ellos se incluyen: sospechas infundadas de la malicia de los otros hacia ellos, preocupaciones constantes acerca de la fidelidad o la lealtad de sus allegados, reticencia marcada, actitud constante de vislumbrar significados ocultos y amenazantes en hechos nimios, rencores duraderos o dificultad para olvidar agravios sufridos, sensación de ser atacado por los otros y predisposición continua a contraatacar, sospechas injustificadas de infidelidad.

La nueva versión de la *Clasificación Diagnóstica y Estadística de los Trastornos Mentales*, DSM-V, publicada por primera vez en 2013 no mejora la suerte de la paranoia, sino que contribuye a su dilución definitiva. La perspectiva dimensional del diagnóstico sustituye al abordaje categorial (APA, 2013), que demostró generar una serie de inconvenientes como la multiplicación de los diagnósticos no especificados y las comorbilidades en exceso (Artigas-Pallarés, Paula-Pérez, 2015).⁶² Simultáneamente, los autores del DSM V sostienen que la realidad clínica ya no se aviene a las categorías, dado que se presenta una heterogeneidad sintomática en cada trastorno y una cantidad importante de síntomas que se comparten entre trastornos antes considerados como distintos (APA, 2013). La aplicación de este punto de vista impacta en la concepción del trastorno delirante, ya que a partir de entonces termina de borrarse su diferencia con la esquizofrenia para ser incluido en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Como vemos, parece quedar poco de la paranoia en esta perspectiva, quizás sólo la magra referencia a "otros trastornos psicóticos".

Veremos a continuación cómo los psiquiatras clásicos -en una época en donde las subjetividades no estaban impregnadas por el efecto de los psicofármacos- se encargaron de precisar una forma clínica particular de psicosis que era necesario distinguir de la esquizofrenia, por la ausencia de deterioro y la conservación de la personalidad; pero también de la locura maníaco-depresiva, por no estar perturbada la afectividad, sino que los trastornos afectaban especialmente al juicio. Las paranoias desvelaron a aquellos psiquiatras que enfrentaron una forma de la locura caracterizada por su excesivo rigor lógico y no por el déficit. Hallaremos en el psicoanálisis renovado por Lacan a partir de su retorno a Freud algunas pistas para emitir un juicio, ahora sí, sobre la vigencia clínica de las paranoias.

⁶² Cf. parte II.

Referencias bibliográficas

- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III*. Washington: APA.
- APA. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV*. Barcelona: Masson.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Artigas-Pallarés J., Paula-Pérez, I. (2015). Asignaturas pendientes del DSM-5. *Rev Neurol*, 2015; 60 (Supl 1): S95-101.
- Barreda, R. (1995). Citado por Belmonte, A. (2004). *¡Mate Barreda!* Buenos Aires: Ediciones de la Orilla.
- Gatian de Clérambault, G. (1923). Las psicosis alucinatorias crónicas. En G.G. de Clérambault, *Automatismo Mental. Paranoia*. Buenos Aires: Polemos.
- Giannoni, M. (2012). Hasta que la muerte nos separe. Representación del asesinato de mujeres en la prensa argentina. En S. Barroso, M. Dovic, V. López Tessore, M. Giannoni (Comps.). *Mujeres en cuestión. Escrituras, ideologías y cuerpos*. Buenos Aires: Ed. Teseo, p. 207-243.
- Giberti, E. (2011). Femicidios en Argentina. Aportes y análisis de la sacralización popular de un femicidio serial: el caso Barreda. Recuperado de <http://evagiberti.com/femicidios-en-argentina-aportes-y-analisis-de-la-sacralizacion-popular-de-un-femicidio-serial-el-caso-barreda/>
- Lombardi, G., Kahanoff, D., Laje, M., Otero, T. (2015). Impasses del sentimiento inconsciente de culpa. Recuperado de <http://www.aacademica.org/>
- Martin, J. (2018). Antecedentes y conceptos del problema de las condiciones subjetivas en un femicidio múltiple: el estudio del caso Barreda en la perspectiva del psicoanálisis. *Anuario Temas en Psicología Volumen IV*. La Plata: EDULP. En prensa

CAPÍTULO 15

La paranoia clásica y sus críticas

Julia Martin, Nicolás Maugeri

y Analía Regairaz

Antecedentes

La progresión no lineal del devenir del conocimiento científico en el campo psiquiátrico, con sus diversos efectos tras la aparición del psicoanálisis, ha sido presentada en cantidad de trabajos reconocidos y con decisivo valor propedéutico.⁶³ En nuestro interés respecto de las paranoias hemos de retornar al legado de los clásicos, no sin destacar la influencia de los estudios historiográficos y el reconocimiento que el mismo Jacques Lacan hace del valor de la clínica psiquiátrica: "hay tipos de síntoma, hay una clínica. Sólo ocurre que esa clínica es anterior al discurso analítico" (Lacan, 1973: 583). Es aquí que introducimos lo esencial de la reducción operada por Kraepelin en su definición clásica de esta forma de estar-en-el-mundo, la paranoia. Esta definición pertenece a la sexta edición de su *Tratado*. Realizaremos un recorrido sucinto por los antecedentes de la misma y un ordenamiento de los debates ocasionados, incluyendo la revisión de Kraepelin sobre su definición clásica.

El nudo de la discusión sobre las paranoias⁶⁴ se consolida en la primera mitad del siglo XX por las derivas del denominado segundo momento de los paradigmas de la psiquiatría -el de la clínica de las enfermedades mentales-⁶⁵, y a partir de la aparición de la definición kraepeliniana de la sexta edición, en la que comienza a delimitarse este campo de perturbaciones. Desde esta definición que la acota, la paranoia conlleva controversias en lo que atañe a su causa, pero también a los alcances de la categoría: antes de la consolidación del paradigma de la entidad clínico-evolutiva, hacía tiempo que en Alemania se diferenciaban los trastornos de los afectos de los de la inteligencia, primer germen de posteriores discusiones relevantes sobre el tema: afecto vs. razón.

"Paranoia" es una palabra proveniente del griego, utilizada por autores de la antigüedad con el significado de locura o perturbación de la razón, entre ellos Eurípides en el siglo V a.c., luego Aristófanes, Platón, Aristóteles e Hipócrates, quien la asimiló al delirio. En su etimología, *nûs* o *nóus* literalmente 'mente' se añade a *para-* 'fuera de' o 'más allá de', refiriendo a la idea

⁶³ Algunos de ellos se trabajan en la parte I y II de este libro.

⁶⁴ Para los interesados en profundizar en este tema recomendamos la obra colectiva: Napolitano, G. & cols. (2002). *El debate sobre la paranoia en la primera mitad del siglo XX*. La Plata: De la Campana.

⁶⁵ Cf. parte II.

de locura o desvarío (Coromines, 1961: 413; Gómez de Silva, 1985: 518). Respecto de su aparición en el campo semántico de la psiquiatría, su uso inicial para hablar de trastornos de la razón se sitúa en Alemania. Se reconocen por entonces en la escuela alemana dos grandes posturas coexistentes sobre la cuestión de la clínica mental: los denominados "psíquicos", que consideraban que las enfermedades mentales eran causadas por una afección del alma, con una connotación moral ligada a la idea de pecado -hipótesis que relacionaba la locura con la divinidad-; y los "somatistas", cuya tesis ligaba las enfermedades mentales a una localización corpórea. Los primeros estaban vinculados generalmente a la academia, los segundos a los directorios de los hospicios.

J. C. Heinroth, entre "los psíquicos", supo reconocer tempranamente una exaltación de la facultad representativa para la que introduce el término "paranoia" en 1818 (Lacan, 1932: 21), y que opone a los trastornos relativos a lo afectivo. Varias fuentes convergen en que se trataría del primer autor que usa la expresión "paranoia" como sinónimo del término alemán *Verrücktheit*. Este último vocablo, traducido usualmente como *locura* desarrollada en el ámbito de la razón o *delirio*, ya había sido empleado por Kant para hablar de la pérdida del sentido común (Lester, 2017: 493). Luego, el término "paranoia" es utilizado en un sentido específicamente psiquiátrico por Kahlbaum en 1863, desplazando al vocablo *Verrücktheit* (Kraepelin, 1915: 121). En definitiva, aquello designado como paranoia queda tempranamente vinculado con los trastornos del juicio, del raciocinio, y de las representaciones.

En la vereda opuesta, y en una posición intermedia, entre una clínica de la alienación mental y una clínica de las enfermedades mentales,⁶⁶ Griesinger -considerado somatista- plantea el modelo de la psicosis única entendida como una enfermedad del cerebro que comienza con un trastorno en la esfera afectiva sobre el que luego sobrevendría un delirio sistematizado ligado al juicio, que culminaría en demencia. Combina de este modo la gran división inicial de Heinroth que oponía lo afectivo a la razón. En 1845, Griesinger llama "*Verrücktheit*" al trastorno crónico de tipo secundario a un trastorno afectivo inicial: la psicosis única [*Einheitspsychose*] debutaría con melancolía [*Schermut*] y/o manía [*Tollheit*],⁶⁷ continuaría con el delirio paranoico [*Verrücktheit*] para finalizar con demencia [*Blödsinn*]. Aquí entonces, la paranoia quedaría reservada a ese momento intermedio en el curso de la psicosis única, crónica, sucediendo al trastorno afectivo.

Griesinger aísla otra forma a la que llamará "*Wahnsinn*", que correspondería a una locura delirante exaltada, episódica, en la que el distingo entre lo primario y lo secundario deja de tener relevancia por lo explosivo del cuadro. Esta última se caracteriza por ser aguda. Westphal sugiere también la posibilidad de un curso agudo de la paranoia (Kraepelin, 1899: 103). Vemos esbozado un segundo y tercer problema de debate: crónico vs. agudo, primario vs. secundario.

El idioma alemán provee dos términos para referirse al delirio: *Verrücktheit*, ligado a las presentaciones crónicas, y *Wahnsinn*, para los episodios delirantes agudos. La escuela francesa llama a estos últimos "*bouffée*" delirante, justamente para subrayar el carácter explosivo,

⁶⁶ Cf. parte II.

⁶⁷ Cf. parte V.

súbito de la aparición de estos delirios, como si se tratara de una bocanada. Es el primer término, *Verrücktheit*, el que clásicamente se ha asociado a la paranoia en tanto delirio sistematizado crónico.

En 1865, Snell, junto con el ya mencionado Westphal y con Sander, postula la existencia de una *Verrücktheit* primaria. Para Snell, no todos los delirios crónicos se inician con un trastorno afectivo, por ende, no todo delirio es secundario. Describe un tipo de delirio que comienza sin ningún trastorno afectivo, es primario y convive con las alucinaciones, esa es la *Verrücktheit* primaria. En 1867, Griesinger acuerda en que la paranoia no se somete al curso de la psicosis única, sino que es independiente en el sentido de un inicio sin trastornos afectivos, como había indicado Snell previamente.

Krafft-Ebing, por su parte, rechaza todo tipo de forma aguda de paranoia. Para él, la paranoia sólo abarca las formas crónicas, producto de una degeneración psíquica: se trata de ideas delirantes primarias, fijas y sistemáticas, que provocan la transformación de la persona en otra. Una anomalía de carácter da lugar, entonces, a una constitución paranoica. Reitera el uso del término *Wahnsinn* para los delirios agudos. Se retoma por tanto el problema de lo crónico vs. lo agudo, y se suma el cuarto y quinto eje de debates a la postre: constitución vs. psicogénesis. La paranoia comienza a delimitarse en torno a la presencia de una ideación delirante sistematizada y duradera, no meramente episódica, cuya consistencia se asemeja a una forma de la personalidad. Encontramos allí los primeros indicios que vinculan a la paranoia con una forma de ser, constitucional, endógena y no adquirida.

Kahlbaum en 1868 intenta ordenar el caos nosográfico que comienza a producirse, este incipiente “babelismo” en torno a la paranoia (Álvarez, 1985). Reserva el término “paranoia” para aquellos delirios crónicos más o menos sistematizados, cuyo trastorno es puramente intelectual y donde los afectos jugarían un papel meramente secundario.

También Neisser hace aportes clínicos de relevancia que serán retomados por Lacan en su seminario sobre las psicosis. Circunscribe un detalle clínico de suma importancia: la *krankhafter Eigenbeziehung*, traducida al francés por Sérieux y Capgras como significación personal.⁶⁸ En 1891 se interroga por la sintomatología de la paranoia, y del conjunto de esa sintomatología destaca a la significación personal como patognomónica:

Este proceso mental defectuoso se manifiesta en la manera de interpretar de los enfermos, al margen de las emociones y sin saberlo ni quererlo, las representaciones son ofrecidas a su conciencia como algo especialmente relacionado con su propia persona. Que esto ocurre realmente y sin excepciones, aunque no constantemente con la vivacidad indicada, nos lo enseña la observación clínica (Neisser, 1891: 87).

La **significación personal o autorreferencia mórbida** es un modo patológico de interpretar, independiente de las emociones y de un querer malintencionado del enfermo. Los pensa-

⁶⁸ Quinet (2016) hace una interesante crítica a esta traducción, y propone la expresión “autorreferencia mórbida” para este término de Neisser (p. 125).

mientos erróneos que configuran la trama delirante tienen el fin de tramitar este fenómeno inicial de significación personal, que funciona automáticamente. Aquí el delirio vuelve a aparecer secundariamente.

Los aportes de estos autores conformaron el prelude de aquello que se coincide en designar como la definición clásica de la paranoia propuesta por Kraepelin en la sexta edición de su *Tratado* sobre las enfermedades mentales, de 1899. Este autor, siguiendo el intento de Kahlbaum, toma a su cargo la ardua tarea de ensayar la estabilización conceptual de una categoría laxa, que en ese momento se revela difusamente definida: en cuanto a su aparición (primaria vs. secundaria), su causa (constitucional o adquirida), su mecanismo (interpretación y/o alucinaciones), su duración (aguda, crónica) y la temática del delirio.

Una prueba del carácter difuso de la categoría en sus albores es que cerca de un 80 % de los enfermos asilados en esa época eran diagnosticados como paranoicos (Lacan, 1932: 21), tal como señalaron el mismo Kraepelin y Bouman. Lacan aclara en el seminario III que en ese momento el término paranoia era utilizado casi como un sinónimo de locura: "Todo lo que llamamos psicosis o locura era paranoia" (Lacan, 1955-1956: 13). Esta proliferación inicial sufre un paulatino proceso de reducción hasta su casi desaparición en la actualidad. El paso inicial en la restricción de este tipo clínico lo da Kraepelin con su clásica definición.

La definición clásica de la paranoia según Kraepelin (1899-1913)

Como puede desprenderse de las diversas ediciones de su *Tratado*, Kraepelin es un clínico que considera al padecimiento mental como una verdadera enfermedad. En la primera edición de 1894, clasifica a las enfermedades mentales de acuerdo a un criterio diacrónico rudimentario, que le permite dividir las en estados agudos, crónicos, periódicos y deteriorativos. Utiliza un criterio clínico evolutivo, pero todavía se vale de un criterio sindrómico grosero. Su clasificación está atravesada por el análisis psicológico de las facultades, influenciado por el asociacionismo de Wundt. Luego, la mirada diacrónica se perfecciona, al hacer hincapié en el estadio terminal, que se podría predecir desde el principio por pequeños signos.⁶⁹ En la sexta edición del *Tratado*, la clasificación de las enfermedades alcanza trece categorías (Bercherie, 1980: 111), divididas en dos grandes grupos según el predominio causal:

1) adquiridas o exógenas: un factor exógeno afectaría al cerebro. Pueden ser factores infecciosos, metabólicos, tóxicos o lesionales. Se trata de las primeras ocho clases de enfermedades.⁷⁰

2) endógenas: las causas serían degenerativas, es decir, relativas a una tara constitucional del cerebro, o constitucionales. Son enfermedades congénitas, de nacimiento, connaturales al sujeto, de causas internas.

⁶⁹ Un análisis detallado sobre los criterios de las clasificaciones en Kraepelin puede encontrarse en la parte II de este libro.

⁷⁰ Kraepelin hace una salvedad con respecto a la clase 5 que incluye a la demencia precoz, cuya posición sería intermedia respecto de la causa, entre factores lesionales y autotóxicos (Cf. parte VI).

Ambos tipos de causas remiten a una referencia orgánica, se trate de un factor exógeno al cerebro, o endógeno en lo que respecta a su funcionamiento. El origen está fijado en el cuerpo, en lo biológico. Kraepelin adscribe al paralelismo psicofísico. La causa orgánica se traduciría clínicamente en el plano anímico de modo directo: el efecto psíquico depende de la causa orgánica.

Tres entidades importantes se extraen de este *Tratado*: la demencia precoz, la locura maniacodepresiva y la paranoia. Nos interesa retomarlas porque se trata de una distinción que sigue resultando operativa en la clínica actual.

En su "Lección sobre paranoia", Kraepelin diferencia nítidamente a la paranoia de las dos primeras entidades, la demencia precoz y la locura maniacodepresiva. La define así:

(...) un grupo de casos donde un sistema delirante inquebrantable y duradero, claramente reconocible desde el principio, se desarrolla gradualmente, a la vez que se conserva por completo la presencia del entendimiento y el orden del curso del pensamiento. Es para estas formas que quiero reservar el nombre de paranoia (Kraepelin, 1899: 106).

La paranoia, clasificada como **enfermedad endógena o constitucional**, de causas internas, queda definida también en la octava edición del *Tratado*, publicada entre 1909 y 1913, por esos mismos rasgos:

(...) sistema delirante, duradero, inamovible, de desarrollo insidioso y de aparición por causas internas, acompañado por un perfecto mantenimiento de la claridad y orden de pensamiento, voluntad y proceder. Al mismo tiempo se suele producir una transformación profunda de la concepción total de la vida y es a esa "dislocación" [*Verrückung*] del criterio respecto al medio ambiente, que se desearía caracterizar con el nombre de "paranoia" [*Verrücktheit*] (Kraepelin, 1913: 67-68).

A diferencia de la demencia precoz, en la paranoia no están afectadas fundamentalmente ni la voluntad, ni la afectividad, ni el curso del pensamiento. Además, no hay terminación demencial, ni fuerte presencia del elemento alucinatorio que Kraepelin excluye de su definición clásica.

Asistimos en esta definición, punto por punto, al modelo de la entidad clínico-evolutiva por excelencia, en tanto se evidencian en la delimitación categorial los criterios:

- **Clínico-evolutivo y estadio terminal:** Se detiene en describir el curso de la enfermedad. El modo de inicio es insidioso, es decir, solapado, poco evidente al comienzo y progresivo. El sistema delirante que se desarrolla se encuentra en continuidad con la personalidad; su evolución es continua; su terminación no es demencial, pero sí incurable en lo que respecta al sistema delirante.
- **Psicopatológico descriptivo:** La descripción clínica del síntoma cardinal está en estrecha relación con la psicología de las facultades. Se trata en el caso de la paranoia de un sistema delirante inquebrantable que no impide conservar el entendimiento y el

orden del curso del pensamiento. Es decir, no evoluciona al déficit de dichas facultades, y no hay, como en otras enfermedades, la constatación de alucinaciones. Existe un trabajo de elaboración lento, gradual, progresivo, que apunta a la coherencia de estas ideas delirantes, a eliminar contradicciones internas, encontrar motivos, efectos, y se halla una convicción, por lo que es imposible de quebrantar, es inalterable, incorregible. El trastorno afecta principalmente al juicio.

La delimitación de estos dos criterios es crucial para distinguir lo propiamente paranoico de lo paranoide. En 1899 Kraepelin se ocupa de clasificar una **forma paranoide de la demencia praecox** con dos variantes, que no se incluyen en la paranoia: la demencia paranoide, un tipo de casos cuyo elemento delirante no posee una sistematización acabada y que, a diferencia de los verdaderos paranoicos, concluyen en demencia; y las paranoias alucinatorias o delirios sistematizados fantásticos, que también tienen una terminación demencial con presencia de mecanismo alucinatorio y temática fantástica. En estas variedades paranoides de la demencia precoz, se halla una perturbación primaria de la afectividad, del razonamiento y de la voluntad, como en todo el conjunto de esta clase: trastornos ausentes en la paranoia propuesta en la sexta edición.⁷¹

La verdadera paranoia kraepeliniana reposa en dos **mecanismos fundamentales**: el delirio de referencia o de significación personal -el sujeto interpreta que distintas situaciones de la vida cotidiana están en relación directa con él-; y las ilusiones de la memoria o confabulaciones, en las que se trata de falsos recuerdos, o recuerdos de un acontecimiento realmente vivido por el sujeto, pero que es interpretado de un modo particular, autorreferencialmente. El delirio puede adquirir entonces un carácter retrospectivo. La interpretación delirante⁷² se explica por una concepción falseada del mundo, que nace en una construcción morbosa de los sucesos y las cosas de la vida, con la cual el enfermo fabrica sus percepciones. Esta construcción va conformando un sistema de carácter centrípeto, todo está dirigido al enfermo y le concierne. Primero surgen sospechas, que luego se van gradualmente convirtiendo en certezas, en convicciones invencibles que no ceden al razonamiento. De este trabajo se derivan los diferentes temas: de persecución, de celos, de grandeza, de erotomanía y la forma especial del delirio de querulancia -los perseguidos-perseguidores que ya habían sido descritos en la escuela francesa por Lasègue, quienes reivindican un daño o perjuicio sufrido-.

Kraepelin enfatiza cómo estos enfermos pueden pasar por años desapercibidos, en tanto logran ocultar muy bien los motivos de su conducta, de manera tal que no se pueden discernir acciones mórbidas en su vida cotidiana, ni se evidencia trastorno alguno por largo tiempo. Señala que muchas veces los indicios son sólo detalles que pueden revelar el camino por el que marcha la construcción delirante: una vestimenta extraña, un gusto demasiado entusiasta por empeños religiosos o políticos, en fin, cuestiones que el sentido común tiende a atribuir a personalidades fuertes, extravagantes o a defectos del carácter (Kraepelin, 1899: 115).

⁷¹ Un desarrollo detallado acerca de las formas paranoides de la demencia precoz se encuentra en la parte destinada a las esquizofrenias en este libro.

⁷² Cf. con la parte III sobre los fenómenos elementales.

Así, este autor describe en la sexta edición varios casos que habían pasado inadvertidos para su entorno, hasta que acontece bruscamente un acto agresivo o extremadamente bizarro: tal es el caso de un paciente quien, para evitar persecuciones e interrogatorios continuos, cambia de trabajo con vanos pretextos o emprende un largo viaje. Esto ayuda un tiempo, pero pronto las alusiones y la sensación de ser vigilado lo invaden hasta creer que su situación es peor que la de una persona bajo orden de arresto. Intenta entonces por medio de avisos en diarios, estigmatizar a sus enemigos. Otro ejemplo es el de un joven estudiante que de un momento a otro hiere seriamente a su familia cuando el extraño sabor en la sopa le indicó que se trataba de un intento de envenenamiento. Este pequeño detalle reveló la ideación oculta: lo querían envenenar porque él era descendiente de Napoleón.

En estas descripciones, Kraepelin reitera que los paranoicos pueden no ser reconocidos como enfermos mentales: el sistema delirante que lentamente se va construyendo con mucha consistencia queda preservado del resto del funcionamiento vital del sujeto, es decir, coexiste el delirio con la lucidez (Kraepelin, 1899: 122). Lacan (1931) dice de estos pacientes "su portero los aprecia" (p.9), al mismo tiempo que destaca que el delirio interpretativo paranoico es un delirio de la calle, la "precipitación de detalles significativos" se produce sobre todo al interpretar el accionar de los demás (p. 10).

Kraepelin advierte y subraya con énfasis la consecuente dificultad inicial del diagnóstico de paranoia tal como él la define, debido a este carácter discreto de su desarrollo insidioso. Señala asimismo que los casos definidos de esta manera corresponden a un número restringido, "ni siquiera alcanza al 1 % de los casos admitidos" (Kraepelin, 1899: 118). Es decir que esta precisión de Kraepelin sobre esta categoría clínica permite pasar de un 80% de diagnósticos de una paranoia evidentemente no muy específica a un 1% de casos de paranoicos delimitados en forma muy clara. De ahí que podemos decir que esta definición clásica implicó una primera reducción drástica de la paranoia.

La paranoia de Kraepelin presenta dos variedades o **formas clínicas** en 1899: el delirio de interpretación y el delirio de querulancia, este último ya aislado bajo el nombre de los perseguidos-perseguidores de Lasègue, futuro delirio de reivindicación. El caso del perseguido por la Bulldog, que presenta en sus lecciones, es un claro ejemplo de delirio interpretativo. Mientras que el caso del maestro sastre corresponde a la presentación del delirio de querulancia (Kraepelin, 1900: 147-155).

La reducción de la paranoia en razón de criterios precisamente delimitados –que Bercherie (1981) adjudica a una tendencia de la escuela alemana: "tentaciones a la síntesis y a la estrechez" (p.115)- será ocasión de múltiples críticas. Recuperaremos sucintamente a continuación los principales aportes de la escuela suizo-alemana y francesa, así como el eco que Kraepelin se hace de las críticas a su categoría, que lo lleva a una revisión de la paranoia en la octava edición del *Tratado* y que termina por restringir aún más a la paranoia, reduciéndola únicamente a los delirios interpretativos.

Críticas de la escuela suizo-alemana y de la escuela francesa

Como hemos adelantado, la definición clásica de la paranoia se ve cuestionada punto por punto, abriéndose una línea de investigación fructífera, sobre todo en lo que atañe a las formas agudas, abortivas o curables, y las alucinatorias (Álvarez, 1997).

Los cuestionamientos a la paranoia kraepeliniana giran fundamentalmente en torno a lo insidioso de su desarrollo y a su cronicidad, es decir, se discuten las variedades en su terminación, sus posibilidades de cura y la exclusión de las alucinaciones para su diagnóstico.

En la perspectiva de la corriente psicodinamista,⁷³ **Bleuler** cuestiona la incurabilidad y el desarrollo insidioso y gradual del sistema delirante, al resituar el lugar del afecto y recuperar así la vieja discusión acerca del carácter primario o secundario del delirio.⁷⁴ Sus contribuciones fundamentales giran en torno a la suposición de un trastorno primario afectivo en la base de la paranoia. La paranoia sería por tanto una reacción delirante basada en una acción catatímica⁷⁵ de los afectos, cuya finalidad consiste en rechazar la realidad insufrible, imputando la culpabilidad y responsabilidad a otros. También admite formas agudas. Sin embargo, no deja de recorrer aspectos esenciales de la definición clásica kraepeliniana en lo que respecta al delirio como síntoma cardinal.

Como veremos luego, Kraepelin termina excluyendo a los querulantes de la paranoia en la octava edición, en parte como respuesta a esta crítica, dado que en el caso de los delirios de querulancia existe un hecho real que implicó un perjuicio: es decir, se constata en la causación la reacción afectiva ante una vivencia. Bleuler, sin embargo, sigue más bien fiel a las dos variedades clínicas de la paranoia en la sexta edición: delirio interpretativo y delirio de querulancia. No obstante, los desarrollos de Bleuler comienzan a cuestionar que la paranoia constituya una afección únicamente del juicio y del intelecto, para incorporar el valor causal de los afectos.

Sin dudas, esta tesis del valor causal de la afectividad introduce una enorme complejización a nivel de los factores que se consideran causales y que excede ampliamente a la tesis etiológica de Kraepelin, quien sostenía el paralelismo psicofísico propio del paradigma de las enfermedades mentales. En adelante, las nuevas propuestas no retroceden con respecto a esta pluralización de factores causales propia del tercer paradigma.

Por ejemplo, en 1918 **Kretschmer** introduce el delirio de relación sensitivo, al proponer que la paranoia es una reacción con tres determinantes: el carácter (particularmente sensitivo, susceptible, vulnerable, débil); la vivencia (experiencia vivida que le revela al sujeto su insuficiencia); el medio social (constelaciones relacionales). La evolución favorable o benigna confirmaría así la psicogenia de la enfermedad que tiene su origen en la acción acumulativa de vivencias típicas sobre una disposición de carácter particular y un medio social característico. Nos detendremos más adelante en los aportes de este autor. La cuestión al respecto de la psicogénesis es retomada por Lacan en su

⁷³ Cf. parte II para mayores precisiones sobre las principales características de esta corriente.

⁷⁴ Este debate de retoma en la parte III de este libro sobre los fenómenos elementales.

⁷⁵ Catatimia: f. (Psiquiatría/Psicol.) Deformación de la realidad por influencia de la afectividad en estados emocionales intensos (Universidad de Salamanca, 2018).

tesis sobre el caso Aimée (1932), en la que releva los aportes de Kretschmer y de Jaspers, pero luego los critica en su seminario sobre la psicosis, ubicándose para ese entonces en las antípodas de la comprensión genética respecto del fenómeno psicótico.

Respecto de la cronicidad, Friedmann en 1905 introduce las **formas benignas de la paranoia**. Se trata de paranoias que tienen un desarrollo breve y luego culminan. Son formas que encuentran sus antecedentes en la distinción de Griesinger respecto al *Wahnsinn*, o en Westphal con la propuesta de la paranoia de curso agudo.

Pero quizás el autor más resonante sobre el tema sea Gaupp, con su planteo de la **paranoia abortiva**, que subyace a su análisis del resonado caso Wagner (Gaupp, 1914; Gaupp, 1920). Wagner era un maestro de pueblo que, preso de un delirio de referencia ligado a delitos sexuales que habría cometido, asesinó durante la noche a su mujer y a sus dos hijos, desplazándose luego a Mühlhausen donde mató a otras nueve personas e hirió de gravedad a una veintena. Gaupp destacó que se trataba de un hombre culto y dedicado a la enseñanza, que cometió sus crímenes después de planearlos y prepararlos cuidadosamente.

Tras el sobreseimiento de los cargos que pesaban sobre él con motivo de declararlo enfermo mental, Gaupp advierte: "(...) va siendo hora de poner en primer plano la importancia científica de todo el caso" (Gaupp, 1914: 25). Este autor aclara que Wagner no aceptó su condición de enfermo: "El propio Wagner niega ser enfermo mental o haberlo sido alguna vez. Se presenta todo el tiempo como una persona responsable y que actúa en pleno uso de sus facultades mentales" (Gaupp, 1914: 218)⁷⁶ y Gaupp parece acompañarlo en esta apreciación: "En muchos ámbitos de la vida había conservado un discernimiento normal (...) su delirio no llegó a ser un delirio de persecución generalizado (...) En el hospital, por ejemplo, se liberó completamente de él" (Gaupp, 1914: 220). Sin embargo, haciendo tambalear la categoría abortiva que él mismo propone, añade: "(...) aunque este mecanismo reposara de a ratos, el antiguo delirio, generado por tormentas psíquicas muy serias, seguía estando ahí" (Gaupp, 1914: 220). Gaupp logra colegir que el pasaje al acto tiene una función: el hombre vuelve a sentirse puro respecto de su culpabilidad en torno a la sexualidad. De este modo, el autor transmite una interpretación de la paranoia que defiende el carácter psicológico, dinámico, comprensible y reversible de la misma, aunque no deja de indicar estas contradicciones entre lo que desaparece y lo que resta del delirio luego del pasaje al acto criminal.

Puede observarse hasta aquí cómo esta clínica de paranoias abortivas parece cuestionar la restringida clase de Kraepelin en su sexta edición. Debemos preguntarnos si por ello la invalida.

Por su parte, los autores franceses, también contribuyeron a los debates transcurridos en el siglo XX en el campo de las paranoias, en torno a aspectos tales como la ubicación de los delirios frente a la esquizofrenia, el lugar en la nosografía de los delirios alucinatorios crónicos no demenciales, el papel de la biografía y la personalidad del paciente en la génesis del delirio, la presencia simultánea de otros síntomas y conductas patológicas, entre otros. Destacamos que,

⁷⁶ Otro caso que pone de manifiesto este mismo punto en común es el de Althusser, quien al ser declarado inimputable por el homicidio de su esposa, decide escribir un testimonio autobiográfico justificando su responsabilidad en ese acto. Para mayor amplitud sobre el tema revisar el libro de Althusser, L. (1993). *El porvenir es largo. Los hechos*. Buenos Aires: Ed. Destino.

a diferencia de las contribuciones que han realizado los autores suizo-alemanes, la escuela francesa se ocupa en menor medida de los temas y de la evolución del delirio, interesándose más bien en el mecanismo mental que lo organiza, donde se distingue fundamentalmente el mecanismo interpretativo del pasional.⁷⁷

Ségla, por ejemplo, discute la posición kraepeliniana de excluir de la paranoia a las formas agudas o demenciales y subsumirlas en las formas paranoides de la demencia precoz. Para él la paranoia incluiría no sólo los delirios sistematizados, sino también las formas agudas y alucinatorias (Ségla, 1900). Se evidencia la creciente preocupación por encontrar el denominador común de formas que aun siendo tan variadas, parecen resonar en un punto fundamental que poco a poco tiende a circunscribirse.

Sérieux y Capgras avanzan en este punto cuando en 1909 proponen separar el delirio interpretativo en sus dos vertientes -megalomaniaca o persecutoria-, del delirio reivindicativo -egocéntrico o altruista-. El mecanismo interpretativo es patológico en la medida en que el sujeto considere que los datos de la realidad están dirigidos hacia él -ya hemos mencionado que Neisser llama a este fenómeno "significación personal"-.

La importancia de la afectividad en la paranoia gana terreno también de la mano de Gatian de Clérambault, maestro de Lacan, quien distingue el mecanismo de los delirios pasionales del de los interpretativos. Lo llama "elemento generador" y es un núcleo ideoafectivo que queda por fuera de lo que es el automatismo mental y el síndrome de pasividad propio de las psicosis alucinatorias crónicas.⁷⁸ Llama "postulado" a este núcleo-ideoafectivo y precisa que en el delirio erotomaniaco cobra la siguiente forma: "el otro me ama". En la relación entre el yo y el mundo, es el otro el que avanza sobre el sujeto y toma la iniciativa de amarlo. Se trata de delirios en sector, dado que no es la interpretación la que opera sobre los datos primarios al modo de una red que se expande, sino que el elemento interpretativo queda coagulado en el axioma del postulado, cuyo envión hipomaniaco deja al sujeto mucho más cercano del pasaje al acto.

La tesis de doctorado de Lacan de 1932 merece un párrafo aparte entre las críticas. Allí la psicogénesis jasperiana ocupa un lugar central que lo lleva a postular la categoría de "**paranoia de autopunición**". Si bien comienza con la idea de apoyarse en la noción de proceso, termina reconociendo en la psicosis de *Aimée*, la paciente de su estudio de caso, la incidencia de la noción de reacción. Para ese entonces ya había separado a la personalidad de la constitución, de la cual fue siempre muy crítico. Es en este trabajo donde ensaya el primer puente con el psicoanálisis, reconociendo la influencia del artículo de Guiraud sobre los crímenes inmotivados, al analizar el lugar de la culpabilidad en el desarrollo del delirio del caso tratado: *Aimée*, movilizada por el delirio, agrede a una famosa actriz. En ocasión de su encierro, rectifica la idea delirante que la motivó al acto, estando ésta enmarcada en los márgenes de lo comprensible. Por lo tanto, el cuadro paranoico de *Aimée* parece ceder con el pasaje al acto y la internación. Posteriormente, Lacan se encarga de criticar su propia tesis en lo que respecta a la psicogénesis, como veremos más adelante.

⁷⁷ Es importante señalar el uso médico que se hace en psiquiatría del término "mecanismo", al que se refieren estos autores. No se corresponde con la propuesta de Freud sobre los mecanismos del inconsciente.

⁷⁸ Cf. parte III.

En suma, constatamos que no sólo la escuela suizo-alemana cuestiona los principales puntos de la definición clásica de paranoia, sino que los hallazgos de los franceses ponen en jaque sus principales criterios. Son puestos en cuestión la continuidad y el desarrollo insidioso, proponiéndose en cambio el carácter rupturista de su aparición o incluso de su desaparición (paranoias abortivas o benignas). Se cuestiona el origen en causas internas, para subrayar el papel de la reacción a situaciones vitales y el rol de la afectividad. Por último, aparece el asunto de los delirios sistematizados crónicos alucinatorios.

Kraepelin parece tomar nota de la necesidad de revisión de los estrictos límites de su categoría, e incluye numerosas transformaciones al respecto en la octava edición de su *Tratado*: termina de restringir a la paranoia al delirio de interpretación, extrae de ese campo a los delirios querulantes, y crea el grupo de las parafrenias para dar lugar en la clasificación a las psicosis alucinatorias crónicas que no evolucionan a una terminación demencial.

El estallido de la noción clásica de paranoia

Kraepelin hace un intento por incluir todos estos aportes críticos en su clasificación de la octava edición, desarrollada entre 1909 y 1913. Incorpora las contribuciones de los psicodinamistas -y por lo tanto, la noción de reacción- e incluye en las enfermedades psicógenas a las llamadas "psicosis de relación" o locura de dos [*folie à deux*] de los franceses,⁷⁹ el delirio de persecución de los sordos y las psicosis de destino, entre las que considera a las psicosis de los prisioneros y al delirio de querulancia, que queda desde entonces por fuera de la paranoia. Se trata aquí de un reagrupamiento de una serie de afecciones ligadas a circunstancias exógenas, que reposan sobre predisposiciones psicopáticas degenerativas.

La concepción de la paranoia en Kraepelin se ve notoriamente influida por el análisis psicopatológico de Bleuler, al insistir en las lagunas del desarrollo intelectual y en la hipertrofia de un sentimiento de sí. Pero clínicamente se inspira en Sérieux y Capgras al separar a la paranoia, ahora limitada al delirio de interpretación, de los querulantes, cuyo delirio como hemos dicho se organiza en sector, con un curso más remitente que crónico. Aun así, Kraepelin insiste en que este desplazamiento tiene solamente una significación secundaria, en tanto lo que diferenciaría al delirio de querulancia de la paranoia se juega en las relaciones entre lo que puede adjudicarse a factores externos, el elemento psicógeno y lo constitucional.

Kraepelin admite también la existencia de las paranoias benignas, abortivas, "(...) 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 paranoides que presentan de modo permanente el germen de los delirios típicos" (Bercherie, 1981: 172).

⁷⁹ Para más ampliación ver el trabajo de Julieta De Battista. (2006). Folie à deux- folie simultanée: el problema de la transmisión de la locura y el lazo social en la psicosis. *Memorias de las XIX Jornadas de residentes de Psicología y Psiquiatría de la Provincia de Buenos Aires. VI Jornadas de residentes de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires "Modalidades de la urgencia"*. Volumen 1: 407-414.

Otra gran modificación de su octava edición es la separación de las **parafrenias** del grupo de la demencia precoz, como una clase diferenciada, que responde sobre todo a la polémica planteada por los psiquiatras franceses sobre la inclusión de todos los delirios crónicos alucinatorios en la demencia precoz.⁸⁰ En la parafrenia y sus variedades quedan patentizados los problemas de excluir la posibilidad del fenómeno alucinatorio de la paranoia. La variedad que llama "parafrenia confabulante" recuerda a las paranoias regidas por las ilusiones de la memoria más que por el delirio de referencia. El grupo parafrénico queda constituido por tres subgrupos: parafrenia sistemática -heredera del delirio crónico de Magnan-; el segundo está constituido por formas puras, expansivas y confabulantes, que constituye una transición hacia las formas paranoicas puras; el tercero, antigua demencia paranoide, linda con la *dementia praecox*. Pero el criterio que las unifica es la extensa conservación de la personalidad, la débil lesión volitiva y afectiva, junto con un delirio rico y paranoide. Aunque construida sobre un mismo eje que sería el delirio crónico, la parafrenia no se corresponde exactamente con la psicosis alucinatoria crónica francesa. El borde con la paranoia es por tanto difuso, excepto por la presencia de alucinaciones.

Vemos entonces que el intento de Kraepelin por complejizar el campo de su nosografía jaquea su inicial contribución al campo de la paranoia. No nos llama la atención entonces que Lacan proponga en su seminario sobre las psicosis: "Esta definición, fruto de la pluma de un clínico eminente tiene algo llamativo, y es que contradice punto por punto todos los datos de la clínica. Nada en ella es cierto" (Lacan, 1955-56: 31),⁸¹ al cuestionar sobre todo el planteo continuista del "desarrollo insidioso". Lacan aquí es contundente en que siempre hay ruptura. Sin embargo, creemos que hay una cierta moderación de la crítica cuando avanzando en la escritura y reconociendo las diferencias entre el delirio de interpretación y el delirio pasional, agrega: "¿Quiere decir que hay que dispersar los tipos clínicos, llegar a cierta pulverización? No lo pienso. El problema que se plantea afecta el cuadro de la paranoia en su conjunto" (Lacan, 1955-56: 32). Leemos allí entonces, nuevamente, que se trata de situar variedades de la paranoia, considerando a la kraepeliniana como una variante, entre otras, de una forma de padecer o estar-en-el-mundo que se distinguiría por algunas cuestiones nodales. Por cierto, es importante recordar que una de las últimas definiciones lacanianas de la paranoia vuelve a resaltar la cuestión de la continuidad, esta vez en términos de la continuidad indiferenciada entre los tres registros. Retomamos este punto en el apartado destinado a las conclusiones.

Algunos autores han sugerido que lo que escogemos denominar como "el síntoma Kraepelin" no es más que un indicio de la puesta en crisis del paradigma mismo de las enfermedades mentales (Álvarez, 2013), pero no por ello debemos perder de vista las exquisitas descripciones que los grandes clínicos han sabido realizar de este tipo particular de mal-estar en el mundo. En todo caso, queda claro que "lo paranoico" no se presenta de una sola manera; cabría designar con precisión qué unificaría ese campo que parece desperdigarse en el encuentro con la diversidad clínica.

⁸⁰ Cf. parte VI.

⁸¹ Para una revisión de la crítica completa a la definición kraepeliniana, remitirse a las páginas 31-32 del Seminario III de Lacan (1955-56).

Un joven Lacan, aún inscripto en el campo de la psiquiatría y antes de culminar la tesis doctoral de 1932 anteriormente referenciada, ensayó un ordenamiento de las variedades de la paranoia con precisión, en un texto denominado "Estructura de las psicosis paranoicas" (Lacan, 1931). Nos interesa recobrar esta categorización en tanto resulta organizadora respecto de la complejidad de las variadas formas de presentación de la paranoia. De este modo Lacan (1931) consigna tres tipos de psicosis paranoicas (p. 6):

- el delirio de interpretación,
- los delirios pasionales, entre los que incluye al delirio de reivindicación, de celos y la erotomanía,
- la constitución paranoica o carácter paranoico.

Hemos escogido privilegiar la presentación clínica de estas formas de la paranoia a partir de sus autores clásicos y profundizar sus desarrollos en el capítulo siguiente, a fin de poner de relieve aquello que Kraepelin y Gatian de Clérambault advirtieron: la constante dificultad diagnóstica inicial. "Es clásico que no se puede establecer un diagnóstico basándose en un único signo" (Gatian de Clérambault, 1921: 49).

Referencias bibliográficas

- Althusser, L. (1993). *El porvenir es largo. Los hechos*. Buenos Aires: Ed. Destino.
- Álvarez, JM. (1985). Recorrido por los clásicos de la paranoia y reflexiones nosológicas que de éste dimanar: Paranoia y esquizofrenia (1). *Cuadernos de Psicología*, 1985, II: 125-153.
- Álvarez, JM. (1997). De nuevo la paranoia. En JM Álvarez J. M. & F. Colina. *Clásicos de la paranoia*. Madrid: Editorial Dor.
- Álvarez, JM. (2013). ¿Qué fue de la paranoia? En JM Álvarez. *Estudios sobre la psicosis*. Madrid: Red Ediciones.
- Bercherie, P. (1981). *Los Fundamentos de la Clínica. Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Coromines, J. (1961). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- De Battista J. (2006). Folie à deux- folie simultanée: el problema de la transmisión de la locura y el lazo social en la psicosis. *Memorias de las XIX Jornadas de residentes de Psicología y Psiquiatría de la Provincia de Buenos Aires. VI Jornadas de residentes de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires "Modalidades de la urgencia"*. Volumen 1: 407-414.
- Gaupp, R. (1914). *El Caso Wagner*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gaupp, R. (1920). El caso Wagner. Una catamnesis, a la vez que una aportación a la enseñanza de la paranoia. En JM. Álvarez & F. Colina. (1997). *Clásicos de la paranoia*. Madrid: Editorial Dor.

- Gómez de Silva, G. (1985). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta, 1977.
- Kraepelin, E. (1899). Paranoia. En E. Kraepelin. *Dementia praecox y paranoia*. Selección de textos por Carbone, N. y Piazzese, G. Traducción del capítulo X. Paranoia a cargo de Martín, J. La Plata: De la Campana.
- Kraepelin, E. (1900). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Nieva.
- Kraepelin, E. (1913). *La paranoia*. Traducción de Vicente Felipe Donnoli. Buenos Aires: Salerno, 2012.
- Kraepelin, E. (1915). *Psiquiatría. Un manual para estudiantes y médicos*. Cap. XIV: "La locura paranoica". En JM. Álvarez & F. Colina. *Clásicos de la paranoia*. Madrid: Editorial Dor.
- Lacan, J. (1931). Estructura de las psicosis paranoicas. *El Analicón*, nº 4, 1987: 5-20.
- Lacan, J. (1932). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI, 1985.
- Lacan, J. (1955-56). *El seminario de Jacques Lacan. Libro III. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1973). Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*. En J. Lacan. *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lester, G. (2017). Searching for the spectrum of the querulous. En W. Petherick & G. Sinnamon (comps.) *The Psychology of the criminal and antisocial behavior. Victim and offender perspectives*. London: Elsevier.
- Napolitano, G. & cols. (2002). *El debate sobre la paranoia en la primera mitad del siglo XX*. La Plata: De la Campana.
- Neisser, C. (1891). Disertación sobre la paranoia desde el punto de vista clínica. En JM. Álvarez & F. Colina. *Clásicos de la paranoia*. Madrid: Editorial Dor, 1997.
- Quinet, A. (2016). *Psicosis y lazo social. Esquizofrenia, paranoia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Séglas, J. (1900). La demencia paranoide. En JC Stagnaro (comp.) *Alucinar y delirar Tomo II*. Buenos Aires: Polemos, 2006.
- Sérieux, P. y Capgras, J. (1909). *Las locuras rasonantes. El delirio de interpretación*. La Plata: De la Campana.
- Universidad de Salamanca. (2018). *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Recuperado de: <https://dicciomed.usal.es/palabra/catatimia>

CAPÍTULO 16

Formas paranoicas de la experiencia

Julia Martin, Jesica Varela

y Nicolás Maugeri

En este capítulo nos centraremos en recuperar las descripciones clínicas clásicas de este variado campo de la paranoia. Ya adelantamos al final del capítulo anterior que la tripartición realizada por Lacan en 1931 nos resulta apropiada hoy en día y sintetiza adecuadamente los aportes de los psiquiatras clásicos. La misma distingue dentro de las psicosis paranoicas a tres formas diferenciales de presentación:

- el delirio interpretativo, cuya delimitación ya abordamos en el capítulo anterior con Kraepelin y que precisaremos en éste con Sérieux, Capgras y de Clérambault,
- los delirios pasionales (reivindicación, celos, erotomanía),
- la constitución paranoica o carácter paranoico.

Las dos primeras son variedades delirantes, mientras que la última plantea la cuestión de la matriz del delirio o su esbozo. Lacan (1931) ofrece la metáfora fotográfica por la cual el carácter paranoico constituiría el negativo del cual se puede obtener la foto positiva del delirio, como si el carácter fuera el molde del que sale la estatua del delirio (p. 9). En el delirio hallaría expresión lo que se encuentra en estado larvado en el carácter o constitución paranoica.

La tripartición propuesta, que puede resultar muy sencilla, compendia años de elaboraciones de distintos autores pertenecientes sobre todo a la escuela francesa. De ahí que resulte indispensable para su transmisión la reconstrucción somera de cómo se fueron distinguiendo y caracterizando estas formas de presentación de la paranoia. Es importante aclarar también que Lacan pretendía incluir una nueva forma de paranoia -la paranoia de autopunición- en lo que se considera el edificio de oro de la psiquiatría clásica. Hay que decir también que esta nueva forma no llegó a incorporarse en el lenguaje clínico habitual de los psiquiatras, aunque de tanto en tanto es tema de debate entre los psicoanalistas.

Comenzaremos el recorrido por los aportes de Paul Sérieux y Joseph Capgras, quienes demarcaron dos tipos de delirios con características diferenciales dentro de la paranoia: el delirio de interpretación y el delirio de reivindicación. Posteriormente Gatian de Clérambault complejiza esta distinción al incluir no sólo el delirio de reivindicación, sino también el delirio de celos y la erotomanía como formas de la paranoia que pasaron a llamarse "pasionales", a dife-

rencia de las interpretativas. Por último, la cuestión del carácter se había impuesto como temática inherente a la paranoia desde los desarrollos de Kraepelin y su hipótesis de las causas endógenas o constitucionales. Pero conoció elaboraciones posteriores en la escuela francesa, tendientes a homogeneizar la noción de paranoia con la de personalidad paranoica. Montassut y Génil-Perrin son los antecedentes de importancia al respecto, ya que postulan una hipertrofia del yo junto a falta de autocrítica y detallan los rasgos esenciales de esta constitución, que no es más que un tipo de carácter. Todos ellos se resumen para Montassut en una sola categoría: la psicorrigidez, que tiene un aspecto motor y un aspecto psíquico y es propia del carácter paranoico. Comenzaremos entonces por los dos primeros tipos de psicosis paranoicas en sus variedades delirantes: delirio interpretativo y delirio de reivindicación.

Mecanismos del delirio paranoico en Sérieux & Capgras

Estructura en red del delirio interpretativo

Desde 1902, como hemos antes introducido, dos clínicos franceses llamados Paul Sérieux y Joseph Capgras presentaron un ordenamiento en el campo de las paranoias. Delimitaron diferentes entidades clínicas a partir de situar el mecanismo que organiza la estructura del delirio. De este modo, desglosaron el campo de la locura al presentar dos clases distintas de delirio: el interpretativo y el reivindicativo, que clínicamente se asemejan a la descripción realizada por Kraepelin del delirio de interpretación y el delirio de querulancia, pero con mayor exhaustividad y riqueza en los detalles.

Es decir que encontramos aquí una convergencia o punto de coincidencia en las elaboraciones de autores que pertenecían a tradiciones teóricas diferentes. Recordemos que estas convergencias nos interesan en la medida en que nos permiten delimitar presentaciones clínicas consistentes que pueden diferenciarse de otras, descritas con características similares en distintos autores, y que no se reducen meramente a un afán clasificatorio y nominal.

El trabajo de investigación conjunto de ambos clínicos los condujo a publicar en 1909 un libro titulado *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, de enorme contribución a la psicopatología de la paranoia. Los delirios sistematizados crónicos que van a estudiar se caracterizan por no reposar sobre un mecanismo alucinatorio, sino que parten de interpretaciones delirantes. Inicialmente estos autores se ocupan aquí de definir a la **interpretación delirante**, mecanismo propio del delirio de interpretación:

Es un razonamiento falso que tiene como punto de partida una sensación real, un hecho exacto, el cual en virtud de asociaciones de ideas ligadas a las tendencias, a la afectividad, toma, con ayuda de inducciones o deducciones erróneas, una significación personal para el enfermo, empujado de modo invencible a relacionar todo con él mismo (Sérieux & Capgras, 1909: 10).

Destacamos que los autores resaltan el componente de significación personal o autorreferencia mórbida como esencial. En función de este concepto distinguen la interpretación delirante de la ilusión y de la alucinación. Estas últimas son consideradas como trastornos sensoriales: la alucinación es una percepción sin objeto y la ilusión una percepción inadecuada del objeto.⁸² También la distinguen de la idea delirante, en tanto esta última es una creación ideica que no parte de un hecho observado, sino que es "creada en su totalidad" (Sérieux & Capgras, 1909: 8).

En su afán por otorgar precisión y nitidez clínica a la interpretación delirante, se ocupan también de separarla de la *interpretación falsa* o *error*, tarea mucho más ardua, dado el carácter deductivo erróneo con el que atribuyen significaciones tanto las interpretaciones delirantes como las erróneas. Sin embargo, logran esclarecer algunas diferencias. Así, en tanto la interpretación errónea es en la mayoría de los casos rectificable, la interpretación delirante es incorregible. La interpretación delirante pertenece al terreno de lo patológico, el error no. La interpretación errónea permanece aislada, circunscripta, mientras que la interpretación delirante tiende a la difusión, a la irradiación, a expandirse y a incorporar ideas semejantes que van conformando un sistema; por ello se utiliza la metáfora de la red. Otra diferencia es que el error no tiene por objeto necesariamente al yo, mientras que la interpretación delirante sí lo tiene por objeto. La interpretación delirante tiende a realizarse, a orientar y a dominar la realidad.

Los autores se interesan entonces por la presentación clínica de las llamadas "interpretaciones delirantes sistemáticas crónicas", forma prevalente en los "interpretadores puros". Son sujetos que "ponen de relieve la asociación extraña de la razón y de la locura y merecen claramente el calificativo de 'locos razonantes'" (Sérieux & Capgras, 1909: 16). Es decir que los sujetos afectados por este delirio conservan fuera del mismo toda su vivacidad de espíritu con la que defienden sus convicciones, expresan recuerdos y establecen asociaciones.

La principal crítica de estos autores a lo que se conocía en ese entonces como delirios sistematizados (en la escuela francesa) o paranoia (en la escuela alemana) radica en que, hasta ese momento, la clasificación de los delirios que se incluían allí se realizaba en base a la naturaleza del sistema delirante y así se distinguían el delirio de celos, los delirios de persecuciones, los delirios de grandeza, el delirio místico, el delirio erótico y el delirio hipocondríaco. Según Sérieux y Capgras, al fundar esta clasificación simplista en un criterio tan superficial como el contenido de la temática delirante se terminaban agrupando hechos muy diversos. Es necesario para ellos recuperar las agrupaciones de síntomas características, su evolución típica y la modalidad de organización del delirio.

Con respecto a la causa, dividen el campo de los delirios crónicos sistemáticos en: "psicosis adquiridas" que, alterando la mentalidad del sujeto conducen a demencias,⁸³ y "psicosis constitucionales", que no modifican la personalidad ni conducen al deterioro. De estas últimas despren-

⁸² Cf. con la parte III sobre los fenómenos elementales.

⁸³ La demencia se suele definir como una debilitación global, crónica, progresiva, definitiva e irreparable de todas las funciones psíquicas. Cf. capítulo 24.

den el tipo de “psicosis crónica a base de interpretaciones” o “delirio de interpretación”, ya que la totalidad de los casos incluidos bajo este término se basan en interpretaciones delirantes.

Cabe aclarar que, si bien la interpretación delirante es un rasgo sobresaliente de esta entidad clínica, no es suficiente para otorgarle autonomía, ya que es común a otras psicosis. Por esta razón, los autores agregan otros criterios para caracterizar al delirio de interpretación como una psicosis crónica sistemática, donde la proliferación de múltiples interpretaciones progresivas determinan la organización de una novela delirante y compleja que puede dar lugar a reacciones transitorias. Las alucinaciones son poco frecuentes, la lucidez y actividad psíquica se mantienen a pesar del contenido delirante que, si bien es incurable, no evoluciona hacia el deterioro (Sérieux y Capgras, 1909).

En resumen, los criterios a partir de los cuales definen al delirio de interpretación son:

- la multiplicidad y organización de las interpretaciones delirantes,
- la ausencia o casi inexistencia de alucinaciones,
- la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica,
- la evolución por expansión progresiva de las interpretaciones,
- la incurabilidad sin demencia terminal (Sérieux & Capgras, 1909: 9).

Desde un punto de vista clínico, el delirio de interpretación se caracteriza por la presencia de dos órdenes de síntomas en apariencia contradictorios: los positivos y los negativos.

Los **síntomas positivos** se definen como las manifestaciones mórbidas del delirio, en los que es posible distinguir las concepciones delirantes y las interpretaciones delirantes. Las primeras se constituyen por ideas de persecución, ideas de grandeza, de celos, ideas místicas, ideas eróticas, ideas hipocondríacas, que parecen ser el síntoma principal sobre el cual se construye la novela del delirio, aunque tienen un valor contingente. Estas concepciones se mantienen en el terreno de lo posible y lo verosímil. En algunos casos se constituyen como dudas delirantes y frecuentemente son mantenidas en secreto o se revelan con reticencia.

Las interpretaciones delirantes tienen su punto de partida en hechos reales, a los que el interpretador desnaturaliza, traviste y amplifica, apoyándose en los datos de los sentidos y la sensibilidad interna. Las interpretaciones pueden ser de dos tipos: endógenas y exógenas. Las interpretaciones delirantes exógenas tienen su punto de partida en el mundo exterior, dando lugar a un verdadero delirio de significación personal:

Una mirada, una sonrisa, un gesto, los gritos y las canciones de los niños, la tos o los esputos de un vecino, el cuchicheo de los que pasan a su lado, los fragmentos de papel hallados en la calle, una puerta abierta, una nimiedad sirve de pretexto a las interpretaciones (Sérieux & Capgras, 1909: 27).

Los enfermos no dejan de encontrar coincidencias en los hechos producidos por azar, las interpretaciones se vuelven ilimitadas, y con su "clarividencia interpretativa saben desentrañar la verdad y las relaciones secretas de las cosas" (Sérieux & Capgras, 1909: 27).

Las interpretaciones delirantes endógenas encuentran su fuente en la observación introspectiva del estado orgánico y de la cenestesia, por la cual son los fenómenos fisiológicos los que están en el origen de la interpretación o la misma se halla ligada a lo mental: ciertos estados de conciencia o la exhumación de recuerdos sirven para generar interpretaciones.

De esta manera, las interpretaciones no sólo afectan al presente del sujeto, sino que pueden extenderse a su pasado, configurando una suerte de delirio retrospectivo. Recordemos que Kraepelin ya había planteado que las ilusiones de la memoria, junto con las autorreferencias, constituirían los mecanismos principales del delirio interpretativo. Pueden presentarse también falsos reconocimientos que Capgras había delimitado en otro artículo bajo la denominación "ilusión de Sosías".⁸⁴ El trabajo interpretativo conduce a una completa transformación de la concepción del mundo que se vuelve mórbida por la expansión de las interpretaciones autorreferenciales. Todo se vuelve "*tua res agitur*" ("asunto de tu interés") (Sérieux & Capgras, 1909: 30).

Los **síntomas negativos** refieren a la ausencia de determinados indicadores que evidencien el deterioro del intelecto: afectos, lenguaje y conductas. En forma principal los autores mencionan la ausencia de trastornos en la vida afectiva (en el humor, en los sentimientos, en los afectos), en la vida intelectual (no hay alteración de la conciencia, ni de la memoria, ni del curso del pensamiento) y la ausencia de trastornos sensoriales. Es decir, conservación de las facultades mentales y ausencia de alucinaciones. La falta de perturbaciones de la afectividad permite separar esta forma clínica del campo de las manías, melancolías y psicosis maníaco-depresivas. En tanto que la ausencia de deterioro psíquico y de alucinaciones permite diferenciar a la paranoia de las esquizofrenias.

Respecto de las causas, señalan que su origen debe ser buscado en la predisposición psicopática, en anomalías del desarrollo cerebral.

La **evolución del delirio de interpretación**, crónica y progresiva, sin demencia ni curación, prosigue tres etapas: incubación insidiosa, período de estado o sistematización y el período terminal, en el cual la actividad creativa e interpretativa generalmente disminuye. La sistematización progresiva es lo central de la evolución crónica del delirio.

La siguiente viñeta clínica constituye un extracto de un caso trabajado por los autores en el libro, y permite analizar los rasgos centrales del delirio interpretativo.⁸⁵

Se trata de la Señora X, de 35 años de edad, casada desde los 20 años con un funcionario en una unión arreglada por conveniencia. Poco después de haber contraído matrimonio, comienza a manifestarse un primer síntoma de su malestar: la desconfianza, que recae principalmente en la figura de su esposo. Esta desconfianza se expresa en toda una serie de interpretaciones y concepciones delirantes. Así, luego de tomar una taza de café sin darse cuenta, acusa a su marido de habérsela bebido. En otra ocasión, en que su marido enferma gravemente, la naturaleza de los medicamentos y la localización de la enfermedad en los órganos sexuales son una prueba irrefutable para ella de que su marido es "un sifilítico y homosexual". Por

⁸⁴ Cf. capítulo 11.

⁸⁵ El caso de la señora X se desarrolla en extenso en el libro citado. Corresponde a la observación 1 que se presenta en las páginas 13 a 25.

ese entonces, se queja de ser perseguida por él, quien, una vez curado “arma farsas de un gusto dudoso y amenazas”. Dice que su marido quiere hacerla desaparecer para evitar sus revelaciones. Se queja de que él abre sus armarios, sus cajones, desordena su ropa interior y sus papeles, con el fin de obligarla a irse de la casa que comparten. También la siguen en la calle, le hacen signos. Es su suegra quien la hace seguir a fin de obtener indicaciones precisas para conseguir el divorcio.

En la evolución del cuadro persisten toda una serie de interpretaciones delirantes exógenas: si la Señora X oye un ruido, es que están escuchando detrás de la puerta; una carta retrasada es que ha sido interceptada; un ladrillo que cae por el hueco de la chimenea es señal de que intentan meterse en su casa. También forman parte del delirio interpretaciones endógenas: cierta vez que enferma de una gripe, se le impone la idea de que su marido la contagió de sífilis.

Con la evolución del delirio, las concepciones delirantes de tipo persecutorio continúan: ocultan los objetos para despertar su intriga, agujerean un muro, imprimen especialmente para ella una edición de diario, como lo prueban los artículos extraños y anuncios que la aluden para enloquecerla, exasperarla y extraviarla haciéndole creer que ha perdido la razón. Finalmente intentan arrastrarla al suicidio mediante actitudes burlonas o amenazantes. Desesperada, la Señora X piensa en pegarse un tiro, pero termina por tomarse un vaso de licor. Apenas restablecida, nuevamente emerge la intriga: encuentra en una habitación un papel que alude irónicamente a su situación: “las personas de bien, a menudo, son víctimas de los malvados”. Más adelante, convencida de que su marido quiere sacársela de encima para casarse con otra mujer, interpreta eróticamente una broma que él hace sobre una persona de color y afirma que su marido quiere “que un negro la posea”.

Se refugia entonces en la casa de un familiar, exaltada, habla de suicidio, de gente que la sigue, del hipnotismo al que cree que fue sometida, por lo cual la encierran y dan aviso a su marido. La Señora X se arroja por la ventana del entrepiso, contexto en el que sobreviene una primera internación. Si bien la influencia del aislamiento parece mejorarla y es externada, las interpretaciones delirantes se multiplican: todos los actos, todas las palabras de su marido son alusiones, amenazas y tentativas dirigidas hacia ella. En ocasiones, siente que la fuerzan a tomar medicamentos para envenenarla. La conducta de su marido le resulta extraña, hostil. Él regresa al hogar con ropa impregnada de perfumes sugestivos, lo escucha caminar en las noches, por la habitación pegada a la suya, hechos que interpreta en forma celotípica, como prueba de que él espera a la mucama o a otro hombre.

Acosada por sus preocupaciones, la Señora X reclama a un juez el divorcio y le da cinco tiros de revólver a su marido. Nuevamente es internada. Una demanda perentoria de su marido para que vuelva a su hogar, le hace pensar que éste ha hecho todo lo posible para mantenerla internada. Acepta perdonar, abandonar la idea del divorcio y volver a su casa sólo si cesan las “farsas y amenazas”. A pesar de esto, continúa creyendo ser el blanco de las maquinaciones de su marido. Deja de salir, su salud se deteriora, y sus malestares físicos son interpretados como otra prueba de los atentados de los que es víctima. Un nuevo acto de violencia contra su

marido la deja internada en una casa de salud. Desconfía del personal y permanece refractaria a todo intento de rectificar sus interpretaciones.

Más adelante, escapa del centro de salud. Se cree perseguida por una agencia que tiene la misión de hacerla desaparecer. Acusa a su madre, a su hermano y a otros parientes de haberla despojado de su fortuna. En fin, su delirio se expande acusando a todas aquellos que intentan acercársele: el enfermero, el médico, el personal, el procurador han sido sobornados para confeccionar informes mentirosos. Las celebridades que aparecen en los diarios del momento también están involucradas en el problema. La enfermedad continúa desde hace aproximadamente nueve años, sin tendencia a la curación, ni al debilitamiento intelectual, y sin presencia de alucinaciones. El delirio, siempre en base a interpretaciones, continúa evolucionando de forma crónica y tiene una extensión cada vez mayor, hasta generar una concepción mórbida y falseada del mundo teñida completamente por las autorreferencias.

Lacan (1931) destaca que el delirio interpretativo es "un delirio de la calle, del rellano, del foro" (p. 10). Las interpretaciones se multiplican, se expanden y se repiten sobre los sucesos cotidianos y los incidentes públicos. Se trata de interpretaciones centrípetas, imantadas en el sujeto, dirigidas a él y a las cuales no hay que suponerles una organización dirigida por algún eje. Se imponen esas interpretaciones, que son más sufridas que construidas, y que se van expandiendo. Por eso, Lacan (1931) recupera la transmisión oral de Gatian de Clérambault: "es un anélido, no un vertebrado" (p.10), puesto que la estructura delirante no se organiza en torno a una columna vertebral o a un eje, sino que se extiende circularmente al modo de una red difusa que va conformando la concepción mórbida del mundo. Esta última característica que concierne a la estructura del delirio, y no a su contenido, permite diferenciar al delirio de interpretación del delirio reivindicativo.

Estructura en sector del delirio reivindicativo

Al delirio interpretativo, locura razonante surgida de la predisposición psicopática, Sérieux y Capgras le oponen el delirio de reivindicación, que puede ser definido como una psicosis sistemática crónica caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija, que se impone de manera obsesionante, orientando por completo la actividad en un sentido manifiestamente patológico, pero sin conducir al deterioro (Sérieux & Capgras, 1909: 45). Este estado de "monoideísmo o prevalencia mórbida" había sido descrito anteriormente: en los perseguidos-perseguidores de Lasègue y en el delirio de querulancia de Kraepelin. Como característica fundamental del cuadro clínico, Kraepelin ya señalaba la idea de inferioridad legal y el ansia de luchar hasta el extremo contra las injusticias o daños sufridos, pero en cuya base se encuentra una idea patológica del mundo, nacida de una construcción mórbida de los sucesos y cosas de la vida (Kraepelin, 1899).

Para Sérieux y Capgras este delirio tiene su punto de partida en un hecho real que ha causado al sujeto un perjuicio constatable y a partir del cual se elabora la reivindicación, el reclamo que determina y condiciona la vida del sujeto en forma persistente. A diferencia del delirio in-

terpretativo, que parece ocupar toda la vida del enfermo, el reivindicativo es un delirio sectorizado, es decir, que sólo afecta una parte de la vida del sujeto y es a donde apunta la reivindicación: el daño o injusticia sufridos. La idea obsesiva se impone de manera incoercible y se vuelve la causa por la cual el enfermo quiere luchar hasta el fin. El paciente no la reconoce como absurda, sino que está plenamente justificada, al punto de llevarlo a producir distintos actos, algunos incluso criminales. No lucha contra la idea, sino que la defiende y lucha contra quienes se oponen a su obsesión.

Los enfermos no logran resistirse a lo que dicta esta idea obsesionante y no pueden tampoco razonar sobre ella. Se impone incorregible en su fijeza y si se diera el caso de la resolución por el acto, el sujeto encuentra en ello alivio y calma. Sérieux (1909) cita el caso de un perseguidor homicida, comentado por Leroy, que permaneció junto a su víctima, disfrutando de un sentimiento de triunfo y calma espiritual luego del asesinato (p. 50).

Otro rasgo distintivo fundamental de este tipo de delirios es el estado pasional que lo acompaña, muchas veces comparado con la exaltación maníaca o hipomanía.⁸⁶ "Los reivindicadores son maníacos razonantes" (Sérieux & Capgras, 1909: 51). Los enfermos son llevados por una fuerza que excede lo normal y que los empuja en la dirección de luchar por su idea como único fin de su vida.

El reivindicativo o querulante presenta un **estado pasional crónico**, en cuyo curso sobrevienen interpretaciones erróneas y secundarias, regidas por la idea prevalente "obsesionante" de haber sido perjudicado. Las interpretaciones sólo sirven secundariamente para explicar las contrariedades que se le presentan, dado que deduce y actúa según lo que le dicta su pasión. Las interpretaciones del reivindicador se manifiestan únicamente por las deducciones que emanan de su exaltación, jamás alcanza una concepción delirante mórbida del mundo exterior, una megalomanía sistemática: no modifica su apellido, no se proclama rey, etc.; como ocurre en el caso de los interpretativos.

Los autores señalan, entonces, que hay en el reivindicador un componente de exaltación maníaca: partiendo de esa "idea fija" u "obsesiva", de la certeza del perjuicio sufrido, el sujeto despliega una excitación mediante la cual reclama, aboga, enjuicia. Cabe destacar que no debe confundirse esta exaltación maníaca con la descripción de la manía realizada por Kraepelin,⁸⁷ sino que se trata de una fuerza pasional que empuja y sobrecarga a la idea prevalente únicamente.

Por esta razón, califican al delirio reivindicativo como un **delirio en actos**, mientras que el interpretativo es un delirio de ideas. Empujado por una excitación pasional, animado por una vanidad insensata, el reivindicador se embarca en variadas empresas: escribe a personajes importantes, realiza denuncias, consulta abogados, pide reuniones, pasa sus noches redactando informes y autobiografías, plantea quejas, busca poner a la prensa de su lado. La menor discusión lo irrita. A medida que la excitación crece, busca atraer la atención sobre sí: dispara un tiro al aire al pasar alguna autoridad, o se viste de forma extraña. Algunos pueden presen-

⁸⁶ Cf. capítulo 20.

⁸⁷ Cf. parte V.

tarse incluso como candidatos a elecciones. Finalmente, en algunos casos, llegan a involucrarse en tentativas de chantajes, injusticias, amenazas, actos de violencia, y a veces se erigen como justicieros.

Entonces, el delirio de reivindicación se caracteriza para estos autores por dos síntomas fundamentales:

- la idea obsesiva, base del delirio,
- la exaltación maníaca.

Esta actividad desmesurada y continua permanece como una expresión esencial de la psicosis. Sin embargo, en el campo de la neurosis también es posible hallar casos en los cuales la idea reivindicativa o querellante puede aparecer. Tal es el caso de Dora y su incesante repetición de los mismos pensamientos acerca de la relación entre su padre y la señora K. Estos pensamientos patológicos, a los que Freud denomina "hipervalentes" (Freud, 1905: 48), se distinguen del delirio de reivindicación en tanto, a pesar de la aparente fijeza, entran en dialéctica con el conflicto neurótico, llevando incluso a una rectificación de la posición inicial de Dora, por oposición a la inercia dialéctica que Lacan reserva para caracterizar al fenómeno elemental.⁸⁸

Retomando la distinción entre ambos delirios, el interpretativo y el de reivindicación, este último presenta desde el inicio un sistema establecido: su único objetivo es hacer triunfar la idea obsesiva. Por el contrario, el interpretador comienza por emitir juicios falsos sin plan definido y sólo secundariamente alrededor de una idea principal. Gatian de Clérambault (1921) señala que en el delirio interpretativo no hay una idea madre de la que se deduzcan otras series de ideas, sino que las ideas surgen de todas partes, se coordinan entre sí, pero no se subordinan unas a otras de modo que por más que se reduzcan algunas ideas, el delirio persiste: "Suprimamos del delirio la concepción que nos parece la más importante, más aún, suprimamos muchas de ellas, habremos perforado la red, pero no habremos roto las cadenas; la red, inmensa, perdurará, y otras mallas se reconstituirán por sí mismas" (Gatian de Clérambault, 1921: 46). En cambio, en el delirio reivindicativo, la supresión del "embrión lógico" constituido por la idea obsesiva produce el derrumbe del delirio.

Otra diferencia respecto del delirio de interpretación gira en torno a su evolución: mientras que el delirio interpretativo es continuo, progresivo y persistente, el reivindicativo evoluciona por brotes, es decir, momentos agudos alternan con momentos de calma, para volver luego nuevamente a la acción.

Resulta interesante recuperar a modo de esclarecimiento, el siguiente cuadro comparativo elaborado por Sérieux y Capgras (1909: 55- 56), que presenta las características principales que asumen ambos delirios y sus diferencias:

⁸⁸ Cf. parte III.

DELIRIO DE INTERPRETACIÓN	DELIRIO DE REIVINDICACIÓN
Estado delirante crónico.	Estado pasional (obsesionante) crónico.
Se inicia con juicios falseados mórbidamente, sin un plan establecido, que se coordinan en forma secundaria en una idea fija, después de un período preparatorio. No hay un hecho inicial, es más bien una forma de ver las cosas que una idea prevalente.	Se inicia por una idea fija, tiene un sistema establecido de entrada por la idea obsesiva de haber sido perjudicado. El reivindicativo vuelve siempre a ese hecho inicial de daño o de injusticia.
Interpretaciones delirantes múltiples y diversas, primitivas y predominantes. Progresan por irradiación, en red.	Interpretaciones regidas por el estado pasional, muy circunscriptas, secundarias y accesorias. Delirio en sector.
Concepciones delirantes variadas. Idea directriz secundaria.	Idea prevalente y obsesionante primitiva, localizada en un hecho determinado o en una teoría abstracta. No llega a una concepción mórbida del mundo.
En los interpretadores perseguidos: ideas de persecución muy activas.	Ideas de perjuicio, sin persecuciones físicas.
En los interpretadores megalómanos: ideas de grandeza sistematizadas.	Hipertrofia del yo, sin megalomanía.
Falsedad y a veces inverosimilitud flagrante de la novela delirante.	Tema prevalente plausible.
Actividad normal.	Excitación intelectual permanente.
Reacciones relacionadas con sus móviles.	Reacciones desproporcionadas con sus móviles.
Estigmas de degeneración poco acentuados y efectivos.	Estigmas numerosos.
Conservación del sentido moral.	Frecuencia de anomalías del sentido moral.
Extensión progresiva del delirio. Transformación del mundo exterior.	Menor irradiación, sin transformación del medio.
Incurabilidad.	Posibilidad de mejoría.

Según la idea obsesiva prevalente es posible identificar dos variedades de delirio reivindicativo (Sérieux & Capgras, 1909: 45):

- El delirio de reivindicación egocéntrico: en la base de la psicosis se encuentra un daño real o una pretensión sin fundamento. Los enfermos se centran en satisfacer sus deseos y sus propios intereses, no se vuelven justicieros, sino más bien los enemigos de alguna personalidad que los ha perjudicado, o de la so-

ciudad misma que hace caso omiso a sus reivindicaciones. Puede tratarse de artistas amigos de los pleitos o incomprendidos.

- Los reivindicadores altruistas, en quienes la sistematización delirante parte de una idea abstracta que redunde en teorías científicas, filosóficas, políticas o religiosas. Son reformadores, profetas, inventores, soñadores o filántropos generosos; perjudiciales sólo para ellos mismos o para su familia, a la que arruinan despilfarrando su fortuna. A veces, el aferrarse a utopías que intentan realizar por todos los medios, se convierten en peligrosos (fanáticos tipo místicos, anarquistas, asesinos y criminales).

El presente fragmento clínico corresponde a uno de los casos trabajados por los autores (Sérieux & Capgras: 1909: 46-48). Se trata de un inventor, reformador y posteriormente poeta, que terminó convirtiéndose en un criminal, ya que atacó al político Jules Ferry. Entre sus rasgos se destacan la sobrestimación de sí mismo, las faltas morales, la sobreactividad improductiva. Lleva una vida alocada en la que comete estafas y arreglos deshonestos, al mismo tiempo que se embarca en ocupaciones muy diversas: patenta invenciones, procedimientos nuevos para fabricar *vitreaux*, sustancias químicas, artículos de moda, diccionarios, publicidad, poemas. A pesar de esta pluralidad de actividades, es un indigente. Pretende justificar su estado echando la culpa a la clase política que gobierna.

Es condenado a un mes de prisión por sus estafas y se convierte entonces en un justiciero ejemplificador. Amenaza de muerte a los jueces que lo condenaron, y comienza su carrera política para llevar a cabo su fantasía de una venganza descomunal. Todos aquellos que lo perjudicaron deben ser castigados. Arma entonces una lista con todos los culpables y, de acuerdo a la responsabilidad de cada uno, establece las condenas: algunos deben morir, otros ser heridos de gravedad, otros sólo levemente. Sorteó al primer condenado: es Jules Ferry, a quien asesina. Escribe en su diario "Hoy jugué a mi lotería y Jules Ferry ha ganado. Estoy encantado con eso, salió él, la rata venenosa, la crisálida del insecto del cólera" (Sérieux & Capgras, 1909: 47). En el juicio posterior afirma que actuó con premeditación y que debe ser condenado, caso contrario, volverá a empezar.

Lacan destaca que es justamente ese estado de estenia maníaca aquello que propicia el pasaje al acto, y que se presenta con la particularidad de un impulso obsesivo que está integrado a la personalidad por la idea prevalente. El acto cumple la función de aliviar al enfermo y, en ocasiones, de poner fin al delirio, ya que lo libera de la presión continua que ejerce la idea obsesiva. Es esa idea la que está a la base del delirio, "un acontecimiento inicial portador de una carga emocional desproporcionada" (Lacan, 1931: 12), y que sectoriza el delirio restringiéndolo al ángulo que abre ese hecho inicial, concentrando allí toda la virulencia infatigable de esa idea.

Lacan da el ejemplo de los hipocondríacos que agreden a los médicos y diferencia la posición del interpretativo -que atribuiría al médico el malestar por una suerte de influencia misteriosa-, de la del reivindicativo -que acusa al médico por no haberlo curado y por lo tanto consi-

dera que el médico merece ser castigado. Podemos sumar entonces como característica distintiva entre estos delirios el hecho clínico de que el delirio reivindicativo tiende al pasaje al acto - justamente por su componente esténico y maníaco-, mientras que el delirio interpretativo no es tan propicio a las reacciones heteroagresivas.

Para finalizar, esta forma clínica de gran referencia en la actualidad será recuperada posteriormente por Gatian de Clérambault, quien complejiza el campo de la paranoia al proponer el grupo de las psicosis pasionales, al que nos abocaremos a continuación y en el cual incluye al delirio de reivindicación junto a la erotomanía y el delirio de celos.

Gatian de Clérambault y las psicosis pasionales

Reivindicación, erotomanía, celos

Hacia 1920, Gatian de Clérambault precisa aún más el campo de la paranoia, al definir tres tipos de delirios que comparten los rasgos de ser sectorizados, de acompañarse por el elemento pasional y evolucionar en ausencia de alucinaciones: el reivindicativo, el erotómano y el de celos. Los agrupa bajo el nombre de “psicosis pasionales”. El delirio erotomaníaco constituye el paradigma de este grupo y un gran aporte de este autor. Gatian de Clérambault refiere que los síndromes pasionales pueden presentarse en forma pura o en forma mixta, asociados a otras psicosis, y que se caracterizan por:

(...) su patogenia, sus componentes, ya comunes, ya específicos, sus mecanismos ideativos, su extensión polarizada, su hiperestesia que alcanza a veces el nivel hipomaníaco, la puesta en juego inicial de la voluntad, la noción de finalidad, el concepto director único, la vehemencia, las concepciones completas desde el principio, el tono reivindicativo común, etc. (Gatian de Clérambault, 1921: 39).

Estos rasgos le van a permitir constituir el campo de las psicosis pasionales y oponer su estructura y mecanismo al de los delirios de interpretación. Coincide con Sérieux y Capgras, al proponer entonces el delirio “en sector”, constituido desde un inicio, y deducible por completo de una idea prevalente inicial a la que llama “postulado ideoafectivo”. Lo distingue del delirio “en red”, que se construye lentamente sin idea directora, “sin célula madre”, propio de los delirios de interpretación (Gatian de Clérambault, 1921: 20).

Renueva así la clasificación de las *Locuras Razonantes* de Sérieux y Capgras, para señalar que el delirio reivindicativo no debe ser clasificado en el mismo grupo junto al delirio interpretativo, ya que se genera a partir de un mecanismo diverso y específico. Este mecanismo común a las psicosis pasionales, consiste en reducir toda la fenomenología pasional a lo que denomina un “postulado” inicial y generador de todo el desarrollo delirante posterior.

Gatian de Clérambault acuerda con la descripción clínica del delirio de reivindicación realizada por Sérieux y Capgras, y se aboca entonces al establecimiento de otro tipo de psicosis pasional: la erotomanía. En el caso de la erotomanía, el postulado -núcleo afectivo inicial- se concreta en la certeza delirante que afirma: "Es el objeto quien ha comenzado y que más ama o el único que ama" (Gatian de Clérambault, 1921: 40). Podemos ubicarlo como una variante de la denominada "iniciativa del Otro" (Lacan, 1955-56: 275).

Es importante destacar que el **delirio erotomaniaco** no es simplemente un delirio cuyo contenido es el amor, sino que en su estructura parte de una idea prevalente que actúa como un axioma fundador y es que el otro ha tomado la iniciativa de amar al sujeto. No es el erotómano quien ama, ni el que está enamorado, sino que es más bien objeto del amor del otro. El erotómano está en posición de ser objeto del amor -amado-, y no agente activo o amante. Esto se acompaña de una serie de ideas delirantes tales como: el amante que ha tomado la iniciativa de amar al sujeto es alguien de mayor rango social, mejoraría su situación aún más si este amor prosperase y sus compromisos previos han perimido. Hay además una suerte de empatía o simpatía del conjunto social hacia este amor.

El sentimiento generador del postulado está constituido primeramente por el orgullo, el deseo y la esperanza. El componente amoroso puede ser accesorio y sólo manifestarse en términos de interés. A partir del postulado, se derivan las deducciones y temas imaginativos o interpretativos consecutivos a las ideas de persecución. A estos temas se amarran los erotómanos para transformar todos los desaires y afrentas de los amantes en pruebas de amor: el amante no puede ser dichoso sin el amado, el amante no puede tener valor completo sin el amado, el amante está libre y su matrimonio no es válido, es necesaria la vigilancia y la protección continua del amante, las conversaciones indirectas con él, etc.

Por más que el pretendido amante tenga gestos decididamente despectivos o incluso de rechazo manifiesto, el sujeto erotómano salvará estas situaciones apelando a lo que Gatian de Clérambault (1921) llama "las conductas paradójicas o contradictorias del objeto" (p. 42). Es decir que el sujeto erotómano encuentra habitualmente también una explicación al rechazo del amante: quizás duda o está presionado por otros para actuar así, o quiere poner a prueba al sujeto, o no se anima a avanzar en este amor, etc. De esta manera, al postulado fundamental de la iniciativa amorosa por parte del otro se añaden interpretaciones secundarias que tienen por función justificar los obstáculos que puedan aparecer para que esta unión se concrete.

Las interpretaciones son secundarias a la pasión -que es inicial y concentra todas las fuerzas de los enfermos- y se construyen "en el sentido del deseo" (Gatian de Clérambault, 1921: 45). Así, vemos cómo la voluntad está puesta en juego desde un inicio. El delirio tiene una finalidad. A diferencia del interpretativo que es un delirio más bien expectante, "el delirante pasional vive en estado de esfuerzo" (Gatian de Clérambault, 1921: 46):

El delirante interpretativo deambula en el misterio, inquieto, sorprendido y pasivo, elucubrando sobre todo lo que observa y buscando explicaciones que descubre poco a poco; el delirante pasional avanza hacia un objetivo, con una exigencia consciente, completa desde el principio, sólo delira en el terreno de su

deseo: tanto sus elucubraciones como su voluntad están polarizadas, y esto, en razón de su voluntad (...) A menudo el interpretativo echa miradas retrospectivas, va a buscar explicaciones en el pasado; esto se explica porque a la inversa del pasional, que tiene prisa, el interpretativo tiene tiempo; el pasional, voluntarista por esencia, tiende hacia el futuro (Gatian de Clérambault, 1921: 46).

Gatian de Clérambault distingue tres estadios de un mismo proceso de evolución sectorizada de la erotomanía, relativos al postulado inicial: esperanza, despecho y rencor. El autor destaca que este proceso no siempre se cumple por completo, produciéndose estancamientos principalmente en los dos primeros estadios. Durante la primera fase, el sujeto se encuentra esperanzado de la novela que el delirio ha puesto en marcha. Sin embargo, aparecen ideas agrupadas alrededor de la persecución, que tienen como objetivo la separación en relación al amante o incluso provienen del mismo.

En las fases de despecho y rencor, el sujeto impaciente y humillado cree que odia al amante. Los agravios que antes eran hipócritas se vuelven sinceros y el sujeto se convierte en reivindicador, aunque la esperanza inconsciente subsiste. La extensión del delirio que se desprende del postulado inicial está sectorizada, inscripta en el postulado inicial y en base a operaciones de tipo pasional que toman elementos imaginativos del postulado ideo-afectivo.

La película francesa *À la folie... pas du tout* (2002)⁸⁹ relata la historia de Angélique, una joven estudiante de arte “loca de amor” por un médico cardiólogo casado y a la espera de su primer hijo. La película desarrolla los dos puntos de vista: el de Angélique, segura de que el médico la ama, y el del médico, quien lejos está de percibir lo que ocurre en el mundo interno de Angélique. Es ese mundo interno o postulado lo que la lleva a un pasaje al acto heteroagresivo con otra de las pacientes y que, como puede verse al final, no se rectifica.

Para finalizar, destacamos la vinculación que Gatian de Clérambault establece entre el carácter paranoico y el delirio interpretativo, que constituye otra diferencia con los delirios pasionales:⁹⁰

Los delirios interpretativos se sustentan en el carácter paranoico, esto es, en el sentimiento de desconfianza. Los mismos se desarrollan en todas direcciones, la personalidad global del sujeto está en juego, el sujeto no está excitado; los conceptos son múltiples, cambiantes y progresivos, la extensión se realiza por irradiación circular, la época de su inicio permanece indeterminada, etc. (Gatian de Clérambault, 1921: 39).

El carácter es entendido por este autor como la “suma del total de las emociones cotidianas mínimas, llevadas al estado habitual, cuya cualidad está prefijada para toda la vida” (Gatian de Clérambault, 1921: 43). La paranoia no es única, sino un conjunto infinito de rasgos de carác-

⁸⁹ Traducida como “Loca de amor” o “Sólo te tengo a ti”, fue protagonizada por Audrey Tautou y dirigida por Colombani.

⁹⁰ Cabe aclarar que Gatian de Clérambault inicialmente incluye en la paranoia al delirio de interpretación y al carácter paranoico, distinguiéndola de las psicosis pasionales. A partir de 1923, sin embargo, excluye de la paranoia al delirio interpretativo, oponiendo este último al carácter paranoico, el cual sería el terreno fértil de las psicosis pasionales, ahora sí vinculadas a la paranoia. Lacan, en 1932, considera que tanto el delirio interpretativo como las psicosis pasionales y el carácter paranoico forman parte del tipo clínico de la paranoia.

ter, tales como la desconfianza, la envidia, los celos, la irritabilidad y emotividad diversas, la morosidad y la hostilidad fundamental con o sin brutalidad (Gatian de Clérambault, 1923: 111).

Vemos así que estas elaboraciones de Gatian de Clérambault nos conducen al último tipo de psicosis paranoica que hemos deslindado siguiendo a Lacan: el carácter o constitución paranoica.

El carácter paranoico o la discreción delirante

Hasta el momento, hemos estudiado las formas indubitablemente delirantes de las paranoias. Pero, como Lacan mismo nos señala siguiendo a Gatian de Clérambault, las formas constitucionales ya muestran “las características de un delirio” (Lacan, 1931: 6). Entonces, y como se propone en debates actuales del psicoanálisis, no se trataría tanto de excluir al delirio de estas formas, sino de situar aquello delirante que se presenta discretamente bajo la forma del carácter. Digamos entonces que la paranoia no puede ser separada de su síntoma cardinal, el delirio, o de lo que hay en él de esencial: la autorreferencia mórbida o significación personal hallada por Neisser, recuperada por Séglas y destacada incansablemente por Lacan.

A continuación, nos detendremos en esta tercera variedad de la experiencia paranoica: la forma caracterial. Según Lacan (1931), constituye otra forma de la paranoia, justificada desde el punto de vista nosográfico, diagnóstico y médico-legal. El indicio delirante tiene un menor grado que la forma que le seguiría: el delirio de interpretación. Ya destacamos que la constitución paranoica es como si fuera el molde, bajo la forma de una duda desconfiada, del cual saldrá la estatua del delirio interpretativo.

De esta forma, estudiaremos dos expresiones: la constitución paranoica de Génil-Perrin y el delirio de relación de los caracteres sensitivos de Kretschmer. La diferencia clínica con las formas delirantes floridas reside en que el signo clínico son los rasgos constantes, fijos, de carácter. Estos rasgos son agrupados y tipificados, constituyendo el carácter específico de la paranoia. Es decir, se trata de algo más cercano a un modo de ser y de estar en el mundo del paranoico, que de su versión más rupturista, en el sentido del elemento disruptivo que conlleva un delirio constituido.

Esto nos va a conducir a una clínica más sutil aún, de detalle, centrada más bien en las “rarezas” de conducta que en la elaboración de un delirio sistematizado. Es por otra parte una clínica que se podrá escuchar más en lo cotidiano, y más bien fuera de la internación hospitalaria. Desde el punto de vista causal, tanto Génil-Perrin como Kretschmer le van a dar importancia a la constitución caracterial, sea en sí misma en el primero, sea como reacción en función de una vivencia externa para el segundo. Recordemos que desde esta perspectiva, el problema de la constitución ya estaba presente en Kraepelin. En efecto, el desarrollo insidioso y la incurabilidad del delirio dependen de las causas internas en términos de “predisposiciones patológicas en forma de insuficiencias concretas de la constitución” (Kraepelin, 1915: 121). Ahora bien, mientras que las concepciones de Kraepelin pueden encuadrarse en el paradigma de las

enfermedades mentales, las de Génil-Perrin y Krestchmer corresponden más bien al tercer paradigma, ya que consideran al factor psicológico en la causación.

Génil-Perrin: la constitución paranoica

La obra de Génil-Perrin es una de las culminaciones de una perspectiva que busca una articulación causal entre la paranoia y cierto tipo de carácter o constitución anormal. La relación entre determinada constitución y la enfermedad propiamente dicha se puede advertir ya en Esquirol: ciertas ideas, deseos, actitudes, ilusiones, preparan el terreno para la enfermedad que se constituirá eventualmente como una exageración de aquellos (Álvarez & Colina, 1997). Otro antecedente, que vimos en otra sección de esta parte, es la elaboración de Sérieux y Capgras que plantea la causa del delirio de interpretación en términos constitucionales. Esto se los confirma la presentación clínica, dado que en los interpretativos la enfermedad no estaría alterando al carácter, como sí ocurre en las psicosis demenciales (Álvarez & Colina, 1997: 306). Existe, al contrario, cierta continuidad: un desarrollo hipertrofiado y unilateral de determinadas tendencias preexistentes. E invitan por lo tanto a investigar en la dirección de capturar lo esencial de tales constituciones.

En este marco entonces, Génil-Perrin, en su obra de 1926, *Los Paranoicos*, define a la paranoia como una constitución psíquica especial. Se inscribe así en la búsqueda de una continuidad psicogenética específica que envuelva tanto los rasgos más constantes y fijos del carácter como el delirio mismo.

Se trata para Génil-Perrin de describir la fenomenología no tanto del delirio, sino más bien de "síntomas atenuados", "difuminados", de "inclinaciones del espíritu", antes de cruzar el límite hacia la enfermedad propiamente dicha. Este "boceto mórbido" está constituido por la mezcla de cuatro pinceladas, de cuatro rasgos de carácter: el **orgullo**, la **desconfianza**, la **falsedad de juicio** y la **inadaptabilidad**. Como dijimos, más que un inventario de elementos se trata de su mezcla indisoluble: la tétrada paranoica. Por ello, el autor se ocupa de aclarar en reiteradas oportunidades acerca de las dificultades para transmitir al lector cada rasgo por separado, puro, independiente de los otros.

El primero de los rasgos descrito es el orgullo. Puede presentarse en un continuo que va desde la vanidad pueril, la ridícula infatuación, hasta formas discretas, disimuladas, e inclusive puede estar solapado por una falsa modestia. Este orgullo en sus variadas formas puede ser expresado manifiestamente por el sujeto paranoico. Pero también puede ser deducido de su posición delirante: en el celoso, por tener el derecho a un amor exclusivo que lo lleva a indignarse cuando lo siente amenazado; en el erotómano, que sobrestima su poder de seducción por las miras altas de su amor; en el místico por creer ser elegido por Dios; en el inventor, que espera encontrar la piedra filosofal; en el reformador, que le da a su palabra el poder de transformar la sociedad de la noche a la mañana, oponiéndose a la experiencia acumulada de un conjunto social. A este respecto, recordemos al reformador Jean-Jacques Rousseau, quien puede convertir un problema de salud física como una hernia en la ocasión para una reforma

científica: “está persuadido, nos recuerda Génil-Perrin, de que esa enfermedad banal no ha sido aclarada por nadie y de que su propio caso podría ser muy útil para la medicina.” (Génil-Perrin, 1926: 314).

Otro rasgo de la tétada del carácter paranoico descripta por Génil-Perrin es la desconfianza. Aquí, el autor subraya las dificultades del lenguaje para delimitar esta pincelada del boceto paranoico, pues no se trata sólo de desconfianza -al menos si la entendemos desde el sentido común-: hay una variedad que incluye miedo, rencor, reserva hostil, susceptibilidad sombría, perplejidad, inquietud, sospecha y el sentimiento penoso de no ser comprendido por sus semejantes. Quizás la nota que recorre esta paleta de la desconfianza sea la atribución al otro de una animadversión que es la causa de las dificultades con las que se encuentra el paciente en su vida que, en tanto humana, implica alguna toma de posición con respecto al lazo social.

La falsedad del juicio es una tercera característica de la constitución paranoica según el autor que estamos comentando. Esta falsedad de las conclusiones, que el paranoico extrae de sí o de la realidad, se apuntala en los otros rasgos de carácter mencionados: el orgullo y la desconfianza. En efecto, de otra manera no se podría diferenciar de cualquier razonamiento intuitivo que redunde en un juicio falso del hombre llamado normal o de otra patología psiquiátrica. Notemos que reina aquí la premisa de las pasiones que acarrearán juicios falsos.

Por otra parte, Génil-Perrin señala que hay que valorar la lógica peculiar paranoica con respecto a su relación con el ambiente, en la cual siempre es posible encontrar un defecto en la adaptación. Sea como fuere, hay una nota clínica que colorea el juicio paranoico, y a la cual hay que atender: cierta ridiculez o tragedia. La peculiaridad de la ridiculez o el drama en el razonamiento paranoico también reside en su articulación con el resto de los elementos del carácter. De este modo, el componente vanidoso articulado a una mediocridad intelectual dará el tinte ridículo. En cambio, el mismo componente vanidoso, combinado con una mejor adaptación al medio en términos intelectuales, dará la pendiente más dramática.

Por último, como rasgo clínico del carácter paranoico para Génil-Perrin, está la inadaptableidad. Descriptivamente, el paranoico o bien no se adapta o bien se adapta con muchas dificultades a la realidad social. Siempre hay algo de excesivo si se lo compara con el hombre llamado normal. La analogía evocada es la de una bisagra que, o rechina o se desune. Así, un paranoico relata acerca de su niñez que nunca se mezclaba con otros niños y que siempre se sintió solo y extraño, quizás porque sus padres eran pobres o porque él no nació como todo el mundo. Lo cierto es que miraba a sus semejantes con ojos de juez, y sentía desprecio hacia ellos: “En aquella época, relata nuestro paranoico, comenzó la guerra entre yo y los hombres. Yo les rehuía, y ellos me dejaban de lado; yo no los quería y ellos me aborrecían” (Génil-Perrin, 1926: 345).

Esta posición del sujeto paranoico con respecto al lazo social podría ordenarse en dos polos: aquellos que apuntan a un aislamiento, sea del tipo que fuere, y aquellos que se rebelan frente a la sociedad de una época, intentando imponer su personalidad al mundo, tal como lo

hiciera Jean-Jacques Rousseau con su *Contrato social*.⁹¹ También la adaptabilidad debe vincularse con el resto de los componentes de la tétrada para poder ser entendida en su peculiaridad. Sin embargo, pareciera que el autor busca darle cierta relevancia explicativa más general: podría tratarse en efecto de un problema de adaptación de tipo biológico, que sería inclusive aquello que atravesaría como un eje principal toda la constitución paranoica.

Veamos ahora una de las tantas viñetas que Génil-Perrin presenta. La seleccionamos porque nos parece mostrar bien los cuatro componentes de la tétrada paranoica, en forma más o menos proporcionada: R es un soldado que debería haberse alistado en el ejército espontáneamente, pero no lo hizo. Cuando le reprochan no haber seguido las normas militares, esgrime como argumento de su defensa: ¿Y por qué no le mandaron instrucciones personalizadas? Sin duda, lo omitieron adrede para ponerlo en una situación por fuera de la ley. Se trata de una maniobra del propio Ministerio de Guerra a la que se han prestado sus camaradas y superiores.

Vemos aquí que, si bien no puede aislarse una idea delirante concreta, la viñeta deja entrever que este sujeto supone que tiene una importancia desmedida (orgullo), sospecha una mala intención del otro hacia su persona (desconfianza, trastorno del juicio) y revela desconocer procedimientos básicos del intercambio social, como que no recibirá una carta indicándole que haga algo que todo ciudadano sabe que tiene que hacer (inadaptabilidad). El reclamo queda teñido por esa mezcla de vanidad y ridiculez característica. Si bien se trata de rasgos discretos, la viñeta deja a la vista la tétrada constitucional del carácter paranoico para Génil-Perrin.

Kretschmer: el valor causal del carácter en el delirio sensitivo de referencia

El trabajo de Kretschmer (1918) sobre el delirio de referencia de los sensitivos es también un aporte a las formas caracteriales de la paranoia, pero distinto del presentado por Génil-Perrin. La hipótesis causal de Kretschmer articula un tipo de carácter, el sensitivo, y una vivencia. Se inscribe así en una perspectiva psicogenética y reaccional; línea de investigación abierta por Bleuler en 1906 al concebir a la paranoia como “reacción” de una personalidad predispuesta. Asimismo, se apuntala en la división metodológica jaspersiana entre comprensión y explicación, para organizar el campo clínico en desarrollos y procesos (Jaspers, 1913).⁹² Kretschmer toma partido por la comprensión y el desarrollo. Rechaza entonces la naturaleza procesual del delirio de referencia de los sensitivos.⁹³

Comenzaremos presentando uno de los casos que usa Kretschmer para fundamentar sus ideas. Luego pasaremos a la descripción de los síntomas y a las hipótesis causales.

Hélène Renner, de casi cincuenta años, es soltera y se gana la vida como agente contable y mecanógrafa en una oficina, donde es muy valorada. Siempre fue nerviosa e hipersensible, y

⁹¹ Recomendamos la lectura de Soler, C. (1991). Jean-Jacques Rousseau y las mujeres. En C. Soler, *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires: Manantial y Soler, C. (2004). Mirada sobre el paranoico. En C. Soler, *El inconsciente a cielo abierto en las psicosis*. Buenos Aires: JVE.

⁹² Cf. parte II, en el apartado destinado a la psicopatología de Jaspers.

⁹³ Justamente lo que le critica Jaspers: “Debemos aceptar que en el mecanismo de la transformación paranoica existe algo incomprendible psicológicamente. El *comprender* resuelve muchos problemas, pero tiene sus límites.” (K. Jaspers, 1919, cit. por W. Kretschmer, 1966: 330).

solía agotarse muy fácilmente: si tenía que hacer un trabajo físico o si iba a una reunión tenía que quedarse en la cama al día siguiente. Ya de niña era de espíritu muy sensible: inteligente y voluntariosa con los demás. Su sensibilidad se mostraba ya sea frente al menor disgusto por dejar de ser la primera en la clase, ya sea cuando la retaban, pues se ponía fuera de sí y pasaba mucho tiempo hasta que lo olvidaba. No lograba desprenderse con facilidad de las sensaciones desagradables. En su adolescencia desarrolló actitudes éticas muy estrictas y muy escrupulosas con respecto a la sexualidad. Por ejemplo, solía sentirse culpable por haberse divertido con otras personas.

Si bien tuvo algunas crisis durante el lapso que va desde su adolescencia hasta los cuarenta años, por ejemplo con la muerte de su madre, o por problemas con compañeros de trabajo, es recién a esta edad, en 1906, cuando se produce un giro decisivo. Comienza a trabajar con ella un hombre joven que le empieza a interesar. Pero lejos de acercarse a él, reprime esta inclinación, argumentando que, como él era ocho años menor, ella no podría hacerlo feliz si se casaran. En el marco de su estricta ética, lucha en su interior contra sus deseos, obteniendo un éxito sólo relativo. Hasta que comienza a creer que quizás él le corresponda.

La tensión entre su repulsión y sus deseos la hace luchar con todas sus fuerzas durante meses, incluso años. En este contexto adviene un recuerdo olvidado: su tío se había acostado con ella cuando tenía doce años, aunque sin tener relaciones sexuales. Si bien este recuerdo se había acompañado de autorreproches en aquella oportunidad, junto a una difusa preocupación por haber quedado embarazada, ahora sellaba definitivamente su incipiente convicción de ser una criatura mala; convicción que ya se le venía imponiendo por la estéril lucha para alejar sus deseos sexuales del camino ético que había seguido durante toda su vida. Comienza a surgir nuevamente la idea de haber quedado embarazada y el subsiguiente reproche se expresa en estos términos: “¡Ahora está todo perdido, me deshonré!” Escucha alusiones de la gente sobre su embarazo; siente que la miran. Al respecto cree “poseer una mirada sensual que llama la atención de todos”.

El padecimiento en su casa y en la calle se extiende a la oficina donde trabaja: en las conversaciones entre sus compañeros se escuchan frases que la referencian: “se le ve en los ojos”, “es mala”, “es una puerca”. Le hace reproches a su tío, a quien quiere denunciar, pero no se decide por no querer causar desprestigio a su familia. Muy angustiada, teme que la policía venga a buscarla junto a su tío para pedirle explicaciones; incluso el diario tiene reproches para hacerle de forma insinuada. “Con el tiempo, expresa Héléne, todo llegó a referirse a mí (...) todo eran reproches contra mí”. Cuando el muchacho objeto de su amor se va de la empresa, y simultáneamente Héléne regresa a su casa natal, siente una mejoría. Vuelve a su anterior trabajo, en donde ya estaban enterados de todo, pero al menos no la torturaban desvergonzadamente.

Luego, sucede una nueva crisis, que hace que Héléne se interne voluntariamente, en 1911, en la Clínica de Tubinga, donde la ve Kretschmer por primera vez. Es dada de alta en 1912 y en 1914 es hospitalizada nuevamente hasta 1916. Desde 1916 hasta 1926, si bien persisten la

hipersensibilidad afectiva y la tendencia a la autorreferencia, no tiene más crisis. Por otro lado, su personalidad no presentó deterioro psíquico.

Con respecto a la sintomatología, Kretschmer (1918) afirma: “El núcleo del cuadro patológico está constituido por un delirio de referencia centrado, que surge de un fundamento afectivo gradual entre la vergonzosa inseguridad y la desesperada autoacusación” (p. 245). Es decir, hay un delirio cuya significación es personal: “todo llegó a referirse a mí”, sostiene Renner en el paroxismo del cuadro clínico. El delirio es “centrado”, polarizado, con respecto a la vivencia frente a la cual la psique reacciona. Su temática se organiza en torno a esa vivencia. Renner tiene la certeza de que los otros realizan alusiones en torno a su sexualidad: que es una puerca, que está embarazada. El fundamento afectivo gradual entre acusación y timidez se advierte en las luchas que Hélène lleva adelante, a lo largo de los años, entre sus deseos y la elevada ética como defensa frente a ellos: que no podría hacer feliz al hombre porque era menor que ella, que ella no debe permitirse la diversión, etc. Con respecto al curso del delirio, es diverso, y está en función de la reactividad psicológica, que es su eje impulsor. Por lo tanto, puede ser un delirio abortivo.⁹⁴

Con respecto a la causa, la etiología del delirio de relación de los sensitivos tiene una **psicogénesis reaccional**, que se caracteriza por una tríada compuesta por el carácter, la vivencia, y el ambiente. Desde este punto de vista, recuerda al campo clínico organizado por lo predominantemente comprensible según Jaspers: los desarrollos de la personalidad. Y, dentro de éstos, especialmente a las “reacciones vivenciales patológicas”, aquellas en las que la presentación de los síntomas está íntimamente vinculada a la reacción del psiquismo a una vivencia. Así, vemos en este caso cómo la reacción frente a la vivencia de encontrarse con un hombre que le interesaba dio lugar a la lucha interna primero, luego al delirio de referencia con el contenido de un reproche frente a una acción sexual. Por último, el delirio remite cuando el hombre se va del lugar de trabajo, y ella regresa a la casa de sus padres y a su anterior trabajo.

Ahora bien, ¿qué entiende Kretschmer por **carácter**? Es el “conjunto de la personalidad individual en el aspecto de sus sentimientos y de su voluntad, es decir, en el aspecto más esencial para todas las desviaciones psicopáticas” (Kretschmer, 1918: 58). Está ligado a la posibilidad de reaccionar frente a vivencias, ya que entiende por carácter a “la imagen media de la suma total de las reacciones de temperamento y de voluntad de una persona frente a las sucesivas vivencias, transformando procesos temporalmente móviles en ‘cualidades’ materialmente fijas” (Kretschmer, 1918: 58). En suma, se trata de disposiciones reactivas estables de una personalidad ante situaciones externas. En cuanto a la vivencia, consiste en un “grupo de sensaciones y de representaciones susceptibles de producir un afecto” (Kretschmer, 1918: 59), a partir de un hecho externo.

Entonces, ¿Qué particulariza al carácter sensitivo? Se trata de “ciertas naturalezas delicadas que no sólo son muy profundamente sensibles a sus vivencias, sino que las siguen elaborando interiormente, en silencio, sin que se trasluzca nada al exterior. Este tipo caracterológico posee más componentes asténicos que esténicos.” (Kretschmer, 1918: 84). El elemento esté-

⁹⁴ He aquí otro caso de delirio paranoico abortivo.

nico reside en que el sensitivo no puede entregarse pasivamente a las vivencias que lo afectan (a diferencia del asténico puro). Pero su astenia le impide llevar adelante, hacia la conducción normal,⁹⁵ hacia la lucha. Más bien el sujeto se ve arrastrado a la lucha por su sentimiento ético elevado y su sensible conciencia de culpa.

Luego de este recorrido por el carácter según Kretschmer, podemos retomar la tríada causal. El tercer elemento es la acción vivencial, factor inseparable del carácter en la medida en que se basa en mecanismos típicos de él: la contención y la inversión del afecto. La vivencia del sensitivo no puede ser cualquiera, sino que debe combinar una elevada ética personal junto a la imposibilidad de alcanzarla, lo que trae aparejada una insuficiencia vergonzante en diversos campos: sexualidad, trabajo, etc. Con respecto a la influencia del ambiente, el tercer elemento de la tríada, se trata de un factor no imprescindible. Por eso es que, en realidad, "La interacción psicológica entre el carácter y la vivencia es la causa patógena esencial del delirio sensitivo de referencia" (Kretschmer, 1918: 243).

Asistimos entonces con Kretschmer a una elaborada complejización de las causas que incluye factores biológicos, psicológicos, vivenciales y sociales. Al final del recorrido, vemos la importancia de la recuperación de estas descripciones clásicas de las variantes de la paranoia - o las paranoias-, en tanto problematizamos su pulverización en las clasificaciones actuales. Entendemos que esta dilución perjudica no sólo al clínico, sino sobre todo a los paranoicos, por cuanto su peculiar padecer respecto del contrato social persiste desoído y retorna en ocasiones en pasajes al acto que lejos están de ayudarles, como sí pudo Rousseau, a inventarse uno.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, J.M.; Colina, F. (1997). Presentación: Los Paranoicos de Génil-Perrin. En JM Álvarez & F. Colina. *Clásicos de la paranoia*. Madrid: Editorial Dor.
- Gatian de Clérambault, G. (1921). Los delirios pasionales: erotomanía, reivindicación, celos. En G.G. de Clérambault, *Automatismo Mental. Paranoia*. Buenos Aires: Polemos, p. 41-50.
- Gatian de Clérambault, G. (1923). Las psicosis alucinatorias crónicas. En G.G. de Clérambault, *Automatismo Mental. Paranoia*. Buenos Aires: Polemos, p. 101-120.
- Freud, S. (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En S. Freud, *Obras completas*, T VII, Buenos Aires: Amorrortu.
- Génil-Perrin, G. (1926). Los paranoicos. En JM Álvarez y F. Colina. *Clásicos de la paranoia*. Madrid: Editorial Dor.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta, 1977.

⁹⁵ El modo en que el carácter reacciona a la experiencia vivida depende de la "capacidad de conducción" en tanto capacidad que tiene el carácter de permitir el flujo de las vivencias, y que puede producirse intrapsíquicamente por cierto discurrir de las representaciones, o bien exteriormente por expresión verbal, acción voluntaria o brote afectivo (Kretschmer, 1918). Si esto no es posible, como sí sucede en la llamada "normalidad", surgen diversas consecuencias psicopatológicas.

- Kraepelin, E. (1899). Paranoia. En E. Kraepelin. *Dementia praecox y paranoia*. Selección de textos por Carbone, N. y Piazzese, G. Traducción del capítulo X. Paranoia a cargo de Martín, J. La Plata: De la Campana.
- Kretschmer, E. (1918). *El delirio sensitivo de referencia. Contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter*. Madrid: Triacastela, 2000.
- Kretschmer, W. (1966). Concepto, historia y situación científica del delirio sensitivo de referencia. En E. Kretschmer, *El delirio sensitivo de referencia. Contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter*. Madrid: Triacastela, 2000.
- Lacan, J. (1931). Estructura de las psicosis paranoicas. *El Analítico*, nº 4, 1987: 5-20.
- Lacan, J. (1955-56). *El seminario de Jacques Lacan. Libro III. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Sérieux, P. & Capgras, J. (1909). *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*. La Plata: De la Campana.
- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (2004). *El inconsciente a cielo abierto en las psicosis*. Buenos Aires: JVE.

CAPÍTULO 17

Aportes, conclusiones, discusión

Julia Martin

El debate hoy tan vivo (...) sobre la paranoia.

Freud, S., 1896.

Sobre la necesidad lógica de un retorno a la(s) paranoia(s)

Un caso resonante en nuestro país -como ha sido el caso Barreda-, de renovado interés en función de la incorporación jurídica de la categoría de femicidio y los aportes del feminismo a la visibilización de la violencia contra las mujeres (Martin, 2018), resulta un claro ejemplo del problema de la dilución de las paranoias.

Uno de los grandes asuntos del debate diagnóstico durante su juicio fue que el agresor conservaba la lucidez y claridad del pensamiento que Kraepelin supo subrayar en su definición clásica de la paranoia y Gaupp coligió en el caso Wagner, preguntándose al respecto – y a pesar de haber defendido su inimputabilidad:

Aunque no cabe duda de que Wagner padece una paranoia y de que sus crímenes son el resultado de un delirio de persecución sistemático, conviene preguntarse si esta enfermedad es de naturaleza tal que pueda anular el libre albedrío. Pues no todas las formas de la anormalidad mental eximen a sus portadores de las responsabilidades (...) del Código penal (...). Si además vemos a Wagner decir y escribir que interiormente se había rebelado todo el tiempo contra la ejecución de los horrendos crímenes, que aun estando junto a la cama de los niños no había podido decidirse a matarlos, tendremos que preguntarnos: ¿no habría que deducir de todo esto que el acusado era capaz de razonar, de ponderar sus móviles y de tomar libremente una decisión tras haber sopesado los pros y los contras? (Gaupp, 1914: 220).

Barreda, en su defensa por haber matado a las cuatro mujeres de su familia, esgrimía haber sido objeto del perjuicio de ellas, y haber estallado a partir de un insulto que supuestamente

éstas le proferían y por el que se hizo famoso, “conchita”.⁹⁶ Se creía por tanto un inocente que no tenía escapatoria ante los agravios. Como adelantamos, la discusión pericial del caso osciló entre la simulación, el delirio de reivindicación y el trastorno de personalidad.

La querrela de los diagnósticos se superpuso con el necesario dictamen en lo que respecta a la imputabilidad, por lo que se escogió el primer diagnóstico en desmedro del segundo, en tanto se entendía que considerarlo un paranoico significaba deslindarlo de las responsabilidades del caso.⁹⁷ Lo más interesante del argumento respecto de la simulación es su similitud con aquello que Kraepelin –pero también Gaupp, aunque éste enfatice lo que hay de “reacción”- le reconoce al paranoico: su pasaje al acto tiene algo de imprevisible, pero se viene gestando “insidiosamente”, discretamente, incluso con planificación y claridad de pensamiento. Esa misma claridad que Lacan recomienda precisar qué es.⁹⁸ El paranoico delira, y a veces lo hace tan discretamente, que no parece delirio, sino cuestión de “ser”. Pero entonces, ¿qué es lo paranoico?

La tesis freudiana ubicó a la paranoia en la defensa frente a una moción homosexual y así la paranoia quedó vinculada a una forma de la negación enérgica, en tanto la proyección no le era suficiente para dar cuenta de su especificidad respecto de las neurosis. Elevar el testimonio de Schreber⁹⁹ a historial clínico revela el gesto freudiano de restituir la importancia de la escucha de la palabra del psicótico y la dignidad de la producción delirante como un intento de curación.¹⁰⁰

Lacan, en los inicios de lo que llamó su “enseñanza”, ya buceando en el terreno del psicoanálisis, reconoce la genialidad de Freud en derivar las formas del delirio de las transformaciones gramaticales respecto del mensaje formulado “yo lo amo”. También allí señala que el fenómeno elemental de la paranoia es la interpretación, esto intuitivo por la clínica clásica (Lacan, 1953: 169). Por ello, se suele proponer que el fenómeno principal de la paranoia en la base de la interpretación delirante es la autorreferencia mórbida o significación personal, reconocida por Neisser y puesta en valor por Sérieux y Capgras: ocurre un hecho cualquiera y el sujeto piensa que tiene que ver consigo (Quinet, 2016). Pero aún eso no alcanza para especificar a la paranoia y sus variedades.

En el Seminario III Lacan propone “que el delirio comienza a partir del momento en que la iniciativa viene de un Otro, con O mayúscula, en que la iniciativa está fundada en una actividad subjetiva. El Otro quiere esto, y quiere sobre todo que se sepa, quiere significarlo” (Lacan, 1955-56: 275). Lo que lo llevará más adelante a proponer “una definición más precisa de la paranoia como identificando el goce en el lugar del Otro en cuanto tal” (Lacan, 1966: 233). Po-

⁹⁶ Ver recuento documental de Palacios, R. (2016). *Conchita. Ricardo Barreda, el hombre que no amaba a las mujeres*. Buenos Aires: Ed. Planeta.

⁹⁷ Al respecto, recomendamos el trabajo de Llull Casado, V. (2015). *¿Enajenados? Responsabilidad en la locura criminal*. Buenos Aires: Letra Viva. También se sugiere a Lombardi, G. (2015). *La libertad en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

⁹⁸ “Pero hay que saber qué son la claridad y el orden” (Lacan, 1955-56: 32).

⁹⁹ Introducimos en el problema del diagnóstico de Schreber para Freud sería motivo de un capítulo aparte. Mencionaremos a los fines didácticos del presente desarrollo que tal escollo lo lleva a dar a la categoría de parafrenia un nuevo sentido, y a distinguir a la esquizofrenia de la paranoia en relación con puntos de fijación libidinal y modos de retorno de lo reprimido diferenciales.

¹⁰⁰ Remitimos para mayor amplitud sobre el tema a una obra de esta colección: De Battista, J. (2017). (comp.) *Las psicosis en Freud. Contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan*. La Plata: EDULP.

sición correlativa a la de la llamada “inocencia paranoica” (Soler, 1991), en eso que Freud ya había vislumbrado como la esencia de la proyección: se atribuye a otro lo que es de uno.

No es ésta la última referencia en Lacan sobre esta forma de malestar en el mundo. En su Seminario XXIII sobre *El Sinthome*, psicosis paranoica y personalidad son puestas en continuidad. Hablando de su reticencia a reeditar su tesis de doctorado de 1932, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, Lacan explica el por qué:

(...) la psicosis paranoica y la personalidad no tienen como tales relación, por la sencilla razón de que son la misma cosa. En la medida en que un sujeto anuda de a tres lo imaginario, lo simbólico y lo real, sólo se sostiene por su continuidad. Lo imaginario, lo simbólico y lo real son una sola y misma consistencia, y en esto consiste la psicosis paranoica (Lacan, 1975-1976: 53).¹⁰¹

Tomaremos el sesgo que nos permite no dar por perimida a la paranoia clásica de Kraepelin, sino más bien recuperarla en un Lacan más preocupado por el encadenamiento, el nudo que por la ruptura, como lo estaba en el Seminario sobre *Las Psicosis*. En 1975 refiere: “La paranoia es un pegoteo imaginario. Es la voz que se sonoriza, la mirada que se vuelve prevalente, es un asunto de congelación del deseo” (Lacan, 1974-75: 157). ¿No se trata aquí, de un intento por hallar lo cardinal ante la variedad? Si entendemos entonces a la paranoia como posición subjetiva, puede localizarse lo invariante frente a formas diversas, recuperando en ese mismo movimiento las categorías del goce y, especialmente, la del deseo (De Battista, 2015), más allá de la presentación sintomática. Es en torno a estos problemas, los del goce y el deseo, que es posible hablar del sujeto de la paranoia en psicoanálisis: localización del goce en el Otro y concomitante inocencia, deseo congelado, continuidad de registros.

Para concluir esta parte de nuestro libro, haremos un breve recuento de los hallazgos que nos permiten reivindicar un retorno a la clínica de las paranoias.

Hemos buceado por la historia de una categoría clásica como la paranoia, palabra en extinción en una psicopatología que se pretende actual y que discute el caso desde una suposición de voluntad y conciencia que desconoce el descubrimiento freudiano: la perturbación que el sexo y la muerte introducen en el ser hablante, en lo que atañe a la autoconservación, a querer el propio bien y el bien común, en definitiva, el descubrimiento del sujeto del inconsciente.

La definición clásica de la paranoia decanta del recorrido de la escuela alemana tempranamente preocupada por delimitar a las enfermedades mentales como verdaderas enfermedades. La escuela francesa, mientras tanto, se ocupaba por dilucidar los mecanismos del delirio, en tanto éste se proponía como el síntoma cardinal.

Partimos de la paranoia definida por Kraepelin en la sexta edición de su *Tratado*, destacando la reducción que opera del campo de la paranoia. Proseguimos con las críticas y debates, y la incorporación de esos aportes en la nosografía kraepeliniana. Luego, delimitamos la variedad

¹⁰¹ Recomendamos para aquellos que quieren profundizar en este tema los textos de Vicente Palomera: *Personalidad y paranoia*, publicado en Madrid por Gredos, en el libro *De la personalidad al nudo del síntoma* y la tesis de doctorado de Fabián Schejtman, *Ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Buenos Aires: Grama, 2013.

clínica comenzando con la fina descripción del delirio interpretativo por parte de Sérieux y Capgras. Allí, hallamos situado cómo el delirio tiende a organizarse en red, por oposición a la estructura en sector de los reivindicativos. Luego, presentamos el ordenamiento de las psicosis pasionales según Gatian de Clérambault -celos, reivindicación y erotomanía-, donde pusimos el acento en el postulado ideoaectivo. Finalizamos con las formas constitucionales o del carácter, en las que resulta clave la fórmula de Gatian de Clérambault: el paranoico delira con su carácter.

Todas estas formas tienen en común la presencia de la autorreferencia mórbida o significación personal como mecanismo fundamental por el que funciona el delirio, no delimitado a partir de sus temas, sino de su morfología: juicios que gradualmente se organizan con cierta sistematización, con el carácter de la certeza; no influenciados por las constataciones del orden de la realidad. De modo más florido o más discreto, el corazón de la experiencia paranoica -inerte dialécticamente-, tiende a ubicar al Otro como lugar del goce, y al sujeto como objeto, inocente, de sus arbitrariedades. Esta realidad clínica subsiste hoy en día.

Verificamos que, tanto en el enfoque categorial como en el dimensional de los Manuales de la APA, hay una disolución de la paranoia en sus diferentes variedades. La delimitación de rasgos clínicos groseros vinculados al pretendido carácter ateórico del Manual constituye la clave de esta dilución. En este punto podemos preguntarnos: ¿ha constituido un progreso de la psiquiatría actual la salida de la categoría de paranoia de sus manuales? La sustitución de la paranoia por el “trastorno delirante” o el “trastorno de la personalidad paranoide” ¿resulta una orientación más precisa para el clínico?

Creemos que es necesario volver a hacer estas preguntas, de lo contrario, nos quedaríamos en una posición nostálgica en la que “todo tiempo pasado fue mejor”. ¿Es la noción de delirio tal como la define el Manual -creencia errónea que supone grados de convicción-, superadora de la noción de delirio en los autores que hemos visto, aquellos que son retomados y discutidos por Freud y especialmente por Lacan?

Observamos cómo respecto de algunos casos de actualidad, y sobre todo en el ámbito forense pero no sólo allí, se presentan discusiones que eluden la orientación clínica de la paranoia y sus variedades, permutando la clínica clásica por categorías difusas como las del psicópata, el narcisista o incluso superponiendo tales presentaciones con la categoría de perversión.¹⁰² Nominaciones que garantizarían una imputabilidad respecto de la responsabilidad de los actos, pero que parecieran ir en desmedro de aquello que tanto Althusser como Wagner y tantos otros, reclamaban: pagar por sus actos, no ser considerados “enfermos”.

Una vez más, la idea de una perspectiva deficitaria de la psicosis impide un diálogo serio, fecundo -aunque tal vez imposible- entre discursos. También en el seno mismo del psicoanálisis, donde la división gradualista entre lo extraordinario y lo ordinario de la psicosis merece volver a poner a punto la definición de fenómeno elemental.

¹⁰² Se encuentra en preparación un segundo volumen de este libro en el que nos abocaremos al problema de las perversiones.

El psicoanálisis tiene aún mucho por decir sobre esto, pero también para recuperar de lo que se ha dado en llamar “la clínica clásica”, en torno a aquello que hemos escogido nombrar como el campo –en singular- de *las paranoias*– en plural -.

Referencias bibliográficas

- De Battista, J. (2015). *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- De Battista, J. (2017). (coord.) *Las psicosis en Freud. Contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan*. La Plata: EDULP. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/61041>
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*, T.III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gaupp, R. (1914). *El Caso Wagner*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Lacan, J. (1932). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI, 1985.
- Lacan, J. (1953). Discurso de Roma. En J. Lacan, *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2010, p. 147-180.
- Lacan, J. (1955-56). *El seminario de Jacques Lacan. Libro III. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1966). Presentación de las *Memorias de un neurópata*. En J. Lacan, J., *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1974-1975). *El seminario de Jacques Lacan. Libro XXII. R. S. I*. Versión crítica de E. Rodríguez Ponte. Inédito.
- Lacan, J. (1975-1976). *El seminario de Jacques Lacan. Libro XXIII. El sinthome*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lombardi, G. (2015). *La libertad en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Llul Casado, V. (2015). *¿Enajenados? Responsabilidad en la locura criminal*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Martin, J. (2018). Antecedentes y conceptos del problema de las condiciones subjetivas en un femicidio múltiple: el estudio del caso Barreda en la perspectiva del psicoanálisis. *Anuario Temas en Psicología Volumen IV*. La Plata: EDULP. En prensa.
- Palacios, R. (2016). *Conchita. Ricardo Barreda, el hombre que no amaba a las mujeres*. Buenos Aires: Ed. Planeta.
- Palomera, V. (2012). Personalidad y paranoia. En *VVAA. De la personalidad al nudo del sintoma*. Madrid: Gredos.
- Quinet, A. (2016). *Psicosis y lazo social. Esquizofrenia, paranoia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Schejtman, F. (2013). *Ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Buenos Aires: Grama.
- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

QUINTA PARTE

MELANCOLÍAS Y MANÍAS DELIMITACIÓN, TIPOS Y FORMAS MIXTAS

Luis Volta
(coordinador)

CAPÍTULO 18

Introducción

Luis Volta

El reduccionismo de la bipolaridad

En el presente capítulo nos ocuparemos de recuperar la caracterización que la psiquiatría clásica ha realizado de una de las principales formas clínicas de las psicosis y que, bajo distintos nombres, ha sabido ganarse un lugar particular en el campo de las discusiones psicopatológicas desde el siglo XIX hasta la actualidad. Hoy en día justamente se discute el estatuto de estas afecciones y su ubicación -o no- dentro del campo de las psicosis.

Una dificultad metodológica se nos plantea desde un inicio para nuestra tarea. Resulta espinoso y quizás reductor adoptar una perspectiva uniforme y consensuada sobre la forma en que sus síntomas se presentan clínicamente. Intentar tal simplificación, nos llevaría a perder de vista que, tal como lo indica Freud, esta variedad de las psicosis “se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada.” (Freud, 1917: 241). Así, intentaremos llevar adelante nuestra presentación del tema, tomando en cuenta las diversas modalidades clínicas que han sido reconocidas a partir de la aplicación del método clínico, y al mismo tiempo señalaremos oportunamente aquellos aspectos que hacen a la unidad del grupo.

Es importante destacar que, en la historia de la psiquiatría, se reconoció inicialmente a la melancolía como una verdadera enfermedad mental que podía presentarse con y sin delirio; pero también se delimitaron otras formas de presentación en las que se alternaban períodos de depresión con períodos de exaltación. A estas últimas se las llamó “formas alternantes”, “locura circular”, “locura de doble forma” y “locura maníaco depresiva”. El término “melancolía” fue completamente eliminado del pensamiento psiquiátrico actual y la presentación clínica que era nombrada así pasó a formar parte del vasto e inespecífico conjunto de las depresiones.

La psicosis maníaco-depresiva supo retener la atención de Kraepelin y otros clásicos, pero tampoco es protagonista en las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas. Un cambio fundamental se produjo al respecto en el pasaje del DSM III-R (1989) al DSM IV (1995). Mientras que en la tercera edición revisada del manual, las categorías intervinientes en nuestro tema ya se encontraban impregnadas de la tentacular “depresión” (episodio depresivo mayor, episodio depresivo mayor tipo melancólico, distimia), a partir del DSM IV hace su ingreso al manual un capítulo específico denominado “trastornos del estado de ánimo” -claramente separado de la

“Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”- en el que, junto a los episodios afectivos y a los trastornos depresivos, encontramos a los llamados “trastornos bipolares”.

Los “trastornos del estado de ánimo” del DSM IV incluyen entonces:

- Episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto, episodio hipomaníaco;
- Trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor (episodio único o recidivante), trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado;
- Trastornos bipolares: tipo I y tipo II, trastorno ciclotímico;
- Otros trastornos del estado de ánimo: debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias (efectos adversos de medicaciones, alucinógenos, alcohol, cocaína, ansiolíticos, etc.)

Así, la melancolía desaparece directamente de los manuales y la “psicosis maníaco-depresiva” deja definitivamente su lugar a una entidad comportamentalista, paradigmática de la orientación biológica de la psiquiatría actual: los trastornos bipolares. Los criterios descriptivos utilizados para su diagnóstico, a la par que borran toda aprehensión estructural del problema, promueven el establecimiento de los siguientes tipos: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado. En ellos se constatan oscilaciones del humor, una alternancia de depresión y de euforia, por fuera de toda causalidad psíquica y de variación estacional.

En 1977, de la mano de Akiskal, surgió el concepto de “espectro bipolar”. Este investigador estudió un grupo de pacientes ambulatorios que presentaban relaciones inestables, perturbaciones en el trato social, en su mayoría debidas a cambios del humor cíclicos que no llegaban a cumplir los criterios para diagnosticar depresión o hipomanía. El seguimiento de este grupo permitió detectar episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos previos, que se constituyeron en la evidencia necesaria para formular la existencia de un espectro bipolar cíclico. De allí, Akiskal avanzó hasta la postulación de su hipótesis en la cual el trastorno bipolar es más bien un *continuum* cuya severidad puede decrecer desde el tipo I, al II y a los trastornos ciclotímicos (Akiskal, 2006).

En ese *continuum*, Akiskal propuso establecer inicialmente seis subtipos del espectro. Sus trabajos posteriores se han dirigido al estudio clínico-farmacológico de las llamadas “variantes atípicas”. Si bien los trabajos de validación del concepto se buscan esencialmente en el dominio genético, las críticas al mismo se establecen sobre la base de que es un concepto fundamentalmente dirigido por consideraciones terapéuticas, ligadas al viraje por la novedad que introduce el tratamiento con antidepresivos. Asimismo, desde sectores adversos dentro de la psiquiatría contemporánea, la ampliación del espectro bipolar ha recibido críticas por representar un “imperialismo” a expensas del trastorno de la personalidad limítrofe o *borderline*.

En las publicaciones que acompañan a esta perspectiva se sostiene que el trastorno bipolar sería esencialmente un problema de prescripción farmacológica -antidepresivos y estabilizadores del ánimo-, en tanto los mecanismos biológicos del mismo son considerados como suficientemente conocidos, así como sus supuestas determinaciones genéticas. Desde el año 2007, se

publica el *International Journal of Bipolar Disorders*, edición oficial de la *European Network of Bipolar Research Expert Centres* (ENBREC), el *International Group for the study of Lithium Treated Patients* (IGSLi) y el *Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen* (DGBS). Se trata entonces de una entidad que tiende a quedar por fuera de los abordajes interdisciplinarios, para enfocar su tratamiento en términos exclusivamente farmacológicos. La creación de los estabilizadores del ánimo¹⁰³ ha contribuido en mucho a esta perspectiva.

Debe señalarse finalmente que, con la publicación del DSM V en 2013, y a pesar de la promoción del uso de la perspectiva dimensional para algunos trastornos (Cf. espectro de la esquizofrenia, y espectro del autismo), la noción de “espectro” bipolar no ha sido incluida como tal en el nuevo manual. El “trastorno bipolar” (tipo I, tipo II, ciclotímico, inducido por sustancias/medicamentos, etc) sigue teniendo su lugar al igual que los “trastornos depresivos” y los “trastornos de ansiedad”.

Frente a esta versión reduccionista contemporánea del carácter “endógeno” de la psicosis maníaco depresiva, se alzan al menos tres objeciones. En primer lugar, en lo que concierne a la genética, las investigaciones sobre el tema concluyen en afirmar la existencia de cierta prevalencia familiar. Sin embargo, los trabajos menos discutibles sólo llegan a hablar de “herencia compleja” o de “poligénesis”, un modo políticamente correcto de admitir que no se trataría de una enfermedad “genética” en sentido estricto, y de señalar que los “factores ambientales” tendrían necesariamente una amplia participación. En segundo lugar, en lo que respecta a los tratamientos psicofarmacológicos, la eficacia de los antidepresivos o de sustancias como el litio -incluso si hay cierto acuerdo sobre los efectos positivos a corto plazo - es relativizada si se analizan sus consecuencias a largo plazo.¹⁰⁴ Finalmente, el rol de las llamadas “relaciones interpersonales” ha sido destacado de modo únicamente estadístico. Se trata de factores no biológicos, ligados a los “acontecimientos de la vida” (*life events*), que participarían efectivamente en el desencadenamiento de los episodios.

Vemos así la importancia de recuperar otras perspectivas del problema que algunos consideran perimidas, pero que muestran una mayor riqueza en la descripción de las presentaciones e incluso en las hipótesis causales involucradas.

En esta parte del libro destinairemos tres capítulos a desarrollar este tema. Comenzaremos por las primeras delimitaciones de la melancolía en el paradigma de las enfermedades mentales, al recuperar los aportes de la escuela francesa. Distinguiremos entonces las formas de la melancolía sin delirio a partir de los aportes de Ségla, para luego abocarnos a las formas delirantes (Ségla, Cotard). Veremos que hay en estas formas una especificidad que excede con creces a los criterios diagnósticos de los manuales diagnósticos y estadísticos. En segundo lugar nos ocuparemos de las descripciones clásicas de los estados maníacos y de las formas clínicas que alternan episodios maníacos con episodios depresivos. Nos adentraremos entonces en la complejidad de las llamadas formas “periódicas o cíclicas” para finalmente retomar los aportes de la fenomenología acerca de la vivencia de la realidad propia de los sujetos ma-

¹⁰³ Cf. con la parte de este libro destinada a la psicofarmacología.

¹⁰⁴ Cf. con la parte de este libro destinada a la psicofarmacología.

níaco-depresivos. Las principales formulaciones de los dos primeros capítulos de esta parte se han dado en el marco del paradigma de las enfermedades mentales, mientras que los desarrollos del tercer capítulo ya incorporan una perspectiva psicopatológica y estructural.¹⁰⁵

Finalizamos esta breve introducción subrayando la importancia de recuperar y conocer las distintas presentaciones que trabajaremos en esta parte, dado que se trata de formas de las psicosis que no presentan la vertiente deficitaria de las esquizofrenias y no suelen avanzar por la vía delirante, como es frecuentemente el caso en las paranoias. La presentación de los síntomas -episodios de depresión o de euforia- no resulta tan disruptiva para el lazo social como pueden resultar las alucinaciones o los delirios. En muchos casos el entorno del paciente sólo puede decir que lo notan más acelerado o deprimido que lo habitual, pero con frecuencia no se relacionan estos estados con lo que comúnmente se llama "locura".

Referencias bibliográficas

- Akiskal, H. & al. (2006). *Trastornos bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Madrid: Editorial Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1989). *DSM III -R- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM V - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu editores, tomo XIV, p. 235-256.
- International Journal of Bipolar Disorders, official journal of the European Network of Bipolar Research Expert Centres (ENBREC)*. Publicación periódica desde 2007, disponible en <http://www.journalbipolar disorders.com/>
- Journal of Affective Disorders, Official Journal of the International Society for Affective Disorders* (<https://www.isad.org.uk/>) [publicación periódica desde Marzo de 1979 - disponible en <http://www.sciencedirect.com/> y <http://www.jad-journal.com/>]

¹⁰⁵ Véase la segunda parte de este libro donde se trabajan los tres paradigmas de la historia de la psiquiatría distinguidos por Lantéri-Laura.

CAPÍTULO 19

Melancolías sin delirio y melancolías delirantes

Selika Ochoa de la Maza y Julieta De Battista

El dolor moral o frenalgia inicial en las psicosis

Como ya ha sido mencionado en nuestra presentación, la categoría clínica de la melancolía -cuya larga tradición en la historia de la medicina es indiscutible- ha desaparecido de los manuales diagnósticos y estadísticos contemporáneos. Su reemplazante es la omnipresente e imprecisa depresión o el polo depresivo de los trastornos bipolares. ¿Desaparecieron por ello los casos que responden a las descripciones de los clásicos? Creemos que no y que en la amplia categoría de la depresión actual se homogeneizan distinciones que sería importante retomar. ¿Es lo mismo el *taedium vitae* de Dora, el duelo patológico del hombre de las ratas, la mortificación hipocondríaca inicial del caso Schreber o el fenómeno del velo del hombre de los lobos? Todos estos fenómenos podrían englobarse bajo el mote de depresión y, sin embargo, ahondar en la interrogación de sus diferencias nos permite acceder a la particularidad y a la singularidad de una posición subjetiva peculiar.

Es por eso que nos proponemos en este capítulo recuperar la especificidad de las presentaciones clínicas de la melancolía en sus formas sin delirio y en sus formas delirantes según los aportes de la psiquiatría clásica, especialmente de aquella que a partir del ejercicio del método clínico logra delimitar distintas enfermedades mentales cuyos síntomas y evolución característicos permiten diferenciarlas unas de otras. Si retomamos los distingos establecidos por Lantéri-Laura con respecto a los paradigmas en la historia de la psiquiatría, trabajaremos dos autores de la escuela alemana -Guislain y Griesinger-, cuyas elaboraciones podrían incluirse en el primer paradigma aunque ya presentan un marcado interés por la evolución patógena; y dos autores de la escuela francesa -Cotard y Séglas-, cuyos aportes se inscriben en el segundo paradigma, el de las enfermedades mentales.

Tomaremos como punto de partida una primera distinción que nos resulta vigente en nuestra práctica clínica con este tipo de pacientes y es aquella que diferencia las presentaciones melancólicas de acuerdo a la aparición o no de ideas delirantes. Autores contemporáneos como Maleval (1998) han considerado que esta distinción es relevante en la actualidad, al formular incluso que existiría una “escala del delirio melancólico”, cuya lógica cuaternaria va desde la melancolía estuporosa, pasando por la melancolía simple luego por la melancolía de persecución, hasta llegar a la melancolía megalomaniaca (síndrome de Cotard).

La característica fundamental de estas formaciones delirantes melancólicas es que se originan en que el sujeto se cree responsable de una falta y aun en su forma de delirio más elaborada, el sujeto persiste en su estado de desesperación. Maleval extrae estas distinciones de las enseñanzas de los clásicos, cuya importancia reivindica. Para él, poder establecer esta escala de los delirios melancólicos es de suma relevancia, dado que le otorga al trabajo del delirio melancólico una importante función: la de contribuir a una sedación de la angustia que permite disminuir las tentativas suicidas. Por lo tanto, la diferencia entre las formas delirantes y no delirantes de la melancolía es fundamental para pensar no sólo el diagnóstico, sino también su tratamiento y su pronóstico.

Relevada la actualidad y la importancia de recuperar estas referencias de la psiquiatría clásica, nos valdremos en primer lugar de los aportes de Guislain y Griesinger -ambos de la escuela alemana- quienes convergen en la idea de otorgar a los estados melancólicos un rol inicial en la locura.¹⁰⁶

En 1833, Guislain publica su *Tratado sobre las frenopatías*. En el mismo propone utilizar el término "frenopatía" para evitar el uso de la expresión "alienación mental" o "locura". Para Guislain la frenopatía es una lesión de la sensibilidad, es un dolor, y no un trastorno de la razón (*Fren* en griego significa "sentimiento"). El proceso de alienación se inicia con una frenalgia o dolor moral y el delirio constituye una reacción secundaria a este dolor de la sensibilidad inicial. Este estado de frenalgia se presenta de modo paradigmático en la melancolía y puede constituir en sí mismo la enfermedad, sin que se sumen ideas delirantes. De esta forma, Guislain entiende que esta melancolía inicial, prodrómica "es inherente a la mayoría de las enfermedades mentales" (Guislain, 1852: 33) y luego puede complicarse con la aparición de otros fenómenos que son secundarios.

La clínica de este estado frenopático inicial no es precisada en detalle por Guislain, pero involucra un sentimiento de tristeza, ansiedad, susceptibilidad, detención de la fuerza de acción, al decir de un paciente: "estoy en mi sano juicio, sé lo que debo hacer, pero las fuerzas me abandonan cuando debo actuar" (Guislain, 1852: 37). Este elemento mórbido inicial va invadiendo en su marcha progresiva a las otras facultades del entendimiento y afecta a la razón de una forma secundaria. En esta breve descripción están esbozados los elementos principales de la caracterización de la melancolía que serán retomados por los autores que trabajaremos a continuación. Griesinger realiza grandes aportes a la caracterización de este estado de frenalgia inicial o dolor moral que persistirá en las elaboraciones de la escuela francesa, de la mano de Séglas y Cotard.

En *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*, cuya primera edición es de 1845, Griesinger -director de la Clínica psiquiátrica Universitaria de Burghölzi- despliega su concepción de la patología mental en el marco de lo que en la época se consideraba como una psicosis única [*Eintheitpsychose*], a distinguir de cualquier otra enfermedad médica y que se presentaba bajo diversas formas. Pionero de la tradición clínica en territorio germano, Griesinger

¹⁰⁶ Esta idea fue perdiendo potencia en la historia de la psiquiatría, en favor de poder identificar los llamados "fenómenos elementales" de la locura. Véase la tercera parte de este libro para un mayor desarrollo del tema. Una mención especial al postulado de la frenalgia inicial se encuentra en el apartado de conclusiones de esa parte del libro.

se aboca al estudio de la sintomatología de esta psicosis única. Si bien en algunas historias de la psiquiatría aparece sólo como el autor de la frase "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro", el supuesto de una causa situable en lo anatomopatológico no eclipsó el rigor de su clínica y de sus elaboraciones psicológicas acerca del yo, los deseos, el cuerpo y de las irritaciones psíquicas inconscientes provenientes del organismo que tanto atrajeron la atención de Freud.¹⁰⁷

Griesinger reivindica una interrogación de la psicosis única basada en el estudio de conjuntos de síntomas que configuran distintas formas de la locura. Melancolía, manía y monomanía exaltada [*Wahsinn*] son formas iniciales que dependen de la "producción mórbida de emociones" (Griesinger, 1845: 54). Éstas preceden a la aparición de las formas comandadas por lesiones secundarias de la inteligencia y de la voluntad: las locuras sistematizadas [*Verrücktheit*], la demencia parcial y la demencia general. Se trata entonces de identificar los signos propios de cada una de estas formas, sin por esto desmerecer los estados intermedios y las transiciones. Al igual que Guislain, Griesinger le otorga un rol inicial a los trastornos de la sensibilidad moral.

En este contexto, la melancolía o los estados de depresión mental adquieren una importancia fundamental para Griesinger en tanto constituyen el **dolor moral** "que precede y conduce a la locura", "El período inicial de todas las enfermedades mentales es un estado de melancolía" (Griesinger, 1845: 60). Este estado de dolor moral es para Griesinger la "**lesión fundamental**", consistente en "la existencia mórbida de una emoción penosa y depresiva que domina al sujeto" (Griesinger, 1845: 59).

Clínicamente se manifiesta por una sensación de profunda opresión psíquica, ansiedad y abatimiento, con pérdida del sentimiento de sí mismo, mortificación en todo el cuerpo o en partes de él y sensaciones penosas en la superficie de la piel, que adopta un tono grisáceo y lívido, traducción de la tensión penosa en que viven estos enfermos. La reacción ante los estímulos puede ser de anestesia o de hiperestesia moral: todas las impresiones se vuelven dolorosas o los enfermos permanecen completamente insensibles a las mismas. No se trata de un problema a nivel de la captación perceptiva del mundo, sino de un cambio en las impresiones que pueden llevar a los enfermos a percibir el mundo exterior como algo descolorido, desvaído, una especie de mundo imaginario que ha aparecido tras haberse desvanecido el mundo real. Está afectada fundamentalmente la "fuerza motriz de la vida del alma" (Griesinger, 1845: 59), está trabado el "esfuerzo de volición": los pacientes están abúlicos, faltos de energía, completamente sin voluntad, la disposición del ánimo es negativa, los sentimientos están en un estado de disarmonía profunda. He aquí un ejemplo:

Siento como un peso en la cabeza, una especie de presión del cerebro y, al mismo tiempo, irritación; estoy débil, descorazonado; me siento envejecido; tengo un estado de somnolencia y de torpeza continuo: cualquier ejercicio me cansa y no me puedo quedar en un lugar (...) nada me causa placer, todo me pesa

¹⁰⁷ Para los interesados en las influencias de la obra de Griesinger sobre la construcción de algunos conceptos freudianos véase la tesis de maestría en psicoanálisis de Alexis Vaneskeheian *Sobre el valor del Tratado de Wilhelm Griesinger como uno de los antecedentes psiquiátricos clásicos de la elaboración freudiana del concepto de psicosis*, publicada por Letra Viva bajo el título *Sueños, psicosis, deseo. Freud lector de Griesinger*.

y me molesta, estoy asustado, confundido y me siento incapaz de actuar y de hablar. El espíritu de la vida se fue de mí. (Griesinger, 1845: 94).

Griesinger señala que este cuadro responde ya a los inicios de la locura y no es únicamente un período de incubación, es ya la psicosis misma. Abunda en la descripción de distintos sesgos de este dolor moral, al que considera el trastorno elemental y fundamental que se encuentra en el inicio. El dolor moral o frenalgia inicial puede adoptar un carácter claramente hipocondríaco. Para Griesinger, la **hipocondría** es una forma de la melancolía en la cual el sujeto es comandado por un sentimiento mórbido, indeterminado y fuerte de enfermedad física que absorbe toda su atención y la concentra en tal o cual órgano replegándolo en un marcado "egoísmo mórbido" (Griesinger, 1845: 68). Toda la sensibilidad puede volverse patológica y los enfermos se quejan de sensaciones de hormigueo, de vacío en la cabeza, de hervor en la sangre, de arrastrar un cuerpo que no les resulta propio, de estar medio muertos o petrificados. He aquí una pequeña viñeta citada por Griesinger que permite captar este malestar:

Sufro constantemente, no tengo ni un minuto de bienestar, no tengo ni una sola sensación humana; rodeada de todo lo que hace la vida feliz y agradable, no poseo la facultad de gozar de las cosas y sentirlas; eso se me hizo físicamente imposible. Encuentro amargura en todas las cosas, hasta en las caricias más tiernas de mis hijos; los cubro de besos, pero hay algo entre ellos y mis labios, y esta cosa horrible está entre yo y todos los placeres de la vida. Mi existencia está incompleta; he conservado las funciones y los actos de la vida común, pero en cada uno de ellos me falta algo, me falta la sensación que les es propia y la alegría que les sigue (...) Cada uno de mis sentidos, cada parte de mí misma está por así decir separada de mí y ya no puede procurarme ninguna sensación; esta imposibilidad parece depender de un vacío que siento en la parte anterior de mi cabeza y de la disminución de la sensibilidad de toda la superficie de mi cuerpo; me parece que nunca llego, a decir verdad, hasta los objetos que toco (...) Siento los cambios de temperatura en mi piel, pero ya no tengo la sensación del aire en mi interior al respirar (...) Mis ojos ven, mi espíritu percibe, pero me falta por completo la sensación de lo que veo. (Griesinger, 1845: 66-67).

Esta concentración dolorosa en sí mismo impacta en el pensamiento reduciendo su vivacidad y su dinámica. Se vuelven monótonos, pasivos. La salud física se encuentra comprometida, dado que el sueño se pierde o disminuye notablemente y el enfermo queda en una situación de vigilia prolongada y lastimera. El rechazo del alimento es frecuente y los problemas digestivos también: se produce un marcado adelgazamiento que en algunos casos conduce a la muerte o a distintas enfermedades. Este estado podría confundirse para el observador con la demencia, pero Griesinger aclara que hay que distinguir el vacío propio de la demencia de la constante actividad interna del melancólico, aun cuando se encuentre en estado de mutismo o de estupor. Guislain (1852) también diferenciaba el dolor moral de la demencia en estos términos: "es conveniente establecer una distinción entre el oscurecimiento, el eclipse de las facul-

tades y su ausencia, su aniquilación" (p. 40). Este cuadro del dolor moral puede virar a **tendencias autodestructivas** cuyo fin es liberarse de las sensaciones penosas y de la ansiedad que las acompaña. Es aquí que entran en escena las mutilaciones voluntarias y los intentos de suicidio que pueden producirse al modo de un impulso o un raptó. Griesinger no descarta las tendencias homicidas ligadas a esta disposición negativa del ánimo y que tendrían fines altruistas: si el mundo está perdido es mejor que los niños no vivan para que no sufran, o es mejor matarlos antes que reciban la pesada herencia de la enfermedad.

Para Griesinger, la melancolía puede reducirse a este estado de dolor moral y no presentar ideas delirantes. Define a las mismas como tentativas de explicación de las sensaciones corporales penosas y las adjudica a un trabajo mórbido peculiar: "El enfermo se siente víctima de la tristeza (...) la ley de causalidad exige que esta tristeza tenga un motivo, una causa y antes de que él se cuestione acerca de este tema, la respuesta ya le llega" (Griesinger, 1845: 83). La respuesta delirante parece producirse automáticamente, sin intervención del sujeto en su modulación, sin mediación de un trabajo.

La obra de Griesinger se tradujo al francés en 1865 a pedido de Baillarger, y su formulación del dolor moral como trastorno elemental de toda locura, y especialmente de la melancolía, influyó notablemente en los desarrollos de la escuela francesa como veremos a continuación.

El dolor moral es el síntoma fundamental

Pasaremos ahora a los aportes de dos autores de esta escuela: Jules Séglas y Jules Cotard, cuyas exposiciones sobre el tema se concentran en la última década del siglo XIX. Los desarrollos de estos autores se distinguen de la línea de pensamiento instalada tempranamente por Jean-Pierre Falret y en la cual se asociaban los estados de melancolía y de manía como pertenecientes a una única enfermedad –la locura circular–, aspecto que será retomado en el capítulo siguiente, destinado a la locura maníaco-depresiva.

Cabe destacar que los términos "manía" y "melancolía" –sobre todo el segundo– tienen una larga historia. De hecho en el primer paradigma, el de la alienación mental, en Francia se entendía por manía a los delirios generales que afectaban a varias facultades y se acompañaban de agitación, y por melancolía o lipemanía a los delirios parciales, limitados, y que no afectaban a las facultades mentales por fuera del núcleo delirante (Bercherie, 1981: 18). Estas acepciones no están vigentes hoy en día. No ocurre lo mismo con la descripción que los dos autores seleccionados nos ofrecen de las formas de la melancolía entendidas como verdaderas enfermedades mentales, es decir cuadros patológicos autónomos con su peculiar conglomerado de síntomas fundamentales, su modo de inicio característico y su marcha específica que la separan de la locura circular de Falret o de la locura de doble forma de Baillarger.

Encontraremos en el desarrollo de este tema que estos autores están especialmente interesados en diferenciar las presentaciones delirantes de la melancolía de los delirios crónicos de

los perseguidos, descriptos magistralmente por Lasègue, y que en ese entonces se agrupaban en torno a la noción de paranoia.¹⁰⁸ De ahí que la clínica diferencial de la melancolía en sus formas delirantes se juegue en este capítulo en la construcción de una oposición entre delirio melancólico y delirio paranoico. Aún la demencia precoz de Kraepelin no se ha granjeado un lugar preponderante en la psiquiatría de la época. Melancolía y paranoia eran las *vedettes* de la naciente disciplina. Tendremos luego la tarea de distinguir estas formas de la melancolía llamadas "unipolares" o "monopolares", de otras enfermedades mentales que presentan una alternancia entre estados melancólicos y estados maníacos.

Comenzaremos entonces por el modo de padecimiento que implica la **melancolía sin delirio** en sus presentaciones más sutiles, aquellas que suelen llegar a la consulta ambulatoria, "más frecuente en la clientela de ciudad que en la práctica hospitalaria", nos aclara Séglas en su décima lección de 1894 sobre la melancolía (p. 7). La melancolía sin delirio se presenta como un sufrimiento de carácter masivo y bastante difuso, que cursa con una notable perturbación del sentimiento de estar vivo, sin acompañarse mayormente de alucinaciones ni de ideas delirantes. Desde una perspectiva clínico-evolutiva, Séglas se ocupa de precisar el modo de aparición de los síntomas, atendiendo a la sucesión de los mismos y a las relaciones que pueden establecerse entre ellos, así como a la evolución general de la afección. La melancolía sin delirio es para Séglas una forma simple de la melancolía que cursa con conciencia de enfermedad, de ahí que los nombres con los que se conoce clínicamente a este tipo de presentación son "melancolía simple", "melancolía sin delirio", "melancolía con conciencia" o "hipocondría moral" (Séglas, 1894a: 7).

Séglas propone la siguiente definición:

La melancolía es una psiconeurosis que –además de los síntomas físicos de gran importancia- desde el punto de vista psíquico se caracteriza por: 1° la producción de un estado cenestésico penoso; 2° modificaciones en el ejercicio de las operaciones intelectuales; 3° un trastorno mórbido de la sensibilidad moral que se expresa en un estado de depresión dolorosa. (Séglas, 1894a: 8).

Antes de abocarnos al análisis de estos síntomas psíquicos conviene subrayar la relevancia que Séglas otorga a los **síntomas físicos** en esta forma consciente de la melancolía. Séglas destaca que el cortejo de síntomas psíquicos se instala progresivamente sobre un organismo que se encuentra afectado en sus funciones vitales: la nutrición está severamente perturbada al punto de provocar un adelgazamiento brusco, el apetito se ha perdido, la regularidad del sueño se ha trastocado, el insomnio es persistente, la vigilia se acompaña de una sensación de somnolencia, cansancio inmotivado y fatiga constante seguida de dolores difusos "cefalea, un vacío en la cabeza, zumbidos en los oídos, latidos en la sien" (p.10), palpitaciones y ansiedad precordial. Séglas señala que este conjunto de síntomas físicos se asemeja notablemente con la clínica de los estados neurasténicos, de ahí la importancia de describir detalladamente

¹⁰⁸ Para una mayor precisión acerca de qué se consideraban delirios crónicos y su relación con la paranoia en los albores de la psiquiatría clásica remitirse a la parte dedicada a las paranoias en este libro.

este período prodrómico, de incubación, que puede incluso durar bastante tiempo. Este estado de agotamiento a nivel físico produce una cantidad de sensaciones novedosas que impactan en la cenestesia, es decir, en el "sentimiento que tenemos de la existencia de nuestro cuerpo" (Séglas, 1894a: 11). Esta suerte de representación mental de nuestro propio cuerpo y de su funcionamiento, que habitualmente se acompaña de una sensación de bienestar, puede verse perturbada por la irrupción de este cúmulo de sensaciones displacenteras emanadas por el estado de agotamiento del organismo.

Séglas encuentra en la presencia de estos síntomas físicos la causa de la perturbación del tono psíquico general del enfermo, "la fuente de razonamientos inconscientes que conduce, en último término, a un juicio confuso, pero desfavorable, sobre la constitución física y psíquica, cuyo tono parece descendido para el enfermo" (Séglas, 1894a: 12). He aquí entonces la causa principal del dolor moral para este autor. Es sobre este fondo que se instala la tríada de síntomas fundamentales de la melancolía simple que ya hemos anunciado y que en el transcurso de la exposición de Séglas se irá precisando en torno a establecer que el síntoma fundamental más característico de toda forma de melancolía -sea delirante o no- es el dolor moral. El término "moral" no debe entenderse aquí en su acepción más contemporánea, que asocia el término a las "buenas costumbres", sino en el sentido de lo psíquico que se diferencia de lo físico.

Volvamos entonces a los tres puntos jerarquizados en la definición de la melancolía simple para Séglas: estado cenestésico penoso, trastorno de las operaciones intelectuales (detención psíquica), dolor moral.¹⁰⁹ Les otorga el estatuto de *síntomas fundamentales*, explicando que a los mismos pueden agregarse -o no- los trastornos delirantes. El delirio tiene entonces para Séglas un carácter secundario. De este modo, toda melancolía, sea delirante o no, tiene un inicio típico en el que aparecen estos síntomas fundamentales. Es importante destacar, entonces, que la presencia de estos síntomas ya constituye por sí sola una manifestación de la enfermedad, sin que sea necesario que se anexen las ideas delirantes a este estado inicial de dolor moral. Recordemos que esta idea ya había aparecido tanto en Guislain como en Griesinger y contaba por lo tanto con un consenso importante en la comunidad científica de esa época.

Con respecto al *modo de inicio* de la melancolía, los síntomas se presentan lentamente y el sujeto tiene conciencia de los cambios que le sobrevienen. Al comienzo puede observarse un sentimiento vago de malestar general, un estado cenestésico penoso, marcado por la abulia, la indiferencia, una sensación de abatimiento y tristeza, incapacidad para actuar e inquietudes vagas con perturbaciones a nivel del sentimiento de la vida en general y del propio cuerpo: no sienten hambre, se encuentran sumidos en una anestesia penosa. Séglas (1894a) lo precisa en términos de un "sentimiento corporal doloroso" (p. 11). Este estado cenestésico penoso marca la ruptura del equilibrio, del "consenso armónico de las sensaciones orgánicas" (p. 11) cuyo correlato clínico es un malestar general y difuso, poco localizado, en el cual el sentimiento del propio cuerpo se ve afectado, como anestesia penosa, o en su forma más extrema del "deli-

¹⁰⁹ Para un recorrido detallado sobre el tema del dolor moral en la historia de la psiquiatría clásica véase el artículo de Lantéri-Laura "Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie". En Tevissen, (comp.) (1996). *La douleur morale*. Paris: Editions su Temps.

rio de negación” -que abordaremos más adelante- donde se experimenta directamente un cuerpo muerto. Se trata de una sensibilidad perturbada que conlleva un gran sufrimiento, quizás el más doloroso, el de no sentir ya nada, la anestesia psíquica.

En cuanto a los **trastornos del ejercicio intelectual**, están caracterizados por la detención psíquica. Su traducción clínica la encontramos tanto en la abulia motriz como intelectual: el melancólico se encuentra en un estado de apatía, de falta de voluntad, sus movimientos se vuelven muy lentos y faltos de resolución, el hablar es sumamente monótono y requiere de un gran esfuerzo, el tono psíquico está muy descendido. Por momentos los enfermos parecen petrificados, no se ocupan de las tareas necesarias para el mantenimiento de la vida (limpieza, alimentos), permanecen largas horas en la cama sin poder levantarse (manía lectuaria). Este cuadro puede acompañarse incluso de la ejecución repetida de movimientos que parecen automáticos, sin un propósito determinado o también de impulsiones violentas al modo de un raptó.

Es importante atraer la atención sobre este punto dado que este cuadro de detención, inhibición y abulia podría hacer pensar que son enfermos imposibilitados para actuar. Si bien Séglas destaca que en este estado de abulia general las tentativas suicidas permanecen en un plano platónico, por carecer justamente de la energía necesaria para cometer tal acto, eso no impide que una tentativa suicida pueda llevarse a cabo por impulsión, sin demasiada planificación previa, "bajo el golpe de un raptó ansioso" (Séglas, 1894a: 19). Séglas sostiene que esta abulia generalizada del melancólico consciente vuelve raras a las tentativas suicidas, aunque eso no implique que el deseo suicida no esté presente: lo está, sólo que el enfermo no tiene el coraje suficiente para hacerlo y espera que la muerte sobrevenga sola o incluso dirige este pedido al médico.

Volviendo a la detención psíquica, ésta se manifiesta tanto a nivel de los movimientos como del pensamiento, que se encuentra lentificado, con una dificultad para hilar ideas y seguir una conversación o incluso para fijar la atención. Todo esfuerzo se vuelve muy difícil y encuentra grandes resistencias. Esta detención puede llegar incluso al mutismo y a la parálisis. La lentitud en el accionar y en el pensar avanza de modo progresivo, motivo por el cual posibilita que los enfermos tengan conciencia de las modificaciones que sufren. He aquí una diferencia con la confusión mental primitiva, en la cual Séglas señala que pueden presentarse trastornos intelectuales semejantes, pero que los mismos hacen su aparición en forma brusca y no paulatina, al modo de un estallido que provoca la disociación rápida y que conduce al estado de confusión.¹¹⁰ En la melancolía, esta toma de conciencia de los cambios sobrevenidos a nivel intelectual opera también para Séglas como una causa del dolor moral, al cual le reconoce entonces un doble origen: los síntomas físicos que afectan a la cenestesia y la toma de conciencia de los trastornos intelectuales por detención psíquica.

Pasemos ahora a lo que Séglas considera como el **síntoma cardinal**, más evidente, más característico de toda melancolía: el dolor moral, el “trastorno mórbido de la sensibilidad moral” que ocupa un lugar central y que ya había sido descrito por Guislain y Griesin-

¹¹⁰ Véanse los desarrollos acerca del síndrome confusional en la parte destinada a las psicosis tóxicas.

ger: “Se manifiesta en la actitud, el movimiento, la mímica, siempre muy expresiva y que traduce toda la gama de pasiones tristes, desde el abatimiento, la pena, hasta la angustia, el terror o el estupor” (Séglas, 1894a: 14). Este **dolor moral** avanza invadiendo todo el sentir del enfermo y produce también un estado de anestesia: el enfermo está insensible a todo estímulo externo, replegado sobre sí mismo y no forma parte de lo que sucede a su alrededor, tiende al aislamiento. Todo le resulta penoso y “ve todo negro”. El dolor moral se instala con un carácter invasor, de tono negativo. Lo que antes le interesaba ahora se le torna indiferente, el sujeto vive concentrado en sí mismo. Como ya dijimos, Séglas puntualiza dos orígenes del dolor moral del melancólico: el estado cenestésico penoso y los trastornos del ejercicio intelectual, que conforman una especie de círculo vicioso de acción recíproca, del cual el melancólico no logra salir.

A continuación una pequeña viñeta que muestra bien las características principales del dolor moral:

Esto vino muy lentamente (...) Al principio sólo tenía el abatimiento, el insomnio, luego las ideas ociosas y la preocupación por verme así; mis rumiaciones sólo llegaron más tarde. Toda mi enfermedad es el pesar y la inquietud. (...) Me dejaba llevar totalmente; estaba totalmente deprimida, abatida, apática; y además, al mismo tiempo, tenía siempre la necesidad de cambiar de lugar, me parecía que estaría mejor en otra parte; estaba siempre inquieta, con el estómago cerrado. No podía ocuparme de nada, tenía necesidad de cambiar de actividad todo el tiempo; no podía dedicarme a ningún trabajo, hasta tenía dificultad para hacer las cosas corrientes; tenía a veces las ideas desordenadas e inclusive no podía leer. Olvidaba todo al instante, e incluso recordaba difícilmente las cosas pasadas; para recordar algo hacía falta que me tocara muy de cerca. Pero sobre todo, estaba absorta todo el tiempo en mi preocupación porque yo veía que no tenía las ideas como antes y porque por más que quisiera reaccionar no podía. Me inquietaba por todo, veía todo negro, todo me atormentaba; lo más ínfimo me apenaba; me hacía fantasmas de nada al verme así debilitada, y perfectamente habría permanecido todo el día acostada. Me preocupaba mi familia, perder la razón; estaba sumergida en mi estado. Me decía: `Estoy perdida, ya no soy buena para nada, no me curaré, mejor sería desaparecer, irme de aquí o matarme. ¡Es extraño estar así! ¿Qué hice yo para estar así inquieta?, ¿qué será de mí? (Séglas, 1894a: 17).

Las preguntas que la enferma comienza a formularse al final son para Séglas el camino por el cual podría hilarse el delirio melancólico como un intento de explicación de las causas de su malestar. Ahora bien, es importante subrayar que muchos enfermos no avanzan por esta vía y su presentación se acota a estos síntomas fundamentales sin que aparezca una tentativa delirante.

Formas delirantes: el delirio de negaciones

Nos abocaremos ahora a definir y precisar el delirio en la melancolía incluyendo los desarrollos de Séglas y también los de Cotard acerca del delirio de negaciones. Ya señalamos cómo para Séglas el dolor moral constituye un fenómeno elemental, fundamental y primario de toda melancolía, al que pueden anexarse ideas delirantes conformando entonces el cuadro de la melancolía con delirio. Continuemos con Séglas y la llamada “melancolía delirante”. Ya ubicamos los síntomas fundamentales de la melancolía simple –el estado cenestésico penoso, los trastornos a nivel del ejercicio intelectual y el dolor moral-. En la melancolía delirante, los síntomas iniciales son los mismos, dado que el delirio aparece de manera secundaria, “como tentativa de explicación de los fenómenos dolorosos primitivos” (Séglas, 1894a: 15). El sentimiento de dolor moral conduce al enfermo a la búsqueda de una explicación en la que se ubicará como culpable o responsable de una falta cometida.

La aparición de esta conexión entre el malestar y la **culpa** marca el inicio de los trastornos en el contenido de las ideas y ya no sólo en su formación, como vimos en el apartado anterior cuando nos ocupamos de los trastornos en el ejercicio intelectual. Si bien Séglas nos ofrece el detalle de las temáticas delirantes en la melancolía –rebajamiento de sí, inmoralidad, inferioridad, culpa, negación, insuficiencia, indignidad, incapacidad, ruina, pasividad, resignación, autoacusación, espera de un castigo o condenación-, aclara fuertemente que el contenido de las ideas delirantes no puede convertirse en el único criterio diagnóstico.

Para Séglas no cuenta tanto la fórmula del delirio como la manera en que se origina a partir del dolor moral. Es decir, no es el contenido de las ideas delirantes o su tema lo que define el carácter melancólico de las mismas, sino que lo que importa es la génesis de estas ideas, si provienen de un intento de explicación de las sensaciones provocadas por el fenómeno elemental del dolor moral. Por lo tanto, ni el rebajamiento de sí ni la autoacusación son *per se* exclusivos de la melancolía delirante para Séglas. Se orienta entonces por el criterio clínico-evolutivo para precisar el lugar de la idea delirante y su génesis, y distinguir de este modo el delirio melancólico del delirio crónico de los perseguidos.

A continuación presentamos las características principales del delirio melancólico según Séglas, de las cuales las dos primeras son las que considera como de primer orden o indispensables:

- Con respecto al origen es un delirio secundario, es decir, nunca aparece al inicio de la enfermedad, sino que está precedido por los síntomas del dolor moral y del trastorno en la formación de ideas. El delirio, en tanto trastorno del contenido de las ideas, surge como una tentativa de explicación de los fenómenos primitivos. Estas interpretaciones no son, no obstante, fruto de un razonamiento o deducción consciente, sino que la respuesta aparece, como si un automatismo psicológico estuviera en el origen de las

ideas delirantes. Para Séglas, el carácter secundario del delirio es lo principal y de ahí se derivan las demás características.¹¹¹

- Es un delirio penoso, fijo y monótono, que no arma un sistema de ideas delirantes articuladas, sino que gira siempre alrededor del mismo círculo de lamentaciones monótonas repetidas incesantemente por el enfermo al modo de una letanía. Reitera siempre la misma fórmula, como si estuviera obsesionado por ella, queda preso de la inercia de la detención psíquica: “Existe un abismo entre este estribillo, esta letanía fija y monótona del melancólico y la novela del perseguido” (Séglas, 1894a: 25).
- Es un delirio pobre en cuanto a su contenido ideico y su sistematización. Tiene la impronta de la propia inferioridad y la superioridad de los otros: se cree culpable, indigno, “no es más que un animal, una bestia de carga, un adoquín, una basura” (Séglas, 1894a: 25). Tiene a su vez los caracteres de pasividad y resignación: los enfermos no pueden sustraerse de este estado de sufrimiento, dada la abulia en la que están sumergidos y tampoco pueden luchar contra eso por la indignidad que los lleva más bien a aceptar o incluso anhelar un castigo que les permita cumplir una condena. La muerte aparece como una solución, en tanto le permite al mundo librarse de personas tan inútiles y perjudiciales, según creen.
- El modo de expansión del delirio es centrífugo y divergente, el enfermo es el centro, no acusa a los demás sino que se acusa a sí mismo ya que siente que el mal reside en él, y teme para sus allegados las consecuencias de la desgracia de la que él es portador. El delirio paranoico, en cambio, es centrípeto y convergente: converge en el sujeto, centro de “atención universal”.
- Es sobre todo un delirio de espera: el enfermo aguarda los suplicios y castigos que le están reservados para el futuro y que encuentra justificados por las faltas cometidas. El perseguido, en cambio, es víctima en el presente. El delirio melancólico es también retrospectivo: buscará una falta -real o imaginaria- en el pasado, que explique su estado actual.

Estas son entonces las características fundamentales de las formas delirantes de la melancolía para Séglas. Volvemos a reiterar que para este autor no es el contenido de las ideas ni la temática de las mismas lo que define el carácter melancólico del delirio, sino la presencia de estos rasgos que acabamos de delimitar. Nos ocuparemos ahora de otra forma delirante de la melancolía aislada por Jules Cotard y retomada por Séglas: el delirio de negaciones.

Jules Cotard (1840-1889), neurólogo francés, comienza en 1880 el estudio de una forma de delirio hipocondríaco en la melancolía ansiosa al que da el nombre de “delirio de negación”,

¹¹¹ Un mayor desarrollo acerca de la relación entre fenómenos elementales y delirio puede encontrarse en la tercera parte de este libro.

conocido más tarde como "**síndrome de Cotard**",¹¹² luego de un largo debate acaecido en 1892 acerca de si el delirio de negaciones era una enfermedad mental autónoma o correspondía a una forma crónica delirante de la melancolía. Cotard muere prematuramente. Séglas retoma este gran tema de debate clínico en 1897, en su monografía *Le délire de négations: sémiologie et diagnostic*, y pone en cuestión que este síndrome sea exclusivo de la melancolía.

Cotard inaugura el estudio del delirio de negaciones con el caso de una enferma que se quejaba de no tener más cerebro, ni nervios, ni pecho, ni estómago, ni intestinos, "sólo le quedan *la piel y los huesos del cuerpo desorganizado*" (Cotard, 1880: 80, resaltado en el original y acompañado de la aclaración de que esa fue la expresión de la enferma). Tampoco tenía alma ni cuerpo, por lo tanto decía no necesitar comer para vivir, "la comida es un suplicio inútil" (Cotard, 1880: 81) ya que tampoco podía morir, viviría eternamente salvo que fuera quemada. Veía en el fuego su única liberación y había intentado quemarse en varias oportunidades, motivo por el cual había sido internada. Cotard señala que el inicio del cuadro comenzó por un "crujido interior en la espalda que repercutió en la cabeza" (Cotard, 1880: 80).

Este **inicio hipocondríaco** presentaba, no obstante, esta singularidad de la evolución hacia la negación de los órganos y de la existencia, sumada a la idea de inmortalidad y vida eterna que en verdad se configuraba como un castigo eterno, dada la vida de faltas de la cual se consideraba culpable la enferma. Cotard diferencia entonces la ansiedad melancólica hipocondríaca del inicio de lo que ya considera como "**concepciones delirantes negativas**": la negación de los órganos singular de esta presentación. Señala también que la aparición del delirio tuvo un efecto pacificador sobre la ansiedad inicial. Cotard subraya cómo este trastorno conmociona especialmente al cuerpo en tanto la sensibilidad al dolor se encuentra profundamente afectada: la enferma no experimentaba dolor al ser atravesada por alfileres, aunque esta anestesia se acompañara de una sensibilidad al contacto conservada.

Discípulo de Jules Falret, Cotard retoma del mismo el término "**hipocondría moral**" para referirse a estos casos -término también mencionado por Séglas para denominar a la melancolía simple-, sobre el cual hace reposar el fondo común de toda melancolía. Se trata de un estado que conlleva un sufrimiento difuso que perturba el sentimiento de estar vivo y que se asemeja a lo descrito por Griesinger, Guislain y Séglas como dolor moral y frenalgia inicial, aunque Cotard agrega a la descripción una particular afectación de la relación con el medio externo. El mundo aparece descolorido y el sujeto se encuentra indiferente a todo, sin iniciativa, abúlico, apático, sin sentimientos. Todo ha cambiado en su cuerpo y en su mundo, las cosas ya no se perciben como antes.

Este tipo de hipocondría se diferencia de la **hipocondría ordinaria** que puede aparecer en los inicios del delirio de persecuciones: afecta especialmente al cuerpo y al sentimiento de estar en el mundo. En sus formas más larvadas, la hipocondría moral puede manifestarse por la sensación irremisible de que la realidad en que viven los enfermos ha cambiado radicalmente,

¹¹² Un trabajo exhaustivo sobre el síndrome de Cotard y los debates históricos en torno a su delimitación puede encontrarse en el artículo de Julieta De Battista e Isabel Fernández "Aproximación histórica y actualidad del síndrome de Cotard: un aporte a la clínica de la depresión mayor" que se encuentra en prensa.

“se ha tornado extraña u hostil” (Cotard, 1882: 85). Incluso pueden percibir que los separa de ella un velo que se vuelve más denso en la medida en que esta disposición enfermiza se hace más profunda. La percepción de la realidad a través de este velo la vuelve confusa, todo se ha transformado. Este fenómeno del velo constituye para Cotard un esbozo de aquello que luego podría evolucionar hacia el delirio de negación de los órganos.

No hay para este autor una diferencia de naturaleza entre la hipocondría moral y las ideas de culpabilidad y negación sistematizada, se trata más bien de una diferencia de grado: “la hipocondría moral es al delirio de ruina, de culpabilidad, de perdición y de negación, lo que la hipocondría ordinaria es al delirio de las persecuciones” (Cotard, 1882: 91).

La hipocondría moral es uno de los signos patognomónicos del delirio de negaciones melancólico, constituye el preludio, la forma atenuada del delirio hipocondríaco propio de esta enfermedad. Cotard la describe como la percepción de la influencia patológica del propio cuerpo: las sensaciones mórbidas que los perseguidos suponen provenir de un otro misterioso y malvado, los hipocondríacos se las adjudican a los órganos del cuerpo. Es el cuerpo el que se vuelve el peor enemigo, no los otros a quienes, en todo caso, el enfermo puede llegar a dañar por la inmundicia en que se ha convertido su propio cuerpo.

Lo importante para Cotard no son tanto los síntomas físicos, sino los psíquicos y las reacciones e interpretaciones que los mismos suscitan. La sensibilidad está alterada de modo tal que todas las sensaciones viscerales y neuropáticas son amplificadas y se transforman tomando un carácter inquietante y penoso. El sentimiento íntimo es de malestar y no de bienestar. Cotard distingue entre la hipocondría hiperestésica y la hipocondría moral o anestésica. En la primera, la sensibilidad está alterada en el sentido de la exaltación de las sensaciones corporales, suele evolucionar en un delirio de persecuciones centrado en la desconfianza hacia el medio y la acusación hacia los otros.

En cambio, la **hipocondría anestésica o moral** se caracteriza por el descenso de la energía volicional y la exaltación enfermiza de la sensibilidad que convierte en dolorosas a todas las impresiones. Las alteraciones características son la angustia precordial, las sensaciones cefálicas, dolores en el cráneo, sensación de vacío intracraneano, vértigo, impresión de vacío en el interior del cuerpo, crujidos en la columna vertebral, sentimiento de fatiga y agotamiento extremo, dolores erráticos, sensación de muerte inminente, preocupaciones concentradas en el aparato circulatorio, temor a volverse loco.¹¹³ Los órganos están afectados en sus funciones y en su estructura, arreciados por enfermedades incurables, desorganizados o destruidos. Este malestar puede llevarlos a diversas consultas de urgencia, pero también a la consulta del cirujano.

La hipocondría moral suele presentarse sin una localización precisa. Los fenómenos hipocondríacos pueden afectar al aparato respiratorio, al circulatorio, al gastro-intestinal, al digestivo, al nervioso, al genital. También puede aparecer como un malestar general, no localizado, de agotamiento y derrumbe de todo el organismo. Cotard presenta el pequeño relato de una paciente aquejada de esta anestesia dolorosa:

¹¹³ Nótese que varios de estos síntomas son descriptos en la actualidad como parte de los trastornos de ansiedad y los llamados "ataques de pánico".

Sufro constantemente, no tengo ninguna sensación humana, me falta la facultad de disfrutar de las cosas y sentir las, algo terrible está continuamente entre mi yo y los goces de la vida. Cada uno de mis sentidos está, por decirlo así, separado de mí y no puedo procurarme ninguna sensación. (Cotard, 1889: 394).

La sensibilidad se encuentra profundamente perturbada, ya sea en su vertiente de sensibilidad exaltada (con hiperestesia de los órganos del cuerpo), o como anestesia corporal total. El delirio de negación toma aquí su lugar como la mayor expresión de la hipocondría moral. Se trata del dolor de no poder sentir nada: los enfermos niegan la existencia de sus órganos, se sienten muertos, el cuerpo es mera apariencia. Estos enfermos permanecen en un estado que no es ni la vida, ni la muerte: son “muertos vivos”. A las ideas hipocondríacas se agrega frecuentemente la idea de inmortalidad, sufrirán eternamente sin poder morir. La negación del tiempo le otorga un valor infinito a la vida del enfermo. Cotard ubica que la idea de inmortalidad es, en última instancia, una idea hipocondríaca dado que se trata de un delirio triste relativo al organismo, los enfermos lamentan su inmortalidad y suplican que se los libere de ella.

El delirio de negación podrá alcanzar la personalidad misma del enfermo o el mundo exterior. En el primer caso, “los enfermos no tienen más estómago, ni cerebro, ni cabeza, no comen más, no digieren más, no van más al baño y de hecho, se niegan enérgicamente a comer y a menudo retienen la materia fecal” (Cotard, 1882). Cuando el delirio se extiende a la negación del mundo los enfermos afirman no tener familia ni país, el mundo no existe más. Asimismo, el delirio de negación puede alcanzar proporciones “monstruosas” y culminar en una forma particular de delirio pseudomegalomaniaco: el **“delirio de enormidad”** donde el enfermo presenta ideas de inmortalidad e inmensidad.

En 1880, Cotard deslinda un primer puñado de características que especificaría a esta forma del delirio de negaciones y que podrían agruparse en tres grandes rasgos:

- Estado doloroso del cuerpo (ansiedad melancólica intensa, analgesia, propensión al suicidio y a las mutilaciones voluntarias);
- Ideas hipocondríacas de no existencia o de destrucción de diversos órganos y del mundo, del cuerpo y del alma, acompañadas por ideas de maldición (no tienen sangre, ni cuerpo, ni estómago, el cerebro se ha reblandecido, están podridos);
- Ideas de inmortalidad (de no poder morir nunca, de castigo eterno) y de enormidad.

El elemento central de esta nueva enfermedad es la disposición negativa del enfermo, “se niegan a todo, se oponen a todo”, son “negadores” en lugar de acusadores o perseguidos. Esta negación sistematizada y no puntual se acompaña de un trastorno profundo de la sensibilidad moral. Además Cotard encuentra en esta oposición una verdadera resistencia a hacer lo que el otro propone: alimentarse, hablar, incluso los enfermos pueden llegar a la retención de la orina y de los excrementos. No se trata para Cotard meramente de una inercia, sino de una rigidez y tensión muscular que demuestran que esa resistencia es fuertemente activa.

Clínica diferencial con el delirio de persecuciones

Con la intención de delimitar una nueva enfermedad mental, Cotard decanta una serie de diferencias entre el delirio de negaciones y el delirio de persecuciones descrito por Lasègue¹¹⁴: se distinguen por su modo de inicio, por la presentación de los síntomas, por el tipo de evolución y de terminación. Cotard destaca que la melancolía ofrece entonces un terreno propicio para el desarrollo y la evolución del delirio de negación e insiste sobre la confusión existente en ese momento entre los perseguidos, que serán llamados paranoicos más tarde, y los negadores -melancólicos delirantes-, ambos emparentados por la presencia de ideas delirantes. Así, logra esbozar un tipo nuevo de delirio que, no obstante, no presenta un efecto compensatorio como el que se le podía atribuir al delirio de los perseguidos.

Con respecto al **modo de inicio**, la hipocondría ordinaria que da comienzo al delirio de persecuciones no se acompaña de un estado depresivo ni de una baja de la autoestima, más bien todo lo contrario: el perseguido no se autoacusa, sino que acusa a las influencias exteriores de las que se considera víctima. Esta hipocondría ordinaria es sobre todo física. Mientras que los perseguidos suelen referir que el cuerpo es atacado por agentes externos, en el delirio hipocondríaco aislado por Cotard los órganos se descomponen, se destruyen y son negados por el propio enfermo. El melancólico negador se cree el origen de la desgracia de los demás y cree expandir su maldición al trato con los otros. A la hipocondría ordinaria, se le opone en el inicio melancólico una hipocondría moral, una alteración de la sensibilidad moral que se convierte en el terreno fértil en el cual pueden germinar luego las ideas delirantes hipocondríacas.

La **evolución** a partir de este comienzo también presenta discrepancias. Mientras que en el caso de los perseguidos el inicio se da por una hipocondría ordinaria y la hipocondría moral sólo aparece de forma consecutiva a ésta -bajo la forma por ejemplo del ataque que sufrirían las facultades morales del enfermo en manos de los perseguidores-; en los melancólicos la hipocondría moral inicial evoluciona en un segundo momento hacia una hipocondría física, cuya particularidad es la negación de los órganos. La locura de la oposición o negación sistematizada no se encuentra para Cotard en la disposición negativa de los perseguidos, quienes se oponen por desconfianza o por temor a ser engañados. Tampoco aparecería en los perseguidos el profundo trastorno de la sensibilidad moral. El negador es un melancólico ansioso o estuporoso, que se denigra, se auto-acusa y puede llegar al suicidio y a las auto-mutilaciones. El perseguido en cambio acusa al entorno y puede estar más cerca del homicidio que del suicidio.

El **componente alucinatorio** también difiere. En los negadores las alucinaciones son preponderantemente visuales y están ligadas a la ideación delirante de culpa y castigo -llamas del infierno, olor a azufre, huelen a podrido, etc.-; en los perseguidos las alucinaciones son mayormente auditivas verbales y se constituyen como “dialogantes”, el perseguido pelea con sus interlocutores. En cambio, el melancólico se detiene en la repetición idéntica de las mismas

¹¹⁴ Cf. parte sobre las paranoias.

quejas, al modo de un monólogo o de una letanía. Los trastornos de la sensibilidad son raros en los perseguidos y muy frecuentes en los melancólicos, sobre todo bajo la forma de la anestesia psíquica y corporal.

Con respecto a los **pasajes al acto**, Cotard subraya la tendencia a la autodestrucción efectiva de los negadores, ya sea bajo la modalidad de automutilaciones como de intentos de suicidio o incluso del rechazo radical del alimento. Esta tendencia no se encuentra en los perseguidos, quienes son más proclives para este autor al homicidio.

También la **marcha de la enfermedad** presenta diferencias notables: mientras que el delirio de persecución se instala continuamente hacia la cronicidad, el delirio de los negadores aparece en forma brusca y puede curarse del mismo modo, como si el enfermo de repente saliera de un sueño. Ahora bien, a diferencia de la locura maníaco-depresiva, el caso de los negadores se especifica porque presentaban previamente un carácter triste, por lo tanto la aparición es brusca, pero sobre un fondo melancólico predisponente.¹¹⁵ La evolución del delirio no contrasta entonces con la personalidad anterior, sino que se presenta como una suerte de exageración de los rasgos de carácter previos. Otra diferencia es que el delirio hipocondríaco de negación implica un pronóstico de mayor gravedad que el diagnóstico de ansiedad melancólica en el curso de una locura periódica o circular. Cotard distingue así esta forma crónica de la melancolía de las formas alternantes de la misma, posteriormente reconocidas como locura maníaco-depresiva. El caso del delirio de negaciones no obedece a esta alternancia de estados.

La evolución del delirio y su modo de terminación también permiten diferenciar para Cotard a perseguidos y negadores. Las ideas de inmortalidad que pueden aparecer en el delirio de negación deben distinguirse de las ideas de inmortalidad y de grandeza propias de los perseguidos, puesto que en el primer caso se trata más bien de un “delirio triste relativo al organismo” (Cotard, 1880: 83), de una inmortalidad que se lamenta y de un estado que no es ni la vida ni la muerte, sino el de estar “muerto vivo” con un cuerpo destruido, relegado a la apariencia y al simulacro.

Cotard subraya que estas **ideas de inmortalidad** parecen surgir lógicamente de la experiencia displacentera del cuerpo, serían interpretaciones delirantes de estas sensaciones del cuerpo: “Algunos enfermos dicen que no morirán porque su cuerpo no está organizado de manera común, que si hubieran podido morir, estarían muertos desde hace tiempo” (Cotard, 1880: 83). Los negadores experimentan una fuerza interior todopoderosa para el mal y cuando ese poder interior alcanza suficiente intensidad le otorga grandeza a las concepciones mórbidas: el enfermo cree entonces que es la causa de todos los males. Ahora bien, Cotard advierte que, más allá del sesgo negativo, no deja de tratarse de ideas de grandeza, ya que los enfermos se consideran seres excepcionales cuyos mínimos actos pueden perjudicar a toda la humanidad: son omnipotentes para hacer el mal.

¹¹⁵ Esta cuestión del fondo predisponente es retomada tanto por Kraepelin -en su tesis acerca de los factores constitucionales y los estados fundamentales en la locura maníaco-depresiva-, como por la fenomenología de la mano de Tellenbach y sus aportes acerca de la constitución pre-melancólica, que trabajaremos en los siguientes capítulos.

Un caso extremo de este tipo de delirio se detecta en los enfermos que refieren ser no sólo inmortales e infinitos en el tiempo sino también en el espacio: sus cuerpos ya no tienen límites, son inmensos y se extienden al infinito hasta fusionarse con el universo. "Estos enfermos, que no eran nada, terminan siéndolo todo" (Cotard, 1888: 377). Llegados a este punto es que se configura para Cotard el "**delirio de enormidad**", que constituye a su vez el grado más extremo del delirio melancólico. Ahora bien, estas ideas de inmortalidad e inmensidad no tienen un efecto apaciguador sobre la ansiedad propia del cuadro, de ahí que para Cotard no se trate de una verdadera megalomanía, sino de una pseudo-megalomanía, dado que no se presenta un efecto de compensación del malestar inicial por la grandeza. Estos delirantes enormes e inmortales no dejan por ello de estar desesperados. El delirio no resulta efectivo para amenguar la angustia.

De esta manera, Cotard logra aislar una forma de presentación de la melancolía caracterizada positivamente por una disposición negativa activa que despliega una fuerza de oposición notable, cuyo inicio responde a un trastorno de la sensibilidad moral o hipocondría moral -que se diferencia de la hipocondría ordinaria por alterar la experiencia del cuerpo y la del estar en el mundo (fenómeno del velo)- y que se instala sobre un fondo de carácter triste con tendencia marcada a la autodestrucción. Evoluciona hacia un delirio hipocondríaco caracterizado por ideas de destrucción y negación de los órganos, acompañadas por ideación delirante de inmortalidad de tinte triste, ligada a la espera de un castigo eterno y que en su vertiente más megalomaniaca adopta la forma del delirio de enormidad. A partir de estos rasgos diferenciales, el delirio de negaciones puede distinguirse clínicamente del delirio hipocondríaco que acompaña a la parálisis general progresiva, del inicio hipocondríaco del delirio de persecuciones y de la ansiedad melancólica que tiñe las alternancias del humor en la locura maníaco-depresiva.

El trabajo de diferenciación realizado por Cotard culmina en la hipótesis de la unidad clínica del delirio de negaciones y la propuesta de aislarlo como una entidad clínico-evolutiva caracterizada por un modo de inicio específico (hipocondría moral), una evolución propia (delirio hipocondríaco con ideas de negación y destrucción de órganos) y un tipo de terminación característico (delirio de enormidad). De esta manera, el delirio de negaciones de Cotard cumplía con los requisitos para reconocer una nueva forma de enfermedad mental según el paradigma vigente en esa época.

Formas mixtas: melancólicos perseguidos

En 1892 tiene lugar un largo debate en la *Société Médico-psychologique* a propósito de la pertinencia de legitimar que el desde entonces llamado "síndrome de Cotard" fuera una nueva enfermedad mental a distinguir de las formas crónicas de la melancolía ansiosa. La balanza se inclina levemente en favor de considerar la existencia del síndrome -aunque rara vez se presente en su forma completa que incluye la terminación por el delirio de enormidad-, pero restringiendo su aparición a las formas melancólicas. Es decir, no se trataría de una nueva enfer-

medad sino de un tipo de presentación de la melancolía, que indicaría su cronificación. Esta posición se mantiene en parte en la actualidad.

En 1995, Berrios y la Escuela de Psicopatología de Cambridge publican un artículo que parte del análisis de 100 casos de síndrome de Cotard. Allí queda bien demostrado que el delirio de negaciones no es parte del museo de la historia de la psiquiatría, sino que continúa vigente en el trabajo clínico de los psiquiatras poco más de un siglo después de su primera descripción.¹¹⁶

En 1897 SéglaS retoma la descripción del delirio de negaciones para mostrar que puede aparecer en varias afecciones -no sólo en la melancolía-, y que también puede presentarse como un "verdadero sistema delirante" (SéglaS, 1892: 118). De esta manera, SéglaS defiende la multiplicidad de afecciones en las que puede presentarse el delirio de negaciones: puede aparecer en melancólicos, también en ciertos perseguidos o incluso en enfermos previamente afectados por obsesiones, constituyéndose en una posible "transición entre los delirios melancólicos y los delirios de persecución" (SéglaS, 1892: 132).

Es interesante destacar esta interfase que ya no opone simplemente el delirio de los perseguidos al delirio de los negadores, sino que considera que podría haber momentos melancólicos en los perseguidos e instancias persecutorias en los melancólicos. Los clínicos clásicos reconocían entonces formas de la melancolía en las que se produce cierto viraje hacia la persecución. Diversos autores de la psiquiatría clásica localizan este movimiento que lleva de la melancolía a la persecución, y también, de la persecución a la melancolía. Ballet describe en 1892 una clase de "víctimas culpables", que sitúa entre los melancólicos "culpables" y los perseguidos que se consideran "víctimas inocentes". Lalanne presenta en 1897 su tesis acerca de los perseguidos melancólicos. Gaupp expone el caso Wagner, en el que el síntoma principal es un delirio de persecución, pero aparecen también elementos de auto-acusación.¹¹⁷

Se trata entonces de presentaciones en las que "el delirio melancólico, el hipocondríaco y el de persecución se mezclan hasta volverse indiscernibles" (De Battista, 2015: 155). A modo de ejemplo, recordemos el caso Schreber y el inicio de su segunda enfermedad en 1893: sumido en un estupor catatónico experimenta sentimientos de angustia y desesperación, pasó meses postrado en la cama sin moverse. Se percibe como muerto y descompuesto, "soy un cadáver leproso que lleva a otro cadáver leproso", es la fórmula que en Schreber nos permite pensar en una presentación inicial al estilo de las descritas por SéglaS, con el dolor moral; Cotard y Falret con la hipocondría moral. Así, se percibe al comienzo la hipocondría que luego vira hacia la identificación de Flechsig como perseguidor.

En las lecciones de 1894, SéglaS se esfuerza en distinguir las ideas de persecución de los melancólicos auto-acusadores de aquellas de los perseguidos auto-acusadores (SéglaS, 1894b). Por lo tanto para SéglaS las ideas delirantes de autoacusación no son una característica exclusiva de la melancolía. Como ya señalamos, no es tanto el contenido ("ideas de auto-acusación") como la génesis de las ideas delirantes lo que puede servir de elemento funda-

¹¹⁶ Véase un caso actual de síndrome de Cotard, aunque no en su forma completa, "La dama de los vestidos deshechos" en De Battista (2015). *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.

¹¹⁷ Este caso se comenta en la parte destinada a las paranoias en este libro.

mental para el diagnóstico. Entre las ideas delirantes que se pueden encontrar en la melancolía se observarán entonces también ideas de persecución. Las mismas se presentan de un modo distintivo para Séglas, como consecuencia del fondo patológico en el que se inscriben, comparten entonces todas las características del delirio melancólico. Las ideas de persecución en la melancolía están ligadas a la autoacusación, que la explica y la justifica. El melancólico percibe la hostilidad hacia él como un castigo justo por su falta de dignidad, por su culpabilidad (Séglas, 1894b). En su tesis sobre el caso Aimée, Lacan señaló que estaban presentes las características clínicas de los delirios melancólicos según Séglas. Tras la fachada paranoica, aparecía en Aimée la culpa con respecto a su hijo.

La inclusión de estas descripciones que parecen descompletar la oposición entre delirios melancólicos y delirios de persecución nos interesa en tanto permite detectar los límites que la concepción de la enfermedad mental encuentra. Basada en la idea de los síntomas como primera expresión patológica de una causa orgánica supuesta, el paradigma de las enfermedades mentales rige un modo de pensamiento en el cual el estudio de la semiología permitiría diferenciar por su modo de inicio, evolución y terminación unas enfermedades mentales de otras. Ahora bien, hemos visto cómo en el estudio de la melancolía estas diferencias que parecen establecerse en forma clara y distinta tropiezan con la existencia de formas clínicas que las objetan o en todo caso, obligan a estos pensadores a establecer nuevas categorías que permitan abarcar el campo siempre móvil, siempre inasible de las manifestaciones clínicas. El gran organizador y sistematizador del conocimiento psiquiátrico de esta época -Emil Kraepelin- afronta este problema por la vía de multiplicar las categorías diagnósticas. Así, por ejemplo, nos encontramos con categorías como demencia precoz depresiva simple o estuporosa, delirio sistematizado depresivo, paranoia periódica, demencia precoz depresiva delirante o melancolía atónita -algunas de las cuales el autor incluye dentro de las demencias endógenas-, cuya descripción clínica se solapa notoriamente con los cuadros que hemos trabajado en este capítulo.

El tropiezo no echa por tierra los aportes. En ningún otro momento de la historia de la psiquiatría pudieron describirse y delimitarse tantas formas patológicas como en esta edad de oro en la cual se construyó el edificio nosográfico de la psiquiatría.

Veremos a continuación cómo Kraepelin se aboca a estudiar otra de las reversiones posibles de los estados melancólicos, seguramente más conocida que el viraje a la persecución. Nos referimos al vuelco maníaco que pueden sufrir las presentaciones melancólicas. Esta posible alternancia de estados depresivos y maníacos permite deslindar otra forma de enfermedad mental -la locura maníaco-depresiva- que es necesario diferenciar de las presentaciones de las melancolías unipolares o monopolares que hemos descrito, en las cuales no se presenta este vuelco maníaco. El cuadro clínico de las melancolías monopolares se verá enriquecido posteriormente por los aportes de la fenomenología, de la mano de Tellenbach y su descripción clínica del estado pre-melancólico o *typus melancholicus*.

Referencias bibliográficas

- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 1986.
- Berrios, G.E. & Luque, R. (1995). Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand*, 91 (3): 185-188.
- Cotard, J. (1880). Del delirio hipocondríaco en una forma grave de la melancolía ansiosa. En: Stagnaro, J.C. (comp.) *Alucinar y delirar*. T. I. Buenos Aires: Polemos, 1998: 79-84.
- Cotard, J. (1882). Del delirio de negaciones. En: Stagnaro, JC (comp.) *Alucinar y delirar*. T. I. Buenos Aires: Polemos, 1998.
- Cotard, J. (1888). Le délire d'énormité. En: Cotard, J. *Études sur les maladies cérébrales et mentales*. Préface de M le Dr J. Falret. Paris: J.-B. Baillière et fils, 1891 : 374-378. Rééd. In Cotard J.; Camuset M.; Séglas J. *Du délire des négations aux idées d'énormité*. Paris: L'Harmattan, coll. « Trouvailles et retrouvailles », 1997 : 58-62.
- Cotard, J. (1889). De l'hypocondrie. En: Cotard, J. *Études sur les maladies cérébrales et mentales*. Préface de M le Dr J. Falret. Paris, France : J.-B. Baillière et fils, 1891: 379-415.
- De Battista, J. (2015). *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- De Battista, J & Fernández, I. (2018). Aproximación histórica y actualidad del síndrome de Cotard: un aporte a la clínica de la depresión mayor. En prensa.
- Griesinger, W. (1845). *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*. Buenos Aires: Polemos, 1997.
- Guislain, J. (1852). *Lecciones orales sobre las frenopatías*. En Stagnaro, JC (comp.) *Alucinar y delirar*. T. I. Buenos Aires: Polemos, 1998, p. 31-41.
- Lalanne, J. (1897). *Les persécutés mélancoliques. Contribution à l'étude des rapports de la mélancolie et du délire des persécutions*. Thèse de Doctorat en Médecine. Bordeaux: Imprimerie J. Durand.
- Lantéri-Laura, G. (1996). Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie. En Tevissen, (comp.) (1996). *La douleur morale*. Paris: Éditions su Temps.
- Maleval, JC. (1998). *Lógica del delirio*. Barcelona: Ed. el Serbal.
- Séglas, J. (1892). *Des troubles du langage chez les aliénés*. Paris: Rueff.
- Séglas, J. (1894a). Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas (Salpêtrière 1887-1894). Décima lección: De la melancolía sin delirio y décimo primera lección: El delirio en la melancolía. En Napolitano y cols. (1999). *Melancolía y dolor moral*. La Plata: De la campana. Traducción de Nora Carbone.
- Séglas, J. (1894b). Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas (Salpêtrière 1887-1894). Décimo séptima lección: Los perseguidos autoacusadores. En Álvarez, Colina y Esteban (2012). *Alucinados y perseguidos*. Madrid: Ergon. Traducción de Esteban, Vega y González.
- Séglas, J. (1897). *Le délire des négations*. Paris: Masson.

Vaneskeheian, A. (2011). *Sobre el valor del Tratado de Wilhelm Griesinger como uno de los antecedentes psiquiátricos clásicos de la elaboración freudiana del concepto de psicosis*. Tesis de Maestría en psicoanálisis de la Universidad de Buenos Aires.

CAPÍTULO 20

Formas alternantes de manía y depresión

Anahí Erbetta, Juan Manuel Blanco

y Julieta De Battista

Clínica de los estados de exaltación maníaca

Como ya hemos anunciado en el capítulo anterior, en los albores de la psiquiatría clásica se había descrito la frecuencia con que a los estados melancólicos les seguía un episodio de agitación psíquica y motriz muy marcado, la manía. A diferencia de los episodios melancólicos que pueden presentarse sin ese vuelco a la agitación, los autores coincidían en remarcar que los estados maníacos suelen estar precedidos por un período de melancolía. Si ése no es el caso y el episodio maníaco brota abruptamente se debe sospechar la presencia de alguna enfermedad médica o la intervención de algún tóxico.¹¹⁸ De ahí que incluyamos la descripción de los estados maníacos en el capítulo sobre la locura maníaco-depresiva, antes llamada "locura circular" o "locura de doble forma", que se caracteriza justamente por la alternancia de períodos depresivos y períodos de exaltación. En la actualidad, los manuales diagnósticos y estadísticos americanos (DSM) han sustituido el término por el de "trastorno bipolar", como ya mencionamos en nuestra presentación y cuyas consecuencias hemos señalado.

Comenzaremos este capítulo recuperando las primeras descripciones de Griesinger acerca de la exaltación maníaca, para luego abocarnos a la delimitación de la locura maníaco-depresiva siguiendo a Falret, Baillarger y Kraepelin. En el movimiento de la obra de este último notamos que se opera un proceso de reducción por el cual la clínica de la melancolía simple y de las formas delirantes que hemos descrito en el capítulo anterior pierde su lugar en las clasificaciones como categoría independiente y pasa a formar parte de la gran clase de las locuras maníaco-depresivas. Quizás podemos encontrar en esta reducción que ya opera Kraepelin uno de los antecedentes que llevaron a la desaparición del diagnóstico de melancolía simple y delirante en las clasificaciones actuales.

En su obra de 1845, Griesinger había localizado una transición en el suceder mórbido por la cual el estado propio de la melancolía -concentración patológica en un sentimiento triste con afectación de la volición- adquiría cierta tendencia a la destrucción que podía derivar en una sobreexcitación de la fase motriz del psiquismo, conduciendo entonces a manifestaciones mór-

¹¹⁸ Por ejemplo, el consumo de cocaína puede producir cuadros similares a la excitación maníaca. Cf. con la parte dedicada a las psicosis tóxicas en este libro.

bidas de la voluntad en la agitación maníaca. "La manía sucede a la melancolía", "La manía es engendrada por la melancolía" (Griesinger, 1845: 131, 128) son dos formulaciones de lo que este autor considera que es una regla, en tanto el estado de dolor moral descrito en el capítulo anterior constituye una gran predisposición para los episodios maníacos. Griesinger sostiene que en la exaltación maníaca se produciría una especie de traducción en actos de esos sentimientos dolorosos que apenas a los enfermos, como si el vuelco maníaco ofreciera la posibilidad de liberarse del estado melancólico por la vía de la acción. Así, toda la pesantez que caracteriza a la melancolía de repente se volatiliza y el esfuerzo se libera en el estado maníaco:

La lesión fundamental en los estados maníacos consiste en una perturbación de la faz motriz del alma, del esfuerzo, debido a la cual este último es libre, ya no es retenido por nada y se encuentra incluso considerablemente exagerado, y por esta razón misma el enfermo siente la necesidad de manifestar la sobreexcitación de sus fuerzas. (Griesinger, 1845: 126).

La manía se caracteriza entonces por un desborde de la voluntad, una "sobreexcitación de la fase motriz del alma" (Griesinger, 1845: 126), que se manifiesta en la **aceleración del movimiento** y en el aumento desmedido de los esfuerzos. Esto se traduce en que los enfermos no pueden detenerse: no pueden parar de hablar, ni de moverse, ni de gesticular, ni de gritar, ni de reír, ni de llorar. Pasan de un estado al otro sin causa aparente. Esta exageración de la voluntad se traduce inmediatamente en acciones, como si una tendencia ciega e incontrolable empujara a los enfermos a actuar y requiriera ser satisfecha perentoriamente.

Griesinger aclara que no se trata de actos psíquicos intencionales, sino que los enfermos son más bien llevados a actuar: "es imposible ver en él un trabajo psicológico que gire en la esfera más íntima de la vida del alma" (Griesinger, 1845: 130). Muchos enfermos se quejan de no poder resistirse al arrebato que se les presenta. Griesinger plantea, no obstante, que por momentos pareciera que los maníacos son arrastrados por esta agitación constante, pero en otros pareciera también que se abandonan a la exaltación una vez que ésta ha comenzado. O incluso en otros casos algunos recurren a las bebidas alcohólicas y otros tóxicos para mantener o incluso aumentar el estado de agitación. De ahí que el estado maníaco pueda acompañarse de la necesidad urgente y desmedida de beber (potomanía).

Durante el **estado maníaco**, las acciones exaltadas se acompañan de un **humor festivo, jocoso, alegre y expansivo**. Las sensaciones de malestar llegan a desaparecer por completo, los enfermos ya no sienten dolor físico ni perciben los cambios de temperatura, motivo por el cual se vanaglorian de encontrarse en muy buen estado de salud, "mejor que nunca". La tendencia a la destrucción se exagera, en tanto los enfermos quieren modificar el mundo inmediatamente de acuerdo a sus deseos.

Griesinger nos recuerda que es mucho más fácil destruir que crear y esta máxima se aplica especialmente al maníaco, quien se precipita en acciones sin lograr que las ideas inoculen alguna planificación y dirección en ellas. Son actos que carecen de orden y propósito. Esta necesidad continua de actuar se traduce también en una excitabilidad moral que ya no recono-

ce las normas de la decencia ni del pudor: las tendencias sexuales están aumentadas (**lascivia mórbida** y ninfomanía), los enfermos pueden pasearse desnudos en público o tener relaciones sexuales incesantemente con desconocidos. Puede presentarse también una tendencia mórbida al robo.

En el plano de lo psíquico, Griesinger subraya que se produce una aceleración y movilidad tal de las ideas que las mismas se precipitan produciendo un estado de confusión mental, una suerte de **tumulto** o **torrente de ideas** cuyo flujo es ininterrumpido. Las mismas se suceden con tal velocidad que no logran fijarse ni entrar en conexión unas con otras. El curso del pensamiento está muy acelerado. Se produce entonces un efecto de incoherencia al hablar, una precipitación continua de las ideas que no llegan a consistir en un hilo argumentativo (**logomanía, logorrea, verbosidad**). Este "elemento maniaco del lenguaje" es fundamental para el diagnóstico. Griesinger lo describe así:

El ánimo se encuentra tan exaltado y la actividad de la mente tan exagerada, que las ideas se suceden constantemente unas a otras, pero en forma aislada, sin ningún lazo íntimo; cada circunstancia hace surgir algunas nuevas y, como se presentan con una rapidez muy grande en la conciencia, la asociación de las mismas sólo puede ser leve y superficial, y sólo tienen un carácter muy fragmentario. Estas ideas, que en razón de la extrema prontitud con la cual se suceden, nunca están esbozadas en forma completa, llevan la huella del estado emocional que domina al enfermo; el fondo de las mismas es alegre, orgulloso, extravagante, o por el contrario, lúgubre y amenazante (...) se presenta en la mente una cantidad de imágenes, de palabras, de cifras y de frases, las que con frecuencia se encuentran aisladas y deshilvanadas; también es común que el enfermo las repita aisladamente de un modo incesante, ya sea gritando, cantando, o bien las junte para armar oraciones, frases y discursos que recita con la expresión del sentimiento que lo domina. (Griesinger, 1845: 138-139).

Los enfermos parecen encontrar placer en reproducir ritmos diferentes al hablar, en buscar consonancias y rimas, hablar en verso, sin que importe la pérdida del sentido de lo que se dice. Se trata de lo que Griesinger llama un "delirio con rima" (p.139). En estos estados los enfermos pueden volverse muy locuaces y elocuentes, dueños de un humor osado y ácido.

La **incoherencia en las ideas** se debe entonces a la precipitación y aceleración que adquieren las mismas.¹¹⁹ Los enfermos pueden decir al mismo tiempo "Soy Napoleón, soy un taburete, soy usted" (Griesinger, 1845: 140), sin advertir el sin sentido de la frase. Esta precipitación y esta necesidad incesante de movimiento hace que sea difícil que las ideas cristalicen en un delirio, ya que cambian brusca y continuamente sin llegar a fijarse. La aparición continua de nuevas ideas e imágenes hace que se olviden las precedentes y la velocidad del proceso impide que algunas ideas cobren relevancia sobre otras o adquieran persistencia. De ahí que

¹¹⁹ Es importante distinguir este tipo de incoherencia en las ideas de la que se produce en la esquizofrenia por disociación y falta de una idea directriz que jerarquice la secuencia de los pensamientos. Cf. con la parte de este libro dedicada a las esquizofrenias.

todo lo que los enfermos enuncian no tenga el carácter de una convicción inquebrantable. Pueden presentarse, en cambio, algunos juicios falsos acerca del mundo exterior influenciados por este estado de ánimo mórbido, alguna idea de grandeza que intenta explicar esta fuerza y libertad exageradas de las que disponen los enfermos. Pueden aparecer también alucinaciones visuales, auditivas, olfativas y táctiles, pero el flujo continuo de fenómenos mentales hace que se diluyan, dado que la extrema rapidez que adoptan los pensamientos impide que la atención se fije en algo en particular.

Otro síntoma fundamental, siempre presente para Griesinger en los estados maníacos, es el **insomnio total**. Los enfermos pueden pasar sin dormir días y semanas enteras. La exageración de los esfuerzos que realizan parece provenir de una energía sobrehumana que no poseían previamente y de la que tampoco dispone una persona en buen estado de salud. No experimentan sensación de cansancio ni de dolor. Puede aparecer un apetito voraz e insaciable o los enfermos se olvidan directamente de comer. Es habitual que adelgacen en los episodios maníacos debido a los esfuerzos descomunales a los que someten al cuerpo. La inclinación a las bebidas alcohólicas durante el episodio es característica y en algunos casos sirve al propósito de mantener o aumentar el estado de excitación. Este verdadero torrente maníaco puede durar días, semanas, meses enteros y parece compensar el estado melancólico previo. La persistencia de estos esfuerzos prolongados y exagerados del paroxismo maníaco pueden conducir a la muerte por agotamiento y colapso del organismo.

Concluyendo con los aportes de este autor, que sigue resultando indispensable en el abordaje de estos temas, podemos situar las características que delimita como fundamentales del estado maníaco:

- Sucede a un período melancólico, es engendrado por él.
- Comporta una sobreexcitación de la voluntad, de las acciones y del lenguaje: los enfermos se someten a esfuerzos desmedidos y sin detención.
- Los actos no son intencionales, ni son la consecuencia de un trabajo psíquico.
- Las acciones, preponderantemente destructivas, se acompañan de un humor festivo y alegre.
- El curso del pensamiento está acelerado y las ideas precipitan continuamente al modo de un torrente ininterrumpido que produce incoherencia al hablar y confusión.
- Presencia de insomnio total, voracidad y pérdida de peso, que pueden llevar a la muerte por agotamiento y colapso.
- Ni las alucinaciones ni las ideas delirantes logran fijar la atención debido a la aceleración de los procesos mentales.

A continuación, nos abocaremos a la delimitación de las formas alternantes entre manía y melancolía, dado que los autores coinciden en que los estados maníacos no se dan aislados, sino que se incluyen en una secuencia que se inicia por períodos depresivos que luego se revierten con el episodio maníaco. A diferencia de la melancolía que, como vimos en el capítulo

anterior, conforma una enfermedad mental independiente; los estados maníacos pueden aparecer en el curso de la locura maníaco-depresiva o de la demencia precoz.¹²⁰

Locura circular y locura de doble forma

Como ya hemos mencionado, desde los comienzos de la psiquiatría se han descrito cuadros de manía y melancolía que se sucedían en el tiempo. Algunos autores como Griesinger señalaban también la existencia de intervalos de lucidez entre ellos. Así, son numerosas las descripciones de cuadros melancólicos que culminan en accesos maníacos, aunque la inversa es menos frecuente. Baillarger menciona que incluso Pinel y Esquirol, desde una perspectiva sincrónica en lo que respecta a la descripción de la sintomatología, ya estaban advertidos de esta peculiar alternancia.¹²¹ Sin embargo, debe recordarse que para esta primera clínica los cuadros descritos constituían meras especies de una única enfermedad, la alienación mental. De esta manera, el acento no estaba puesto en las formas de la locura, sino en su tratamiento general. Quizás así se comprenda mejor la poca atención prestada a la alternancia entre la melancolía y la manía, ya que no importaba el aspecto evolutivo en la expresión de la enfermedad, sino poder aseverar que se trataba de una alienación mental y no de una enfermedad de otro órgano.

Es justamente con la introducción del criterio temporal en el método clínico que la locura maníaco-depresiva cobra una progresiva relevancia. Recordemos que el descubrimiento de sucesivas etapas previsible en una enfermedad mental permite distinguir finamente las enfermedades mentales entre sí a partir de contar con una noción de la evolución de cada cuadro. En los inicios de esta nueva clínica en la escuela francesa, son J.P. Falret y J. Baillarger quienes -casi al unísono-, dan cuenta de la alternancia entre estados de manía y melancolía. Es así como dos afecciones tan opuestas pasan a formar parte de una misma enfermedad, plausible de ser discriminada como una unidad diferencial con respecto a otras enfermedades mentales y a la que Falret dará el nombre de "locura circular".

Falret fue uno de los pioneros en cuanto a la introducción de un criterio evolutivo en la observación clínica. En sus lecciones del año 1850 introdujo un capítulo entero dedicado a la "marcha" de las enfermedades, es decir, a las remisiones, los cambios en el estado y las intermitencias. En 1854 publica su artículo sobre la locura circular, al que subtuló "una forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia de manía y melancolía".

La **locura circular** se distingue por la alternancia de un estado de excitación seguido de un episodio depresivo, con un intervalo lúcido entre ambos. Esta alternancia debe ser regular y presentar una relativa consistencia en el tiempo para un mismo enfermo. Falret define entonces a esta nueva enfermedad de la siguiente manera: "La locura circular se caracteriza por la

¹²⁰ Cf. parte sobre las esquizofrenias.

¹²¹ Véase el caso de Pinel citado en el capítulo sobre el primer paradigma, en el apartado sobre los casos distintivos del trabajo de los alienistas.

evolución sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico, y de un intervalo lúcido más o menos prolongado” (Falret, 1854: 102). Es importante agregar que otra de las características generales es que cada período se manifiesta en el enfermo de forma semejante, es decir, cada período maníaco será similar, como será similar cada período melancólico, y que su alternancia tendrá un ritmo propio para cada sujeto que suele reiterarse con características semejantes. Cada alternancia entre los tres períodos -depresión, manía, intervalo lúcido- es denominada "acceso", en tanto su sucesión forma un círculo completo.

El autor comienza describiendo el estado maníaco en su fase inicial, estado sutil en el que puede observarse que el enfermo está feliz o activo, pero que en realidad presenta una exaltación de la inteligencia y de la voluntad, con sobreexcitación de las facultades, tal y como lo hemos trabajado en detalle al retomar los aportes de Griesinger. Rápidamente el cuadro evoluciona hacia una exuberancia de las ideas, aparecen sentimientos exaltados, y una creciente actividad cuya nota predominante es la excitación. Sin embargo, Falret aclara que no es común que estos períodos sean "verdaderas" manías, en tanto no presentan el desorden extremo de las ideas y de los sentimientos propios de la manía común, que no cicla a la depresión.

Luego de este período, la excitación disminuye, aunque ya se asoman manifestaciones del período depresivo. El autor admite la dificultad para caracterizar este momento y concluye en que los enfermos pueden mostrar algunas manifestaciones delirantes de ambos períodos, pero cuya intensidad es tanto menor en comparación con los períodos agudos anteriores y que, por contraste, puede parecer que el enfermo conserva su razón. Admite entonces que es posible en algunos casos arribar a un intervalo lúcido, e incluso a un “retorno completo a un estado normal” (Falret, 1854: 106).

En el período siguiente, el de la depresión, los enfermos se muestran cada vez más retraídos, manteniéndose apartados y silenciosos. Esto puede llegar al extremo de una absoluta inmovilidad y soledad, incluso a la manifestación de ideas de humillación. La postración puede culminar además en un verdadero estupor -que el autor describe con la imagen de “una estatua”-, acompañado de una pobreza de ideas y sentimientos. Este estado es descrito por Falret como una melancolía "sin relieve", ya que hay ausencia de ideas delirantes en el período depresivo: diferencia central con las formas delirantes de la melancolía que describimos en el capítulo anterior. Este cuadro más bien se asemeja a la descripción de la melancolía simple o sin delirio realizada por Séglas. Progresiva y lentamente, este período depresivo va remitiendo hasta llegar al llamado "intervalo lúcido", aunque el autor advierte nuevamente que aquí ya suelen hallarse los primeros atisbos de un nuevo período de excitación. Una vez más se pone en marcha este movimiento circular, característico de esta afección.

Según Falret, ninguno de los períodos mencionados constituye un cuadro de manía o de melancolía completo. En especial porque no alcanzan la gravedad de las manifestaciones de estas dos formas por separado, en tanto que los síntomas de la locura circular resultan menos exagerados, aunque esta enfermedad implique para Falret un peor pronóstico que los estados maníacos o melancólicos no circulares. De esta forma, el autor aclara que, pese a que es

preciso estudiar estos períodos a lo largo del tiempo, se podría distinguir a la locura circular de la manía o de la melancolía sin ciclos incluso apreciando el cuadro en un momento determinado de su evolución.

La diferencia principal radica en que las manifestaciones de la locura circular son más sutiles que las de los estados maníacos y melancólicos "puros" y además en la locura circular existen intervalos de lucidez que requieren de una gran experiencia clínica para poder ser diagnosticados, dado que en estos intervalos la afección puede volverse invisible para los allegados del enfermo. Ahora bien, veremos a continuación que otros autores como Baillarger y Kraepelin van a oponerse a la idea de la presencia de intervalos lúcidos, para sostener en cambio que habría un fondo fundamental de la afección que persiste aun por fuera de los momentos maníacos y depresivos.

Señalamos con anterioridad que esta primera delimitación de las formas circulares se produjo prácticamente en simultáneo entre dos autores de la escuela francesa. No nos detendremos aquí en los avatares de esta discusión acerca de la prioridad.¹²² No obstante, esta convergencia es relevante en tanto indica la solidez de las características clínicas aisladas. Nos ocuparemos ahora de Baillarger, quien también comunica sus investigaciones al respecto en el año 1854. Este autor le da a esta nueva enfermedad el nombre de "**locura de doble forma**", y sustenta sus investigaciones en la exposición detallada de una serie de casos.

Al igual que Falret, privilegia la particular sucesión de estados de euforia y de depresión que no responderían a enfermedades distintas que se alternan en el tiempo, sino que constituirían una única forma de manifestación de la misma afección. Asistimos así a la constatación de las grandes novedades que supuso la incorporación del criterio clínico-evolutivo en el método. Mientras que en el paradigma de la alienación mental manía y melancolía eran dos especies o aspectos posibles de una única alienación mental, en el paradigma de las enfermedades mentales la alternancia de un estado maníaco, otro depresivo y un intervalo lúcido permite deslindar por esta peculiar evolución una enfermedad mental distinta.

Baillarger presta singular atención a la intermitencia y a la sucesión de los estados. Este autor cuestiona la existencia de un estadio intermedio de curación o de normalidad, tal y como había propuesto Falret al afirmar la existencia de un "intervalo lúcido". Amparado en que la locura no consiste exclusivamente en la manifestación de trastornos delirantes y volitivos, afirma que los llamados "estadios intermedios" muestran bajo una observación atenta que el equilibrio no se ha reestablecido. Entre los numerosos ejemplos que el autor cita, podemos destacar el siguiente:

Así, una de las enfermas que he dejado salir de la Salpêtrière por creerla curada, conservaba aún una tendencia ligera al aislamiento y a la taciturnidad que, como he podido saber después, no le era para nada natural, lo que no le impedía mantener unos modales excelentes, ser muy trabajadora y parecer razonable en todo. (Baillarger, 1854: 677).

¹²² Aquellos interesados en este debate pueden remitirse al libro de Ignacio Iglesias Colillas, *Los trastornos bipolares: una revisión crítica. Psicopatología, historia y epistemología*, publicado por Letra Viva en 2016.

Aunque Baillarger no descarta las intermitencias y los accesos aislados, considera que en muchos casos los períodos suelen sucederse sin interrupciones ni intervalos. A diferencia de Falret, quien sostenía la existencia del intervalo lúcido como criterio diagnóstico, Baillarger defiende la hipótesis de la regularidad de estos períodos como signo necesario para el diagnóstico. Esta regularidad puede variar entre períodos de un día a períodos de largos años, pero siempre manteniendo un ritmo que es propio de cada caso. Así, Baillarger pone en cuestión la idea de la circularidad sostenida por Falret, en tanto que en muchos casos no se presentarían esos intervalos lúcidos, sino que los mismos también estarían teñidos por esta locura de la doble forma.

Nos interesa recuperar entonces ambas descripciones clínicas por entender que estas dos formas: la locura circular de Falret -en la que se alternan episodios depresivos, estados maníacos e intervalos lúcidos- y la locura de doble forma de Baillarger -que presenta estados depresivos y episodios maníacos con ausencia de intervalos lúcidos- continúan vigentes en nuestra práctica clínica. No toda psicosis maníaco-depresiva presenta intervalos "completamente exentos de psicosis" y aun cuando los presentara es adecuado alertar acerca de la dificultad de diagnosticarlos sin una lectura clínica de la evolución del cuadro.

A continuación, pasaremos a desarrollar cómo casi medio siglo después, estas descripciones convergentes de Falret y Baillarger encuentran un sitio definitivo en la construcción de la semiología psiquiátrica clásica de la mano de Kraepelin.

La reducción de Kraepelin: la locura maníaco-depresiva

En 1899 el afán de sistematización de Kraepelin decanta en la sexta edición de su *Tratado de psiquiatría*, a la que la historia le reservará el apelativo de "clásica" y que curiosamente no fue traducida al francés, según consigna Bercherie (1980: 116). Kraepelin reagrupa en verdaderas enfermedades mentales a las variadas formas y descripciones que tomaban los cuadros psiquiátricos de la época, definiéndolas a partir de una sintomatología común -que afecta de una forma determinada a las facultades mentales-, una evolución característica y la presencia de estadios terminales particulares de cada enfermedad. Es así que retomando las descripciones de Falret y Baillarger, Kraepelin delimita una nueva entidad clínica llamándola "locura maníaco-depresiva." La justificación que da Kraepelin para aunar manía y melancolía en una única afección es que para este autor no existen enfermos que presenten períodos de melancolía y que no cursen, aunque sea sutilmente, períodos maníacos y viceversa. Esta novedad es introducida en la sexta edición y marca la salida definitiva de las melancolías de sus nosografías.

Si bien podemos constatar que en las primeras ediciones Kraepelin conserva una categoría diferencial para la melancolía simple y la delirante, aun cuando reconoce la existencia de la locura circular como entidad aparte, a partir de la sexta edición la locura maníaco-depresiva ha fagocitado la sutil clínica de la melancolía. No hay para Kraepelin manías o melancolías

simples, "el acceso es siempre bipolar" (Bercherie, 1980: 113). Esta tendencia, cuyo surgimiento podemos localizar en 1899, se instalará progresivamente durante el siglo XX y terminará de afianzarse en el siglo XXI, al producirse una dilución de las descripciones clásicas de la melancolía unipolar que trabajamos en el capítulo anterior con los aportes de Griesinger, Séglas, Cotard, y que en este libro proponemos recuperar.

Los manuales diagnósticos y estadísticos actuales ya no incluyen a la melancolía entre sus categorías ni tampoco al síndrome de Cotard, que ha desaparecido de los mismos. La categoría de trastorno bipolar ha producido el efecto de dispersar estas finas descripciones clínicas reduciéndolas a uno de los dos polos de la bipolaridad o sumergiéndolas en la imprecisión de los trastornos depresivos, sólo distinguidos por gradaciones difíciles de cernir sin recurrir a la experiencia clínica. Podemos hipotetizar que este movimiento de reducción de este amplio campo de las presentaciones melancólicas y maníacas comenzó con el intento de Kraepelin por unificarlas bajo la apelación de locura maníaco-depresiva.

Fiel a los principios que ordenan sus nosografías y a su espíritu de síntesis, Kraepelin pretende diferenciar sobre todo a la locura maníaco-depresiva de la demencia precoz, entendiendo que son enfermedades mentales autónomas. Para ello toma en cuenta la presentación de los síntomas, el curso y el modo de terminación. En el curso de estas dos enfermedades diferentes pueden aparecer, empero, los estados más diversos. Por ello, Kraepelin se detiene en la descripción de la "excitación maníaca" que podría darse en un cuadro de locura maníaco-depresiva o en uno de demencia precoz. Ahora bien, mientras en la segunda el tipo de terminación es demencial, por debilitamiento de las facultades mentales, en la primera los sucesivos accesos remiten sin presentar esta terminación demencial. Los accesos de las locuras maníaco-depresivas terminan con el restablecimiento, para volver a presentarse después periódicamente, pero en ningún caso conducen a la demencia.

Los episodios de **excitación maníaca** involucran para Kraepelin trastornos a nivel de la voluntad, el humor y la ideación. Para describir estos síntomas nos ofrece el registro de la observación del caso de un paciente tal y como se presenta a la entrevista clínica de la mostración de enfermos. El caso se encuentra en sus *Lecciones de introducción a la clínica psiquiátrica* de 1900 (p. 73-74).

Se trata de un comerciante de unos cincuenta años, que entra a la sala caminando velozmente, su mirada se muestra expectante y curiosa. Responde rápidamente a su interlocutor, aportando los datos y la información solicitada. Toma la iniciativa en la conversación, con humor alegre y exaltado, "es feliz como un rey". Se opone a que lo interrumpan, resultando difícil obtener respuestas concretas y breves. Kraepelin dice que en estos pacientes es evidente la "pasión por hablar" (Kraepelin, 1905: 79), aunque la conversación abunde en detalles innecesarios o juegos de rimas propios de la **fraseología maníaca**. Es como si el enfermo se desatara en palabras. Este tono de "alegría incontinente" se aplica a todos sus comentarios, ríe de sus propias travesuras sin responsabilizarse de ningún modo por las consecuencias de sus acciones. En otros momentos, más agudos, no resultaba tan agradable: refiere que ha roto objetos, irritando a todos lo que lo rodeaban, insultando y amenazando. En esos momentos de tanta

excitación resultaba dificultoso serenarlo. Este enfermo ha estado internado unas siete veces, teniendo su primer ataque a los 37 años. En aquella ocasión había invitado a la nobleza local por medio de la prensa, diciendo haber descubierto a un buscado anarquista. Luego se inclinó a gastos extravagantes, a comprar numerosos objetos inútiles como anillos sin valor, y a excesos de todo tipo, principalmente en la bebida. Posteriormente a las internaciones, se observaban en el paciente estados de sobriedad y templanza, para luego caer en un humor hondamente deprimido, misantrópico, que lo dejaba todo el día en la cama y sin iniciativa para emprender cualquier actividad.

De este caso, Kraepelin puede extraer características diferenciales, dado que en los momentos de excitación “el entendimiento es rápido, las ideas brotan sin obstáculo, aunque quedan a veces postergadas por algo inopinado que se les adelanta; es alegre el humor, la acción, suelta, sin obstáculos, sin ni siquiera las corrientes que coartan la vida normal” (Kraepelin, 1905: 74). Este agrupamiento de síntomas recibe el nombre de “manía”, mientras que llama “hipomanía” a los trastornos que no resultan tan pronunciados. Los síntomas típicos de la manía ponen de manifiesto la “extraordinaria irritabilidad de los procesos psíquicos individuales” (p. 77), cuyo síntoma patognomónico es la **desviabilidad**, definida por Kraepelin (1905) como “la propensión a ser influido por atractivos externos o internos” (p. 77). Los enfermos no pueden detener ni sus pensamientos, ni sus deseos, ni sus acciones que van cambiando de acuerdo al azar de las experiencias del momento y sus modificaciones van al infinito. Estos procesos sobrevienen rápidamente, son sustituibles con gran facilidad, cualquier mínima futilidad llama la atención de los enfermos.

En el terreno de las ideas, Kraepelin describe el fenómeno que se conoce como “**fuga o flujo de ideas**”. Este consiste en la ausencia de un fin u objeto que dé dirección fija a los pensamientos, por lo cual la marcha del pensamiento se ocupa sucesivamente de ideas variables, asociadas ya sea por el uso o por la semejanza sonora. El autor critica la expresión “fuga de ideas” ya que no se trata propiamente de ideas, dado que son muy efímeras y carecen de claridad concreta. La duración de las ideas es muy breve, se vuelven volátiles y no logran persistir en la conciencia que se encuentra invadida por nuevas ideas de forma constante.

La desviabilidad también se manifiesta en la esfera volitiva, en la “coloración de la contextura mental” (Kraepelin, 1905: 77), como la denomina el psiquiatra alemán. Los enfermos se vuelven exuberantes, irritables, parecen desesperados por momentos. Su expresión conductual se traduce en inquietud motora, apresuramiento, intromisión constante de impulsos nuevos en la acción. En suma, el cuadro morboso de la “excitación maniaca” releva como características principales para Kraepelin:

- la desviabilidad del curso mental y su inestabilidad (pasión por hablar y flujo de ideas).
- los cambios bruscos de la emotividad, humor mudable y exaltado.
- la inestabilidad de la voluntad y la inquietud motora.
- la tendencia irrefrenable a dar lugar a todos los impulsos .

El curso de estas afecciones generalmente concluye en el diagnóstico de “locura maníaco-depresiva”. El comienzo se da a una edad muy temprana, con estados de depresión, una ulterior oscilación entre manía y melancolía, y la presencia de un ataque grave, seguido generalmente por otros más leves.

En la octava edición de su ya clásico *Tratado*, publicada en varios tomos entre 1909 y 1913 Kraepelin explicita de forma más acabada la naturaleza de este cuadro de la locura maníaco-depresiva, que incluye “por un lado todo el campo de la locura periódica y la locura circular, por el otro, la manía simple, la mayor parte de los estados patológicos que se designan con el nombre de melancolía y también una cantidad considerable de casos de *amentia*” (Kraepelin, 1909-1913: 9). Se concreta de esta forma la reducción que señalamos al inicio de este capítulo con la correspondiente desaparición de las melancolías simples y delirantes.

Kraepelin justifica la necesidad de agrupar todas estas presentaciones en una misma afección utilizando una serie de argumentos que pasaremos a revisar. En primer lugar, Kraepelin se basa en que todos estos cuadros presentan una serie de rasgos fundamentales comunes a nivel de las facultades afectadas. Aquí pone en juego el criterio clínico-psicopatológico para mencionar las diferentes alteraciones en las esferas del psiquismo que serían comunes a todos los períodos: una perturbación en el humor, la ideación y la voluntad, aunque dependiendo del período en que se encuentre el enfermo dicha perturbación será diferente. Por ejemplo, el humor presenta una “exaltación desbordante” en la excitación fuerte y una “desesperanza pesada y sombría” en la depresión (Kraepelin, 1909-1913: 29-30).

En el ámbito de las ideas hay perturbación en el curso y el contenido de los pensamientos. Mientras que en la excitación el curso llega hasta una verdadera “fuga de ideas” y el contenido hasta un delirio de grandeza, en la depresión se observa inhibición del pensamiento y contenidos delirantes de auto-acusación e hipocondría. Lo mismo sucede con la voluntad: la “necesidad imperiosa de actividad” de la manía se contrapone a la inhibición de la depresión. Como se ve, pese a la forma contrapuesta de presentarse, son las mismas esferas las que para este autor están en juego. Así, la locura maníaco-depresiva queda definida por la alternancia de estados depresivos caracterizados por la inhibición de la voluntad y por episodios maníacos en los que se presenta una necesidad imperiosa de actividad, logorrea y sobreexcitación mental.

Por otro lado, Kraepelin defiende la idea de una “coloración de fondo” esencial que abarca toda la diacronía del cuadro, y que Kraepelin va a llamar “**estados fundamentales**”, de los que nos ocuparemos en lo que sigue. Por lo tanto, las mismas formas clínicas, en apariencia disímiles, pueden presentarse con transiciones sutiles “sin que se pueda marcar el límite donde una comienza y la otra termina, sino que a veces también, en un único y mismo caso pueden superponerse o sucederse” (Kraepelin, 1909-1913: 10).

Otro argumento de peso para el autor es el criterio terminal que plantea la necesidad de agrupar estas afecciones en tanto todas culminan en un mismo estadio final: aun durando toda la vida, jamás culminan en demencia, y es común la remisión y el restablecimiento luego de los accesos. Finalmente, Kraepelin considera la etiología como argumento para sostener la unidad

del cuadro, en tanto considera que se trata de enfermedades de naturaleza endógena, en cuya causación la intervención de factores exógenos es reducida.

Una vez justificada esta inclusión de las melancolías y las manías en el gran cuadro de la locura maníaco-depresiva, Kraepelin describe las diversas formas clínicas que presenta la enfermedad, dividiéndolas en accesos maníacos y accesos depresivos o melancólicos. Sin embargo, agrega a estos dos una reformulación de una concepción propia, ya presente desde la sexta edición del tratado: los llamados "estados mixtos". Estos estados son formas de transición donde ambos tipos de accesos pueden presentarse superpuestos.

El autor los describe como aquellos estados en los cuales se asocian episodios maníacos y melancólicos "de manera que se obtiene un tipo en el que se encuentran los mismos síntomas que en los estados precedentes, pero que no podemos ubicar sin violar la lógica ni en una ni en otra categoría" (Kraepelin, 1909-1913: 11). Si seguimos a Kraepelin y consideramos que son tres las esferas o facultades mentales perturbadas, los síntomas no necesariamente tienen que invertirse de un polo al otro al mismo tiempo en todas las esferas. Es así como pueden existir casos donde el humor esté exaltado, pero la voluntad esté absolutamente inhibida -como el de la manía estuporosa-, o que el humor sea depresivo, pero la voluntad esté alterada en el sentido de la excitación -como en la manía colérica-, o el caso del estupor maníaco en el cual el pensamiento y la volición están impedidas, pero la disposición anímica es alegre e irritable. En el caso de la manía estuporosa, Kraepelin señala que estos estados suelen formar parte de los períodos de transición entre los accesos maníacos y los depresivos.

Estos estados mixtos introducen el problema de la transición entre un episodio y otro. Kraepelin toma posición en torno a defender la idea de que no habría intervalos verdaderamente lúcidos entre unos y otros, sino que se mantendría una coloración de fondo específica, no necesariamente patológica, a la que va a tratar en términos de estados fundamentales ligados a un factor endógeno, constitucional.

El fondo constitucional en la locura maníaco-depresiva

Los llamados "estados fundamentales", a los que hicimos referencia anteriormente como argumento que para Kraepelin otorga consistencia a la descripción del cuadro, merecen un apartado especial. Esta hipótesis le permite a Kraepelin abordar no sólo los estados agudos, sino también los intervalos aparentemente saludables, considerando siempre una última causa a nivel de la constitución, dado que para Kraepelin la locura maníaco-depresiva es de causa endógena. Los estados fundamentales son definidos por Kraepelin así:

Ciertas disposiciones del humor más o menos acentuadas, ya pasajeras, ya durables, que en cierto sentido podemos ver como el primer grado de trastornos más graves y que, por otra parte, se confunden sin límites netos con el conjunto de las disposiciones naturales del individuo. (Kraepelin, 1909-1913: 9).

En la búsqueda de una unidad del cuadro, el autor destaca un aspecto mencionado por Baillarger, ya que postula la existencia de un “estado crónico que persiste más allá de los accesos” (Kraepelin, 1909-1913: 87) y que cuestionaría la existencia de intervalos lúcidos tal y como planteaba Falret. Este estado no consiste en una enfermedad en sí, sino en cierta predisposición o incluso en pequeñas alteraciones o “pequeños índices” que remiten a aspectos centrales de la locura maníaco-depresiva. Son “alteraciones de la vida anímica” que se presentan incluso desde la juventud. Estas “particularidades personales” pueden permanecer como tales, o pueden constituir el comienzo de un período maníaco o depresivo. Distingue así una serie de constituciones que darían lugar a estos estados fundamentales: la constitución depresiva (o disforia constitucional), la constitución maníaca (o excitación constitucional), la constitución irritable, y finalmente la alternancia de las dos primeras en la constitución ciclotímica.

La **constitución depresiva**¹²³ consiste en la “acentuación afectiva permanentemente sombría de todas las experiencias vividas” (Kraepelin, 1909-1913: 88). Se trata aquí de individuos cuyo humor es agobiado, pesado, orientado hacia las penas y las decepciones. Sin que haya verdaderos trastornos del entendimiento, tienen un permanente sentimiento de culpabilidad y una predisposición a las ideas hipocondríacas, además de dificultades para tomar decisiones y una tendencia a evadir las relaciones con los otros. Si bien en muchos casos permanece esta forma durante toda su vida, es común que desarrollen una verdadera melancolía, sin transiciones entre los estados, o viren hacia una manía periódica con un trasfondo depresivo.

La **constitución maníaca** es lo opuesto a la anterior, al tratarse de personas cuya atención es dispersa y su humor exaltado de manera crónica. Son individuos que se presentan siempre agitados, a menudo extravagantes, sus acciones son inconstantes e irreflexivas y suelen generar problemas con su entorno. A nivel intelectual se trata de personas que tienen una inteligencia media, los conocimientos que adquieren son limitados y desiguales, debido a la falta de perseverancia y de esfuerzos en adquirir una formación metódica. Con respecto al contenido, la comprensión de la vida y del mundo resulta superficial. El curso del pensamiento resulta cambiante, desbaratado, sin meta y fácilmente interceptado por cualquier asunto secundario. En el plano afectivo, el humor de los enfermos es exaltado, despreocupado, suelen presumir de su disposición de ánimo ideal. Se creen superiores a los demás, valoran extremadamente sus actos y no se percatan de sus exageraciones manifiestas.

En general tienen poca compasión con el sufrimiento de los otros, no aceptan contradicción ni críticas, son proclives a las bromas y a las chanzas. En lo volitivo, se presenta una cierta inconstancia y agitación en las actividades, se comunican y adaptan con facilidad, pero padecen rápidamente un deseo de cambios. Por eso, las decisiones suelen ser cambiantes e imprevisibles. A nivel escolar suelen haber sido niños dispuestos a toda clase de travesuras, indisciplinados, poco estudiosos, que se rebelan con facilidad. Los impulsos sexuales, precoces e

¹²³ Véanse las contribuciones de Tellenbach al respecto en el capítulo siguiente.

intensos, los conducen a toda clase de desenfrenos y es alta la intercurencia con diversas adicciones toxicómanas. La falta de perseverancia y de dedicación los lleva a entrometerse en cualquier tipo de situación. Rápidamente se unen a las modas de su época, emprenden tareas más allá del cálculo de sus posibilidades.

En muchos casos encuentran la ruina económica, manifestando su dificultad por administrarse a nivel monetario, metáfora de lo que sucede en otras áreas de su comportamiento. Es notorio cómo la “reflexión interior comanda insuficientemente la necesidad interna de actividad” (Kraepelin, 1909-1913: 95). Este posicionamiento les trae inevitables conflictos con las personas de su entorno. Son muy exigentes y soberbios con los demás, aun sin cumplir con sus propios deberes. Esto los lleva incluso a entrar en procesos judiciales por daños y perjuicios, pujas que prosiguen apasionada e insistentemente. Si se encuentran en la ruina financiera, esperan la salvación en esperanzas futuras, grandes negocios, un matrimonio ventajoso, la usurpación de algún título.

Lo importante a destacar de esta descripción es que constituye para el autor una “particularidad personal crónica” (Kraepelin, 1909-1913: 96) que no consiste en una verdadera manía, aun teniendo en cuenta su similitud con algunos estados hipomaniacos. Sin embargo, puede evolucionar en una locura maníaco-depresiva. El rigor diagnóstico viene dado, según Kraepelin, por el momento de inicio de la afección y su ulterior evolución. Con un criterio gradualista, nuestro autor describe constituciones personales que confinan con la salud. Aquí es donde la movilidad del espíritu, el humor alegre, los frescos galanteos logran embelesar al interlocutor. Al mismo tiempo, empero, presentan la falta de constancia y perseverancia en el trabajo, la tendencia a construir castillos en el aire, la falta de fiabilidad. En general se encuentran estos casos en familias donde ha habido enfermos declarados, por lo tanto se los considera como un eslabón más atemperado en la larga cadena de constituciones maníaco- depresivas.

Por último, el **estado constitucional irritable** es un “equilibrio afectivo sujeto a oscilaciones extremadamente intensas” (Kraepelin, 1909-1913: 96). El autor habla de cólera, de susceptibilidad, de irritación y de un humor cambiante que puede pasar de la alegría al mal humor, y de la infatuación a la ansiedad y el llanto. Este último punto -sin la irritabilidad- es lo que caracteriza a la **constitución ciclotímica**, que presenta un humor tanto maníaco como depresivo, alternando por períodos, pero sin que constituyan verdaderas fases de la enfermedad.

Clínica diferencial con la demencia precoz y la paranoia

Es necesario destacar el esfuerzo del autor alemán por elaborar un sistema consistente, agrupando las enfermedades de manera tal que se hiciera posible un diagnóstico diferencial certero. Kraepelin formula una serie de criterios que permiten dar cuenta de las diferencias principales entre unas entidades y otras. Así, se hace preciso distinguir la locura maníaco-depresiva de la demencia precoz por un lado, y de la paranoia por el otro, atendiendo a los criterios descriptivos y evolutivos en juego.

La demencia precoz es definida por el autor por la ausencia fundamental del sentimiento de la vida. Lo fundamental de este cuadro es un progresivo debilitamiento del juicio y de la voluntad, una incoherencia generalizada que conduce a una pérdida de la unidad del psiquismo.¹²⁴ Para Kraepelin, los síntomas fundamentales de la demencia precoz dan cuenta de un trastorno de la voluntad, donde ésta queda anulada, y de una alteración afectiva marcada por la indiferencia. El autor aclara que es posible confundir el estadio inicial de la demencia precoz con los estados depresivos de la locura maníaco-depresiva. Sin embargo, en los estados depresivos de la locura maníaco-depresiva rápidamente se pone en juego un trastorno del humor que, como se ha descrito, lejos de ser indiferente se caracteriza por la tristeza, la ruina y la auto-acusación, llegando incluso a manifestarse de manera delirante. La mayor diferencia estriba sin embargo en la evolución de la enfermedad. Mientras los trastornos del juicio, la afectividad y la volición propios de la demencia precoz progresan hacia un deterioro de las facultades cada vez mayor, en la locura maníaco-depresiva se alternan estados diferentes de manía y melancolía con momentos de recuperación, sin culminar jamás en una demencia o abolición de las facultades.

Por otra parte, esta terminación no demencial es lo que diferencia a la demencia precoz de la paranoia para Kraepelin, quien describe a esta última por la presencia de un sistema delirante inquebrantable y duradero, cuyo desarrollo es gradual y se produce en un marco de conservación del entendimiento, la personalidad y el curso del pensamiento. Las diferencias entre la locura maníaco-depresiva y la paranoia son numerosas para Kraepelin.

Por un lado, los delirios que pudieran presentarse en las fases maníacas y melancólicas no son ni inquebrantables ni duraderos, y no llegan a sistematizarse, sino que constituyen meras ideas delirantes, en muchas ocasiones contradictorias entre sí, vinculadas también a disensosopercepciones, y susceptibles de cambios repentinos. Por otro lado, si bien en el caso de la locura maníaco-depresiva se puede conservar el entendimiento, es improbable que se conserve el curso del pensamiento que, como aclaramos, está sumamente afectado en algunos momentos, particularmente en la fuga de ideas de la manía y en la inhibición total del pensamiento de la melancolía. Al mismo tiempo una de las características principales de la paranoia es la ausencia de manifestaciones patológicas en las esferas afectivas y volitivas, que se encuentran profundamente afectadas en la locura maníaco-depresiva.

Culminamos entonces este capítulo con una reflexión final acerca de este proceso de síntesis entablado por Kraepelin cuyo efecto ha sido, a nuestro entender, la desaparición de los cuadros simples y delirantes de la melancolía, tendencia que terminó de instalarse en el siglo XXI con la prevalencia que adquirieron las depresiones en los tratamientos actuales del tema.¹²⁵ Hemos podido observar cómo este afán sistematizador de Kraepelin produce por un lado la multiplicación de categorías intermedias y la desaparición de otras. Veremos en los capítulos destinados a las esquizofrenias y a las paranoias que un proceso similar se pone en

¹²⁴ Cf. con la parte de este libro dedicada a las esquizofrenias.

¹²⁵ Para los interesados en ahondar en este movimiento que va de las melancolías a las depresiones recomendamos el artículo de Gros y Lantéri-Laura "De la mélancolie aux dépressions". En Tevissen (comp.) (1996). *La douleur morale*. Paris: Éditions du temps.

obra con respecto a las paranoias. La pregunta que se desprende de estas tentativas nosográficas de Kraepelin es la de si es posible clasificar todas las manifestaciones del malestar humano sin caer por eso en un cúmulo inmanejable y yuxtapuesto de conocimientos.

Referencias bibliográficas

- Baillarger, J. (1854). Locura de doble forma. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 15 (55), 1995: 85-94.
- Bercherie, P. (1981). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Falret, J-P. (1854). Acerca de la locura circular. En JP Falret. *Las enfermedades mentales y los asilos de alienados* (2002) La Plata: De la Campana, 2002.
- Griesinger, W. (1845). *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*. Buenos Aires: Polemos, 1997.
- Gros, M. & Lantéri-Laura, G. (1996). De la mélancolie aux dépressions. En Tevissen (comp.) *La douleur morale*. Paris: Éditions du temps, p. 51-60.
- Iglesias Colillas, I. (2016). *Los trastornos bipolares: una revisión crítica. Psicopatología, historia y epistemología*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Kraepelin, E. (1905). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Saturnino Calleja Fernández.
- Kraepelin, E. (1909-1913). *La locura maniaco-depresiva*. Traducción y edición crítica a cargo de Juan Carlos Stagnaro. Buenos Aires: Polemos, 1996.
- Kraepelin, E. (1913). La Locura maniaco-depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18, (65), 1998: 87-98.

CAPÍTULO 21

La temporalidad en manía y melancolía

Luis Volta y Anahí Erbetta

Vea usted, yo no debo hacer
ningún reproche global
a la fenomenología;
la fenomenología puede ser muy útil
según a lo que se aplique.
Jacques Lacan, 1969.

Entrevista realizada por P. Caruso.

La perspectiva fenomenológica sobre la fuga de ideas

La mirada fenomenológica sobre la melancolía y la manía supone el intento de superar el análisis fragmentario de la semiología psiquiátrica clásica. Tal como ya ha sido desarrollado en los capítulos previos, las descripciones clásicas acentuaron diversos síntomas para caracterizar los cuadros, por ejemplo, la profunda tristeza, la abulia y el dolor del alma (melancolía) para desde allí remontarse a la perturbación acentuada de determinada esfera psíquica, en oposición con las perturbaciones de funciones que caracterizan a otras enfermedades mentales. Las diferentes formas clínicas de la melancolía (simple, ansiosa, estuporosa o delirante) surgían de una distribución diversa de los síntomas que, reconociendo transiciones y mixturas, conducía a postular una alteración afectiva o emocional primaria, y un trastorno intelectual (delirios) que, de aparecer, es secundario.

No es esto lo que caracteriza a las perspectivas fenomenológicas. Sin desconocer la inmensa riqueza y el valor propiamente semiológico de aquellas caracterizaciones y modo de proceder, ya no se tratará de establecer la colección típica de signos y síntomas que caractericen a los cuadros, sino de obtener una mirada lo suficientemente penetrante, capaz de encontrar un más allá: los **signos dinámicos globales y totalizantes** que permitan captar no sólo la alteración de alguna u otra facultad aislada, sino una verdadera organización patológica.

El **método fenomenológico** provee ese camino en el que “paso a paso se avanza desde el hecho particular empírico, individual, a la esencia pura o universal supraempírica” (Binswanger,

1923: 294). Se trata de poner en juego una experiencia distinta de la percepción sensible clásica, una captación espiritual más original y total. Así, nos explica Binswanger, cuando el pintor Franz Marc pinta caballos azules, representa una propiedad del caballo que es imposible encontrar en la naturaleza y que, como tal, nunca pudo ser percibida. Sin embargo, ha mirado y expresado fielmente la “esencia” equina del caballo, su carácter universal y abstracto, en oposición a tal o cual caballo particular. Logra verlo aunque no lo perciba sensorialmente. No se trata aquí de un ver con los ojos y sin embargo, se trata de un conocimiento inmediato. Es este tipo de contacto el que está en juego en la clínica orientada por la fenomenología. Husserl la llamaba “intuición categorial”, “visión de esencias” o “intuición fenomenológica”. (Binswanger, 1923: 284-287). En términos más clínicos Minkowski nos dice:

Sentado frente a mi enfermo, en un momento determinado, a veces a propósito de una única frase, bruscamente, sin que se sepa demasiado por qué, tengo la intuición de haber captado en un instante el conjunto, de encontrarme en presencia de un *trastorno fundamental* que, a la manera de una piedra angular, soporta todas las demás, para que éstas se distribuyan en la superficie y puedan ser objeto de una descripción. Podemos hablar de *intuición fenomenológica*, muy cercana a la intuición bergsoniana. (Minkowski, 1966: 558).

Este modo de aproximarse al vivenciar del paciente, con sus variantes y matices según el atravesamiento y uso de referencias filosóficas diversas (E. Husserl, F. Brentano, M. Heidegger), es un método esencialmente antropológico existencial en que fenomenología y psicopatología descriptiva se entrelazan sin cesar.¹²⁶

En este capítulo, entonces, estudiaremos las consecuencias del método fenomenológico aplicado a la manía y a la melancolía, al rescatar sus aportes más sustanciales. Por un lado, nos detendremos en la especial conceptualización realizada por L. Binswanger de la clásicamente llamada “fuga de ideas”. Dicha perspectiva inicial encontró luego desarrollos especiales tanto en él como en E. Minkowski, en el intento de cernir la especificidad maníaca y melancólica en la alteración de la temporalidad. Presentaremos sus elaboraciones de los años ‘30 y los desarrollos posteriores de los años ‘60.

En segundo término nos ocuparemos de los desarrollos de la llamada escuela de Heidelberg (H. Tellenbach, A. Kraus) que, sin desconocer la importancia acordada a la temporalidad, la recentran en torno a los modos de compensación premórbidos, y en los períodos intercríticos en la melancolía.

En 1933 se publican de manera simultánea dos libros fundamentales que marcarán el rumbo de los desarrollos posteriores: *Sobre la fuga de ideas* (L. Binswanger) y *El tiempo vivido* (E. Minkowski). Ambos autores, en un mismo movimiento, se oponen a la interpreta-

¹²⁶ Para los interesados en ahondar en los diferentes métodos fenomenológicos recomendamos: Rümke, C. (1905). Significado de la fenomenología en el estudio clínico de los delirantes. En *Alucinar y Delirar, Tomo II*. Buenos Aires: Polemos, 1998, p. 123-168; y Blankenburg, W. (1971). Le projet phénoménologique. En *La perte de l'évidence naturelle*. Paris: Presses Universitaires de France, 1991, p. 35-53.

ción exclusivamente biológica de la psicosis, propia del paralelismo psicofísico que caracterizó al paradigma de las enfermedades mentales. Con la ayuda de referencias filosóficas exteriores a la psiquiatría, pero más aptas –según ellos–, para captar el “sentido” de la experiencia melancólica y maníaca, relanzan el interés por estos temas frente a la progresiva expansión esquizofrénica y el repliegue paranoico de la psiquiatría del siglo XX. Una de las primeras consecuencias a destacarse, es el cuestionamiento del origen “afectivo” de estos cuadros, ligado a tal o cual fundamento orgánico, para postular una alteración a nivel de las “representaciones”, de la cual se derivan secundariamente tanto las alteraciones de la afectividad como la eventual elaboración delirante.

El trabajo de Binswanger (1881-1966) referido a la fuga de ideas es tributario tanto de su formación clínica como de sus interlocutores: C. Jung, E. Bleuler, y S. Freud. Como fenomenólogo, se inspiró en E. Husserl para elaborar su particular método denominado “análisis existencial” [*Daseinanalyse*], influenciado además por K. Jaspers, el ya citado E. Minkowski, y H. Bergson. Se propone abordar el dominio propio del ser humano a partir de la globalidad del tema del hombre: su estar en el mundo, su intimidad y su relación con el cuerpo, con los otros, con el mundo social, con el mundo de los objetos.

Con la lectura de *El ser y el tiempo* (1926) de M. Heidegger logró imprimirle un giro definitivo a dicho análisis, para incorporar la perspectiva ontológica a los fundamentos fenomenológicos. Según esta orientación, la propia existencia del sujeto puede pensarse en tres dimensiones: tiempo, espacio y las representaciones que se hace el sujeto de sí mismo y del mundo. Así, la “existencialidad” comprende el conjunto de estructuras ontológicas que constituyen la existencia.

Siguiendo a Heidegger, entiende la “existencia” como manera determinada de ser-en-el-mundo. Las enfermedades mentales son concebidas entonces como alteraciones de las estructuras del ser-en-el-mundo, en tanto trascendencia. Para él la existencia tiene diversos temas, y la fuga de ideas es uno de ellos. No lo aborda como fenómeno psicopatológico aislado, acentuando según el caso el orden o desorden más o menos marcado del curso y del contenido de las representaciones o del pensamiento; sino de un modo más amplio, como una de las posibilidades del drama existencial, la del “ser-en-el-mundo del individuo maníaco”.

Parte de la caracterización de los fenómenos que tradicionalmente se han llamado “fuga de ideas”¹²⁷, tal como se presentan a la intuición del clínico, aspirando a captar la esencia pura de dicha entidad en el horizonte del sentido, que es trascendente a la misma conciencia. Se diferencia del establecimiento de cualquier juicio moral, psicológico o diagnóstico. Esto supone una interesante y original posición ética porque aborda el fenómeno buscando su forma propia sin agotarse en la consideración meramente deficitaria, alejada de la norma.

Binswanger conserva la idea de que el hombre afectado por la **fuga de ideas** se encuentra en continuidad con el ciudadano común o el hombre reflexivo, y realiza una descripción de este complejo fenómeno psicopatológico teniendo en cuenta seis criterios:

¹²⁷ Cf. capítulo anterior de este libro.

1. El ser sostenido en una tonalidad optimista de pensamiento.
2. La posibilidad de amplitud, apertura infinita, luminosidad y brillo en el espacio del pensamiento. El movimiento del pensamiento se manifiesta como "flotación" y una suerte de "errancia" sobre los objetos de pensamiento, que admite un alejamiento y un acercamiento simultáneo de los objetos pensados. El yo acompaña en su errancia a los objetos del pensamiento.
3. Un tiempo interno de no permanencia, de apremio y de prisa. El tiempo no se gasta en cada una de las vivencias particulares, no se cierra en ellas hasta agotarlas. Por el contrario, son muy frecuentes el "cambio de tema", la "distracción de la atención", como expresión de este tiempo inmanente del pensamiento, asociado al espacio infinito y la tonalidad optimista ya mencionados.
4. En consecuencia, se constata el carácter volátil e imprecisión sobre los objetos de pensamiento.
5. El derrame de significaciones, unas sobre otras, sin nada que las fije o detenga.
6. El pasaje marcado a la manifestación, a través del discurso hablado, en charlas con otros. Hay una orientación hacia el mundo de los otros, y una desviación del propio. Ese rasgo preponderantemente "social" es de una importancia decisiva para la comprensión del pensamiento en la fuga de ideas, ya que mientras que el pensamiento ordenado también está orientado al mundo, lo que está en juego es la comunicabilidad y la comprensión. En la fuga de ideas, por el contrario, lo que prevalece es una suerte de expectoración independiente de la comprensión del mundo.

De allí que lo que en la clínica se conoce como **empuje al discurso** es más bien un empuje a expresar que pertenece al fenómeno completo de la fuga de ideas, y bajo esta forma adquiere un "rostro social". Pero cuando este empuje aumenta hasta constituir un diluvio de palabras, no nos encontramos frente a un grado superior de comunicación, sino ante un fenómeno nuevo. No se trata de expresarse o de seguir una conversación con un interlocutor, sino más bien de un simple juego con la herramienta del lenguaje, con su materialidad sonora. Aquí Binswanger subraya el aspecto lúdico, gozoso, en sustitución del aspecto comunicativo del lenguaje, que se vuelve un puro juguete del goce existencial.

El modo de existencia maníaco-depresivo: saltígrado-pegajoso

El siguiente paso metodológico que da Binswanger es liberar el tema de la fuga de ideas de la descripción del cuadro clínico, y busca comprenderlo de una manera antropológico-existencial, es decir como un modo posible, propio y característico de la existencia humana. Sin perder de vista el fenómeno, intenta comprenderlo a partir de él mismo, de lo que llama su totalidad estructural ontológica.

Habiendo constatado clínicamente que los pacientes con fuga de ideas realizan saltos o brincos de pensamiento en sus enunciados verbales y que omiten los elementos conectores intermediarios, propone que las expresiones “salto” o “saltar” significan una manera determinada de ser-en-el-mundo. No se satisface con hacer del salto un signo de la fuga de ideas y de la agitación maníaca, sino que captura al salto mismo en el paciente con fuga de ideas y busca comprenderlo. Esto lo conduce a postular una determinada manera de pensar, que denomina “**pensamiento saltígrado**”, por oposición con un pensamiento que procede con tranquilidad. El método fenomenológico lo conduce entonces desde el salto en las ideas, pasando por el carácter saltígrado del pensamiento, para prolongarse hasta el carácter de brinco de todo el hombre. Desprende de allí la posibilidad de un modo de la existencia por brincos en general, una estructura existencial-antropológica de la fuga de ideas.

Para caracterizar de modo resumido el modo saltígrado -titubeante, flotante o resbaladizo de la existencia utiliza ocho criterios:

1. En cuanto al espacio, destaca el criterio de la extensión, es decir del tamaño (superficial o periférico) de los trazos que el mundo imprime o deja tras de sí; y la apertura de los espacios asociada a su desintegración simultánea.
2. El tiempo se caracteriza por el surgimiento de presentes inauténticos, mínimamente temporalizados a partir del futuro y del pasado. No se trata del instante del presente auténtico, sino que abunda la no-permanencia, la precipitación, el torbellino, y la repetición improductiva
3. El ser-en-el-mundo tiene una consistencia volátil, caracterizada por la ligereza, la blandura, la flexibilidad, la plasticidad y el polimorfismo.
4. Su luminosidad es clara, ligada al estar-iluminado y el resplandor.
5. Su coloración es tal que “ve la vida color de rosa”.
6. Su humor, está caracterizado por el gozo y la fiesta existencial, con danza y optimismo.
7. En cuanto al borramiento y al ser-arrojado, por el criterio de la actividad y de la curiosidad, del perderse en el ser-con-otros ligado a una manifestación verbal, simple expectoración de la palabra y juego con la herramienta del lenguaje (presión a hablar, asociaciones sonoras), más que a un auténtico discurso-con-otros y del diálogo auténtico.
8. El poder-ser general, está marcado por la inautenticidad, debido a la contracción de la estructura de la temporalidad inmanente, es decir, en la no autonomía permanente de la existencia y el cierre del sí propio. Ese torbellino implica una manera inauténtica del sí mismo como modo del existir.

En síntesis, la relación del yo con el mundo en el interior de su unidad dialéctica, está en un “nivel” más bajo que en el modo reflexivo de la existencia. El nivel supone una dirección general de la significación, que se especifica en regiones especiales del mundo. Entonces, el modo saltígrado de la existencia incluye: un estrechamiento del espacio y un acortamiento del tiempo

objetivos, un acercamiento o alejamiento simultáneo de los objetos junto con aperturas nuevas y descubrimientos, una puesta en “momentos” en el interior de la temporalidad; una actividad intencional lúdica, dependiente de las circunstancias témporo-espaciales y de las necesidades vitales; predominio de la permutabilidad de las significaciones, y proximidad en el parentesco en el terreno lógico; uniformidad y variabilidad en la organización sintáctica y gramatical del discurso; una desaparición de las fronteras de la estructura social; y un devenir-de-sí caracterizado como una “fuga de sí”.

El paso final que da Binswanger en 1933, es extraer consecuencias fenomenológicas para la comprensión de la psicosis maníaco-depresiva de Kraepelin, y concebirla también como un modo de la existencia. Le parece una simplificación y una generalización grosera concebirla sólo como una anormalidad de la tonalidad afectiva. Desde un punto de vista antropológico existencial, se trata de captar la estructura de conjunto de la explicación del yo y del mundo. Es necesario capturar la antinomia maníaco-depresiva dentro de la estructura de conjunto de esta explicación, teniendo en cuenta el espacio, el tiempo, la consistencia, el colorido, la claridad y el movimiento de la existencia:

Si en la forma maníaca de la existencia, el espacio deviene grande e infinito, en la melancolía deviene pequeño, estrecho y encerrado; si allí los “objetos” están justo al alcance de la mano, aquí salen justamente del “espacio” en una lejanía inaccesible; si allí el tiempo se hace corto, aquí deviene largo; si allí el tiempo de la vivencia es rápido, aquí es lento; allí el mundo es volátil (fugaz, ligero, flexible), rosa y claro, pero aquí es viscoso, pesado y duro, negro y sombrío; allí es móvil pero aquí es inmóvil, permanece sin movimiento; allí se puede hablar de una forma de existencia saltígrada y resbaladiza, pero se trata aquí de una forma de paso lento y también “que se queda corta”, “sin ver ninguna vía delante de sí” y *pegajosa*; allí se hacen “saltos” biográficos, ideales y sociales, pero aquí la biografía, las ideas y las relaciones son estables; se trata allí de una línea de la vida en círculos concéntricos, pero aquí de un “punto de vida”; allí el hombre se pone en marcha, pero aquí es tomado por la culpabilidad (y verdaderamente sin posibilidad de movimiento biográfico hacia un auténtico arrepentimiento y desde allí hacia la superación de la culpabilidad); el hombre se entrega allí al puro gozo de existir, a la vivencia estética de la unidad sin cuestionamiento del Yo y del mundo, a la belleza y a la solemnidad de la existencia, pero aquí la ahoga en la problemática de la existencia; allí las vivencias no llegan a ser novedosas y fecundas pues el mismo tiempo (rápido) es atribuido a *todas*, pero aquí no, pues una duración “infinita” es otorgada a *algunas*; allí la disimulación de sí y la fuga de sí se expresan en la *precipitación*, pero aquí se expresan en un masticar y un *rumiar* sin fin. Todo eso, y mucho más, depende de la estructura antropológica de esa forma de existencia y no podría considerarse aisladamente sin cometer una falta (Binswanger, 1933: 325-326, subrayado en el original).

En este sentido, el hombre maníaco-depresivo es aquel que siente todos los altos y bajos de la existencia y, en consecuencia, resulta ser el hombre antinómico por excelencia. Esto no se confunde para Binswanger con la ambivalencia esquizofrénica, ni neurótica. Aquí no es un solo y mismo tema el que rápidamente es provisto de signos positivos y negativos, sino que toda la explicación del yo y del mundo llega a adquirir una forma estructural antropológica contradictoria. Las formas maníacas y depresivas de la existencia representan dos espacios de una sola y misma actitud existencial. Será necesario esperar casi treinta años, para que un Binswanger de ochenta vuelva sobre estos temas, retomando los interrogantes dejados pendientes en esta primera aproximación.

La importancia de la temporalidad en E. Minkowski ¹²⁸

En su trabajo sobre *El tiempo vivido* de 1933, Minkowski problematiza la naturaleza íntima del tiempo, al articular las ideas de Bergson, Brentano, Husserl y Binswanger a sus investigaciones psicopatológicas. Destaca ciertos elementos del tiempo-cualidad, que determinan la experiencia de la relación del ser con el entorno circundante. Aquel es concebido como una “masa fluida”, el devenir -distinto del tiempo asimilado al espacio- con características de sucesión, duración y continuidad vivida. Estos aspectos integran el llamado “Principio de Despliegue” que confiere unidad a los fenómenos espacio-temporales situados entre el devenir y el ser.

Sus modificaciones le permitirán localizar perturbaciones mentales, en cuyo análisis Minkowski privilegia la estructura en relación al tiempo vivido y no tanto su contenido ideo-afectivo. En el caso de la psicosis maníaco-depresiva no se trata entonces de oponer una alegría y una tristeza mórbidas, sino de destacar la identidad estructural inherente a los estados de excitación maníaca y de depresión melancólica. Él también busca superar el diagnóstico por descripción semiológica, haciendo un diagnóstico por penetración que tome en cuenta todo el modo de ser del enfermo, en relación con la realidad. Así, toma distancia de la psicología y de la psiquiatría clásica, proponiendo penetrar más allá de los elementos ideicos y los factores emocionales de un síndrome, en la estructura íntima de la personalidad mórbida, y establecer las modalidades de la subducción mental o **perturbación generadora** en la base del cuadro psicopatológico. Los fenómenos clínicos son indagados en su génesis y carácter, en sus relaciones con la temporalidad.

Para comprender el papel concedido por el autor a la experiencia del tiempo vivido, deben tenerse en cuenta tanto el “impulso personal o impulso vital” -que le da sentido a la vida, trasciende y anima el despliegue de nuestra actividad, a la vez que impone un factor de limitación de la elecciones posibles-, como “el **contacto vital con la realidad**” -facultad de avanzar ar-

¹²⁸ El siguiente apartado fue realizado con la colaboración de la Lic. Mayda Fulgueiras Baci y de la Lic. Alejandra Arruti, participantes del Programa Promocional de Investigación en Psicología: Clínica y Estructura de las Variedades y Variaciones del Humor en la Psicosis (2013-2014) dirigido por el Mg. Luis Volta.

moniosamente, y sentirse íntimamente unido con el devenir que nos rodea-. Como fenómenos representativos del contacto vital Minkowski incluye: la contemplación, la simpatía y el sincronismo vivido -sentimiento de marchar con el tiempo y de acuerdo con él-.

Desde allí podremos acercarnos a su reformulación de los principios bleulerianos de la esquizoidia -facultad de apartarnos de ambiente- y de la sintonía -que permite vibrar al unísono con el ambiente-. Del estudio clínico de la alteración del funcionamiento de estos principios fundamentales de la vida concluye que en la psicosis maniaco-depresiva se constata una modificación profunda en el seno de la sintonía normal. Tanto la excitación maníaca como la depresión melancólica, resultan estructuralmente esclarecidas a partir de situar la subducción mental a nivel del despliegue en el tiempo con degradación de la sintonía normal y la pérdida del sincronismo vivido.

En el caso de la excitación maníaca, la alteración profunda de la estructura del tiempo se evidencia en el particular modo en que el maníaco continúa en contacto con la realidad. Coincidiendo con Binswanger, éste ha perdido su condición habitual para sufrir una peculiar contracción, que lo torna superficial. Sumido en la inmediatez, pierde el sincronismo, y el tono de la duración vivida está gravemente perturbado. Prueba de ello sería la prevalencia del tiempo presente en las construcciones gramaticales del enfermo. Así, vemos prevalecer la instantaneidad sobre la duración, el ahora sobre el pasado y el devenir; el contacto con el ambiente ha perdido su sincronismo normal, para volverse superficial y degradado.

Por otro lado, las modificaciones sufridas por el fenómeno del tiempo en la depresión melancólica, se resumen en un desfase entre el tiempo del yo (inmanente) y el del mundo (transitivo), un devenir que retarda su marcha, hasta detenerse, alterándose el sentimiento de independencia en relación al pasado y la facultad de liquidar el presente. Si al seguir a Husserl, lo que cuenta en Binswanger es el trastorno de la intencionalidad del acto trascendental; en Minkowski, siguiendo a Bergson, se trataría de la ausencia de la intuición necesaria para que una acción se inserte en la perspectiva del porvenir vital de una obra personal. Las ideas de ruina, indignidad y malignidad derivan de hechos determinados de forma irrevocable en el pasado. En compensación, los fenómenos obsesivos del control del tiempo como contar, controlar, dar vueltas a las cosas durante la fase melancólica, constituyen intentos del enfermo por reemplazar la progresión dinámica, alterada por una puramente mecánica.

Un caso, relatado muchos años después en su *Tratado de Psicopatología* (1966) resulta ejemplar. Se trata según él, de un caso poco extraordinario. Un paciente de 66 años, que ha elaborado un delirio melancólico habitual, con ideas delirantes de autoacusación, ruina y castigo inminente. Tiene la particularidad de que este delirio está acompañado por ideas de persecución e interpretaciones muy extendidas. El paciente se queja de estar completamente arruinado económicamente y de ser el peor criminal del mundo. Su procedencia extranjera lo lleva a reprocharse no haber elegido antes a Francia como país en el cual pagar sus impuestos. Esto es un terrible crimen. Afirma que un castigo horrible le espera: le cortarán las piernas y los brazos. Dicho castigo será extensivo a su mujer e hijos. Posteriormente serán expuestos desnudos en público, pondrán clavos en su cabeza y le arrojarán todo tipo de por-

querías en su vientre. Más tarde será horrorosamente mutilado y llevado públicamente a vivir expuesto en una feria dentro de una jaula con animales y ratas en las alcantarillas, hasta su muerte. Todo el mundo está al tanto de sus crímenes y sabe la sanción que le espera. En la calle es objeto de miradas peculiares. Las empleadas domésticas lo vigilan y perjudican; los diarios aluden a él, los libros están escritos en su contra y contra su familia. Los médicos dirigen todo el movimiento.

Estas ideas de persecución están entrelazadas en un delirio de interpretación de sorpresivo alcance. Lo llama “la **política de los restos**”, política instituida especialmente para él. Todos los desechos, la basura, los restos de la acción humana, son separados para ser introducidos en su vientre. Todo, sin excepción sucede para eso: cuando alguien fuma, queda el fósforo quemado, la ceniza y la colilla del cigarrillo; en la mesa, quedan las migas del pan, los carozos de la fruta, los huesos de pollo, los fondos de los vasos de vino. Los huevos son su peor enemigo por culpa de la cáscara. Si alguien cose quedan restos de hilo y agujas. Todos los fósforos, trozos de papel, vidrios rotos en la calle, todo le está destinado. A menudo los recoge para ir rápidamente a arrojarlos en un rincón del jardín. Además, están las uñas, el cabello, las botellas vacías, los sobres de las cartas leídas, el agua del baño, las sobras de la cocina de todos los restaurantes de Francia, etc. También está torturado por las legumbres y las frutas podridas, los cadáveres de animales, el estiércol de caballo, la materia fecal. Todas estas interpretaciones no tienen límite y conciernen absolutamente todo lo que él ve o piensa; ellas exceden los desechos propiamente dichos. El paciente termina por descomponer todos los objetos y sostiene que, de este modo, le serán metidos en el vientre. Quien dice péndulo, está diciendo agujas, engranaje, resorte, caja, pies, pesas, llave; todo eso deberá comer. Es sencillo captar cómo en estas condiciones, el mínimo acontecimiento o gesto será interpretado como un acto hostil. Es un sistema infame, en el que mientras los demás continúan con sus vidas normales, todo eso se vuelve en su contra aumentando cada vez más el caudal de restos.

Minkowski relata además una particularidad que tuvo en el seguimiento del caso. Habiendo él mismo emigrado a Francia después de su paso por Suiza al finalizar la primera guerra Mundial, se encontraba en una situación económica difícil. Un día fue contratado como médico particular del enfermo mencionado. Su rol no consistía solamente en hacerle una o dos visitas diarias, sino que debía pasar casi toda la jornada cerca de él y dormía incluso en su misma habitación. Dicha cercanía simbiótica, le resultaba por momentos difíciles de soportar. Convertido en un psiquiatra que atendía 24 horas al día, se encontraba en una posición muy diferente al campo de observación que podía ofrecerle el hospital y su situación acotada de atención. Una dificultad y al mismo tiempo, un privilegio para una curiosidad psiquiátrica siempre despierta.

Si bien los días se sucedían sin cesar, no todos eran iguales. A veces el enfermo sale de su estado y puede sostener conversaciones con los demás. Se trata de momentos de corta duración. Los elementos principales que constituyen su cuadro clínico -fondo melancólico y factor interpretativo- juegan entre sí y se expresan también en la relación médico-paciente.

En general, luego de una escena más o menos violenta entre ellos, cada uno por su lado necesita un descanso. Minkowski comenta que tiene ganas de proponerle una tregua y “hacer

las paces". En ese momento el paciente hace jugar el elemento melancólico y excluye las interpretaciones. Podría decirse que del arsenal de sus síntomas extrae aquel que todavía le permite sostener cierto contacto con la simbiosis que forma con su psiquiatra. En otros momentos, el factor delirante toma claramente la delantera y el psiquiatra se convierte en su peor enemigo. Es que como el resto del mundo él también fuma, se lava, se afeita, se alimenta.

Un día el paciente se irrita porque en el transcurso de una visita de su mujer e hijos, uno de ellos tenía aún en su mano el ticket del transporte público. Esto era para recordarle que todos los tickets de transporte están destinados a ser introducidos en su vientre, y condena su maldad. En esa oportunidad rompió todo contacto y ve en su médico tratante a un enemigo. En otro momento, habla de los "restos" en un tono más tranquilo, sin acusar a nadie en particular. Del mismo modo, y llevado por esos pensamientos, le preguntará a la mucama, sin ningún enojo, sobre el hilo que usa para coser, la mercería donde lo compró, la cantidad de bobinas, etc. Su pensamiento parece trabajar siempre en la misma dirección: cuando Minkowski saca monedas de su bolsillo, el paciente dice "¡Vaya, no había pensado en esto antes!" En otras ocasiones evoca recuerdos: una cena brindada en una oportunidad para numerosos amigos y la gran cantidad de huevos que debieron ser rotos para su elaboración. No pierde de vista los formidables gastos que debe entrañar la puesta en marcha de la política de los restos. Es probable que hayan hecho una gran colecta en todo el país y conseguir fondos secretos de los ministerios.

Todas estas constataciones son interesantes. Frente al absurdo de sus planteos, Minkowski sigue su movimiento, sus variaciones en la vida cotidiana. Pero todo esto no constituye aún un dato de orden fenomenológico. El absurdo permanece como tal. El psiquiatra busca la falla particular susceptible de condicionar el todo. Relata cómo a pesar de saber en tanto psiquiatra que la convicción delirante es irreductible, humanamente se veía llevado a tranquilizar al enfermo y le aseguraba que no le pasaría nada. Con el suceder de los días, y frente a la repetición de la misma escena, lo intenta tranquilizar, pero él no acusa recibo. A partir de estas experiencias, el psiquiatra va confirmando su certeza de que su pena perdura tanto como la convicción delirante.

Finalmente, un día le dijo: "Veamos, señor, usted se da cuenta de que hasta este momento yo siempre he tenido razón, y no le ha sucedido nada". Frente a esto el paciente responde: "Así es, hasta ahora usted ha tenido razón, pero ¿qué me asegura que usted tendrá razón mañana?" Momento en que Minkowski queda perplejo. En efecto, descubre que es imposible aportarle a este paciente una prueba sobre el futuro que todavía no tuvo lugar. La "prueba", en el sentido estricto del término, no interviene aquí.

A partir de este punto de inflexión el caso se reorganiza. El psiquiatra constata un desacuerdo fundamental entre dos melodías. En él, una propulsión hacia el futuro, que hace que, a la luz de las experiencias del pasado, se pueda elaborar una regla de conducta para el porvenir, aunque el mismo no haya llegado todavía. En el paciente, no hay ninguna propulsión de ese orden. Hay una modificación de la estructura del tiempo vivido. En el mundo profundamente modificado de su delirio el tiempo se fragmenta, y parece detenerse. El futuro sólo está

destinado a proveerle la confirmación de eso que el delirio ya ha fijado de una vez y para siempre. A partir de allí, los días no hacen más que sucederse unos a otros en su monotonía: los lunes se limpia la platería, los martes viene el peluquero, los miércoles el jardinero corta el césped, etc.; todo eso no hace otra cosa que aumentar los restos. No se esboza ninguna nota afirmativa que, por encima de las jornadas similares, vaya desde ese presente hacia el futuro. El delirio constituye un todo, derivado de una modificación profunda de la estructura del tiempo vivido. El futuro está arruinado por la idea delirante del castigo inminente, el pasado inmovilizado y agotado por las ideas de culpa, el presente negado bajo la forma de ideas de indignidad y de ruina (Minkowski, 1966: 559-564).

En síntesis, puede decirse que lo esencial del trabajo de Minkowski sobre el tiempo vivido desarrolla la idea de una **modificación de la temporalización** [*Zeitigung*] del paciente; y opone manía y melancolía en la dimensión de la vivencia del tiempo. Frente al carácter externo del tiempo del mundo, existe el tiempo “interno” del sujeto. La manía está marcada por una precipitación en la que el sujeto experimenta un presente demasiado estrecho en relación a lo que él tiene para decir. De allí se deriva entonces la logorrea. En contrapunto, el melancólico vive un presente demasiado largo. Para él el tiempo va del futuro al pasado. El futuro pasa continua y rápidamente hacia el pasado, generando un sentimiento especial de detención del tiempo. Todo es vivido como si estuviera en el pasado, como si él mismo fuese en cierto modo ya pasado. Al contrario, la manía está marcada por el predominio del tiempo que progresa por una aceleración en dirección a un futuro veloz, instantáneo.

Constitución estructural en manía y melancolía

Los estudios de Binswanger de 1960 sobre manía y melancolía, ya contemporáneos a los trabajos de Tellenbach, siguen orientados por la fenomenología pura o trascendental que le otorga sentido a los contenidos de las vivencias. Sin embargo, retomando sus desarrollos previos de los años '30, le resulta insuficiente una caracterización de los mundos de los enfermos mentales en términos de “estructuras antropológicas” de las “formas de existencia”, y propone que es necesario avanzar sobre la naturaleza propia de esos modos “en cuanto a su constitución” (Binswanger, 1960: 20). Es decir, que ahora se propone estudiar los momentos estructurales constitutivos de esos mundos, despejando sus diferencias que han sido determinantes para su constitución. Para esto se apoyará en la doctrina fenomenológica husserliana y sziliasiana de la intencionalidad y en los desarrollos heideggerianos sobre el *Dasein* humano, existencia eminentemente temporal que se supera y trasciende.

Binswanger no condena los estudios de situaciones concretas de la clínica. Toma sus modelos y los describe según la terminología de Kraepelin concerniente a la melancolía y manía manifiestas, francas y clásicas. Pero sostiene que sólo se podrá acceder al sentido si se tiene en cuenta el ser y los momentos constitutivos. Parte de la afirmación de Husserl según la cual “el mundo real no reside sino en la presunción prescripta constantemente de que la experiencia continuará desarrollando-

se en el mismo estilo constitutivo” (Binswanger, 1960: 22); frase a comprenderse en términos trascendentales y no psicológicos. Se trata de una confianza trascendental inherente al tiempo, pero que en los casos patológicos puede alterarse. En consecuencia, se propone estudiar las alteraciones de esos momentos estructurales en la melancolía y en la manía.

A partir de un estudio monográfico de casos de melancolía (Cécile Münch y David Bürge) destaca el desfallecimiento en las relaciones entre las operaciones intencionales de la objetividad temporal. Estas operaciones, tomadas de San Agustín -por intermedio de Husserl- son tres: la retención -constitutiva del objeto temporal pasado-, la presentación y la protensión -del objeto temporal futuro-. Estas operaciones intencionales, naturalmente intrincadas, forman una trama y constituyen una matriz temporal. Sin embargo, el melancólico capturado en el autorreproche (“si hubiese hecho aquello, esto no sería así...”) no dispone de la flexibilidad del flujo de conciencia que permitiría la presentación del *Dasein*, esa presencia que apunta al presente temporal, a la actualidad. La retención y la protensión se encuentran mezcladas, enredadas. Esta contradicción elimina el *Worüber* (“de lo que”, “sobre el que”) de las cosas, y no le queda al *Dasein* más que la angustia y la pérdida. Se pierde allí un anclaje para el *Dasein* y se sitúa un *eidos* primordial de culpa característico.

Apoyándose en los trabajos sobre el tiempo vivido de Minkowski, y de Strauss, Binswanger plantea la pregunta: ¿cómo se construye en el plano trascendental la objetividad temporal? El melancólico no es un simple pesimista, ya que sabe que la pérdida está consumada. Sólo hay una apariencia de propensión, y está capturado por la retención. Esta limitación de lo posible ante lo ya realizado, le otorga a su saber el carácter de una evidencia absoluta. La presentación, -la categoría temporal de lo actual-, sólo le permite al *Dasein* un estilo de pérdida y un “humor de pérdida”. Este relajamiento de la trama temporal, este angostamiento de los grandes temas del *Dasein*, es el fundamento de la pérdida que se expresa en la experiencia clínica a través del sufrimiento, la angustia y la tendencia suicida. Para demostrarlo, utiliza la casuística de Tellenbach, la autobiografía de Reto Roos y el caso de Bruno Brandt.

Cuando aborda el estudio de la manía, renueva su trabajo previo con la pregunta ¿Cuál es el momento desfalleciente en el destino del *Dasein* maniaco? ¿De qué modo se presenta la intencionalidad constitutiva de la objetividad temporal? Tal como ya lo señalaba en su trabajo sobre la fuga de ideas, la diferencia con la melancolía radica en que mientras que el melancólico está completamente dirigido a sí mismo, el maniaco se dirige aparentemente a los otros, al “mundo común” de la intersubjetividad. Sin embargo, hay para Binswanger un defecto de la temporalidad maniaca que le permite denunciar esta dirección al mundo como algo ilusorio. Para esto apela, con un lenguaje bastante hermético, a la doctrina husserliana de la “apresentación” y de la intersubjetividad. La “apresentación” es lo que completa la presentación corporal del otro y permite la experiencia de los demás. Sobre un primer mundo en sí, que concierne a mi propia biografía, se agrega la captura análoga del otro. La comunidad intencional, fundada sobre esta dimensión de lo análogo, constituye una evidencia que permite la constitución de un mundo común. Este mundo común, esta eventual-

dad del encuentro y de un “nosotros”, sólo es posible si se respeta un fondo de seres en co-presencia.

El estudio de los casos de Elsa Strauss y del Dr. Ambühl lo conduce a constatar las incongruencias y los fracasos con el otro. El otro no es un *alter ego*, en el sentido de Husserl, sino un *alius*, o incluso una cosa [*Ding*] desvalorizada de la que se abusa. Sus relaciones múltiples con los otros culminan en una cosificación de los otros. Pero Binswanger no se queda allí, sino que postula que este fracaso para constituir al otro como *alter ego* es secundario a otro fracaso que concierne al ego mismo. Su planteo tiene en la base una concepción deficitaria de la relación entre el ser y el mundo, a nivel de la intersubjetividad, del *Mitsein* (“estar-con”). Se trata del “desfallecimiento en la estructura subjetiva del ego” (Binswanger, 1960: 72). Así, explica la liviandad y despreocupación maníaca por medio de la “disolución” del ego, y en consecuencia, el *Mitsein* sufre la misma disolución. Es esta disolución, la que libera al maníaco a su despreocupación, a su irreflexión, a su hiperactividad, a su excitabilidad, así como a la visión “rosa”, no perturbada ni abrumada por ninguna problemática.

En consecuencia, da cuenta de este júbilo, por obra de un “desfallecimiento en la estructura intencional de la objetividad temporal” (Binswanger, 1960: 102), quizás menos evidente que en la melancolía. Las presentaciones y representaciones que normalmente se organizan con la biografía interna, se encuentran aquí dominadas por presencias triviales, momentáneas, cosificadas, sin lazo. En la manía se encuentra perdida la unidad de la temporalidad del vivir: el *Da-sein* se encuentra sacudido y perdido en el caos del instante. El análisis del caso de Olga Blum -provechosamente actualizado por la lectura de los estados mixtos de Serge Cottet-¹²⁹ resulta ejemplar. La melancolía exhibe la desorganización y la mezcla de los movimientos retentivos y protensivos de la estructura temporal. La manía, por su parte, da cuenta del aflojamiento de esta estructura temporal, reducida a lo actual y a lo temporario, sin continuidad ni anclaje. Esta última se manifiesta en dos direcciones. Por un lado, en el defecto de continuidad del curso del pensamiento, y por otro, en el defecto de continuidad de la presentación en las relaciones intersubjetivas (Binswanger, 1960: 102).

Períodos intercríticos y estados pre-melancólicos

El *typus melancholicus*¹³⁰

Un comentario aparte merecen los trabajos de la escuela de Heidelberg (Tellenbach, Kraus). Parten de reconocer el interés que la psicopatología fenomenológica le ha concedido a

¹²⁹ Cottet, S. (2008). L'aversion de l'objet dans les états mixtes. En *Variétés de l'humeur*. Paris: Navarin. Paris, p.19-30 y 151-169. Traducido al español en JA Miller et al. (2015). *Variaciones del Humor*. Buenos Aires: Paidós, Buenos Aires, p. 25-34 y 141-156.

¹³⁰ El siguiente apartado fue realizado con la colaboración de la Lic. Mara García y el Lic. Pablo González, participantes del Programa Promocional de Investigación en Psicología: Clínica y Estructura de las Variedades y Variaciones del Humor en la Psicosis. (2013-2014) dirigido por el Mg. Luis Volta.

la cuestión del tiempo en las investigaciones sobre la melancolía franca, pero se interrogan sobre el problema de la temporalidad en la constitución premórbida y en los períodos intercríticos de la melancolía (Kraus, 1986: 35).

Tellenbach, presenta en 1961 una obra sobre la melancolía en cuyo marco establece las características esenciales de lo que denominará el *typus melancholicus*, y al mismo tiempo se interroga sobre las condiciones en las que una situación llamada premelancólica, al principio sólo potencialmente amenazadora, se transforma en una amenaza efectiva que deriva en la psicosis melancólica propiamente dicha. Aborda el clásico problema del origen, de la endogenidad del cuadro e introduce el concepto de endon como tercer campo causal en psiquiatría junto a la somatogénesis y a la psicogénesis (Tellenbach, 1967).

En cuanto a la elucidación del *typus*, el “afán de orden” es el rasgo constitutivo y esencial que se declina en las distintas dimensiones de la existencia: los modos de ser activo, los modos del trato interhumano y la relación consigo mismo. Asimismo, el autor somete al examen la situación premelancólica a fin de delimitar en qué constelaciones “situacionales” se produce el inicio de la melancolía, constelaciones que denominará de includencia y de remanencia, en virtud de las transformaciones que sufrirían las categorías de espacialidad y temporalidad.

El constructo clínico del *typus melancholicus* fue desarrollado para describir la personalidad pre-mórbida e inter-mórbida, vulnerable a la melancolía endógena monopolar. Se sustenta en los resultados del reconocimiento y la catamnesis de 119 pacientes ingresados por melancolía en la Clínica Universitaria de Heidelberg durante el año 1959.

Tellenbach define al *typus melancholicus* como “el modo de ser constituido por una determinada estructura, que se encuentra empíricamente, y que con arreglo a su posibilidad propia se inclina hacia el campo de gravedad de la melancolía” (Tellenbach, 1961: 76). Este autor pone especial énfasis en la importancia de la identificación de aquellos rasgos esenciales, distintivos o constitutivos, que caracterizan este particular “modo de ser”. Para Tellenbach, este conjunto significativo de rasgos premórbidos se constituyen en una estructura de personalidad, una impronta estable y reconocible a través de la cual se expresa la vulnerabilidad a la enfermedad.

Estos rasgos constitutivos del tipo melancólico, son fundamentalmente dos: fijación a un afán de orden y escrupulosidad. Todos los pacientes luego melancólicos presentan estas características en las fases pre-mórbida e inter-mórbida.

Respecto del **afán de orden** dice que se trata de una versión de orden “más acentuada”, no entendiendo por tal un rasgo de anormalidad. Puntualiza que no toda persona ordenada corre riesgo de volverse melancólica, “lo decisivo es que la personalidad melancólica está firmemente fijada a una actitud caracterizada por el orden, que no siempre se manifiesta en todos los sectores de la existencia, pero sí al menos en alguno que es esencial” (Tellenbach, 1961: 90). El afán de orden es reconocible sobre todo en el campo de las relaciones laborales e interpersonales.

Tellenbach refiere que ese afán de orden se acompaña de otro rasgo básico del *typus melancholicus*: “el planteamiento de exigencias superiores al término medio, a la propia capaci-

dad de rendimiento. Esto se refiere a la calidad, pero también a lo cuantitativo. El melancólico quiere rendir mucho, y además, con regularidad” (Tellenbach, 1961: 91-92). Estas características los hacen sujetos muy respetados por sus pares, sobre todo en el ambiente laboral donde son en general apreciados por sus jefes gracias a su dedicación, como lo ejemplifica la siguiente viñeta:

La paciente Rosa H. muy apreciada en todos los puestos que había desempeñado a causa de su orden y laboriosidad, tuvo su primera fase cuando su marido falleció por un ataque cardíaco. Su modo de ser se caracterizó desde siempre por una notable falta de decisión, que hacía que no pudiese realizar o resolver asuntos sin importancia sin la ayuda de personas de su confianza, ‘son los demás los que han de decidir siempre’ no podía hacer nada sola y evitaba siempre, en lo posible, la soledad. (Tellenbach, 1961: 107).

Para la personalidad melancólica, encuadrarse dentro de los límites de su orden es un modo de atribuirse un lugar, un espacio delimitado y circunscrito en el cual cree que es posible ejercer su propia “autonomía”. Tellenbach dice que la idea de orden que tiene este tipo de sujetos no prevee excepciones, y se encuentra organizada sobre un rigor excesivo. El tipo melancólico presenta dificultades para la adaptación a diversas circunstancias, ya que el sostén de la armonía interior depende del mantenimiento de este orden preestablecido.

Para el autor, esta fijeza a un afán de orden responde, en última instancia, a una **escrupulosidad de la conciencia moral**, entendida como la intención de evitar rigurosamente la aparición de un sentimiento de culpa. En palabras de Tellenbach, estos sujetos melancólicos presentan una mayor sensibilidad de la conciencia que el común de la gente: “De antemano, la conciencia está expresamente dirigida a impedir toda culpa, por pequeña que sea (...) El *Typus Melancholicus* rehúye todo lo culpable: el sufrimiento bajo el peso de una culpa le resulta demasiado grande” (Tellenbach, 1961: 108-109). Veamos esto en el siguiente ejemplo:

Reinhold P., empleado de comercio extraordinariamente probo, muy apreciado por la casa en la que trabajaba y que, debido a la exactitud y lo digno que era de confianza, fue nombrado ya cajero a los 19 años de edad. Cuando incurría en algún olvido, lo tomaba tan a pecho que no podía ‘dejar de dar vueltas al asunto’. El estado de ánimo determinado por el sentimiento de culpa le hacía mostrarse aún más indeciso y temeroso, de modo tal que cada una de las cosas que hacía iba seguida por repetidos controles, para ver si había incurrido en algún error (...) ‘Cuando he cometido alguna equivocación no dejo de acordarme de lo que he hecho mal. No puedo olvidarlo, no puedo quitármelo de encima’. (Tellenbach, 1961: 110).

Descritos los rasgos básicos del *typus melancholicus*, y en el intento de explicar cómo se produce el pasaje de esta personalidad pre-mórbida a la melancolía, Tellenbach introduce el **concepto de pre-melancolía**, y lo caracteriza por una división en tres momentos: includencia,

remanencia y desesperación. La situación pre-melancólica es de suma importancia para comprender la articulación existente entre el *typus melancholicus* y la melancolía. Esta pre-melancolía, sería consecuencia de la obstaculización o imposibilidad de realización de los rasgos esenciales del *typus melancholicus*. Siempre que se experimenta el orden como seriamente amenazado, se da conjuntamente una amenaza para el “ser ahí”: “La situación específica del orden está entonces a punto de transformarse en una de desorden que hemos designado eventualmente y de modo aún indeterminado como situación pre-melancólica” (Tellenbach, 1961: 149). La situación patógena, es producto del encuentro entre una situación existencial y la estructura de personalidad predisponente.

La constelación de la includencia se individualiza por una auto-contradicción que muestra al *typus melancholicus* en una descomunal tentativa de proteger su orden y en paralelo, con intentos de superarlo, sobrepasando los propios límites. Este es el momento en el que la introducción de algo inesperado puede desestabilizar el meticoloso y ordenado proceder típico del *typus melancholicus*. La otra constelación, la de remanencia, se caracteriza por el temor que genera quedar atrás respecto a sus propias expectativas y la emergencia del deber. Estas dos constelaciones se dan siempre en paralelo.

La desesperación, por otro lado, sería el puente directo entre la fase pre-melancólica y la melancolía. El concepto de desesperación indica “un ir y venir”, una oscilación pendular, hacia posibilidades que no resultan ser alcanzables, hacia decisiones que no pueden ser definitivas. El autor habla de la manifestación de una disonancia cognitiva, de una incapacidad para establecer prioridades. Aquello que antes aparecía de acuerdo a un orden sucesivo, se presenta con los requerimientos de la simultaneidad, y por lo tanto se torna insostenible ante el devenir de la existencia. La persona que desespera se encuentra suspendida ante las posibilidades, sin poder decidir entre ellas. Este sería para Tellenbach el momento donde se inicia la melancolía.

Por su parte, los trabajos de Kraus (1998) insisten en la importancia de la noción de rol y de la identificación al rol en la estructura de personalidad de estos pacientes. Describe una tendencia a una identificación exagerada con los roles sociales. Esta “**sobreidentificación**” es comprendida como la compensación de una “muy débil identidad del yo”. Reconoce la incidencia de una pérdida de rol antes del desencadenamiento, sin que ningún otro rol compensatorio haya podido encontrarse. Estos lineamientos tendrán desarrollos contemporáneos y reformulaciones conceptuales interesantes dentro del programa de investigación sobre las denominadas “psicosis ordinarias” en el marco de la orientación lacaniana (Miller et al., 1998).¹³¹

El recorrido realizado a lo largo de este capítulo nos permite afirmar que las perspectivas fenomenológicas implican un método novedoso a la hora de aproximarnos a la clínica de la melancolía y de la manía. Intentan superar la mirada fragmentaria y analítica de los síntomas que componen estos cuadros, propia del paradigma de las enfermedades mentales, así como

¹³¹ Los interesados en este tema pueden consultar el artículo de Marret-Maleval sobre “Mélancolie et psychose ordinaire”. Por otro lado, el caso de la señora C., presentado para su discusión clínica por J-P Déffieux resulta particularmente apto para poner a prueba la fecundidad del diálogo entre fenomenología y psicoanálisis en este terreno clínico. El caso es presentado en “Dépression et déprise”, compilado en el libro *Situations subjectives de déprise sociale*.

el predominio asignado a una perturbación primaria de la afectividad. En este sentido, la detección del problema de la temporalidad [*Zeitlichkeit*] se constituye como una verdadera piedra angular que organiza la mirada fenomenológica en este terreno, situándolo en un registro propiamente humano. Es que “Ser y Tiempo” son indisociables.

Los autores revisados logran delinear estructuras más complejas y ricas en el intento de capturar los fenómenos estudiados en el plano del sentido, al desprender conclusiones que van mucho más allá del análisis de los síntomas, para alcanzar incluso los modos singulares en que se encuentra afectado el lazo social. Con distintos nombres, se designa allí una perturbación fundamental de la temporalidad que, funcionando en distintos niveles, constituye un signo dinámico global y totalizante.

Si bien apelan a un lenguaje y a conceptos que en ocasiones resultan más filosóficos y herméticos que los de la psiquiatría clásica, los mismos permiten captar el drama vital de la melancolía y de la manía en un nivel de intuición inédito en la historia de la psiquiatría. El mismo, si bien no siempre les permite escapar a una perspectiva deficitaria de las psicosis, habilita a un diálogo provechoso con desarrollos contemporáneos del psicoanálisis, que mantienen vivo el debate dentro del campo de la psicopatología.

Referencias bibliográficas

- Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'évidence naturelle*. Paris: Presses Universitaires de France, 1991.
- Binswanger, L. (1923). Sobre la fenomenología. En *La curación infinita*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora, 2005.
- Binswanger, L. (1933). *Sur la fuite des idées*. Grenoble: Editions Jérôme Millon, 2000.
- Binswanger, L. (1960). *Mélancolie et manie*. Paris: Presses Universitaires de France, Paris, 1987.
- Cottet, S. (2008). L'aversion de l'objet dans les états mixtes. En *Variétés de l'humeur*. Paris: Navarin, p. 19-30 y 151-169. Traducido al español en *Variaciones del Humor*, Buenos Aires: Paidós, 2015, p. 25-34 y 141-156.
- Déffieux, J-P. (2009). Dépression et déprise. En *Situations subjectives de déprise sociale*. Paris: Navarin, p.17- 26; 170-187. Traducido al español en *Desarraigados*. Buenos Aires: Paidós, 2016, p. 27-34 y 171-186.
- Kraus, A. (1986). La temporalité dans la constitution prémorbide des mélancoliques. *Revue Confrontations Psychiatriques*, 1986, 5: 35-41.
- Kraus, A. (1998). Thérapie de l'identité des mélancoliques et des maniaco-dépressifs. *Revue Confrontations Psychiatriques*, 39: 275-299.
- Marret-Maleval, S. (2011). Mélancolie et psychose ordinaire. *La Cause freudienne, revue de Psychanalyse*, 78: 248-257.

- Miller, J-A. et al. (2008). *Variétés de l'humeur*, travaux de la Journées des Sections cliniques (UFORCA) 2007. Paris: Navarin. La Bibliothèque Lacanienne.
- Minkowski, E. (1933). *El tiempo vivido*. México: Fondo de Cultura Económica: México, 1973.
- Minkowski, E. (1966). *Traité de Psychopathologie*. Paris: Empêcheurs De Penser En Rond Paris, 1999.
- Rümke, C. (1905). Significado de la fenomenología en el estudio clínico de los delirantes. En VVAA. *Alucinar y Delirar*, Tomo II. Buenos Aires: Editorial Polemos, 1998.
- Tellenbach, H. (1961). *La melancolía. Visión histórica del problema: Endogenidad, tipología, patogenia y clínica*. Madrid: Ediciones Morata, 1976.
- Tellenbach, H. (1967). Endogeneidad como origen de la melancolía y como origen del tipo melancólico. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, XXVI (1): 209-220.

CAPÍTULO 22

Aportes, conclusiones, discusión

Julietta De Battista

Vigencia de la psicosis maníaco-depresiva y de la melancolía

El recorrido de esta parte del libro nos ha permitido desplegar la variedad y complejidad de las presentaciones clínicas que hoy pretenden reducirse al diagnóstico de depresión o de trastorno bipolar. Comenzamos por los aportes de Griesinger y Guislain, quienes sostenían que toda psicosis se iniciaba por un período melancólico signado por el dolor moral o frenalgia. Luego avanzamos en la presentación clínica de este dolor o hipocondría moral de la mano de Séglas y su descripción de la melancolía sin delirio. Estas formas no delirantes de la melancolía son de suma importancia en este contexto actual, en el que la depresión parece englobar fenómenos de duelo, de duelo patológico y episodios melancólicos, sin mayores distinciones.

La revisión de las formas delirantes de la melancolía nos condujo a la presentación del síndrome de Cotard, en sus diferencias con el delirio de persecución, y comprobamos que el delirio de grandeza no es patrimonio exclusivo de la paranoia. Las formas mixtas -melancólicos perseguidos, perseguidos que se autoacusan- nos mostraron la dificultad de establecer categorías demasiado taxativas. Al campo de las melancolías mono o unipolares agregamos la discusión acerca de las formas alternantes, en las que se conjugan episodios depresivos con estados maníacos, sin que llegue a configurarse un período melancólico como el que habíamos descrito en las melancolías no cíclicas.

Así, la discusión se instaló en torno a la presencia o no de intervalos lúcidos entre episodios, con el agregado de la propuesta de un estado fundamental subyacente: un fondo constitucional mórbido que si bien no llega a expresarse con gran magnitud entre crisis, no obstante deja sus marcas en la composición del carácter. Los aportes de la fenomenología ampliaron el abanico al ofrecernos una lectura del peculiar modo de estar en el mundo de maníacos, melancólicos y maníaco-depresivos.

Resulta muy difícil pensar que todas los matices que desarrollamos en esta parte puedan incluirse en los ítems que el DSM V reconoce como propios del episodio maníaco y de los episodios depresivos. No por eso dejamos de reconocer que esos criterios diagnósticos son afines a una práctica farmacológica y son necesarios para evaluar un plan de medicación. Pero si pensamos en opciones terapéuticas más extendidas, inclusivas e interdisciplinarias forzosamente nos veremos llevados a preguntarnos acerca de la situación vital de quien nos consulta.

Es importante destacar además que tanto el trastorno bipolar como los trastornos depresivos deben diferenciarse para estos manuales de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La concepción de las psicosis que se sostiene en los manuales está ligada a la presencia de alucinaciones y delirios. Dista en mucho de lo que proponían los psiquiatras clásicos, quienes consideraban que ni las alucinaciones ni el delirio eran síntomas fundamentales para el diagnóstico de melancolía o de psicosis maníaco-depresiva.

Ahora bien, este deslizamiento opera fuertemente en la actualidad y muchas de las presentaciones que hemos desarrollado en esta parte son entendidas como trastornos del estado del ánimo y no como severas dificultades en la experiencia del sentimiento de la vida. Hoy en día los trastornos bipolares y depresivos han quedado por fuera del campo de las psicosis en los manuales diagnósticos y estadísticos. Sólo se agrega la especificación "con características psicóticas" cuando además de cumplir con los criterios establecidos para cada trastorno se presentan alucinaciones o delirios. Sin duda que esta indicación echa de menos toda la discusión de los psiquiatras clásicos acerca de las formas no delirantes de la melancolía, de la presencia de intervalos lúcidos entre crisis o la constatación de una constitución mórbida previa, pre-melancólica como el *typus melancholicus* detallado por Tellenbach.

Otra ha sido la posición del psicoanálisis. Si bien Freud en un primer momento de su obra ubicó a la melancolía junto a la esquizofrenia y la paranoia en el grupo de las neurosis narcisistas - aunadas por sus dificultades para establecer transferencias en el momento patológico del desasimiento libidinal-; sobre el final sugiere reservar el término "neurosis narcisista" únicamente para la melancolía y propone utilizar el de psicosis para esquizofrenia y paranoia. Pareciera entonces que Freud también extrae a la melancolía del campo de las psicosis. Pero en el psicoanálisis postfreudiano el término de neurosis narcisista rápidamente cayó en desuso, salvo en algunos casos en que se lo recupera para subrayar que la psicosis maníaco-depresiva no es una psicosis "como las demás." En esta comparación es sobre todo el costado deficitario de la esquizofrenia lo que permite defender esta afirmación.

Sin embargo, la lectura de Lacan en su retorno a Freud reivindica la postura inicial de éste: la melancolía es una forma de las psicosis. Esta apertura ha resultado heurística sobre todo en lo que concierne al diagnóstico diferencial. Hemos mencionado algunos casos en nuestro recorrido en los que la hipótesis de psicosis maníaco-depresiva permite iluminar aspectos del material que permanecían en penumbras con el diagnóstico anterior.

Para concluir, entendemos que el diagnóstico de melancolía y de psicosis maníaco-depresiva no han dejado de tener una presencia en la clínica actual. Es decir que seguimos escuchando casos que nos reenvían a las descripciones y preguntas de la clínica psiquiátrica clásica. Es por eso que creemos conveniente recuperar el apelativo de "psicosis" para los ciclos de manía y depresión. Al mismo tiempo que llamamos la atención sobre la importancia de rescatar las distinciones clásicas sobre la melancolía en nuestra práctica clínica actual. Ningún otro tipo de psicosis está más próximo a cortar todo lazo con la vida en forma decidida y abrupta. Recuperar las indicaciones de los clásicos nos permite estar advertidos de que la mayor parte de los suicidios en casos de melancolía se producen cuando el paciente dice estar mucho mejor... y se le da el alta.

SEXTA PARTE

ESQUIZOFRENIAS

Mercedes Kopelovich

María Romé

CAPÍTULO 23

Introducción

Mercedes Kopelovich y María Romé

La extensión actual de las esquizofrenias

La esquizofrenia constituye una categoría cuya vigencia es innegable hoy en día, dado que polariza gran parte de los diagnósticos actuales en su pluralidad de formas clínicas. Su descripción y delimitación en términos de verdadera enfermedad mental data de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Si bien, no podría plantearse que la demencia precoz de Kraepelin sería el mismo cuadro que Bleuler describe como esquizofrenia, hay un conjunto de síntomas que ambos destacan y persisten en las orientaciones actuales. En esta parte del libro vamos a retomar los desarrollos de representantes paradigmáticos de la psiquiatría clásica en torno a la configuración de este cuadro clínico, que hoy conocemos como esquizofrenia.

Nos detendremos en particular en la descripción de la sintomatología y en las formas clínicas que consideramos continúan vigentes en la actualidad, ya que la esquizofrenia es una de las categorías clásicas más importantes que subsisten en los manuales diagnósticos y estadísticos. Es también la forma de las psicosis en que la cuestión deficitaria está más en primer plano.

Para analizar la situación actual de la esquizofrenia en los “DSM” (Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los trastornos mentales), es preciso tener en cuenta el enfoque en que éstos se inscriben: una perspectiva supuestamente “a-teórica”, que define trastornos a partir de agrupamientos sintomáticos estadísticamente significativos, es decir que se trata de reunir una serie de fenómenos que suelen presentarse juntos bajo una categoría diagnóstica.¹³²

Si bien no se trata entonces de “enfermedades mentales” en el sentido clásico del término,¹³³ sin embargo se propone que estos trastornos estarían vinculados a ciertas alteraciones orgánicas, ya sea neurológicas (perturbaciones morfológicas cerebrales), neurobiológicas (modificación de ciertos neurotransmisores) o genéticas (patrones familiares, hallazgos en gemelos, etc.)

Podríamos entonces decir que la perspectiva que subyace a los DSM, evoca en cierta forma la idea de la existencia de una causa última orgánica o que habría cierto privilegio de esta hipótesis con respecto a otros factores causales (psicológicos y sociales). Si bien esto no es explíci-

¹³² Para un mayor desarrollo véase el capítulo 7.

¹³³ Cf. capítulo 5.

to, es una lectura posible si se tiene en cuenta la exclusión sistemática tanto de los aportes de las perspectivas psicodinámica y fenomenológica de la psiquiatría, como también del psicoanálisis; es decir, de los desarrollos de casi un siglo de la psicopatología. En consecuencia, los criterios que subyacen a las categorías presentadas en el DSM no consideran una diferencia basada en la estructura, ni en los mecanismos psíquicos en juego, mucho menos toman en consideración la posición subjetiva.

Se trata entonces de criterios principalmente descriptivos, presuntamente objetivables y a-teóricos, pero que dan cuenta de una fuerte correlación estadística de las agrupaciones sindrómicas con perturbaciones orgánicas.

En este marco, encontramos que tales manuales otorgan a la esquizofrenia un lugar destacado entre las principales categorías diagnósticas, en el grupo denominado “esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” en el DSM-IV-TR (2002), y luego “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” en el DSM-V (2013). Este espectro abarca diversos cuadros, agrupados bajo las siguientes denominaciones: “trastorno esquizotípico (de la personalidad)”, “trastorno de delirios”, “trastorno psicótico breve”, “trastorno esquizofreniforme”, “esquizofrenia” (en sentido estricto), “trastorno esquizoafectivo”, “trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos”, “trastorno psicótico debido a otra afección médica”, y diversos “trastornos catatónicos”.

Vemos entonces que el lugar otorgado al “espectro de la esquizofrenia” contrasta con la situación de la paranoia que, como ya señalamos, ha desaparecido de estos manuales.¹³⁴ La esquizofrenia aparece entonces prácticamente como sinónimo de la psicosis, considerada desde una perspectiva claramente deficitaria, al subrayar su vertiente de mayor deterioro.

Ahora bien, si revisitamos la historia del surgimiento de esta categoría clínica,¹³⁵ nos encontramos con que el campo de las esquizofrenias fue el terreno fecundo de debates entre el psicoanálisis y la psiquiatría. Freud retoma las denominaciones de Kraepelin en la redacción de su caso Schreber, al aclarar en el paréntesis que incluye en su título: “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente”, que el diagnóstico de ese caso para la psiquiatría de la época sería el de “*dementia paranoides*”. También pueden rastrearse los principales hitos de la discusión entre Freud, Bleuler y Jung acerca de la etiología sexual o tóxica de la esquizofrenia. Freud no aceptó el término “esquizofrenia” propuesto por Bleuler, negándose a adjudicar la escisión propia del aparato psíquico a una condición patológica, y retomó la antigua denominación de Kraepelin “parafrenia” para referirse al naciente grupo de las esquizofrenias, aunque posteriormente el uso de este término no prosperara en el sentido que Freud le adjudicó.

De esta manera, a diferencia de lo que encontramos con respecto a la paranoia -en la que los desarrollos de la psiquiatría clásica anteceden y son retomados por el psicoanálisis a partir de Freud-, la esquizofrenia, en cambio, es producto de una historia en la que se imbrican los

¹³⁴ Cf. capítulo 14.

¹³⁵ Un trabajo detallado al respecto fue publicado por Jean Garrabé en 1996 bajo el título *La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia*.

desarrollos de la psiquiatría y del psicoanálisis, que resultan por momentos contemporáneos y en continua interlocución.

En esta parte del libro, comenzaremos por las primeras descripciones propuestas por Kraepelin, situando los síntomas fundamentales y accesorios de la demencia precoz. Le otorgaremos un lugar destacado a la identificación de cada forma clínica de la demencia precoz en la sexta edición de su tratado. Luego, revisaremos las novedades que Kraepelin incluye en la octava edición del tratado a partir de las críticas que recibe y de los aportes que retoma de la corriente psicodinámica y del psicoanálisis; en este contexto, puntuaremos la diferencia entre la paranoia y las formas paranoides de la demencia precoz.

Seguiremos por los desarrollos sobre la esquizofrenia en la corriente fenomenológica y psicodinámica, en la que Bleuler y Jaspers resultan los autores de referencia. Del primero, ubicaremos el concepto de esquizofrenia en tanto entidad clínica que se define en función de las críticas a la demencia precoz de Kraepelin. Tomaremos la distinción entre síntomas primarios y secundarios, fundamentales y accesorios que Bleuler propone y vamos a situar la crítica formulada por H. Ey: el “hiato clínico-etiológico”. Por otro lado, ubicaremos a partir de Jaspers a la esquizofrenia como proceso, en tanto la sintomatología se presenta súbitamente, por brotes, y no es posible abordarla metodológicamente desde la comprensión.

Ya en el marco del tercer paradigma en la historia de la psiquiatría, retomaremos finalmente los desarrollos de Minkowski, al subrayar sus aportes acerca del trastorno fundamental y las modalidades de compensación en la esquizofrenia entendida como estructura psicopatológica. Revisaremos la descripción sintomática que realiza al situar el “geometrismo” y el “racionalismo mórbido” como propios de la esquizofrenia. De esta forma, si bien en un inicio la delimitación de la esquizofrenia como verdadera enfermedad estuvo signada por la relevancia de sus aspectos deficitarios, los aportes de la fenomenología nos acercan una lectura posible de sus modalidades compensatorias.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association.
- Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia*. México: Fondo de Cultura Económica.

CAPÍTULO 24

La demencia precoz en Kraepelin

María Romé y Mercedes Kopelovich

La primera delimitación de la demencia precoz

Tal como se desarrolló en el capítulo 5 de este libro, Émil Kraepelin (1856-1926) constituye uno de los principales representantes del paradigma de las enfermedades mentales, cuyas concepciones fueron sustituyendo a aquellas fundacionales del paradigma de la alienación mental. La “demencia precoz” por él descrita se convirtió en un modelo de la enfermedad mental, que ha dejado su impronta en la teoría y la clínica, tanto en la psiquiatría como en el psicoanálisis. Su meticulosidad en la observación y su incansable esfuerzo de clasificación de las enfermedades mentales fueron plasmados en su *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, conocido en español como *Tratado de las enfermedades mentales*, publicado en ocho ediciones entre 1883 y 1913.

De esta manera, distanciándose del enfoque de Pinel y Esquirol, Kraepelin se inscribe en la tradición fundada por Bayle -a partir del modelo de la PGP-, Falret y Kahlbaum, inspirándose además en la psicología de Wilhelm Wundt, de quien toma la utilidad de la psicología normal para entender las enfermedades mentales. La perspectiva resultante, fundada sobre una tríada de criterios -etiológico, clínico-evolutivo y psicopatológico-descriptivo, adquiere su máxima expresión en la sexta edición de su tratado (1899). No obstante, las críticas que recibe de la escuela francesa, de la rusa, como también del mismo ámbito germánico, conducen a Kraepelin a introducir modificaciones sobre su nosografía, que encontramos plasmadas en las ediciones siguientes, especialmente en la octava edición.¹³⁶

Así es como Kraepelin adhiere a una semiología médica que prioriza la observación de la evolución del cuadro: su forma de inicio, sus síntomas principales y su modalidad de terminación. Recordemos que la concepción del síntoma que sostiene supone que el mismo es un índice de un proceso orgánico que estaría causando la patología.

Desde esta perspectiva, Kraepelin describe a la “demencia precoz” como una enfermedad caracterizada por el debilitamiento temprano y progresivo de las distintas esferas de la personalidad, hasta su completa abolición en la fase terminal. En esta concepción que, como vemos, se encuentra atravesada por un criterio diacrónico, cabe destacar la diferencia que introduce

¹³⁶ Véase un desarrollo más detallado de los criterios en el capítulo 5.

con respecto a la concepción diacrónica de Falret. Si bien ambos sostienen la importancia de incorporar la diacronía -la evolución en fases de las enfermedades mentales que no se queda meramente en un corte sincrónico-, Kraepelin anexa a esta descripción de las fases la importancia otorgada no sólo a la secuencia, tal y como había sido destacado por Falret, sino fundamentalmente al modo de terminación.

En la sexta edición de su tratado Kraepelin presenta una descripción clínica y diacrónica de los rasgos que especifican al cuadro de la demencia precoz, cuyo inicio está signado por una tonalidad depresiva junto con una severa perturbación de la voluntad y de la afectividad, y en menor medida, del curso del pensamiento. La evolución típica de esta enfermedad tiende a un estado de debilitamiento y deterioro progresivo de las facultades mentales en poco tiempo y en pacientes jóvenes. En términos de Kraepelin: “Permítasenos, por el momento, clasificar en forma conjunta bajo el nombre de *dementia praecox* una serie de cuadros clínicos cuya característica común consiste en una evolución signada por debilidades peculiares” (Kraepelin, 1899: 29).¹³⁷ Este deterioro de las funciones psíquicas, llamado “demencia”, es la modalidad de terminación específica de la demencia precoz, a diferencia de la paranoia y la locura maníaco-depresiva que no evolucionan en ese sentido.

Si bien el autor reconoce que es probable que esa marcha desfavorable no ocurra en todos los casos sin excepciones, sostiene que la misma es extremadamente común, por lo cual decide conservar la designación de “demencia”. Cabe destacar que el uso que hace Kraepelin de este término difiere del que han promovido en la misma época -entre fines del siglo XIX y principios del XX- otros autores de la psiquiatría alemana, como O. Binswanger y A. Alzheimer, y de la francesa, como M. Klippel y A. Marie. Adoptando un procedimiento inspirado en el método anátomo-clínico, estos autores describen un **“síndrome demencial”**, en el que se asocian de manera progresiva, y con un agravamiento inevitable, alteraciones en la memoria, desorientación en el tiempo y en el espacio, errores del juicio, una pérdida del sentido de lo absurdo, falsos reconocimientos y fabulaciones carentes de sistematización (Lantéri-Laura, 2000: 159-160).

Compartiendo con dicho síndrome el agravamiento progresivo e inevitable, en el grupo de enfermedades agrupadas bajo la designación de “demencia precoz”, Kraepelin no destaca como síntomas principales a las perturbaciones del juicio, de la memoria, ni la desorientación témporo-espacial, sino el deterioro en las esferas de la voluntad y de la afectividad, que ilustraremos a lo largo de este capítulo mediante ejemplos y viñetas clínicas. El término “precoz” en la denominación da cuenta de la importancia otorgada a la diacronía en la descripción de esta enfermedad, que se caracteriza por su inicio temprano y por un rápido y progresivo debilitamiento de dichas esferas de la personalidad, hasta su completa abolición en la fase terminal.

Como mencionamos antes, tres son los criterios que organizan la clasificación de la sexta edición del *Tratado*: el criterio etiológico, el clínico evolutivo y el psicopatológico descriptivo. A

¹³⁷ El texto original, cuya traducción citamos en el presente capítulo es: Kraepelin, E., “Dementia Praecox”, en *Psychiatry A textbook for students and physicians*, vol. 2, Science History Publications U.S.A., p.103.

continuación, revisaremos brevemente tales criterios, que atraviesan la caracterización kraepeliniana de la demencia precoz.

El **criterio etiológico**, considerado el gran organizador de su nosografía, se funda en un paralelismo psicofísico que sostiene que los fenómenos patológicos propios de las enfermedades mentales responden a una causa orgánica que afecta directa o indirectamente al cerebro y cuyas huellas se buscan en la anatomía patológica. Es en base a este criterio que el autor conforma una organización etiológica de las enfermedades mentales de acuerdo a la incidencia de los factores que considera *endógenos* -la constitución patológica del cerebro- y *exógenos* -el *pathos* producido por agentes externos al cerebro mismo: traumatismos, lesiones o factores tóxicos-.

Tendremos entonces por un lado, las enfermedades endógenas o congénitas (grupo que comprende las “psicosis degenerativas”, entre las que ubica a la paranoia), y por otro, las enfermedades exógenas o adquiridas, entre las cuales diferencia dos subgrupos: las enfermedades provocadas por factores tóxico-infecciosos o auto-tóxicos (locuras infecciosas, intoxicaciones, enfermedades del metabolismo, etc.); y aquellas provocadas por lesiones del cerebro (demencia parálitica, locuras de las lesiones del cerebro, etc.)¹³⁸

En base a este criterio, Kraepelin organiza su nosografía en una suerte de *continuum* con un polo en el cual ubica a las patologías cuyas causas son preponderantemente endógenas, otro polo en el que agrupa a las enfermedades causadas principalmente por factores externos al sistema nervioso y que no pueden adjudicarse a su constitución, y un sector intermedio entre ambos polos. Cabe aquí señalar que tal clasificación no es excluyente, en tanto en cada uno de los grupos no se descarta cierto grado de participación de los factores que actúan en el otro.

Es la prevalencia de determinado factor causal lo que justifica la clasificación, que además es ordenada en una serie en la que se pasa progresivamente del predominio de un elemento causal al predominio de otro. En consonancia con esto, la predisposición -es decir el factor endógeno o congénito-, se supone presente en todos los cuadros, incluso en los más exógenos; así como los factores exógenos juegan un papel en la producción de las enfermedades más endógenas, como por ejemplo en la paranoia, que se desencadena en un momento preciso de la vida.

Con respecto a este criterio, la demencia precoz es ubicada en un sector entre las enfermedades provocadas por factores auto-tóxicos, es decir metabólicos (locuras tiroideas), y aquellas provocadas por lesiones del cerebro, resultando sus causas oscuras. Tal lugar se justifica en base a un criterio evolutivo: si bien su terminación deficitaria hace sospechar la existencia de lesiones cerebrales -no comprobables pero muy verosímiles para Kraepelin-, en cambio sus formas de inicio (neurasténicas, confuso-alucinatorias) hacen probable un factor auto-tóxico (Bercherie, 1981: 112).

En la octava edición de su tratado, Kraepelin da mayor peso a su hipótesis causal, que lo conduce a considerar a la *dementia praecox* dentro del grupo de las demencias endógenas. Tal insistencia en el supuesto de una causa orgánica, a pesar de no lograr constatarla mediante evidencias, es solidaria del intento de Kraepelin por sostener como ordenador teórico de su

¹³⁸ Cf. capítulo 5.

nosografía la noción de “endogeneidad”. Este concepto, que oculta un desconocimiento de las causas precisas, al mismo tiempo opera como un postulado del sistema que tiene consecuencias en la comprensión y el tratamiento de esta enfermedad. Al fijar la causa de la misma en el organismo, en el individuo, en su “constitución”, permite desligar de toda responsabilidad al medio externo, físico o social. Sólo las “enfermedades exógenas” se consideran como desencadenadas por el medio, a través de intoxicaciones, infecciones o traumatismos; pero siempre a través de su acción sobre el cerebro, lo cual confirma que la organicidad está presente en todos los grupos que conforman la nosografía, sin excepción.

De esta manera, la noción de endogeneidad conduce al pesimismo terapéutico: la incurabilidad, la recidiva inevitable, el ineluctable deslizamiento hacia la demencia marca el futuro de los enfermos. De allí que el tratamiento esté orientado solamente a calmar los síntomas, y a evitar los “perjuicios” que pueden ocasionar los enfermos mentales (Stagnaro, 1996: XIII). El mismo Kraepelin asume que, al no conocer las verdaderas causas de la demencia precoz, su tratamiento tiene por objetivo solamente combatir sus diferentes síntomas: la temprana internación de los pacientes en el asilo tiene entonces como propósito “prevenir accidentes y suicidios” (Kraepelin, 1899: 101).

En contraste con la amplia descripción que la sexta edición ofrece de la demencia precoz, abarcando en esta categoría presentaciones sumamente heterogéneas que desarrollaremos a continuación, en la misma edición encontramos una definición muy estrecha y homogénea de la paranoia.¹³⁹ Señala, en cambio, que la *dementia praecox* comprende una gran diversidad de presentaciones, incluso en el curso de la enfermedad de una misma persona, a tal punto que puede resultar difícil encontrar aquello que une a tal diversidad de cuadros bajo una misma denominación. Sin embargo, según Kraepelin algunos desórdenes básicos, que se encuentran en su máxima pureza en la etapa terminal, justifican la unidad de esta enfermedad. El autor realiza una minuciosa descripción de los síntomas característicos, precisando además aquellas facultades que se encuentran conservadas. De esta manera, delimita aquello que hace a su unidad y brinda elementos para el diagnóstico diferencial.

Ante la falta de datos etiopatogénicos precisos, Kraepelin apela a una ***perspectiva clínico-evolutiva y psicopatológica-descriptiva*** considerando que marchas clínicas similares y modos de terminación semejantes permiten inferir causas análogas por un lado y que, por el otro, pueden describirse los síntomas de la enfermedad atendiendo a las facultades que se encuentran afectadas. Es en este punto donde puede situarse la diferencia ya señalada: mientras Falret considera la marcha de la enfermedad, Kraepelin atiende particularmente a la fase terminal. Este criterio permite a Kraepelin separar, por ejemplo, el grupo de las *dementias paranoides* del grupo de las paranoias, dado que las primeras presentan una terminación demencial mientras que las segundas evolucionan hacia un tipo de terminación que no afecta a la conservación de las facultades mentales.

¹³⁹ Cf. capítulo 15.

Síntomas fundamentales y accesorios

En función del **criterio clínico-evolutivo**, Kraepelin diferencia dos grupos de síntomas de la demencia precoz: aquellos que son fundamentales: fenómenos propios, es decir específicos o distintivos de la enfermedad, y constantes, es decir que acompañan todo el curso de la enfermedad, expresándose en su máxima pureza en la fase terminal; y síntomas accesorios, manifestaciones más incidentales, no específicas ni distintivas de la enfermedad, que pueden estar presentes o no, y transitorias, es decir que pueden remitir o desaparecer. Este binomio constituye una “tabla de orientación” para el clínico, en tanto a partir de la detección de ciertos signos presentes desde el comienzo se puede predecir el desenlace típico de cada enfermedad.

Desde esta perspectiva, se delimitan entonces como síntomas fundamentales de la demencia precoz: el repliegue afectivo o indiferencia, las perturbaciones de la voluntad y la perturbación del curso del pensamiento, que confluyen en la pérdida de la unidad interior. Y como síntomas accesorios: alucinaciones, ideas delirantes, automatismos gestuales catatónicos, accesos depresivos o excitativos, e impulsiones.

Desde este enfoque, Kraepelin ofrece una minuciosa descripción de los síntomas de la demencia precoz, que ilustra mediante ejemplos y viñetas clínicas. Como ya señalamos, destaca como síntomas fundamentales de la demencia precoz a las **perturbaciones de la vida emocional o afectiva**, que suelen ser radicales y muy sorprendentes. Entre éstas, es común que la enfermedad se inicie con depresiones ansiosas, y en algunos casos con una fuerte excitación¹⁴⁰. Más allá de tales cuadros transitorios, lo característico de esta entidad es la extrema indiferencia emocional, que se instala en todos los casos, sin excepción, acompañando todo el proceso mórbido: el paciente se torna indiferente hacia antiguos vínculos afectivos, ya no experimenta afecto alguno por amigos y familiares; pierde también la satisfacción antes procurada por la actividad, la profesión o la recreación. Además, suelen volverse insensibles al malestar físico, sostener posiciones incómodas o tolerar heridas sin expresión de dolor. Kraepelin dice respecto de uno de sus pacientes: “Hace estas declaraciones en tono de indiferencia, sin alterarse ni tener en cuenta nada de lo que lo rodea. Ninguna emoción se manifiesta en su semblante: solamente le vemos sonreír de cuando en cuando.” (Kraepelin, 1900: 41).

Al mismo tiempo, encontramos como síntomas fundamentales de esta entidad a una serie de **perturbaciones de la voluntad**. Éstas se traducen en múltiples síntomas en el plano del comportamiento y de la acción, que otorgan a todo el cuadro un carácter especial. Tales perturbaciones pueden apreciarse de manera notoria en los estados finales, bajo la forma de la abulia; pero también pueden encontrarse desde el comienzo. A modo de ejemplo, Kraepelin describe a pacientes que han perdido todo impulso propio para la acción y la actividad, se sien-

¹⁴⁰ Cf. capítulo 20 para una distinción con respecto a los episodios maníacos y depresivos.

tan ociosamente descuidando sus deberes, aun cuando están en condiciones de hacer algo de manera adecuada, siempre y cuando el impulso para ello provenga del exterior.

En los inicios de la enfermedad, tales perturbaciones pueden aparecer bajo la forma de una depresión, de un estado de ausencia de deseo, que Kraepelin (1900) nombra como una **"falta peculiar y fundamental del sentimiento intenso de la vida"** (p.42, subrayado en el original), una suerte de "desnudez emocional" (p. 43) que constituye para este autor el síntoma fundamental de esta afección: "La pérdida completa de la actividad mental, y en especial de interés por nada, así como la carencia de propia energía de impulsión, son características y fundamentales indicaciones que dan a éste como al otro caso un sello común." (Kraepelin, 1900: 46). Varios ejemplos de estas perturbaciones encontramos en los pacientes descriptos por Kraepelin:

El paciente hace sus manifestaciones despacio y con monosílabos, no porque sus respuestas se hallen impedidas por una potencia superior, sino porque no siente deseo alguno de hablar. No deja de oír ni de entender perfectamente cuanto se le dice, pero sin que apenas preste atención. No hace caso de lo que se le dice y contesta sin pensar lo primero que se le ocurre. Su voluntad no parece que haga esfuerzo alguno. Todos sus movimientos son lánguidos, inexpressivos, pero sin vacilación ni molestia. No se nota signo alguno de desaliento como podría esperarse del contenido de su charla; permanece como atontado, sin miedo, sin deseos, sin esperanzas. No le afecta sino superficialmente cuanto sucede a su alrededor, aunque alcanza a comprenderlo sin gran dificultad. Nada le importa quién sea el que ante él aparezca o desaparezca, o quien le hable o le cuide, y ni una sola vez preguntará por sus nombres (...) nada le importa permanecer en cama semanas, y aun meses, o estar siempre sentado sin ocuparse de nada. Muchas veces fija la vista impávida, parece rumiar algún pensamiento, dibujándose casualmente en su rostro inexpressivo una ligera sonrisa, a lo mejor hojea silenciosamente un libro breves instantes sin alteración notoria. En la inmovilidad de su asiento, no le turba la llegada de visitantes, ni pregunta por lo que pueda ocurrir en su familia; apenas saluda a sus parientes, tórnase indiferente de todo punto. (Kraepelin, 1900: 42-43).

La presencia de estos síntomas y su permanencia es fundamental para el diagnóstico de la demencia precoz. Junto a la pérdida del impulso propio para la acción o la incapacidad para trabajar por iniciativa propia, en algunos casos aparece un impulso motor más o menos fuerte, que puede desarrollarse de manera temporaria o permanente, y crecer hasta el más violento frenesí. No se trata entonces de una intensificación de los impulsos volitivos, sino de una excitación motriz, en la que los movimientos no persiguen objetivo alguno; sólo mediatizan la descarga de una tensión interna.¹⁴¹

¹⁴¹ Es importante poder distinguir la excitación psicomotriz que puede aparecer en el curso de un cuadro de demencia precoz de aquella que se presenta en la psicosis maníaco-depresiva. Véase el capítulo 20 de este libro.

Para dar algunos ejemplos, Kraepelin comenta que algunos pacientes golpean vidrios, sacan las piernas por la ventana, dan vuelta mesas y sillas, se dañan a sí mismos y hasta cometen serios intentos de suicidio. Estas acciones tienden a realizarlas de manera repentina y violenta, en cuanto emerge un impulso que no pueden suprimir. Tal incapacidad para limitar los impulsos puede expresarse, no sólo como agitación, sino también como estupor (característico de la demencia precoz). Según el autor, este fenómeno se encuentra dominado por cierto bloqueo de la voluntad, que implica que todo impulso es cancelado por uno simultáneo más fuerte y de dirección opuesta.

Es así como surge el síntoma del negativismo, que encontramos frecuentemente bajo diferentes formas, entre las cuales podemos mencionar: una resistencia inflexible a comer, a vestirse, o a cualquier cambio de posición; la retención de heces, orina o saliva; el mutismo; el rechazo de la cama o la permanencia tenaz en la misma; la repentina interrupción de movimientos iniciados; la inaccesibilidad a todo pedido o intervención.¹⁴²

Tal negativismo, raramente influenciado desde el exterior, puede ser repentinamente superado por impulsos interiores, por los cuales los pacientes producen abruptamente algún acto sin sentido con gran fuerza y rapidez, para luego hundirse nuevamente en la condición previa. Sin embargo, una vez aparecidos tales impulsos no desaparecen definitivamente, sino que pueden retornar una y otra vez, así como los diversos movimientos estereotipados, posturas y la verbigeración. En la misma serie pueden mencionarse los manierismos, que generalmente son rígidas modificaciones patológicas de acciones habituales: respirar, hablar, escribir, caminar, vestirse y desvestirse, dar la mano, comer, etc.

Otro fenómeno típico de la demencia precoz, atribuible a la perturbación volitiva, es el síntoma del automatismo comandado u obediencia automática, que puede relacionarse con la pérdida del dominio de los propios impulsos e inhibiciones. Dicho síntoma se encuentra, por ejemplo, en los fenómenos de “*flexibilitas cerea*” (flexibilidad cérea) o catalepsia, y “*echopraxia*” mencionados por Kraepelin: “Si le colocabais las piernas en una posición, en ella quedaban; si levantabais los brazos ante él o hacíais ademán de aplaudir, imitaba vuestros movimientos” (Kraepelin, 1900: 45).

Como puede suponerse, tales perturbaciones de la voluntad suelen traer severas consecuencias sobre el plano de la acción, comprometiendo seriamente la habilidad para trabajar en tanto, ante la menor dificultad, estos pacientes no logran salirse de sus hábitos ni adaptarse a los cambios.

En tercer lugar, entre los síntomas fundamentales, el autor ubica a ciertas ***perturbaciones del juicio y del curso del pensamiento***, que se manifiestan por diversos grados de incoherencia. Con respecto al curso del pensamiento, puede encontrarse alterado en un grado variable, que puede ir desde cierta inconsistencia y distractibilidad en los casos más leves -con transiciones abruptas de un tema a otro, diseminación de frases superfluas y pensamientos secundarios-; hasta la confusión en el habla, con la presencia de neologismos y la pérdida total de coherencia, en los casos más graves. Al mismo tiempo, entre los

¹⁴² Cf. con la descripción del delirio de negaciones que realiza Jules Cotard en el capítulo 19.

trastornos del habla suelen encontrarse signos de estereotipias, la repetición de las mismas expresiones durante semanas o meses, la inclinación a las rimas, la repetición de sonidos sin sentido y forzados juegos de palabras.

Con respecto al juicio, nos interesa destacar que el trastorno que puede haber en la demencia precoz es diferente del que encontramos en la paranoia: en ésta la perturbación del juicio implica la presencia de ideas delirantes inquebrantables, manteniéndose conservados el entendimiento y el curso del pensamiento; en cambio, en la demencia precoz el entendimiento y el curso del pensamiento suelen encontrarse afectados, y la presencia de delirios no es un síntoma fundamental, sino accesorio. A modo de ejemplo de la perturbación del entendimiento, encontramos pacientes que no comprenden lo que sucede a su alrededor, no reflexionan, no alcanzan conclusiones obvias ni pueden emitir ninguna objeción. En consecuencia, suelen tener una falsa noción de su situación y de su condición: desconocen la seriedad de su trastorno y el alcance que tendrán sus consecuencias para su futuro.

Sobre esta base de síntomas fundamentales pueden desarrollarse accesoriamente delirios, alucinaciones y fenómenos catatónicos, que pueden ser temporarios o bien persistir un poco más en el tiempo. A diferencia de lo que encontramos en la paranoia, subrayamos en la demencia precoz el carácter accesorio de las ideas delirantes, que por ende no resultan fundamentales para el diagnóstico.

Durante el período inicial, tales ideas delirantes suelen tener un contenido sombrío, con ideas hipocondríacas o delirios de grandeza que, en general, pasan pronto a mostrar un carácter absurdo, fantástico, debido al deterioro mental de rápido desarrollo. El autor señala que sólo en el grupo de las "formas paranoides" -demencia paranoide y paranoia fantástica- los delirios se conservan por un tiempo mayor, mientras que en la gran mayoría de los casos la inicial y profusa formación de delirios cesa gradualmente. De todas formas, ya sean transitorios o permanentes, los delirios de la demencia precoz suelen tornarse cada vez más incoherentes y confusos: he aquí una diferencia con los delirios que encontramos en la paranoia.

A pesar de este cuadro general de debilitamiento y desintegración de las facultades mentales, la aprehensión de las impresiones externas tiende a no sufrir ningún deterioro importante: por lo general los pacientes perciben con bastante exactitud lo que sucede a su alrededor. Como consecuencia, la orientación suele estar intacta, salvo por las alteraciones que producen en ella las ideas delirantes, que suelen ser más poderosas que las bases provistas por la percepción. Por otro lado, la conciencia de estos pacientes suele estar completamente clara, al igual que la memoria, que prácticamente no presenta perturbaciones.

Por último, Kraepelin presenta una serie de síntomas físicos que suelen encontrarse en la demencia precoz, junto con los anteriores que afectan a la vida psíquica. Su interés por tales síntomas físicos se apoya sobre su supuesta relación con una enfermedad de base, aunque ésta no resulte constatable en todos los casos. Menciona por ejemplo perturbaciones del sueño y de la alimentación, con consecuencias sobre el peso y la apariencia de los pacientes.

Formas clínicas de la demencia precoz en la sexta edición

Retomaremos ahora otro criterio utilizado por Kraepelin para distinguir las formas clínicas que pueden presentarse en la demencia precoz. Se trata del **criterio psicopatológico-descriptivo**. Este autor retoma la psicología de Wundt como parámetro de las diferentes áreas de la vida psíquica normal, y propone diferenciar tres formas clínicas de la demencia precoz a partir de las esferas de la personalidad que estarían afectadas, aunque asume que no se trata de una diferenciación excluyente, sino que tales formas se encuentran conectadas por transiciones fluidas. Insiste en que tales cuadros clínicos sólo pueden diferenciarse artificialmente, resultando difícil ubicar con certeza un caso dado en una de estas formas exclusivamente. En sus palabras: “La agrupación que he intentado hacer y que se presenta a continuación no tiene mayor valor que el de un ordenamiento claro.” (Kraepelin, 1899: 40).

Distingue entonces las formas hebefrénicas, catatónicas y paranoides dentro del amplio grupo de la demencia precoz. En cada una predomina el desorden en una de las esferas de la personalidad, respectivamente: la afectividad, la voluntad y el juicio. “La primera es idéntica a la *dementia praecox* que he descrito anteriormente, la segunda cursa con catatonía, y la tercera abarca la *dementia paranoides* y, además, aquellos casos –hasta ahora considerados como parte de la paranoia- que llevan rápidamente a un grado significativo de debilidad mental.” (Kraepelin, 1899: 29).

A partir de esta sexta edición el autor agrega al grupo de la demencia precoz una segunda forma paranoide: junto a la *dementia paranoides* incorpora las “paranoias fantásticas” (Bercherie, 1981: 114). Son formas alucinatorias equivalentes a los delirios sistematizados fantásticos, que hasta entonces eran consideradas dentro del grupo de la paranoia.¹⁴³ Kraepelin justifica su inclusión en el grupo de la demencia precoz por su estado terminal –demencia vesánica: autismo, neologismos, delirio hermético y estereotipado-, pero también por la presencia de ciertos síntomas fundamentales que se encuentran desde el inicio y que parecen manifestar la misma afección de las funciones psicológicas que están a la base de la integridad de la personalidad. Tal extensión del campo de los procesos demenciales será duramente criticada, razón por la cual el mismo Kraepelin decide modificarla en su octava edición.

Con respecto a la **hebefrenia**, Kraepelin toma esta designación de Hecker, quien en 1871 describe bajo este nombre a aquellos casos en los que, tras una primera etapa melancólica, se desarrolla un período de manía que finaliza rápidamente en un estado de debilidad mental absolutamente singular. Más adelante, este grupo resulta ampliado por otros autores hasta incluir formas severas, que conducen al deterioro mental profundo. Considerando que tal expansión del término era cada vez más aceptada, Kraepelin propone incluir bajo el nombre de “hebefrenia” a aquellas formas de la demencia precoz en las cuales “se desarrolla una debilidad mental simple más o menos extrema, en forma gradual o con síntomas de un desorden mental suba-

¹⁴³ Un desarrollo más detallado de esta progresiva reducción de la paranoia puede encontrarse en los capítulos 14 y 15 de este libro.

gudo o, más raramente, agudo.” (Kraepelin, 1899: 40). Dado el inicio temprano y el rápido deterioro, la hebefrenia se constituye en la forma paradigmática de la demencia precoz.

Para las **formas catatónicas**, Kraepelin toma esta designación de Kahlbaum, quien bajo el nombre de “catatonía” describió un cuadro clínico caracterizado por “síntomas de melancolía, manía, estupor y, en el caso de un curso desfavorable, también confusión y demencia, en ese orden, y, además, por la ocurrencia de ciertos síntomas motores, calambres e inhibición, que constituyen precisamente el trastorno 'catatónico'.” (Kraepelin, 1899: 50). Así como la hebefrenia se distingue por la prevalencia de perturbaciones en el plano afectivo; la catatonía, en cambio, se caracteriza por las afecciones de la voluntad. Kraepelin (1899) la define entonces como “la ocurrencia de estados peculiares de estupor o de agitación, con síntomas de negativismo, estereotipia y sugestionabilidad en los movimientos expresivos y en las acciones, estados que, en muchos casos, terminan en un debilitamiento mental” (p. 50). El síntoma de la flexibilidad cética o catalepsia, mencionado anteriormente, aparece como característico de esta forma clínica: el paciente puede permanecer en la misma posición en que se lo ha colocado sin modificarla, por más que la misma resulte sumamente incómoda.

A diferencia de las dos formas anteriores, caracterizadas respectivamente por las perturbaciones de la esfera afectiva y volitiva, en las **formas paranoides** prevalecen las perturbaciones del juicio, sobre cuya base se desarrollan ideas delirantes y alucinaciones. Si bien, como hemos visto, tanto en la hebefrenia como en la catatonía son comunes las ideas delirantes, en esas formas clínicas éstas tienden a deshilvanarse y desaparecer después de un período relativamente corto.

En cambio, las formas paranoides se caracterizan por la prevalencia de alucinaciones y delirios durante mucho tiempo, en un contexto de “síntomas de una deficiencia mental de rápido desarrollo”. Es por eso que, hasta ese momento, tales cuadros habían sido considerados como variedades de la paranoia. Sin embargo, en función del rápido deterioro o demencia que sufren estos enfermos, Kraepelin propone incluirlos dentro del grupo de la demencia precoz. Tiene en cuenta además que estos cuadros suelen tener un inicio agudo, presentando signos catatónicos, estados estuporosos, agitación, manierismos, juegos de palabras, neologismos y confusión del lenguaje. Como ya dijimos, dentro de esta tercera forma clínica, Kraepelin propone diferenciar dos subgrupos: la *dementia paranoides* y las formas alucinatorias.

La **dementia paranoides** es descrita como la existencia permanente de un grado muy importante de incoherencia, ideas de persecución y de grandeza constantemente cambiantes, con agitación leve. Además de la evolución hacia el deterioro, lo que diferencia a esta entidad de la paranoia -en la cual las ideas delirantes tienden a organizarse como un sistema persistente y duradero, con conservación de la lógica y el curso del pensamiento-, es que en la *dementia paranoides* las ideas delirantes tienen a ser deshilvanadas, cambiantes e incoherentes. Comparte con las demás formas de la demencia precoz el modo de inicio: síntomas generales de depresión leve, dolor de cabeza, lasitud, insomnio, desinterés por el trabajo, irritabilidad e inquietud interior. Lo que la distingue de las otras formas es que, repentinamente, los pacientes

se vuelven agitados, ansiosos, se distraen con facilidad, y comienzan a desarrollar diversas ideas delirantes.

Al mismo tiempo, en muchos casos aparecen alucinaciones auditivas, y en algunos pueden presentarse alucinaciones visuales, aunque éstas son menos comunes. Por lo general, los delirios y alucinaciones se acompañan de un notable cambio en el humor, que se vuelve por un tiempo ansioso o sombrío. Los enfermos no pierden la orientación témporo-espacial, pero pueden cometer actos graves como suicidios, ataques peligrosos y provocación de incendios. A continuación, puede emerger progresivamente un tinte expansivo, en el humor y en las ideas delirantes: los pacientes se tornan alegres, exuberantes, conversadores. Y al mismo tiempo pueden desarrollarse ideas de grandeza absurdas y extravagantes. En simultáneo con este cambiante delirio de grandeza, suelen aparecer ideas delirantes de persecución, que el paciente expresa ahora con un rostro risueño y alegre. Kraepelin señala que todas estas ideas "alocadas" son manifestadas por el paciente, ya sea oralmente o por escrito; y que una vez que el flujo de palabras ha sido liberado, resulta muy difícil detenerlo. Si bien no hay una fuga de ideas,¹⁴⁴ el entendimiento se deteriora de manera considerable, siendo el pronóstico el de una confusión con debilitamiento mental.

El segundo subgrupo dentro de las formas paranoides es el de las **formas alucinatorias**, caracterizadas por "el desarrollo de delirios fantásticos –en su mayoría acompañados por alucinaciones–, que evolucionan de un modo más o menos coherente y que se conservan durante algunos años, para luego desvanecerse o volverse totalmente confusos" (p. 78). Kraepelin aclara que, hasta ese momento, había clasificado estas formas dentro de la paranoia, pero que luego se volvió evidente para él que estos cuadros se encuentran más íntimamente relacionados con la demencia precoz. Por su modo de inicio, se asemejan a las formas ya presentadas: suelen comenzar con una depresión sombría y con ideas delirantes depresivas, gradualmente crecientes. En cambio, lo que particulariza a este subgrupo es la aparición de alucinaciones, principalmente auditivas, que pueden tomar la forma de gritos fuertes y claros para el enfermo, o bien aparecer como murmullos y susurros silenciosos, cuyo contenido sólo es entendido de un modo muy general.

La evolución posterior de los delirios suele adoptar formas muy diversas, entre las cuales son muy comunes las ideas de influencia ejercidas sobre el cuerpo, que puede conducir al cuadro clínico conocido como "demonomanía", en el que los enemigos que atormentan al paciente se localizan en el propio cuerpo:

Los perseguidores se sientan en las orejas del paciente y lo ensordecen con sus horripilantes gritos e injurias, pero comúnmente se localizan en la región abdominal baja, se mueven dentro de la cabeza del paciente, lo sofocan, espesan su sangre, abren su cráneo, lo fuerzan a cometer los actos más extraños y le dicen blasfemias desde su estómago. (Kraepelin, 1899: 83).

¹⁴⁴ Cf. capítulo 20.

Una práctica común de los perseguidores consiste en el “robo de pensamientos”¹⁴⁵: los enfermos advierten que sus pensamientos pueden ser manipulados, orientados en cualquier dirección por influencias hostiles. De repente se les ocurren ideas que no les pertenecen y han sido colocadas en su mente por algún poder exterior. En la amplia mayoría de los casos, tales pensamientos se acompañan por ideas de grandeza más o menos pronunciadas:

El paciente ha ‘sufrido admirablemente’, aún podrá llevar a cabo algo grande, está destinado a cosas más importantes, puede esperar un destino mejor en el futuro. Algunas veces un sueño vívido lo exalta y le soluciona todos los problemas. En estas ‘disipaciones nocturnas’ el poder de Dios lo conduce a países lejanos, lo pone en contacto -incluso sexualmente-, con personas de alto rango y, mediante múltiples imágenes, le da prometedoras visiones del futuro. (Kraepelin, 1899: 84).

Con más frecuencia, aparecen experiencias visionarias, percibidas por una conciencia clara: el paciente se despierta en la noche con sentimientos de felicidad indescriptibles, se siente a sí mismo penetrado por el espíritu santo; sus ojos se enciegan por una luz que llega a la habitación. Tales alucinaciones frecuentemente se acompañan por percepciones no sensoriales, que suelen llamar “voces de la conciencia” o “voces interiores que no hablan con palabras”.¹⁴⁶ Kraepelin (1899) señala que al principio el paciente no sabe qué es lo que todo eso que percibe significa, pero que “tiene la certeza de que más tarde todo se le aclarará” (p. 84).

Subraya además que, durante el desarrollo de las ideas delirantes, el enfermo permanece lúcido y orientado. Su conducta se mantiene ordenada en términos generales. Sobre todo, al comienzo, puede describir y argumentar con coherencia sus ideas, así como combatir las objeciones que le oponen. En palabras del autor, “hay método en su locura” (Kraepelin, 1899: 85). Sin embargo, más tarde emergen en forma más clara los signos del deterioro mental: las ideas delirantes se tornan cada vez más absurdas, incoherentes y contradictorias; su secuencia se vuelve excéntrica, oscura, confusa, hasta tornarse completamente incomprensible. Es por eso que, en el apogeo de la enfermedad, el paciente no tiene inclinación ni capacidad alguna para una actividad regular e independiente.

De acuerdo al criterio clínico-evolutivo, el autor sitúa diferentes períodos en el curso de la enfermedad, que generalmente lleva varios años, cuyo desarrollo es comparable al “delirio crónico de evolución sistemática” descrito por Magnan, con un pronóstico que indica desde un comienzo la evolución hacia la debilidad mental. Si bien en unos pocos casos las ideas delirantes se retiran por completo tras algunos años, siempre queda una pérdida considerable de la capacidad mental, una debilidad de la memoria y del juicio, un embotamiento emocional y una pérdida del vigor y del nivel de atención. Los enfermos pueden seguir adhiriendo a sus ideas delirantes, pero se vuelven indiferentes a ellas, y ya no producen otras nuevas. Tales ideas se tornan cada vez más incoherentes e incomprensibles, avanza el desorden en el plano de la

¹⁴⁵ Al respecto, pueden verse los desarrollos de Gatian de Clérambault y su caracterización del automatismo mental en el capítulo 10.

¹⁴⁶ Cf. con el apartado acerca de las alucinaciones psíquicas en el capítulo 9.

acción y el comportamiento, de manera que, finalmente, el orden del pensamiento y la postura exterior se pierden por completo.

Si bien con respecto al inicio y al curso de la enfermedad, Kraepelin destacó que en la mayoría de los casos la misma se inicia en los períodos más tempranos de la vida (más del 60% de los casos comienza antes de los 25 años de edad), advirtió que tal porcentaje de inicio en edad temprana es diferente en cada forma clínica: el 72% corresponde a casos de las formas hebefrénicas, el 68% a las formas catatónicas y casi el 40% de las formas paranoides se producen antes de los 25 años de edad. Es por eso que, a una edad temprana, la enfermedad suele evolucionar hacia una demencia simple, mientras que un poco más tarde aparecen las formas agudas con síntomas catatónicos, y finalmente los delirios más pronunciados.

Kraepelin plantea así sus diferencias con la hipótesis de Hecker, quien subrayó las conexiones entre la adolescencia y la hebefrenia -considerando la evolución de esta enfermedad como una detención del conjunto de la vida mental en el estadio de la pubertad-, aunque igualmente reconoce en la demencia precoz muchos rasgos que están presentes en la adolescencia normal.

La sexta edición del *Tratado* de Kraepelin tuvo una gran difusión y una enorme repercusión en la psiquiatría de la época. Constituyó la primera gran sistematización de las enfermedades mentales y las huellas de la misma pueden encontrarse en los manuales diagnósticos y estadísticos de la psiquiatría contemporánea. En la sexta edición de Kraepelin ya aparecen claramente distinguidas la paranoia, la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva. Claro que, proporcionalmente a tamaño empresa, las críticas no tardaron en aparecer.

Las demencias endógenas y la inclusión de las parafrenias

Como ya mencionamos antes, la octava y última edición del *Tratado* de Kraepelin, cuya aparición se despliega en cuatro volúmenes a lo largo de cinco años (1909-1913), constituye en muchos aspectos una reestructuración de su sistema. Tal reformulación responde al intento de integrar el conjunto de aportes y críticas de la psiquiatría de la época, principalmente de los autores franceses (como Séglas, Sérieux, Capgras), así como de los psicodinamistas alemanes (como Bleuler y Kretschmer), en un sistema totalizador.

En esta edición, Kraepelin presenta un reordenamiento de su nosografía en base a sus consideraciones etiológicas y estas modificaciones impactan directamente en la caracterización de la demencia precoz. En base a ese criterio ordena sus 17 clases de enfermedades mentales en función de grados de endogeneidad creciente, es decir, desde la más exógena o adquirida hasta la más endógena o constitucional, aunque el supuesto de una predisposición o constitución está presente en todas ellas. En el grupo intermedio, constituido por tres clases de psicosis de "causa oscura", probablemente autotóxicas, pero con una parte de predisposición, incluye a las demencias endógenas, que vienen a sustituir a la antigua demencia precoz.

Si bien asume que las relaciones clínicas de las enfermedades que conforman ese grupo no están claras aún, Kraepelin decide reunir las en función de dos particularidades: su surgimiento por causas internas, es decir, por cierta predisposición a contraer la enfermedad, cuyo desencadenamiento requiere de la participación de un factor externo, tóxico o metabólico; y su desenlace, más o menos pronunciado, de debilitamiento mental o de desintegración de la personalidad. Vemos así cómo la hipótesis de la causa orgánica sostenida por el paralelismo psicofísico comienza a demostrar sus limitaciones en la lectura del *pathos*.

A su vez, este nuevo grupo de las demencias endógenas aparece conformado por dos subgrupos: la demencia precoz restringida, limitada en su extensión en comparación con la edición anterior; y un grupo nuevo, las **parafrenias**, cuya inclusión entre las demencias endógenas responde a la crítica de los psiquiatras franceses, que se negaban a incorporar los delirios crónicos alucinatorios en la demencia precoz. De esta manera, la restricción de la demencia precoz parece jerarquizar la importancia de los trastornos de la voluntad y la afectividad como síntomas fundamentales de esta afección, en desmedro de los trastornos del juicio característicos de los delirios alucinatorios crónicos. Las parafrenias incluyen entonces un grupo más reducido de casos, en los cuales la vida psíquica se encuentra menos afectada, en función de que son más leves las perturbaciones de la afectividad y la voluntad.

El nuevo grupo de las parafrenias abarca cuatro formas diferentes, reunidas por un criterio exclusivo, que las distingue de la demencia precoz restringida: la débil lesión afectiva y volitiva, la extensa conservación de la personalidad, junto con un delirio rico y netamente paranoide. La constitución de este nuevo grupo plantea la dificultad agregada de la distinción con la paranoia, cada vez más restringida únicamente a las formas interpretativas.¹⁴⁷

He aquí las formas clínicas de las parafrenias delimitadas por Kraepelin:

- 1- La parafrenia sistemática, comprende el grupo de cuadros que presenta un desarrollo lento pero continuo de ideas delirantes de persecución y de grandeza, que Magnan describió como “delirio crónico de evolución sistemática”. Kraepelin considera que tal entidad no es homogénea, por lo cual entiende que una parte de estos casos debiera ubicarse junto a la demencia paranoide.
- 2- La parafrenia expansiva, está caracterizada por el desarrollo de un delirio de grandeza exuberante, con humor exaltado y una ligera excitación. Tales ideas de grandeza aparecen acompañadas por ideas de persecución y alucinaciones, sobre todo visuales. Se destacan las interpretaciones, las ilusiones de memoria y las experiencias visionarias, con un grado notable de exaltación del humor.
- 3- La parafrenia confabulante, comprende un pequeño número de casos que se distinguen por el papel principal de las ilusiones del recuerdo, y la casi ausencia de alucinaciones. Las ideas delirantes de persecución y de grandeza se acompañan de un humor sereno, que hace a los pacientes accesibles y conversadores. En el transcurso de un tiempo las creaciones delirantes devienen

¹⁴⁷ Para un desarrollo más pormenorizado de este tema véase el capítulo 15 de este libro.

más absurdas e incoherentes, y el humor irritable o indiferente. Esto evidencia cierto debilitamiento psíquico y justifica su inclusión entre las parafrenias.

- 4- Por último, la parafrenia fantástica, abarca un grupo de casos también reducido, caracterizado por el desarrollo lujurioso de ideas delirantes extraordinarias, deshilvanadas y móviles. Este grupo recubre a la antigua *dementia paranoïdes*, de la sexta edición. Luego de un período inicial de malestar cenes-topático, se instala un delirio de persecución acompañado de alucinaciones auditivas, cenestésicas, sexuales y de un síndrome de influencia con ideas de posesión, además de ideas megalomaníacas. En este delirio frondoso y cambiante, juegan un papel importante las confabulaciones e ilusiones de la memoria. Con el desarrollo de esta enfermedad, las ideas de grandeza y la exaltación quedan en primer plano de manera progresiva. A diferencia de las demencias paranoïdes, los desórdenes de la voluntad tienen una importancia secundaria frente a los del intelecto. En este punto se asemejan también a los casos de esquizofasias, por las perturbaciones del lenguaje y el humor festivo que marca su fase terminal.

La parafrenia sistemática es la forma más frecuente y por lo tanto la forma paradigmática del grupo de las parafrenias. Las formas expansiva y confabulante constituyen una especie de transición hacia la paranoia pura, aunque se distinguen por su debilitamiento psíquico. Mientras que la cuarta forma, la parafrenia fantástica (antigua demencia paranoïde), es más cercana a la demencia precoz.

Con respecto al otro grupo que conforma las demencias endógenas, el de la demencia precoz restringida, Kraepelin propone definirla como “una serie de estados cuya característica común es una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica” (Kraepelin, 1909-1913: 3). Sus efectos prevalecen en las esferas emocional y volitiva de la vida mental. Si bien asume que bajo esta denominación está incluyendo una serie de cuadros muy diversos, se aferra a la convicción de que éstos son la expresión de un mismo proceso mórbido, aunque superficialmente divergen mucho entre sí.

Kraepelin abandona el espíritu sintético de las ediciones anteriores y propone una subdivisión de la demencia precoz restringida en nueve subgrupos,¹⁴⁸ que comprenden las clásicas formas hebefrénicas, catatónicas y paranoïdes, a las cuales se agrega una descripción más detallada de las formas con alteración del humor, tanto depresivas (simple y delirante) y agitada, que evocan las actuales formas distímicas.¹⁴⁹ Además, aparecen la forma simple -que in-

¹⁴⁸ Los nueve subgrupos que componen la “demencia precoz restringida” de su octava edición:

Demencia precoz simple.

Demencia precoz pueril o hebefrenia.

Demencia precoz depresiva simple o estuporosa.

Demencia precoz depresiva delirante.

Demencias agitadas: Demencia precoz circular, agitada y periódica.

Catatonia, excitación, estupor (melancolía atónica).

Demencia precoz paranoïde grave.

Demencia precoz paranoïde ligera o leve.

Demencia precoz con habla confusa o esquizofasia.

¹⁴⁹ Véase un comentario de esto en el capítulo 18.

corpora el aporte de Bleuler-, y la esquizofasia, en la que las alteraciones del pensamiento y del habla predominan por sobre las perturbaciones afectivas y las volitivas.

Podemos concluir este apartado extrayendo una enseñanza de los esfuerzos de Kraepelin por constituir una categorización exhaustiva del malestar mental y relevar las dificultades que estos intentos sistemáticos de clasificación engendran:

- reducción hasta la casi desaparición de entidades que tienen sin embargo una presencia en la clínica (como las formas querulantes de la paranoia),
- superposición de categorías (paranoia, *dementia paranoides* y parafrenias; demencia precoz depresiva, demencias agitadas y locura maniáco-depresiva),
- multiplicación de categorías -por ejemplo, la fragmentación en nueve clases de la demencia precoz restringida-.

Veremos a continuación cómo a partir de la crítica a la demencia precoz y a la inclusión del papel de los factores psicológicos en la causación, se gesta la constitución del grupo de las esquizofrenias, cuya inicial expansión se extiende hasta nuestros días, monopolizando los diagnósticos de la psiquiatría actual.

Referencias bibliográficas

- Bercherie, P. (1981). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 2009.
- Kraepelin, É. (1899). *Demencia precoz y paranoia*. Selección de textos, traducción y prólogo de Carbone, N y Piazze, G. La Plata: De la Campana, 2011.
- Kraepelin, É. (1899). *Dementia praecox y paranoia*, selección de textos, traducción y prólogo: Nora Carbone y Gastón Piazze, La Plata: De la Campana, 2011.
- Kraepelin, É. (1900). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Nieva, 1988.
- Kraepelin, É. (1909-1913). *La demencia precoz. Primera parte*. Buenos Aires: Polemos, 1996.
- Kraepelin, É. (1914). *La demencia precoz. Segunda parte: Las parafrenias*. Buenos Aires: Polemos, 1996.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid: Editorial Triacastela, 2000.
- Stagnaro J.C. (1996). Presentación. En É. Kraepelin, *La demencia precoz. Primera parte*. Buenos Aires: Polemos, 1996.

CAPÍTULO 25

El grupo de las esquizofrenias en Bleuler

Mercedes Kopelovich y María Romé

La crítica a la definición de Kraepelin

Bleuler se convirtió en el principal crítico de las ideas de Kraepelin, aunque le reconoce que el haber aislado a la demencia precoz como verdadera enfermedad mental fue un progreso mayor incluso al obtenido por Bayle con la PGP. Sus tesis acerca de la superestructura psicógena de la esquizofrenia -construidas en interlocución con el psicoanálisis- produjeron un cambio notable en el modo de concebir la causalidad de estas afecciones.

Eugen Bleuler nació en el año 1857, en Suiza. Estudió psiquiatría con Charcot y Magnan y más tarde con Forel en Zurich, en la clínica Universitaria de Burghölzli. Luego trabajó con Jung en Suiza; es a través de él que conoce las ideas de Freud y que toma algunos de sus desarrollos. Su rol como director del Burghölzli le otorgó un papel político de relevancia en la difusión de las nuevas ideas.

En su libro *La Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*, de 1911, cuestiona la definición de Kraepelin y centra su crítica en dos puntos: la idea de un comienzo temprano, y el inexorable deterioro progresivo con culminación en demencia. Sostiene en cambio que algunos casos se recuperan. Hay por lo tanto algunos casos incurables y otros con desenlaces más favorables. De esta manera, Bleuler ataca directamente el nombre que había elegido Kraepelin para la enfermedad al situar que no siempre ésta aparecía a temprana edad, y que no en todos los casos culminaba en demencia. Es decir, que no en todos los casos se comprobaba esa tendencia a un completo deterioro, aunque persistieran síntomas residuales de la enfermedad.

Ni demencia ni precoz, Bleuler advierte la importancia de cambiar el nombre de esta afección, ya que el elegido por Kraepelin no permitía nombrar a la enfermedad ni permitía utilizarlo como adjetivo. Además, la demencia precoz sólo nombra para Bleuler a un conjunto de síntomas, pero no al verdadero proceso patológico de la enfermedad. El nombre que propone Bleuler, en cambio, es “esquizofrenia”. Y da incluso, un paso más: no habla de *la* esquizofrenia en singular, sino que propone “el grupo de las esquizofrenias”, atendiendo a la variedad clínica que comprende la entidad: se trata de un grupo amplio de enfermedades que incluye cuadros muy diversos entre sí. Bleuler da entonces su propia definición, entendiendo que el complejo sintomático actúa como un todo:

Con el término ‘demencia precoz’ o ‘esquizofrenia’ designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular (Bleuler, 1911: 15).

¿De qué forma se trata? De la “esquicia”, la fragmentación, la división, la ***Spaltung***, el desdoblamiento de las funciones psíquicas. La personalidad pierde su unidad interior y las asociaciones quedan a merced de complejos cargados afectivamente, que no logran integrarse para obtener un resultado unificado, sino que dominan a la personalidad y segregan a otros sectores del pensamiento. Este desdoblamiento de las funciones psíquicas sería la consecuencia de un proceso orgánico, un proceso cerebral esquizofrénico.

La esquizofrenia es para Bleuler una ***afección fisiógena*** con una ***superestructura psicógena***. Como se desarrolló en el sexto capítulo de este libro, las elaboraciones de Bleuler inauguran una nueva forma de entender la patología mental a partir de cuestionar el paralelismo psicofísico por la inclusión de hipótesis psicodinámicas, en un intento de resolución de los problemas propios del paradigma de las enfermedades mentales y su delimitación de “verdaderas enfermedades” clínico-evolutivas.

La idea rectora común en este paradigma es que el conjunto sintomático requiere de una hipótesis que los unifique en un proceso patológico, en este caso la *Spaltung*. Es decir, “Se opone a la tendencia antigua que buscaba establecer correlaciones estáticas entre los síntomas y las lesiones, conforme al espíritu de la medicina anatomoclínica del siglo pasado” (Ey, 1967: 509). Bleuler incluye un orden de causación que no es solamente orgánico, sino que contempla como factores a los acontecimientos, la situación vital del enfermo y sus reacciones ante los procesos patológicos: factores psíquicos. Esta concepción marca una ruptura con el paradigma de las enfermedades mentales y abre la puerta a las innovaciones venideras del paradigma de las estructuras psicopatológicas.

A diferencia de Kraepelin, Bleuler le otorga especial importancia al ***criterio psicopatológico*** en dos niveles: ***descriptivo*** y ***dinámico***. A nivel descriptivo, retoma los desarrollos del asociacionismo, en tanto supone que las ideas se organizan jerárquicamente en función de una representación-fin a la que se articulan ideas subordinadas. A esto agrega una peculiar lectura de los mecanismos freudianos para describir la dinámica de los fenómenos psicopatológicos y jerarquiza así la importancia causal de los complejos afectivos. De esta forma, se separa del proceder de Kraepelin, quien se valía de un criterio psicopatológico descriptivo, pero que no contemplaba la dinámica psíquica.

La distinción de los síntomas: diagnóstico y causa

Respecto a la descripción clínica de la esquizofrenia, Bleuler conserva la distinción entre **síntomas fundamentales** y **accesorios** realizada por Kraepelin, aunque los redefine, y propone otra entre síntomas primarios y secundarios. Los síntomas fundamentales son específicos de la esquizofrenia, se encuentran en todos los casos, en todas las formas clínicas y en todos los períodos de la enfermedad. Son por lo tanto síntomas permanentes y patognomónicos de la enfermedad, la definen, son aquellos que nos orientan respecto a que se trata de la esquizofrenia y no de otra afección. Los síntomas accesorios, en cambio, no son síntomas cardinales de la enfermedad, sino que pueden estar presentes o no. La distinción entre síntomas fundamentales y accesorios se realiza en función de definir el diagnóstico.

Por otro lado, los **síntomas** pueden ser **primarios** o **secundarios** en función de su relación –directa o indirecta– con la causa de la enfermedad. Al respecto, Bleuler afirma: "distinguimos los síntomas que surgen directamente del mismo proceso patológico, de los síntomas secundarios que sólo comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona ante algunos procesos internos o externos" (Bleuler, 1911: 361). Los síntomas primarios son fisiógenos, dependen directamente de la causa orgánica, en cambio los síntomas secundarios son psicógenos. Destacamos la importancia que cobra en esta concepción la incidencia de la **reacción psicológica** como causa de los síntomas. Para explicarlo, Bleuler toma el ejemplo de la osteomalacia, una enfermedad caracterizada por la disminución del calcio en los huesos:

(...) los procesos químicos y fisiológicos, incluyendo la descalcificación de los huesos, constituyen el proceso patológico. La fragilidad de los huesos es una consecuencia directa de los cambios que se producen en ellos. En cambio, una fractura o comba del hueso solamente se producirá debido a la acción directa de fuerzas exteriores. Esas manifestaciones subsiguientes a la enfermedad no son consecuencias del mismo proceso patológico, sino más bien de la respuesta alterada de los huesos ante influencias accesorias. (Bleuler, 1911: 361).

En este sentido, en las esquizofrenias, los síntomas secundarios no guardan relación directa con la causa, ya que se originan por la reacción de la psique ante la incidencia del proceso patológico. Veremos entonces que un mismo síntoma puede ser definido como fundamental o accesorio y, a la vez, como primario o secundario. Pasemos a la descripción de los síntomas para localizar lo que acabamos de decir.

Entre los **síntomas fundamentales** para el diagnóstico encontramos:

- los trastornos en las asociaciones
- los trastornos de la afectividad
- el autismo

- la ausencia de trastornos en la orientación témporo-espacial, la percepción o la memoria.¹⁵⁰

A diferencia de Kraepelin, Bleuler ya no otorga tanta preponderancia a la afección de la voluntad y se focaliza mucho más en el trastorno de las asociaciones, a cuyas variedades de manifestación dedica gran parte de su libro.

Trastornos de las asociaciones

Los trastornos de la asociación se refieren a una perturbación particular del curso del pensamiento caracterizada por un relajamiento de las asociaciones habituales. Las asociaciones pierden su continuidad: se interrumpen o fluyen excesivamente. Por momentos, los enfermos presentan un "ímpetu ideacional patológico" (Bleuler, 1911: 40), una "insensata compulsión a asociar" (p. 35) que hace que sus mentes se desborden de pensamientos (***premura en el pensar***), no puedan retener nada y tengan la sensación de una influencia ajena que los fuerza a pensar. Un paciente decía "En mi mente se sucedía como el interminable movimiento de un reloj, una compulsiva, torturante e ininterrumpida secuencia de ideas" (Bleuler, 1911: 40).

Se producen asociaciones que resultan extrañas para las personas no esquizofrénicas: ***asociaciones ilógicas***, extravagantes, por el sonido o condensación de asociaciones, por ejemplo: "Las montañas delineadas en las dilataciones del oxígeno son hermosas" (Bleuler, 1911: 26), "El orgullo suizo debe estar justificado. Salu K... yo soy la monja. Si eso basta, todavía eres de él. Ese es un bravo caballero, tómalo como esposo. Carolina, bien lo sabes, aunque tú eres mi señor, fuiste sólo un sueño." (Bleuler, 1911: 28). En el caso de la condensación de asociaciones, dos ideas sin relación entre sí pueden contraerse en una sola por acción de los complejos y funcionar al modo de ***palabras-percheros***, de las que se "cuelgan" varias asociaciones. Por ejemplo, una paciente que llama al escarabajo "pájaro-escarabajo" porque antes se le mostró un pájaro.

Bleuler insiste en que hay que diferenciar la fuga de ideas maniaca¹⁵¹ del flujo de ideas esquizofrénico o ***pseudo- fuga de ideas***. En este último caso, si bien las ideas son correctas, el sentido se pierde porque el esquizofrénico se extravía en asociaciones laterales y no se produce una unificación de las asociaciones en función de la representación fin: "Parece como si las ideas de una cierta categoría (...) fueran arrojadas en una olla, mezcladas y a continuación extraídas al azar, y ligadas entre sí por una forma meramente gramatical." (Bleuler, 1911: 23). En los casos más extremos, tales trastornos en las asociaciones se presentan directamente como "***confusión en el habla***". La misma, "Es el resultado de las diversas perturbaciones mentales elementales, que han alcanzado finalmente tal grado de intensidad, que se han per-

¹⁵⁰ La ausencia de estos síntomas es importante en el diagnóstico diferencial con las psicosis orgánicas y tóxicas. Véase la séptima parte de este libro.

¹⁵¹ Véase el capítulo 20 y 21 de este libro para una descripción de la fuga de ideas maniaca.

dido por completo las conexiones o relaciones, para el paciente, para el observador, o para ambos" (Bleuler, 1911: 39).

Estos trastornos en las asociaciones producen una **disgregación** respecto a la representación fin: las asociaciones aparecen interrumpidas en su hilo y pierden continuidad. Habitualmente, la representación-fin es aquella que está en la base de la cadena asociativa en el pensamiento lógico. No pensamos utilizando ideas aisladas, sino que recurrimos a una compleja jerarquía de ideas compuesta por objetivos menores que se subordinan a la idea del objetivo final. En la esquizofrenia, según Bleuler, se pierde esa jerarquía, esa dirección que ejerce la representación fin. Encontramos entonces una especie de asociación liberada de la jerarquía de ideas y de la representación fin, donde cada complejo se manifiesta de forma autónoma, sin integración suficiente, imantando el hilo de las asociaciones. Así, ante la pregunta "¿En qué se parecen una manzana y una pera?", una paciente responde: "Amarilla y roja, son gigantes. Naranja para el invierno. Manzana roja si se pudre se tira. Ciruela. Me gustan las ciruelas."

En otros casos, el trastorno en las asociaciones de ideas se manifiesta en **obstrucciones o blocking**, en las que la actividad asociativa se detiene por completo, en forma súbita, y cuando se reanuda frecuentemente el pensamiento que emerge no tiene relación con el anterior. El pensamiento se coagula, se congela y el paciente queda privado de pensar, como si se hubiera cerrado la llave de paso. También pueden presentarse **fenómenos de cesura** o saltos repentinos en las asociaciones que rompen la ilación de ideas al desconectar los hilos asociativos y producir un pensamiento incoherente y disociado. Se aprecia también una **tendencia a la estereotipia** que puede llegar hasta el monoideísmo: el paciente queda fijado a una idea y vuelve una y otra vez sobre ella, como si el pensamiento se volviera adherente, pegajoso y persistente y quedara aprisionado en un círculo vicioso de ideas que insisten. Por ejemplo:

Te deseo un año muy feliz, agradable, saludable, bendito y rico en cosecha de frutos; y luego muchos años también de buena cosecha de vinos, así como años de buena cosecha de papas y años de retoños y años de pepinos y años de nueces y un buen año de huevo y también un buen año de queso (...) (Bleuler, 1911: 35).

Bleuler explica que los procesos mentales de la esquizofrenia se vuelven libremente fluyentes y las asociaciones aparecen accidentalmente dominadas por la acción de los complejos que son "complejos de ideas que están fuertemente cargados afectivamente, de modo que influyen permanentemente sobre el contenido de los procesos psíquicos" (Bleuler, 1911: 31, n.2). Así explica Bleuler las diferencias entre el pensar normal y el pensar esquizofrénico:

En el proceso normal del pensar, las numerosas imágenes presentes y latentes se combinan para determinar cada asociación. En la esquizofrenia, en cambio, pueden volverse ineficaces imágenes aisladas o combinaciones enteras de una

manera aparentemente fortuita. En lugar de ellas, el pensamiento opera con ideas y conceptos que no tienen relación, o tienen una relación insuficiente con la idea principal, y que por lo tanto deberían quedar excluidos del proceso mental. El resultado es que el pensar se vuelve confuso, extravagante, incorrecto, quebrado. Algunas veces faltan todos los hilos asociativos y la cadena de pensamientos se interrumpe totalmente, después de una tal "obstrucción" pueden aparecer ideas que no tienen ninguna relación reconocible con las precedentes. (Bleuler, 1911: 29).

El trastorno de la asociación es un síntoma fundamental para el diagnóstico de esquizofrenia según Bleuler y es también un síntoma primario, es decir que surge directamente de los procesos cerebrales que afectan al esquizofrénico. Por lo tanto, es un síntoma que está presente en todos los casos y en todos los momentos de la enfermedad, desde un máximo que se expresa en la completa incoherencia y confusión hasta un mínimo que resulta apenas perceptible.

En los casos más leves o incluso latentes es muy difícil localizar este trastorno de las asociaciones que se manifiesta por pequeñas irregularidades en el tiempo de las asociaciones (ya sea porque va muy lento o va muy rápido), tendencia a volver sobre respuestas anteriores como si los pensamientos previos ejercieran un efecto retardado, superficialidad y pobreza de las ideas.¹⁵²

Trastornos de la afectividad

Con respecto a los síntomas fundamentales presentes en la esfera afectiva, Bleuler sitúa un significativo **deterioro emocional**, que en los casos más severos se evidencia en que el paciente deja de manifestar emociones y se muestra completamente indiferente: esto marca el inicio de la cronicidad. Es notable una **tendencia al retraimiento** y a apartarse de los demás. La indiferencia es el rasgo más acentuado, junto a la ausencia de respuesta afectiva. Los pacientes parecen autómatas y se muestran indiferentes incluso ante situaciones que tocan sus propios intereses vitales. Al respecto Bleuler afirma:

Los enfermos llevan una vida puramente vegetativa, incluso sin preocuparse de su propio cuidado, de forma que hasta el instinto de conservación parece completamente abolido en ellos. Hay que darles de comer, acostarlos y levantarlos: en caso de incendio se quedan inmóviles en medio de las llamas y se dejarían quemar vivos si no se les socorriese. (Bleuler, 1926: 665).

Las emociones carecen de profundidad, se muestran superficiales y falta la coherencia entre la mímica y la manifestación afectiva. Los enfermos pueden llegar a describir los ma-

¹⁵² En 1981, Maleval publicó su estudio sobre las locuras histéricas y las psicosis disociativas, en el cual sostiene que el diagnóstico de esquizofrenia se expandió tan notablemente que llegaron a diagnosticarse como casos de esquizofrenia muchas pacientes que presentaban formas enloquecidas de la histeria. La idea de la esquizofrenia latente contribuyó, en parte, a esta extensión desmesurada.

yores sufrimientos mientras esbozan una leve sonrisa o los detallan como si se tratara de un asunto físico. Por momentos, pareciera que los afectos quedan rezagados con respecto a las ideas o que no llegan a adaptarse a los cambios en los contenidos de las asociaciones. En ocasiones los enfermos presentan **fenómenos de paratimia**: reaccionan con alegría ante noticias tristes, es frecuente que ante la información de la muerte de un ser querido se reaccione con una risotada.

Los trastornos de la afectividad se manifiestan también en la **ambivalencia**, en la que dos sentimientos opuestos se presentan frente a la misma idea. Cabe destacar que la ambivalencia no es sólo afectiva, sino que suele presentarse también en la voluntad y en la esfera intelectual. Respecto a la ambivalencia volitiva, Bleuler da el ejemplo de un paciente que le dice que no intentará escaparse más de la internación porque eso sólo conlleva desventajas; luego de estos dichos el mismo Bleuler le advierte al asistente que el paciente va a tratar de escaparse, cosa que ocurre muy pronto (Bleuler, 1911: 389). Se trataría entonces de querer y no querer hacer algo al mismo tiempo. Por su parte, la ambivalencia intelectual supone que se puede afirmar algo y su contrario a la vez, por ejemplo, "soy joven y viejo" o "estoy en La Plata, pero no estoy en La Plata".

La **rigidez afectiva** caracteriza el cuadro con frecuencia "(...) parece como si toda la mímica estuviera teñida del mismo color. Estas personas parecen reír y llorar con el mismo tono de voz" (Bleuler, 1911: 51). También pueden presentar labilidad afectiva -cambios afectivos bruscos, saltos de una emoción a otra, aparición súbita de emociones que no se corresponden con el contexto: "Un paciente hebefrénico se agita desesperadamente, aúlla que él ha arruinado todas las cosas, repentinamente dice en tono tranquilo 'Ahora me río' y se ríe secamente. Poco después anuncia 'Voy a dar alaridos' y nuevamente grita y forcejea". (Bleuler, 1911: 52). Sin embargo, para Bleuler la labilidad afectiva no es esencial y los esquizofrénicos no han perdido la capacidad de emocionarse.

Esta falta de coherencia de las manifestaciones afectivas se ha descrito como **discordancia** o incluso como emociones carentes de profundidad. Es habitual en los casos de esquizofrenia que se muestren alegres ante la muerte de un familiar otrora querido, o que lloren desconsoladamente ante un suceso que aparentemente no tiene importancia. Por ejemplo "Un hebefrénico habla de la muerte de su padre: 'Dado que en esa época yo estaba en casa fui al funeral, y me alegré de que no era yo a quien enterraban; ahora estoy enterrado vivo.'" Otro ejemplo: "Un catatónico a quien le pregunté por qué bebía su propia orina, me respondió con una expresión de extasiado arrobamiento 'Querido director, si usted la probara una sola vez, no querría beber otra cosa'" (Bleuler, 1911: 48).

Los trastornos de la afectividad son para Bleuler síntomas fundamentales para el diagnóstico, pero no son síntomas primarios. Son síntomas secundarios, dado que son una consecuencia de los trastornos de la asociación.

Autismo

Respecto al síntoma fundamental del autismo, Bleuler describe la prevalencia del repliegue sobre sí mismo, la importancia de la vida interior por sobre la de relación y la no influencia del ambiente en sus estados. El autismo responde a una perturbación en la relación entre el mundo interno y el mundo externo. Nótese que aquí la expresión “autismo” se refiere a un síntoma y no al trastorno descrito por Leo Kanner en la década del cuarenta, quien sitúa el autismo infantil precoz, como el extremo repliegue al inicio de la vida.¹⁵³

Bleuler da el ejemplo de una mujer que “había construido en torno suyo un muro que la aprisionaba tan estrechamente, que a menudo sentía como si estuviera en una chimenea” (Bleuler, 1911: 72). Por supuesto que no siempre este síntoma se presenta de forma tan prevalente, muchas veces se trata de pacientes que con el tiempo es evidente cómo “(...) buscan siempre su propia senda y cuan poco permiten a su medio ambiente influirlos.” (Bleuler, 1911: 173). He aquí un ejemplo:

Una paciente que todavía conservaba buenas maneras y era capaz de trabajar, se hizo una muñeca de trapo a la que consideraba la hija de su imaginario amante. Cuando este ‘amante’ viajó a Berlín, quiso enviar tras él a ‘la niña’, como medida de precaución. Pero primero fue a la policía, para preguntar si no sería ilegal enviar a ‘la niña’ como equipaje y no con un boleto de pasajero. (Bleuler, 1911: 75).

Los trastornos de la asociación, los trastornos de la afectividad y el autismo son entonces los síntomas fundamentales o cardinales de la enfermedad, en tanto no faltan en ningún caso de esquizofrenia, son permanentes en su evolución y permiten definir el diagnóstico. Respecto a los **síntomas accesorios**, es decir, aquellos que pueden presentarse transitoriamente, sólo en algunos períodos de la enfermedad o en ningún momento de la misma; Bleuler ubica las ideas delirantes, las alucinaciones (sobre todo auditivas y corporales) y los síntomas catatónicos (la catalepsia, el estupor, la hiperkinesia, las estereotipias, el negativismo, la ecopraxia, los automatismos, la obediencia automática). Estos síntomas rara vez se presentan reunidos en el mismo paciente. Es necesario señalar aquí que el carácter “accesorio” no hace a estos síntomas menos importantes. De hecho, Bleuler afirma:

No sucede con frecuencia que los síntomas fundamentales se manifiesten tan marcadamente como para ocasionar la internación del paciente en un hospital para enfermos mentales. Son primordialmente los fenómenos accesorios los que hacen imposible su permanencia en su hogar, o los que ponen de manifiesto la psicosis e inducen a requerir el auxilio de la psiquiatría. (Bleuler, 1911: 104).

¹⁵³ Kanner, L. (1943) Trastornos autistas del contacto afectivo. *Revista Española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero*. Siglo Cero. www.feaps.org

La *Spaltung*

Bleuler destaca que Kraepelin definió a la demencia precoz basándose ante todo en síntomas accesorios. Ahora bien, ¿cuál es la marca característica de esta enfermedad para Bleuler?, ¿cuál es aquel rasgo que llevan los síntomas fundamentales e incluso –cuando están presentes– los síntomas accesorios de la esquizofrenia? Lo dijimos al inicio, el sello característico de esta afección es para Bleuler la esquicia, la *Spaltung*: ésta es la perturbación que está en la base de la distribución de los síntomas.

Se trata de la pérdida del poder regulador de la síntesis consciente, y de la instancia directriz de la personalidad, que se encuentra en el fundamento de las perturbaciones asociativas características de esta enfermedad. Estas perturbaciones asociativas constituyen un síntoma primario –en tanto es consecuencia directa y necesaria del proceso patológico predisponente– y son fundamentales para el diagnóstico.

Detengámonos entonces en tal perturbación y en su relación con la etiología de la esquizofrenia. En cuanto a la causa, Bleuler no duda en afirmar el origen orgánico de la esquizofrenia: en todos los casos severos se podrían constatar modificaciones patológicas en el cerebro, distintas de las que se encuentran en otras psicosis. Tales lesiones cerebrales determinan el síntoma primario, a saber, el trastorno esquizofrénico de las asociaciones, la fragmentación y el desdoblamiento. Nótese entonces que este trastorno es el único que deriva de manera primaria de la causa orgánica.

El **trastorno de las asociaciones** es entonces un **síntoma primario y fundamental**. Los otros síntomas fundamentales para el diagnóstico mencionados, el trastorno de la afectividad y el autismo, son síntomas secundarios y se generan por la reacción de la psique ante el proceso patológico, no son consecuencia directa de éste, sino que surgen como respuesta ante las condiciones alteradas.

A nivel de la causa, Bleuler no se limita a ubicar lo anatomopatológico, sino que sitúa una “superestructura psicógena”. En clara ruptura con el paradigma de las enfermedades mentales y el paralelismo psicofísico afirma que “la gran mayoría de los síntomas manifiestos de esta enfermedad (...) se derivan de factores y mecanismos psicológicos” (Bleuler, 1926: 672-673).

Los síntomas fisiógenos, de causa orgánica, son primarios e indican la persistencia o la evolución del proceso morboso. Los síntomas psicógenos son reacciones secundarias a los primeros, que persisten mientras opera la causa orgánica, “Sin embargo, si la causa se perpetúa, tales síntomas pueden volverse crónicos, como es el caso, por ejemplo, de un delirio de persecución desarrollado sobre la base de ciertos complejos”. (Bleuler, 1926: 674). Finalmente, Bleuler afirma que muchos síntomas pueden ser de origen mixto.

Asistimos así al surgimiento en el campo de la psiquiatría de otro orden de causalidad heterogéneo al orgánico: las causas psíquicas. Estos desarrollos, fuertemente influidos por las innovadoras ideas de Freud, contribuyen a poner en jaque las concepciones organicistas del segundo paradigma, el de las enfermedades mentales, y conducen a la constitución de un pen-

samiento propiamente psicopatológico, que no soslaya los factores orgánicos en la etiología, pero que incluye también las causas psíquicas.¹⁵⁴

Ahora bien, la recepción que Bleuler hace de los conceptos freudianos tiene sus particularidades. Dijimos previamente que Bleuler tomó los desarrollos psicoanalíticos en el marco de lo que situamos como criterio psicopatológico dinámico. Bleuler recurre a la noción de “complejos afectivos”, inspirada en la teoría freudiana, para dar cuenta de los “factores y mecanismos psicológicos” que participan en la producción de los síntomas fundamentales y secundarios. Dice que, en la esquizofrenia, los complejos psíquicos no se combinan en función de un resultado unificado, sino que “un conjunto de complejos, son los que dominan a la personalidad durante un tiempo” (Bleuler, 1911: 15).

Bleuler toma así conceptos de la teoría psicoanalítica y afirma que, si bien los lazos asociados de las ideas se ven afectados, esto no ocurre de cualquier modo: son los mecanismos de condensación y desplazamiento propios del proceso primario, los que estarían en juego allí. Ahora bien, las nociones de “complejos” y de “mecanismos” le permiten a Bleuler comprender el sentido de algunos síntomas de la esquizofrenia, pero se trata de una reinterpretación de los conceptos freudianos despojada de toda etiología sexual. He aquí el mayor punto de debate y disidencia con Freud. Mientras que en la teoría de Freud esos mecanismos psíquicos tienen un valor causal, Bleuler sólo los utiliza en un sentido meramente descriptivo.

Bleuler nunca aceptó el papel de la etiología sexual en la esquizofrenia y si bien recurrió a los mecanismos freudianos, es importante tener en cuenta que la hipótesis etiológica de Bleuler sobre la esquizofrenia sigue siendo orgánica. Los síntomas primarios son expresión de un proceso patológico cuya sede es el organismo, aunque probablemente no se pueda localizar la lesión que la origina o se trata de un proceso metabólico, autotóxico. Los factores psicógenos tienen un rol causal secundario.

Formas clínicas de la esquizofrenia

Para concluir, revisemos ahora las formas clínicas de la esquizofrenia. Bleuler retoma la distinción inicial de Kraepelin -hebefrenia, catatonía, demencia paranoides- y propone cuatro subgrupos dentro de la esquizofrenia: la forma paranoide -en la que las alucinaciones y las ideas delirantes dominan el cuadro-; la catatonía, caracterizada por síntomas de estupor, mutismo, estereotipia, obediencia automática, rigidez muscular o posturas forzadas durante períodos largos de tiempo; la hebefrenia, en la que predominan las alucinaciones y la desorganización en el lenguaje.

A estas tres formas clásicas agrega la esquizofrenia simple, en la que sólo aparecen los síntomas básicos específicos. Bleuler aclara, sin embargo, que a pesar de esta distinción “Todas las formas clínicas que hemos reunido bajo el nombre de esquizofrenia constituyen realmente

¹⁵⁴ Cf. capítulo 6 de este libro.

una misma y única enfermedad y eso tanto desde el punto de vista clínico, como hereditario, etiológico y anatomopatológico” (Bleuler, 1926: 668-669). El grupo de las esquizofrenias conforma entonces una variedad clínica que presenta síntomas comunes y factores semejantes en su evolución y su etiología.

Posteriormente, agrega otra forma clínica poco especificada, a la que llama “esquizofrenia latente”. La misma es descrita como una modalidad de psicosis no desencadenada, que se manifiesta en ciertos rasgos de carácter que pueden presentarse en personas solitarias, extrañas, caprichosas, etc. y en las que el trastorno de la asociación de las ideas puede ser muy sutil.

La esquizofrenia latente no evoluciona hacia los síntomas propios de la esquizofrenia, sino que se mantiene en sus formas prodrómicas. Esta forma clínica resultó en un uso abusivo del diagnóstico de esquizofrenia, ya que la poca especificidad que comporta permitió la inclusión en esta categoría de casos que no presentaban siquiera los mencionados síntomas fundamentales.¹⁵⁵

Referencias bibliográficas

- Bleuler, E. (1911). *La Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Editorial Lumen, 1993.
- Bleuler, E. (1926). La esquizofrenia. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 16 (60), 1996: 663-676.
- Ey, H. (1967). Naturaleza y clasificación de las enfermedades mentales. Esbozo de una historia natural de la locura. *Revista de psicoanálisis, psiquiatría y psicología*, México, 5: 68-82.
- Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia*. México: FCE
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid: Editorial Triacastela.
- Maleval, JC. (1981). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.

¹⁵⁵ Garrabé (1996) comenta alguno de los usos que se hicieron de este diagnóstico de esquizofrenia latente en el período de entreguerras. En su libro sobre las locuras histéricas y las psicosis disociativas, Maleval da cuenta de la expansión notable del diagnóstico de esquizofrenia y de la necesidad de diferenciarla de las presentaciones enloquecidas de la histeria.

CAPÍTULO 26

Aportes fenomenológicos a la esquizofrenia

María Romé y Mercedes Kopelovich

La esquizofrenia como proceso en Jaspers

En el período de entreguerras en Europa, entre principios de la década del veinte y fines de la del treinta, adquieren trascendencia dos corrientes en la psiquiatría. Por un lado, la corriente organicista, que no se resigna a perder su lugar dentro de la ciencia médica, tratando de hacer de la psicopatología una ciencia del cerebro. Esta corriente se basa en el avance de la neurología para abordar la esquizofrenia, que es pensada entonces como una alteración química cerebral. Y por el otro, la corriente psicopatológica, que recurre a los desarrollos de la filosofía y trata de superar el reduccionismo biologicista.

Ante la crisis del paralelismo psicofísico y su imposibilidad de demostrar una base orgánica en todas las enfermedades mentales, empieza a ganar importancia en este período de entreguerras la explicación del surgimiento de los síntomas a partir de factores psicógenos. Junto con esto, así como en el paradigma anterior había predominado el interés por el estudio de la paranoia, en este nuevo período se arriba al apogeo de la esquizofrenia, principalmente a partir de los desarrollos de Bleuler que ya trabajamos en el capítulo anterior. Vamos a abocarnos en este contexto a los aportes de Jaspers en Alemania y de Minkowski en Francia.

Comenzaremos entonces por retomar los desarrollos de Jaspers y sus planteos en torno a la esquizofrenia.

Por su formación en filosofía, Jaspers se inscribe en la corriente fenomenológica, que consiste en un método y en un programa de investigaciones basado en la captación intuitiva de los fenómenos, considerando a todos los contenidos de la conciencia tal como aparecen, tal y como son dados a la experiencia del enfermo. En este contexto, Jaspers propone la comprensión y la explicación como recursos metodológicos para captar y/o explicar la patología mental. Esta metodología le permite organizar el campo clínico en desarrollos de la personalidad (completamente comprensibles) y procesos (incomprensibles y por lo tanto explicables). Entre éstos últimos Jaspers incluye a la esquizofrenia.

En tanto proceso, las esquizofrenias son para Jaspers perturbaciones mentales que no son comprensibles, es decir que, como observadores somos incapaces de representarnos una experiencia psíquica tal, puesto que es expresión de una ruptura en el encadenamiento del sentido. Su curso se caracteriza por brotes, que marcan el comienzo de un conjunto de sínto-

mas de la crisis aguda, pero que persisten sin embargo bajo la forma de una alteración duradera de la personalidad del paciente, de manera que ya no volverá a ser como antes del brote. Como también lo había señalado Bleuler, no hay *restitutio ad integrum*. La esquizofrenia es el ejemplo paradigmático de un comienzo por brote: tras la irrupción en un tiempo corto y localizable del conjunto de síntomas característicos, con frecuencia aparece un deterioro del funcionamiento previo del sujeto, con apatía, abulia, embotamiento afectivo.

Antes de situar los síntomas que Jaspers ubica como propios de la esquizofrenia, recordamos que tanto las fases como los brotes caracterizan a los procesos y que estos últimos escapan en su mayor parte a la comprensión, son incomprensibles y por lo tanto explicables causalmente por mecanismos extra-conscientes. Sin embargo, es preciso mencionar que puede haber manifestaciones comprensibles en el curso de los procesos. Por lo tanto, no sería correcto establecer una equivalencia entre desarrollos y lo comprensible por un lado, y procesos y lo incomprensible por otro.

Si bien los desarrollos son comprensibles y no explicables causalmente, los procesos en cambio son incomprensibles en su inicio, pero en su evolución pueden presentar manifestaciones que sean abordables por la comprensión. Por ejemplo, luego de ocurrido un brote puede suceder que la evolución del cuadro tome una forma delirante, al modo de una elaboración. Para Jaspers, en esta elaboración delirante se pueden establecer relaciones comprensibles de contenido, o bien comprender que alguien que cree ser perseguido, tenga temor. Destacamos entonces que para Jaspers ambos, tanto la comprensión como la explicación, son necesarios en el estudio de las perturbaciones mentales.

¿Cuáles son entonces los síntomas de la esquizofrenia para Jaspers? Al conjunto de síntomas de los procesos de la esquizofrenia Jaspers lo llama "**complejo sintomático de la vida psíquica loca**" (Jaspers, 1913: 665). Retomando a Kraepelin, los divide en: complejo sintomático paranoide y complejo sintomático catatónico.

Comencemos por situar los síntomas que constituyen el **complejo sintomático paranoide**. Un fenómeno propio de este complejo son las experiencias o "vivencias delirantes primarias" (Jaspers, 1913: 113), las matrices de las ideas delirantes verdaderas.¹⁵⁶ Las vivencias delirantes primarias refieren a la irrupción de una nueva significación del mundo; se trata de un sentimiento de extrañeza que conlleva un gran sufrimiento para quien lo padece: "Aparecen en los enfermos sensaciones primarias, sentimientos vivaces, cogniciones [*Bewusstheiten*]" (Jaspers, 1913: 113). Se trata de un "temple delirante" que supone un "algo", una X mórbida como solía decir Lacan, que en principio es una sensación enteramente oscura, enigmática que sume al enfermo en la perplejidad. Esta vivencia inicial es germen de nuevas significaciones e ideas delirantes que aliviarán al enfermo en tanto abrochan cierto sentido.

Jaspers destaca tres tipos de **vivencias delirantes primarias**: las percepciones delirantes, las representaciones delirantes y las impresiones o cogniciones delirantes (experiencia del fin del mundo, sentimiento de ser seguido). Las percepciones delirantes "van de la significación oscura al claro delirio de observación y autorreferencia" (Jaspers, 1913: 114). Es decir, tales

¹⁵⁶ Cf. con el capítulo 11.

percepciones serían las que están al inicio. Se experimenta directamente la significación, sobre la base de una percepción que no está alterada en su funcionamiento. Por su parte, las representaciones delirantes se presentan como "nuevas coloraciones y nuevas significaciones de los recuerdos de la vida; o como una ocurrencia repentina: yo podría muy bien ser el hijo del rey Luis; lo confirma un claro recuerdo, como el del desfile a caballo, hace decenios, ante el emperador" (Jaspers, 1913: 118).

Finalmente, las cogniciones delirantes refieren a aquellos fenómenos en los que los enfermos poseen el conocimiento de acontecimientos de gran importancia, sin que tal conocimiento esté articulado a vivencias sensibles precisas. Jaspers ilustra tales cogniciones con una viñeta clínica: "(...) una muchacha lee la Biblia. Lee sobre la resurrección de Lázaro. Ella misma se siente enseguida María, Marta es su hermana. Lázaro, el enfermo, su primo. Experimenta con toda vivacidad (sentimiento, no necesariamente vivacidad sensorial) el suceso que lee como vivencia propia." (Jaspers, 1913: 119).

Como dijimos, las vivencias delirantes primarias, son el germen de verdaderas ideas delirantes. Jaspers dice "verdaderas" o "auténticas", en tanto las ideas deliroides no estarían precedidas por vivencias delirantes primarias. Las ideas delirantes se caracterizan por ser juicios patológicamente falseados que se distinguen por: la convicción extraordinaria con una certeza subjetiva incomparable; la condición de no influenciados por la experiencia (con conclusiones irrefutables) y la imposibilidad de contenido. Jaspers señala que:

Por numerosos sucesos en el ambiente, que excitan la atención de los enfermos, son suscitados sentimientos desagradables, apenas comprensibles para nosotros. (...) Finalmente se vuelve enteramente claro esto para los enfermos. "Observan" que se habla de ellos, que se comete con ellos una injusticia. En formulación juiciosa, nace de estas vivencias, el delirio de referencia. (Jaspers, 1913: 664).

Además de las vivencias delirantes primarias y de las ideas delirantes verdaderas, Jaspers destaca como parte del complejo sintomático paranoide, la presencia de ciertas sensaciones corporales indescriptibles, anormales, para las que los esquizofrénicos utilizan términos totalmente nuevos, inventados.

Jaspers subraya también el **fenómeno de "lo hecho" o "lo fabricado"**, que se refiere a la experiencia radical de no pertenencia e imposición de ideas, percepciones y movimientos. A tales fenómenos puede seguirle el delirio de influencia en donde el enfermo afirme, por ejemplo, "ser puesto en un estado de ánimo". Finalmente, a aquellos síntomas destacados por Bleuler como correspondientes a la incidencia de la disociación o *Spaltung* -que se expresan por ejemplo en la incoherencia o la discordancia-, Jaspers los ubica en torno a un rasgo que sitúa en el registro del sentido: lo ininteligible, refiriéndose a la ausencia de la comunicación inmediata del sentido entre el esquizofrénico y los otros.

Por su parte, el **complejo sintomático catatónico** está constituido principalmente por síntomas motores entre los que destaca: el estupor, la excitación psicomotriz, los contrastes entre

movimiento e inmovilidad, las estereotipias y gestos o actitudes extrañas sostenidas; la obediencia automática; las acciones impulsivas repentinas y descargas motrices; y los trastornos del lenguaje como la repetición de palabras. Entre todos estos síntomas el estupor catatónico tiene un lugar destacado. Más precisamente el estupor se refiere a “(...) aquellos estados en que los enfermos, en reposo motor, sin hablar una palabra, y sin dar un signo comprensible de procesos psíquicos, quedan sin reacción ante todo ensayo de entrar en relación con ellos” (Jaspers, 1913: 669). Respecto a la excitación catatónica, es interesante la descripción de una paciente que refiere Jaspers, en la cual se evidencia que se trata de puro movimiento motriz sin articulación alguna con ideas o afectos:

Mi estado de ánimo durante la excitación no era de furor, no había en mí ningún estado de ánimo especial fuera del placer puramente animal del movimiento; no era la excitación maligna, como, por ejemplo, cuando se quiere asesinar a alguien; ¡lejos de ello! Una cosa en absoluto inconsciente (...) Sólo puedo compararlo con un potro salvaje. (Jaspers, 1913: 670).

A continuación, veremos qué recepción tuvieron las ideas de Bleuler en la escuela francesa de psiquiatría, con los aportes fenomenológicos de Minkowski y la novedad de la introducción de una concepción ya no sólo psicógena, psicodinámica y reaccional de la patología, sino también estructural.

La esquizofrenia como estructura psicopatológica

Como mencionamos en un apartado anterior, a partir de la década del veinte y sobre todo durante la del treinta del siglo XX, surgen en Europa -principalmente en Francia y Alemania, ciertas corrientes críticas con respecto a la semiología psiquiátrica clásica, a la que se oponen en diferentes puntos.

Por un lado, critican el carácter excesivamente fragmentario de su análisis, focalizado en síntomas concebidos como índices de procesos patológicos de fundamento orgánico. La psicología de las facultades retomada por los autores del paradigma de las enfermedades mentales implicaba cierta concepción atomista de lo mental que deja en un segundo plano el análisis del funcionamiento de un sujeto desde una perspectiva más holística e integradora. Por otro lado, estas corrientes critican la teoría de la constitución, al reivindicar la importancia de la historia individual, el valor de los acontecimientos vividos y considerar a la psicopatología a partir de la noción de estructura.

La noción de estructura fue introducida en la historia de la psicología por la teoría de la Gestalt o teoría de la forma, cuyos referentes demostraron inicialmente con sus estudios sobre la percepción humana que la misma no respondía a la noción clásica de la asociación de elementos más simples en unidades más complejas, sino que funcionaba como una totalidad organizada, cuyos elementos pueden definirse únicamente en sus relaciones de interdependencia.

"El todo es mucho más que la suma de las partes" fue el sintagma clásico de la teoría de la Gestalt que habría de incidir en la reconceptualización de la psicopatología.

Si bien estas corrientes críticas rescatan los aportes de la semiología psiquiátrica, al mismo tiempo buscan complementarla con un análisis psicopatológico, entendiendo por psicopatología "una disciplina que trascienda el análisis descriptivo, y llegue a determinar aquello que lo condiciona, el trastorno fundamental, la perturbación generadora, que no depende de facultades o funciones alteradas, sino que contempla la totalidad del funcionamiento psíquico del paciente" (Napolitano, 2000: 57).

Entre los representantes de este grupo, se destacan Minkowski y Biswanger.¹⁵⁷ A continuación, presentaremos los principales desarrollos de Eugène Minkowski con respecto a la esquizofrenia.

Minkowski, representante de la corriente fenomenológica de la psicopatología en el período de entreguerras, produjo una transformación en el campo de las psicosis al introducir la noción de esquizofrenia de Bleuler en la psiquiatría francesa. La conferencia sobre la esquizofrenia que Bleuler pronuncia en Francia en 1926 es el hito que Lantéri-Laura señala como la bisagra del cambio del paradigma de las enfermedades mentales al de las estructuras psicopatológicas. Como discípulo de Bleuler, Minkowski recuperó algunos de sus aportes clínicos y etiopatogénicos, y al mismo tiempo cuestionó su enfoque atomista y asociacionista, por perder de vista la organización estructural de la patología.

Crítico de toda concepción fragmentaria del hombre, sostuvo siempre que lo esencial para su conocimiento reside en considerarlo a través de la noción de totalidad. Tal perspectiva fenomenológica y estructural implica la descripción de estructuras fundamentales de la patología mental, entendida como un todo organizado a partir de una alteración generadora, que condiciona la semiología. En sus propios términos:

El síntoma extrae su sentido del fondo mental del que surge (...) La naturaleza y la significación de los fenómenos psicopáticos no pueden ser buscados únicamente en las perturbaciones de las funciones aisladas, ellas dependen aún más de fenómenos fundamentales a los que dichas perturbaciones se refieren directamente; por ello mismo, desbordan el plano constituido por estas perturbaciones y permiten sondear un trastorno subyacente mucho más profundo, que se refiere a la personalidad toda, afectada en su estructura y en su modo de existencia, de la que estas perturbaciones sólo serían la expresión, un revestimiento. (Minkowski, 1966: 23, 26).

A diferencia de los psiquiatras clásicos, Minkowski no se interesa por la etiología en términos anatomopatológicos, sino por el proceso que está a la base de las manifestaciones psicopatológicas. Se trata entonces, más allá de la perspectiva causal, de buscar los "fenómenos fundamentales", el trastorno generador:

¹⁵⁷ Los aportes de Binswanger y Minkowski con respecto a manía y melancolía se trabajan en el capítulo 21 de este libro.

La fenomenología nos invita a “demorarnos” en los fenómenos a fin de precisar sus rasgos fundamentales. Antes de conocer el origen, queremos saber en qué consisten esos fenómenos, cuáles son sus elementos que, cada uno en su especificidad, aportan a la estructura general de la existencia. La fenomenología se ubica así, de entrada, del otro lado de la perspectiva causal. (Minkowski, 1966: 42).

Desde esta propuesta, el autor aborda el estudio de la patología mental, especialmente de la esquizofrenia, en la que se propone encontrar un signo patognomónico, que sea al mismo tiempo un dato de la semiología que tenga significación a nivel de este proceso patológico global. Si bien formula críticas a la psiquiatría clásica, Minkowski no abandona la importancia de la semiología, sino que la considera como parte del proceso diagnóstico. El diagnóstico semiológico debe estar acompañado entonces, según el autor, de un **“diagnóstico ideo-afectivo”**, que tenga en cuenta el papel de los conflictos en la historia singular del enfermo, y de un **“diagnóstico estructural”**, que permita situar el trastorno fundamental generador de los síntomas.

Cabe señalar que Minkowski inicia su recorrido en un momento de expansión del psicoanálisis freudiano, del que recibió cierta incidencia que resulta visible por las críticas que le dirige. Entre sus críticas al psicoanálisis está su cuestionamiento al determinismo y sus diferencias con respecto a la teoría pulsional, que reformula en términos del “impulso vital”, destacando el papel de la dimensión irracional que condiciona la relación del hombre con el medio. Por otro lado, como buen discípulo de Bleuler, Minkowski critica a su maestro la extrapolación de los mecanismos freudianos para conceptualizar la compensación propia de la esquizofrenia.

Desde esta perspectiva fenomenológica, Minkowski aborda el estudio del cuadro al que consagra su texto de 1927, *La esquizofrenia*. Tomando el término propuesto por Bleuler para su denominación, Minkowski emprende un abordaje psicopatológico que corre del centro a la dimensión etiológica y clínico-evolutiva para interesarse por el proceso, el análisis psicológico y el comportamiento singular del sujeto.

Para el análisis psicológico, atiende por un lado al contenido de los síntomas, a partir de aportes que toma del psicoanálisis, como por ejemplo los conflictos psíquicos y los impulsos vitales en determinada situación. Al mismo tiempo, desde su enfoque fenomenológico de la estructura, se interesa por el estudio de la personalidad viviente y de su respuesta al medio a partir de sus funciones psíquicas.

De esta manera, Minkowski se interesa por el proceso que subyace a los síntomas de la esquizofrenia. Además de tal denominación, rescata de Bleuler la idea de la existencia de un trastorno generador y de una pérdida de la unidad interior, para conceptualizar la alteración inicial de la esquizofrenia que sitúa a nivel de la voluntad y de la afectividad, apreciación que comparte con Kraepelin y Bleuler. Tomando de Bergson la noción del “tiempo vivido”, elabora su concepción de una alteración fundamental de la esquizofrenia en términos de una **“pérdida del contacto vital con la realidad”**: perturbación esencial que no pretende nombrar la altera-

ción de una función aislada, sino un “eclipse subjetivo” que se produce a partir de cierto encuentro con el ambiente.

En su texto consagrado a la esquizofrenia de 1927, Minkowski introduce tal alteración, precisando los principales aportes en que se basa para conceptualizarla:

Respecto de muchos puntos me separo de Bleuler y, más particularmente, bajo la influencia de Bergson, veo la perturbación inicial de la esquizofrenia no en un relajamiento de las asociaciones, sino en la pérdida del contacto vital con la realidad; precisamente de esa pérdida de contacto trato de deducir los síntomas cardinales y las manifestaciones más características de la esquizofrenia. Pero no obstante esta divergencia, he seguido siendo un “discípulo” de Bleuler: marcho en el surco trazado por él. (Minkowski, 1927: 14).

Tal “contacto vital con la realidad” refiere, según el autor, al dinamismo de la vida del ser humano, a cierta dimensión de lo vivido que escapa al pensamiento racional, sino que depende de los “factores irracionales de la vida” (Minkowski, 1927: 59), de los impulsos vitales. En tal alteración convergen lo que Bleuler había concebido como consecuencia del trastorno asociativo: la ausencia de ideas directrices y de fines que orienten la acción, la falta de contacto afectivo -plasmada en la noción de autismo-. En términos de Minkowski (1927), “gracias a la noción de autismo los factores referentes a las relaciones con el ambiente comenzaron a desempeñar un papel cada vez más importante en su concepción” (p. 59). Es por esto que Minkowski le critica a Bleuler la consideración del autismo como un síntoma secundario, que no incluye al contacto vital con la realidad como un factor regulador esencial de la vida, al cual podrían subordinarse las otras funciones psíquicas.

La pérdida de contacto vital con la realidad, así como la disociación que la acompaña, están para Minkowski en la base del relajamiento asociativo y de los consecuentes síntomas propios de la esquizofrenia, que surgen de manera secundaria como respuesta al trastorno generador de la *Spaltung*. He aquí un ejemplo que da el autor de esta pérdida del contacto vital con la realidad que resulta fundamental en la esquizofrenia:

Todo está inmovilizado en torno a mí. Las cosas se presentan en forma aislada, cada una para sí, sin evocar nada. Algunas cosas que deberían formar un recuerdo, evocar una inmensidad de pensamientos, dar una descripción, permanecen aisladas. Son más bien comprendidas que experimentadas. Son como pantomimas, pantomimas que se harán mover en torno a mí, pero no me incluyo en ellas, permanezco fuera. Tengo mi juicio, pero me falta el instinto de la vida. Ya no logro dar mi actividad de una manera lo bastante vívida. Ya no puedo pasar de los sentimientos dulces a los sentimientos tensos y, sin embargo, no estamos hechos para vivir en el mismo tema. Perdí el contacto con todo tipo de cosas. Desapareció la noción de valor, la de la dificultad de las cosas. Ya no hay corriente entre ellas y yo, ya no puedo dedicarme a ellas. En torno a mí hay una fijeza absoluta. Tengo aún menos movilidad para el porvenir que para el presen-

te y el pasado. Hay en mí una especie de rutina que no me permite considerar el porvenir. El poder creador está abolido en mí. Veo el porvenir como una repetición del pasado. (Minkowski, 1927: 101).

Para poner a prueba este trastorno generador de la pérdida del contacto vital con la realidad, el autor recurre a la oposición fundamental, desarrollada por Bergson, entre “la inteligencia” y “el instinto” (Minkowski, 1927: 62). El autor considera que tales dimensiones de la vida psíquica funcionan en condiciones normales de manera armoniosa. Esta “armonía” o “consonancia” aparece entonces como su idea de normatividad. En palabras del autor:

En la vida, la inteligencia y el instinto, en otros términos, los factores de nuestro psiquismo referentes a lo sólido, a lo inerte, al espacio, por una parte, y aquellos referentes a la duración vivida, al dinamismo, por la otra, se penetran recíprocamente y forman un todo armonioso. (Minkowski, 1927: 63)

A diferencia de la perspectiva de Kraepelin, que pone el acento en el estatuto demencial y deficitario de esta entidad, Minkowski sostiene que en la esquizofrenia aparecen **mecanismos compensatorios** y que la inteligencia contribuye a los mismos.

La perturbación esencial no aparece en el plano intelectual o estático, sino en la dimensión instintiva o dinámica, que implica el contacto vital con la realidad. Al no encontrarse perturbada de manera primaria, la dimensión intelectual vendría a paliar el déficit de la vida instintiva. Para ello el sujeto recurre a criterios que en condiciones normales pertenecen al campo de la lógica y de las matemáticas, pero que, en estas condiciones patológicas, los llevan a incurrir en el absurdo y en el error. Minkowski da cuenta de esta concepción no deficitaria a través de diversas viñetas clínicas, algunas de las cuales reproducen los dichos de los pacientes, como las que siguen:

Aparte de la razón, que no ha sufrido y está intacta, todo el resto está en un desorden completo. He suprimido la afectividad, como lo he hecho con toda la realidad. Existo en cuanto cuerpo, pero no tengo ninguna sensación interna de la vida. Ya no siento las cosas. Ya no tengo sensaciones normales. He suplido esa falta de sensaciones por la razón (...) Desde mi enfermedad me ha sucedido suprimir la impresión del tiempo. El tiempo no cuenta para mí. Pongo un tiempo infinito en realizar el menor acto de la vida corriente (...) Siento que razono bien, pero en el absoluto, porque he perdido el contacto con la vida (Minkowski, 1927: 119).

Esta relación perturbada entre las dimensiones instintiva e intelectual implica para este autor el surgimiento de dos fenómenos característicos del pensamiento esquizofrénico, que actuarían como compensaciones de esta pérdida del contacto vital con la realidad: **el racionalismo y el geometrismo mórbido**.

Se trata en ambos de formas puras de la inteligencia que implican un uso abusivo del orden espacial, para tratar de compensar el déficit del orden dinámico o instintivo, producto de la pérdida del contacto vital con la realidad. Ante la perturbación del dinamismo, el sujeto se encuentra sometido, en su pensamiento y en sus acciones, a criterios rígidos de la lógica y de la matemática: "Cierta deficiencia del factor intuitivo-afectivo podrá ser compensada en alguna medida por la inteligencia." (Minkowski, 1966: 95).

Este tipo de compensación intelectual da al pensamiento un aspecto pseudo-obsesivo y llama la atención porque parece haberse perdido "esa fibra sensible que nos permite vibrar al unísono con nuestros semejantes, que nos vincula con la personalidad íntima de cada uno de ellos, que permite compenetrarnos con ellos y sentirnos uno con ella. El contacto personal está roto." (Minkowski, 1927: 111). Sin embargo, una diferencia importante con los obsesivos es que los enfermos no quieren liberarse de estas obsesiones, sino que las aceptan, quieren mantenerlas y justificar ante los otros su necesidad y legitimidad.

Para ejemplificar tales fenómenos, resultan ilustrativas las viñetas clínicas presentadas por Minkowski: "Una esquizofrénica avanzada se entretiene en hacerse sombreros. Su forma extravagante permite por sí sola dar el diagnóstico. Tiene dieciséis de ellos. Un día, no puede encontrar dos de sus sombreros. Decide entonces romper, como medida de represalia, los 2/16 de la vajilla de su madre". (Minkowski, 1927: 119).

O el siguiente:

Un 'pequeño' racionalista mórbido gasta mucho tiempo y energía para establecer un programa que regule el empleo del tiempo estrictamente, hasta el minuto. Tanto es así que decide acordarse dos minutos para componer su arreglo personal antes de cada comida. Este programa peca de exceso de precisión. Es imposible realizarlo. Nuestro enfermo se muestra seriamente contrariado por ello. El mismo enfermo prefiere conservar las botellas de los medicamentos empleados, para tener así una huella de las cosas que desaparecen con el tiempo. Igualmente está fastidiado por sentirse mejor un día en que, según sus cálculos, habría debido estar fatigado. 'Esto no es lógico', nos dice. (Minkowski, 1927: 120).

La dinámica de la vida mental se rigidiza en rutinas y procedimientos que deben cumplirse al detalle y que pueden confundirse con ceremoniales, por ejemplo:

Practicaba, hasta junio pasado, una disciplina impersonal, pero muy firme y confiada en la autoridad que confiere la dignidad de la conducta, resultante de la dignidad de los pensamientos. Apasionado por la lógica, había acallado durante un año mis tendencias idealistas, para emplear una disciplina militar, que me parecía un deber profesional y consistente en la imposición de severas sanciones. (Minkowski, 1927: 109).

Otro enfermo descrito por Minkowski, compensa el trastorno esencial de la pérdida del contacto vital con la realidad a través de un pensamiento con las características del geometrismo mórbido. El paciente está muy preocupado por las construcciones desde la adolescencia, comienza a volverse obsesivo con ellas, duda de la solidez de las paredes:

Me atormentaba - escribe en su biografía, a propósito de las bóvedas de las iglesias, no aceptaba que se hiciera cargar todo el peso sobre las nervaduras y los pilares, al igual que sobre una piedra angular. Todo esto sólo podía fallar. Tampoco aceptaba el cemento entre las piedras talladas, porque constituía para ellas un punto de apoyo frágil que aplastaban. Me decía que las casas se sostenían sólo debido a la atracción terrestre. Y llegué a dudar de mis sensaciones. (Minkowski, 1927: 114).

Más adelante, este mismo paciente se ve embargado por una "manía de la simetría" que toma toda su actividad: se mira al espejo hasta obtener una posición de simetría absoluta para su cuerpo, investiga la diferencia entre meter las manos en bolsillo rectos o bolsillos al bies, concluyendo que en los primeros el cuerpo puede establecer una relación de paralelismo. Este enfermo afirma:

El plan lo es todo para mí en la vida (...) Por ninguna razón quiero alterar mi plan, preferiría perturbar la vida que el plan. Es la afición por la simetría, por la regularidad lo que me atrae hacia mi plan. La vida no muestra ni regularidad, ni simetría y por eso fabrico la realidad (...) Busco la inmovilidad - nos declara-. Tengo tendencia al reposo y a la inmovilización. También tengo en mí la tendencia a inmovilizar la vida a mi alrededor. Por ello me gustan los objetos inmutables, las cajas y los cerrojos, las cosas que están siempre ahí, que jamás cambian. La piedra es inmóvil; en cambio, la tierra se mueve; no me inspira ninguna confianza. Doy importancia sólo a la solidez. (Minkowski, 1927: 115-116).

Vemos entonces que Minkowski va más allá de una concepción deficitaria de la psicosis, en tanto identifica ciertos mecanismos de compensación, que se activan ante el proceso disociativo. En sus palabras:

Compensar quiere decir balancear una pérdida con una ganancia, un mal con un bien. La compensación desborda de este modo lo patológico; no todo mal ni toda pérdida son de naturaleza mórbida. Un fracaso en un dominio de la vida puede ser contrabalanceado por un éxito en otro; en ocasiones incluso, el individuo concentrará sobre éste toda su atención en detrimento de aquél. (Minkowski, 1966: 93).

Sin embargo, tal compensación puede llevarse al extremo de resultar exagerada hasta el absurdo, de manera tal que puede tornarse ella misma fuente de padecimiento. "En todos los casos, cuando un aspecto de la vida se deja de lado de modo excesivo en provecho de otro, el

damnificado puede tomarse su revancha. La compensación es un factor positivo, un factor de equilibrio; la sobrecompensación presenta escollos.” (Minkowski, 1966: 93). Así, Minkowski destaca que esta compensación de la falta de contacto vital puede hipertrofiarse, dificultando aún más las relaciones con los demás.

Aun así, diferenciándose del pesimismo de Kraepelin con respecto al tratamiento de la demencia precoz, Minkowski desarrolla una terapéutica posible para la esquizofrenia, basada en el supuesto de la posibilidad de restitución de la pérdida del contacto vital con la realidad, a partir de la relación del paciente con la figura del médico. En palabras del autor:

El tratamiento tendrá por objetivo conducir al enfermo a darse cuenta de que vive y reacciona bajo el signo de lo falso y de lo artificial. Allí el médico tropezará necesariamente con la resistencia del enfermo, quien, llegado el caso, recurrirá a su tendencia a la depreciación. (...) El tratamiento tendrá por objetivo actualizar todos esos factores, revisar el plan de vida, liberar así al individuo no solamente de algo, sino incluso y sobre todo a la vista de algo. Las asociaciones libres y los sueños serán utilizados, pero su interpretación se hará bajo el signo de un intento más o menos fallido al comienzo de la toma de posición frente al porvenir inmediato. (Minkowski, 1966: 111).

Referencias bibliográficas

- Bercherie, P. (1981). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires: Manantial, 2009.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. México: Ed. Fondo de cultura económica, 1993.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid: Editorial Triacastela.
- Minkowski, E. (1966). *Tratado de psicopatología*. En G. Napolitano et al. *Perspectivas fenomenológicas en Psicopatología*. La Plata: De la campana, 2007, p. 17-116.
- Minkowski, E. (1927). *La esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós, 1960.
- Napolitano, G. (2000). *El nacimiento de la psicopatología en la historia de la Psiquiatría*. La Plata: De La Campana, 2004.

CAPÍTULO 27

Aportes, conclusiones, discusión

Julieta De Battista

En el transcurso de estos capítulos hemos podido sopesar cómo se fue configurando el campo de las esquizofrenias hasta alcanzar la extensión que hoy en día le otorgan los Manuales Diagnósticos y estadísticos. En ellos la esquizofrenia se ha convertido en sinónimo de psicosis, entendiendo la psicosis como un equivalente del deterioro y del delirio. De esta forma, la esquizofrenia es la única de las categorías de la clínica psiquiátrica clásica que conserva un lugar de peso en los Manuales actuales, en desmedro de la psicosis maníaco-depresiva y de la paranoia. Curiosamente, no se conservan en los Manuales las distinciones de síntomas fundamentales y accesorios que habían defendido Kraepelin y Bleuler. Esa diferenciación ha desaparecido y, de hecho, los síntomas listados para establecer el diagnóstico según los Manuales son predominantemente aquellos que los autores clásicos consideraban accesorios: ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento desorganizado. Los Manuales consideran a estos últimos como síntomas positivos y conservan el aplanamiento afectivo como el principal síntoma negativo. Suponen que lo que llaman "la dimensión psicótica" está compuesta por la presencia de ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la "dimensión de la desorganización" incluye el lenguaje y al comportamiento desorganizados. En ambos casos la idea de fondo es que estarían relacionadas a mecanismos neurales subyacentes diferenciados cuyos correlatos clínicos podrían organizarse de esta forma. Asistimos así a un retorno a la hipótesis del paralelismo psicofísico, aunque los Manuales reivindiquen una multicausalidad.

De esta forma la esquizofrenia se ha convertido en el paradigma del déficit que pesa sobre toda concepción actual de las psicosis. Muchos de los aportes de los clásicos se han perdido en el camino: el rol causal de los factores reaccionales y psicógenos perdió terreno ante las hipótesis biologicistas; la lectura de las situaciones vitales y la concepción estructural que contemplaba los factores deficitarios pero también los intentos de compensación no encuentra un lugar en estas formulaciones; el racionalismo y el geometrismo mórbido ya no son leídos como intentos de compensación sino como manifestaciones de otro trastorno, el obsesivo-compulsivo; la sutil clínica de los trastornos de las asociaciones se vio reducida a la descripción del lenguaje desorganizado.

Una lectura de la psicosis que sólo enfatiza sus aspectos deficitarios se acompaña de formulaciones terapéuticas que refuerzan su incurabilidad y la imposibilidad de autonomía de estos sujetos. El potencial subversivo y creador de las psicosis tiende así a ser neutralizado.

SÉPTIMA PARTE

PSICOSIS TÓXICAS

Claudio Fontana

Martín Saltzman

CAPÍTULO 28

Episodios psicóticos causados por tóxicos

Claudio Javier Fontana y Martín Saltzman

Introducción

Los cuadros psicopatológicos existentes pueden obedecer, en ocasiones, a expresiones de una causa orgánica. Debemos detectar, sobre todo en la urgencia, aquella sintomatología que nos permita diferenciar un cuadro orgánico de uno que no lo es. La premisa primaria y fundamental en toda exploración psicopatológica es descartar la patología orgánica.

De esta forma, hay signos psiquiátricos que pueden corresponder a una patología orgánica subyacente. Pueden presentarse alucinaciones, ideas delirantes o trastornos del lenguaje que no se expliquen por la forclusión del Nombre-del-Padre. Como veremos, encontraremos en los detalles de la presentación clínica, su modo de aparición e incluso su desaparición la distinción entre fenómenos psicóticos producidos por patología orgánica subyacente y aquellos enmarcados en el rechazo de la impostura paterna.

A las guardias de Salud Mental llegan pacientes cuyas manifestaciones clínicas recuerdan un trastorno psiquiátrico agudo. Sin embargo, la sintomatología que presentan obedece en muchas situaciones a un cuadro orgánico en curso y no a los fenómenos propios de la estructura subjetiva psicótica.¹⁵⁸ Es importante estar alerta en estos casos, ya que los pacientes se beneficiarían de intervenciones clínicas-quirúrgicas tempranas (Chinchilla, 2010).

¿Cuáles son los datos clínicos que nos permitirán diferenciar un cuadro orgánico de uno funcional?

Señalamos los más importantes, que serán desarrollados en el curso del presente capítulo:

- 1) Instauración brusca de alteraciones psicopatológicas.
- 2) Obnubilación del nivel de conciencia.
- 3) Presentación de un trastorno psiquiátrico con características clínicas atípicas: alucinaciones visuales, fluctuación sintomática en el tiempo, aparición a edades no habituales, etc.
- 4) Clara afectación del estado general.
- 5) Características clínicas diferentes respecto a episodios previos.

¹⁵⁸ Cf. tercera parte de este libro.

- 6) Sintomatología vegetativa preeminente.
- 7) Déficits neurológicos congruentes con territorios vasculares anatómicos.

De todas las manifestaciones clínicas que pueden involucrar en su presentación a los trastornos psiquiátricos, nos enfocaremos en aquellas que pertenecen a la estirpe psicótica, es decir a los signos de la ruptura de la psiquis - alucinaciones, delirios, trastornos del lenguaje- y cuya etiología son las sustancias psicoactivas: las denominadas psicosis tóxicas. Luego de una breve caracterización del campo que las incluye, es decir, las psicosis de fundamento corporal conocido y una caracterización del síndrome fundamental, el confusional, nos detendremos en desarrollar algunas formas clínicas de las psicosis tóxicas vinculadas con cuatro sustancias psicoactivas frecuentemente halladas en las presentaciones de urgencia: alcohol, cocaína, paco y marihuana.

Las psicosis de fundamento corporal conocido

“Según el sentido tradicional de la doctrina etiológica, los trastornos exógenos son aquellos trastornos del organismo determinados inicialmente por causas extrínsecas, por causas exteriores al individuo, en tanto los trastornos endógenos se deben a causas intrínsecas, independientes de los principios exteriores. La fórmula de lo exógeno y lo endógeno constituye el modo de expresar en la patología la contraposición entre la etiología ambiental y la etiología individual” (Fernández, Alonso: 597).¹⁵⁹

La bipartición exógeno-endógeno, trajo mucha confusión al campo de la psiquiatría. Por un lado, lo “exógeno” se presta a malentendidos. Si se toma ese concepto en su riguroso sentido literal, o sea, en el de psicosis que son causadas desde afuera, quedarían excluidas, las psicosis que aparecen en el caso de una uremia o en el caso de la mayoría de los tumores cerebrales (Schneider, 1997).

Por otra parte, lo “endógeno” se vincula con la doctrina de la degeneración y se basa en prejuicios hipotéticos etiológicos (fuerzas disposicionales oscuras). Excluye factores psicodinámicos, sociales, o alteraciones estructurales del organismo como posibles productores de la psicosis.

El psiquiatra que trajo claridad ante tanta ebriedad terminológica fue Kurt Schneider (1948, 1951). Propuso reemplazar los términos "exógeno" y "endógeno", por psicosis de fundamento corporal conocido y desconocido, respectivamente, expresando el estado de los conocimientos de la etiología psiquiátrica hace cincuenta años, situación que no se modifica en la actualidad.

¹⁵⁹ Cf. con la distinción establecida por Kraepelin en el capítulo 5.

Las **psicosis de etiología corporal conocida** se subdividen en psicosis sintomáticas, exotóxicas y orgánicas. Las psicosis sintomáticas están determinadas por procesos morbosos extracerebrales, entre los cuales tenemos la uremia, la hipoglucemia, ciertos procesos infecciosos y las endocrinopatías. Las psicosis orgánicas se definen por la presencia de procesos orgánicos cerebrales, como las meningitis, los tumores cerebrales y los traumatismos craneoencefálicos y por último, las psicosis tóxicas, que son producidas por un agente tóxico que llega del exterior. (Alonso Fernández, 1976). En este capítulo nos ocuparemos especialmente de éstas últimas.

El dato por excelencia a tener en cuenta para detectar una psicosis de fundamento corporal conocido es la obnubilación de la conciencia, síntoma perteneciente al síndrome confusional o *Delirium*, que desarrollaremos más adelante.

La **obnubilación de la conciencia** es la alteración cuantitativa de la atención y de la percepción. El paciente no puede sostener la atención o sólo puede mantenerla por un período breve de tiempo. No puede concentrarse, y tiene cierta perseverancia ideativa. Un dato clave es la desorientación temporal. El paciente no puede definir si es de día o de noche. Esto es de un gran valor diagnóstico.

Lo primero que debe detectar un médico general o un psicólogo, es si un paciente presenta claridad de conciencia. Si una persona puede prestar atención de manera tal que percibe el entorno, nos percibe a nosotros como interlocutores, responde a nuestros requerimientos -pase, tome asiento- y a nuestras preguntas -¿Cómo se llama ¿Qué hace en este lugar? -, entonces decimos que tiene claridad de conciencia. (Suárez Richard, 2006).

Cuando un paciente no puede percibir o atender cuantitativamente, decimos que no presenta claridad de conciencia. La falta de claridad de conciencia es un dato imprescindible para el diagnóstico del síndrome confusional.

El síndrome confusional

El síndrome confusional es un cuadro caracterizado por la obnubilación de la conciencia, y puede presentarse bajo formas que van desde el embotamiento hasta el coma. Los pacientes se encuentran desorientados en tiempo y espacio, y presentan un delirio de características oníricas, con una experiencia sensorial similar a la de los sueños. Se puede dar en ambos sexos y en todas las edades, ya que tiene múltiples causas, entre las que se destacan las causas infecciosas, neurológicas y tóxicas.

Los datos clínicos más característicos para el diagnóstico son la instauración aguda del cuadro, el cual ocurre en horas o pocos días y la fluctuación de la atención durante el día, alternando períodos más asintomáticos, con momentos críticos repletos de alteraciones psicopatológicas (Falcoff & Fantín, 2009).

Lo principal, nuevamente, es la obnubilación de la conciencia, la cual se traduce en alteraciones de la atención, la memoria y la orientación. La persona sólo puede mantener la atención

por un momento muy breve y no puede seguir el hilo de una conversación. La desorientación que aparece en primera instancia es la temporal, dato fundamental en el diagnóstico diferencial con los cuadros funcionales. Estos datos se pesquisan generalmente al inicio de la entrevista, con preguntas simples, como el nombre del paciente, de sus acompañantes, si los hubiese, o del lugar donde se encuentra.

El síndrome puede acompañarse de alteraciones sensorio-perceptivas, alucinaciones visuales complejas y cenestopáticas, a diferencia de la esquizofrenia, donde lo esencial son las alucinaciones auditivas complejas. Todo este cortejo sintomático puede acompañarse de ideas delirantes de persecución y delirios de trabajo, en los que el sujeto confuso tiene la certeza de encontrarse realizando su oficio, incluso imitando los movimientos que realiza. También suele acompañarse de alteraciones físicas como anorexia, deshidratación, fiebre, constipación, trastornos neurológicos, entre otros.

El estado confusional es descrito por Chaslin en 1895 como:

(...) 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 éstos, 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 delirios, alucinaciones, de agitación o al contrario de inercia motriz, con o sin variaciones marcadas del estado emocional. (Chaslin, 1895: 245-246).

Una presentación de guardia ilustra este síndrome confusional. Un paciente de 65 años de edad es traído a la guardia por un familiar debido a un cuadro de comienzo brusco, caracterizado por desorientación temporoespacial, hipoprosexia con dificultad para sostener la atención, zoopsias (refiere ver hormigas por toda su habitación) y un curso del pensamiento incoherente y enlentecido. Su acompañante agrega que, por momentos, se torna inquieto y agresivo. No presenta antecedentes de tratamiento psiquiátrico ni psicológico, tampoco de episodios similares al actual. El cuadro comenzó hace tres días y uno de los familiares refiere que cuando lo va a cuidar por la mañana el paciente está orientado temporoespacialmente, es decir, presenta claridad de conciencia, con una conducta normal.

Al examen clínico, el paciente presenta las mucosas secas y pálidas. Luego de realizarle los estudios de laboratorio y de orina, se comprueba una infección urinaria. Se trata con Risperidona 0,5 mg/ día (psicofármaco para controlar la excitación psicomotriz, y los síntomas alucinatorios y del pensamiento) y Norfloxacin (un antibiótico utilizado para las infecciones urinarias bajas).

A los pocos días el paciente vuelve a estar orientado, eupsíquico, remiten las alucinaciones visuales. La restitución es *ad-integrum*. En una semana se normalizan los parámetros de laboratorio y la medicación psiquiátrica se va descendiendo paulatinamente hasta su interrupción. El diagnóstico realizado concluye en un síndrome confusional debido a la infección urinaria y la deshidratación.

La importancia del diagnóstico diferencial

El consumo de drogas genera una importante demanda en los servicios de urgencias y su abordaje implica a diferentes profesionales. Las consultas asociadas a consumos problemáticos aumentaron de manera exponencial en los últimos años. En momentos de inestabilidad social, de desempleo y de pobreza, sumado a la fragilización de las relaciones sociales, la gran oferta de productos legales e ilegales defienden al individuo de la ansiedad y la angustia y lo ayudan a sobrevivir, mientras ven cómo terminan de caer muchas de las instituciones tradicionales, incluida la familia.

En la práctica psiquiátrica habitual, en numerosas situaciones se plantea la duda con respecto al diagnóstico de psicosis y trastorno psicótico inducido por tóxicos, sobre todo en los primeros episodios y cuando existe la concomitancia del consumo de tóxicos.

Según el DSM- IV-r para la identificación de los trastornos psiquiátricos en la población toxicómana, el primer paso es evaluar si hay consumo, cuál es el patrón, si existe una relación cronológica entre el consumo y la causa psiquiátrica.

En primer lugar, habría que diferenciar entre los síntomas psicóticos en las intoxicaciones y los síndromes de abstinencia, de los trastornos primarios. La clave para el diagnóstico diferencial es el mantenimiento del juicio de realidad en las primeras, es decir, la aseveración por el paciente de que las alucinaciones están producidas por la sustancia y no son una representación de una realidad externa.

Desde el punto de vista semiológico, las percepciones sin objeto que son adecuadamente criticadas por el sujeto, se denominan alucinosis: “para ser alucinado, el sujeto no debe decir que tiene una alucinación” (Ey citado en Fernández, 1976: 434).

Los caracteres semiológicos generales de la **alucinosis**, según Ey son los siguientes:

- 1) Formas muy bien construidas y de gran pregnancia sensorial: estesia vivaz, cualidades sensoriales adecuadas, imágenes precisas y bien estructuradas,
- 2) Anomalías intrínsecas en las imágenes: tendencia a la repetición sucesiva o simultánea (por ejemplo, figuras geométricas dispuestas en red o en mosaico); perspectivas temporoespaciales anormales (localización fija en una parte del campo perceptivo, anomalías de tamaño, transformaciones caleidoscópicas),
- 3) Estructura parcial: el contenido de la alucinosis es un acontecer automático y sensorial periférico que queda enquistado al margen o entre paréntesis, sin situarse ni en el centro de la situación vivida ni en la trama de la personalidad; queda igualmente aislado del juicio y de la actividad discursiva en la esfera intelectual; (serían como una especie de cuerpo extraño en el mundo interior del sujeto),
- 4) Reacciones críticas del sujeto: existe conciencia a la vez de presencia e irrealidad.

Un dato esencial es que el sujeto no integra la visión, la audición, la sensación olfativa o ce-nestésica en la realidad objetiva, en tanto trama histórica de la realidad. Existe un violento contraste entre su fuerte estesia, es decir la capacidad de percibir y sentir, y la nula creencia que

se le adjudica “es en este sentido que se puede decir que la alucinosis no implica el delirio, sino que es un contraste frente al delirio, tanto en la experiencia del sujeto como a los ojos del observador” (Fernández, 1976: 448). El juicio de realidad es negativo porque la conciencia no está comprometida en el juego alucinatorio y el sujeto, por lo tanto, puede tomar la postura adecuada por un movimiento de reflexión.

Otro dato fundamental es preguntarse **qué función cumple el tóxico**, y cómo puede el consumo sumarse a una forma psicótica de estar en el mundo, no siendo entonces éste el caso en el que los síntomas serían producidos exclusivamente por el tóxico. La teoría de la automedicación propone que la frecuencia del consumo de sustancias en algunas psicosis se debe a que estas aliviarían determinados síntomas propios de las mismas – de los síntomas en los que no se verifica causa orgánica. Por ejemplo, el alcohol permite mantener a distancia a las voces del sujeto, que dejen de ser imperativas y peyorativas, para pasar a ser sólo un murmullo, aliviando notablemente la sintomatología. La cocaína, debido a su característica euforizante, trocaría esa abulia tan propia de la esquizofrenia, que conduce muchas veces a intentos autolíticos, en una hipomanía. El consumo evita ser consciente del desarraigo, la desadaptación y el vacío generado por la psicosis entendida aquí como estructura del sujeto.

En cambio, en los trastornos psicóticos inducidos por consumo exclusivo de sustancias se requiere la confirmación del consumo de la sustancia, la valoración de que los síntomas psicóticos van más allá de los esperables en una intoxicación no complicada e indicios de que la sustancia es la causa fisiológica directa de los síntomas. (Chinchilla, 2007)

Los criterios diagnósticos según el CIE 10 son los siguientes:

- Duración máxima de 6 meses.
- Aparición durante o inmediatamente después del consumo de la sustancia.
- Percepción de alucinaciones vívidas, falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia, trastornos psicomotores, etc.

Se distinguen dos categorías:

- Trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas, si los síntomas aparecen durante las dos primeras semanas de consumo.

- Trastorno residual de inicio tardío debido al consumo de sustancias psicoactivas, si los síntomas aparecen entre 2 y 6 semanas después de haberse iniciado el consumo.

La comprobación de causalidad entre consumo y sintomatología puede parecer sencilla, pero la práctica clínica nos demuestra que en numerosas ocasiones es difícil demostrar o determinar si el consumo de sustancias precedió al trastorno psiquiátrico o viceversa. El policonsumo de sustancias, la dificultad para determinar en análisis de orina restos de ciertas drogas de diseño y el mantenimiento de los síntomas tras la desaparición de la sustancia y por tanto de sus efectos directos, complicarían aún más el diagnóstico. Tampoco tendríamos que olvidar que muchos pacientes esquizofrénicos presentan un inicio temprano de los síntomas, un curso continuo y suelen consumir tóxicos de forma notablemente persistente (Chinchilla, 2007).

Desarrollaremos brevemente los cuadros psicóticos causados por las sustancias que mayor impacto tienen en nuestra sociedad y que más demanda generan en los profesionales de guardia.

Psicosis alcohólicas

Hacia principios del siglo XIX, entran en la escena de la psiquiatría los cuadros psicopatológicos debidos al exceso de alcohol. Las manifestaciones psiquiátricas de los alcohólicos, por lo general, se veían acompañadas de violencia o agitación con lo cual se vieron incrementadas las internaciones por crisis de alcoholismo. Esto puso el foco en el estudio de dichas presentaciones. Se han utilizado numerosos términos para nombrarlas: *Delirium tremens*, dipsomanía, locura embriagante, monomanía de la embriaguez (Quétel, 2000).

Podemos encontrar una descripción clínica clásica fundamental de los cuadros psicóticos inducidos por el alcohol en el texto de Charles Lasègue, “El delirio alcohólico no es un delirio, sino un sueño”, escrito en 1852. En dicho artículo, el autor intenta dar cuenta de la diferencia existente en la clínica entre los cuadros delirantes causados por el alcohol y el delirio crónico de origen endógeno. Tiene como objetivo defender el origen psicogenético de los cuadros endógenos, para lo cual vinculará la clínica de los cuadros alcohólicos con las manifestaciones del sueño, como suceso orgánico, diferenciándolos de los delirios crónicos clásicos. Un punto clave es que insiste en que no se trata de las alucinaciones verbales observadas en los delirantes crónicos conocidos, sino de una perturbación global de la experiencia perceptiva, la cual, además, puede presentar interrupciones (Stagnaro, 2010). Lasègue logra colegir una diferencia entre la experiencia subjetiva del delirante crónico y la del *delirium* del alcoholista.

De las denominaciones posibles que hemos mencionado párrafos atrás, elegiremos en adelante el nombre de *Delirium Tremens*, para reforzar también la necesidad de no confundir este cuadro con el delirio crónico, situación muy frecuente debido a la similitud fonética de ambas palabras.

El *Delirium Tremens* es un cuadro que se da en bebedores de larga data y grandes cantidades, y es una de las complicaciones más graves en estos pacientes. Muy improbablemente comienza de forma abrupta, suele darse luego de la abstinencia, y alcanza su pico de mayor sintomatología al cabo de 3 o 4 días. Como síntomas previos a la eclosión del cuadro podemos indagar en los momentos de sueño, sobre pesadillas inquietantes o alucinaciones inespecíficas. Al igual que el Síndrome Confusional puede darse en interrecurrencia con enfermedades físicas, cirugías o ante la abstinencia.

Si bien los pacientes pueden estar orientados respecto a su persona, suelen estar desorientados respecto al entorno y quienes lo rodean.

Su curso se puede dividir en 3 etapas:

- 1) período de delirio exclusivamente nocturno, con regreso de la salud mental durante el día.
- 2) delirio diurno y, aun en este estadio, predominante por la noche
- 3) convalecencia

Es importante resaltar el carácter fluctuante de los cuadros de confusión alcohólicos.

El cuadro clínico está caracterizado por alucinaciones visuales muy nítidas, sin presencia de alucinaciones auditivas, las cuales, si aparecen, son menos precisas y secundarias. Las imágenes aparecen por un espacio corto de tiempo, se suceden sin transición, lo que lleva a que el delirio pueda ser polimorfo. Los pacientes suelen alucinar muy frecuentemente con animales, insectos y alimañas pequeñas, “nunca figuran aquellos que ladran, aúllan o relinchan” (Lasègue, 1881). Un dato importante es que las alucinaciones auditivas nunca preceden a las visuales, siempre son secundarias a éstas. (Lasègue, 1881)

Al igual que todo hombre que sueña, el alcohólico está en constante movimiento, físico y moral, durante la crisis. Sus relatos son largos, pero compuestos por frases entrecortadas, sin lazo lógico. Hay hechos y ninguna reflexión, menos aún cierto asombro o crítica. Lo que sucede, sucede y punto; no hay ni siquiera una recriminación, una amenaza contra los perseguidores en las formas donde la idea de la persecución es dominante. Los reduce a nada, los denuncia y hace condenar a penas que especifica; los ha arrojado al agua, asesinado a tiros; hechos consumados que no implican siquiera la noción del mañana (Lasègue, 1881: 144).

Es algo característico, y probable de ver en estos pacientes, que el delirio tenga una temática ocupacional, en relación a que el paciente cree estar en su trabajo, e incluso se moviliza y actúa como si así fuera.

El delirio alcohólico tiene la posibilidad de suspenderse. Estas remisiones o más bien estas intermisiones son en general de corta duración y no hay que confundirlas con los períodos de estupefacción muda. Médicamente es preciso atender a la posibilidad de que los pacientes presenten hipertermia y deshidratación, lo cual es de sumo riesgo vital.

Marihuana

El cáñamo o cannabis, en sus variedades índicas y sativas, es una planta tipo arbusto, que en sus flores o cogollos contiene la mayor parte de THC (tetrahidrocannabinol), su principio activo.

La vía más frecuente para el consumo de marihuana es la fumada, absorbiéndose de manera rápida, notando sus efectos a los pocos minutos. Al ser el THC liposoluble, puede también administrarse vía oral en forma de manteca o aceite para las comidas, y en gotas de aceite de cannabis, utilizado principalmente con fines terapéuticos.

Los efectos de la marihuana son muy dependientes de la variedad de la planta que se consume, así como también del entorno y del estado de ánimo del consumidor. El efecto buscado

suele ser un tono alegre en el ánimo, con jocosidad, risas abundantes y una alteración en la forma de percibir, con una mayor sensibilidad a los colores y los sonidos, favoreciendo también la introspección.

Los consumidores habituales pueden funcionar muy bien en su entorno social, hayan o no consumido marihuana, no existiendo cuadros de abstinencia física ni psicológica significativa. Puede generar cierta torpeza y enlentecimiento motriz, a nivel del pensamiento cierta falta de atención y distractibilidad, con fallas en la memoria y distorsión de la percepción del tiempo. A nivel físico se acompaña de sequedad en las mucosas, inyección conjuntival, hipotensión, taquicardia, aumento del apetito y somnolencia.

Respecto a la marihuana y los autores clásicos, el francés Jacques-Joseph Moreau de Tours, es quien en 1845 realiza una aproximación al estudio de dicha sustancia, en su artículo "Del haschich y de la alienación mental". Buscando la relación entre el delirio y los sueños, en pos de defender su postura organogenética de la locura, realiza un estudio autoexperimental en el que concluye que existiría una relación entre los efectos del haschich (derivado del cannabis) y el "estado primordial del delirio", siendo que la locura sería un estado particular de intoxicación cerebral, un sueño de duración indefinida. (Moreau de Tours, 1845).

Más allá de estas interesantes disquisiciones acerca de la génesis del delirio y su relación con los sueños, es importante señalar las descripciones clínicas respecto a los efectos del haschich que se resaltan en el mencionado artículo. Moreau de Tours describe que la conciencia, "el íntimo sentimiento de la propia individualidad" es la facultad intelectual que siempre se encuentra conservada tras el consumo de hachisch. Se ingresa en un estado "de vaguedad, de incertidumbre, de oscilación y de movilidad de las ideas, que se suele traducir por una profunda incoherencia." Agregando que, "Se produce un verdadero estado de sueño, de soñar despierto, dificultando diferenciar el dormir de la vigilia". (Moreau de Tours, 1845).

Respecto al sueño y la vigilia refiere:

estas dos vidas pueden tender a confundirse, los fenómenos propios de uno y otra se acercan, se unen en el simple acto indivisible de la conciencia íntima o del yo. Se opera una fusión imperfecta, y el individuo, sin haber dejado totalmente la vida real, pertenece, en varios aspectos, por diversos puntos intelectuales, por sensaciones falsas, creencias equivocadas, al mundo ideal. (Moreau de Tours, 1845).

Es controversial el hecho de que el cese brusco de un consumo prolongado de cannabis pueda generar síntomas de abstinencia física. Si bien dicha discusión escapa a los límites de este capítulo, quienes postulan la existencia de dicho cuadro han descrito la posibilidad de que se presenten náuseas, vómitos, diarrea, irritabilidad, anorexia, sudoración y alteraciones del sueño. De aparecer, estos síntomas son más leves que en la abstinencia alcohólica, y es probable que no requieran intervención médica ni farmacológica. (Goldberg, 2011).

Más tortuosa aún es la discusión acerca de si el consumo de marihuana es causa de psicosis. De momento no hay bibliografía sólida en relación a esto. Sí existe un mayor consenso respecto al hecho de que consumir marihuana podría desencadenar episodios psicóticos en personas previamente predispuestas. El asunto es que el tema de la “predisposición a la psicosis”, no es una discusión saldada, lo que lleva a que repensemos una y otra vez esta cuestión. Es difícil poder aislar características clínicas diferenciales en estos cuadros inducidos por el consumo de cannabis.

Sin embargo, puede decirse que como características distintivas se han propuesto la mayor presencia de alucinaciones visuales o la existencia de mayores alteraciones del afecto (Arias & al., 2008). Más hostilidad, conductas bizarras y menos alteraciones del pensamiento que en la esquizofrenia, o más hipomanía y menos alucinaciones auditivas. Un trabajo más reciente indica que la psicosis cannábica predomina en los varones y se caracteriza por el humor expansivo, los síntomas de despersonalización, el predominio de alucinaciones visuales y síntomas confusionales. Sin embargo, en la práctica habitual es difícil la diferenciación clínica y con frecuencia las psicosis en consumidores de cannabis son indistinguibles de otras psicosis por tóxicos y de un brote esquizofrénico. Por lo tanto, no disponemos en la actualidad de evidencias que apoyen la existencia de una psicosis cannábica con unas características clínicas diferenciales (Arias & al., 2008).

Paco

En nuestro país es prevalente el consumo de paco (Observatorio Argentino de Drogas, 2018), también llamado pasta base o basuco. Se genera al mezclar las hojas de coca con nafta, kerosene y ácido sulfúrico. Se administra fumándolo en pipas -generalmente caseras - o cigarrillos y es potencialmente tóxica. Son muy comunes los cortes, mezclando la droga con sustancias que adulteran su peso, produciendo efectos adversos en el organismo.

Tiene un efecto muy rápido y breve, con un gran poder adictivo. Llega en pocos segundos al cerebro, generando euforia por 2 a 5 minutos, teniendo luego que volver a consumir rápidamente para recuperar el efecto.

En cuanto a los cuadros psicóticos en fumadores de paco, destacan las alucinaciones visuales, auditivas, olfatorias o cutáneas, y se presentan ideas persecutorias y de culpa, acompañadas por agitación y agresividad, durando desde semanas hasta meses.

A nivel físico se puede objetivar la gran pérdida de peso por falta de apetito, inquietud, temblores, disartria (dificultad en la articulación de la palabra), contracciones musculares y convulsiones.

Psicosis cocaínica

El arbusto llamado en Perú "coca" es una planta originaria de América del Sur, que puede alcanzar dos metros de altura. La cocaína se obtiene tras un proceso químico que se le realiza a las hojas de dicha planta.

El clorhidrato de cocaína es un polvo que se administra principalmente en forma inhalada, fumada o endovenosa, disuelta, o no, en agua. Se consume también mezclada con otras sustancias. Es una droga estimulante y euforizante. Tiene un efecto activador sobre el sistema simpático, aumentando el estado de alerta del sujeto. Influye también en el sueño, la temperatura corporal y las reacciones de miedo y enojo.

Es muy habitual que pacientes que hayan consumido cocaína, por lo general 4 a 6 horas después, consulten en las guardias de los hospitales, a causa de sus efectos adversos, como irritabilidad, insomnio, ansiedad, ideas paranoides, agitación y confusión.

El efecto deseado de la cocaína, es el agudo, el que se consigue a los pocos minutos de haberla consumido, consiste en un cambio del estado de ánimo, con euforia, alerta, aumento del deseo sexual, de la energía, mayor comunicación, más confianza en sí mismo y la sensación de tener todo bajo control.

Al disminuir los niveles de cocaína en sangre aparece un estado displacentero, denominado comúnmente "bajón", que alerta al sujeto sobre la necesidad de una nueva dosis de droga, para volver al estado anterior (Basani, 2011). Es común, al no tener más cocaína, intentar paliar el deseo de seguir consumiendo con psicofármacos sedativos o con alcohol. La cronicidad debilita sobre todo el sentido crítico, el sentido de lucidez (Escohotado, 1989).

Freud en el año 1884 realiza una descripción de las sensaciones despertadas por la droga:

El efecto consiste en optimismo y una duradera euforia, que no se diferencia de la normal en una persona sana. Se nota un aumento de autocontrol, y también que uno tiene gran vigor y es capaz de trabajar (...) El mejor empleo se consigue administrando dosis pequeñas pero eficaces, repetidas lo bastante a menudo como para que los efectos se superpongan (...) La cocaína es un estimulante mucho más vigoroso y menos dañino que el alcohol. (Freud citado por Escohotado, 1989).

Hablando específicamente de las psicosis cocaínicas, la distinción con un desencadenamiento psicótico en la fase aguda es dificultosa, debido a la similitud sintomática de ambas. Los episodios desencadenados por el consumo de cocaína son de breve duración y más frecuentes en varones. Se ha relacionado con aumento en el consumo, y cambios en la vía de administración, por lo general de inhalada a fumada o endovenosa, cuestiones que es muy útil recabar en una entrevista. Dura el tiempo que tarda en eliminarse el tóxico, pero a veces persiste durante semanas.

Un dato importante para el diagnóstico diferencial es que se acompaña de los síntomas físicos característicos de la intoxicación: taquicardia, bradicardia, midriasis, hiper o hipotensión

arterial, sudoración, agitación, náuseas, vómitos, angor, distonías, confusión, coma, convulsiones (Basani, 2011).

Chinchilla describe la posibilidad de psicosis de características paranoides, con delirios persecutorios, ideas de referencia y alucinaciones auditivas, visuales o táctiles. Según el autor, un dato clave para orientar el diagnóstico diferencial es la intensa excitabilidad muscular y los síntomas vegetativos como: aumento de la presión arterial, del pulso y la temperatura, también palidez y midriasis. (Chinchilla, 2010).

La psicosis de la cocaína, que puede durar meses si el paciente continúa tomando la droga, es un estado de delirium subagudo, con algunas características especiales. Puede ser que el enfermo continúe con sus amigos y con su vida ordinaria pero, sin embargo, aparece inquieto, intranquilo, a veces irritable. Tiene un aspecto pálido y cansado. También lo perturban las ideas paranoides sobre cuya naturaleza mórbida a veces tiene pensamientos claros (alucinosis). Las alucinaciones auditivas y las ilusiones son bastantes comunes, especialmente de noche, en que adoptan una interpretación delirante. El paciente puede esperar con terror y pánico que sus perseguidores entren en la casa para matarlo o entregarlo a la policía. Como parece natural cuando existe abuso de una droga prohibida legalmente, el enfermo cree que se le persigue y que lo vigilan las fuerzas de seguridad.

Las alucinaciones táctiles son muy específicas de la psicosis cocaínica: por ejemplo, el paciente siente pequeños animales, como lombrices, hormigas, piojos en la piel de las manos o se queja de que lo tocan con electricidad o que los cristales de cocaína entran en la piel. Estas alucinaciones, que constituyen lo que se llama el “signo de Magnan”, probablemente se relacionen con el efecto de la cocaína sobre los nervios periféricos.

El rapport relativamente bueno con el cocainómano, la vivacidad natural de su respuesta afectiva, y la ausencia de signos típicos del trastorno del pensamiento, facilitarán el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia.

Desarrollamos a continuación una viñeta donde puede apreciarse la aparición de los síntomas, su desaparición con el cese del consumo, y la crítica posterior sobre ellos:

L., paciente varón de 21 años de edad concurre de manera espontánea a la guardia de un Hospital General traído por su madre, quien refiere que su hijo, luego de robarle una gran suma de dinero a sus abuelos para comprar cocaína y ser descubierto, comenzó a manifestar ideas autolíticas con amenazas suicidas. Al ser entrevistado manifiesta no poder dejar de consumir cocaína, y que haberle robado a sus abuelos fue “la gota que rebalsó el vaso”. Agrega que al principio era todo placentero pero que ahora y cada vez con más frecuencia cuando consume se siente perseguido, mira por la cerradura de la puerta creyendo que la policía o los “dealers” lo vienen a buscar y escucha ruidos por las noches, voces de las cuales no llega a comprender lo que dicen. Refiere que estos síntomas persisten desde hace 10 días, y que incluso se encuentran presentes, aunque con menor intensidad, sin haber consumido. Manifiesta tener miedo a “volverse loco”.

En relación a su historia de consumo, L. manifiesta que comenzó a consumir alcohol y marihuana a los 16 años. A los 20 años comenzó a consumir cocaína, cuando entró a trabajar

para su padre en una empresa, “tenía que aguantar muchas horas”, “después se me hizo costumbre”. Agrega que, el consumo se intensificó, en frecuencia y cantidad, hace aproximadamente 4 semanas luego de una discusión con su padre, quien al enterarse que L. consumía sustancias psicoactivas lo echó del trabajo. Es la primera vez que L. realiza una consulta, no presenta antecedentes de tratamiento por Salud Mental.

Se instaura en ese momento un esquema farmacológico que incluye un antipsicótico y medicación para poder dormir y se indica a L. concurrir a entrevistas con psicología y psiquiatría en el Servicio de Salud Mental.

Tras un mes de tratamiento L. abandonó el consumo de cocaína, remitiendo por completo los síntomas de la esfera psicótica. Luego de varios meses de tratamiento con esta medicación, la misma fue retirada y los síntomas manifestados al inicio no volvieron a aparecer. L. adjudica los síntomas padecidos al “estar loco por la merca”: llama a la cuestión de la policía y los dealers como “maquinar de más”, y está convencido de que nadie lo está viniendo a buscar.

Conclusiones

Luego de haber introducido la existencia de síntomas de la serie psicótica que responden a una causalidad orgánica, nos hemos detenido en cómo se presentan dichos síntomas y cuál tiende a ser su evolución en ciertas psicosis denominadas tóxicas, es decir producidas por el efecto del consumo de sustancias psicoactivas, y en particular, aquellas ocasionadas por alcohol, marihuana, paco y cocaína.

Hemos podido observar cómo las cuatro sustancias estudiadas producen diversos síndromes o conjuntos de síntomas típicos en relación con el efecto que cada una tiene en el sistema nervioso central. Presentan características que parecen distinguirlos de los fenómenos elementales de la psicosis: la más importante es la ausencia de inercia dialéctica tan propia de los fenómenos elementales de la psicosis como estructura subjetiva, cuestión evidenciada en la crítica de situación luego de concluido el episodio agudo, con la concomitante restitución *ad integrum* de la personalidad. También hemos resaltado el caso del consumo en el contexto de psicosis relativas a la posición de rechazo de la impostura, donde la economía del tóxico parecería tender a apaciguar los fenómenos psicóticos perturbadores.

En suma, es posible circunscribir y distinguir aquellos síntomas psicóticos producidos por consumo de sustancias de aquellos vinculados con la forclusión del Nombre-del-Padre. Esta tarea si bien posible, no es simple, y para llevarla a cabo deberemos restituir el inmenso valor de la clínica, el detalle de las descripciones de las presentaciones de nuestros pacientes, su aparición y duración, para hacer un correcto diagnóstico diferencial.

Referencias bibliográficas

- Arias Horcajadas, F; Ramos Atance, J. A. (2008). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: Casos clínicos*. Madrid: Reprografía Digital y Servicios CEMA, 2008.
- Basani, J. C. (2011). *Manual de urgencias en salud mental*. Buenos Aires: Capital Intelectual, 2011.
- Chaslin, Ph. (1895). *La confusion mentale primitive*. Paris: 1895.
- Chinchilla, A. (2007). *Las Esquizofrenias*. Barcelona: Edit. Masson, 2007.
- Chinchilla, A. (2010). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson, 2010.
- Escohotado, A. (1989). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza, 1998.
- Falcoff, A. D.; Fantin, J. C. (2009). *Manual de clínica y terapéutica en psiquiatría*. Buenos Aires: Letra Viva, 2011.
- Fernández, F (1976). *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Madrid: Edit Paz Monsalvo.
- Ferrer,C; Vallejo Ruiloba, J. (2001). *Manual De Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría*. Barcelona. Edit Masson. 2001.
- Gross, M; Slater, E; Roth M. (1974). *Psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lasègue, C. (1852). El delirio alcohólico no es un delirio, sino un sueño. En Stagnaro J.C. (comp.) (2010). *Alucinar y delirar*. Buenos Aires: Polemos, Tomo I, 2010.
- Moureau de Tours, J. (1845). Del haschich y de la alienación mental. En Stagnaro J.C. (comp.) (2010). *Alucinar y delirar*. Buenos Aires: Polemos, Tomo I, 2010.
- Observatorio Argentino de Drogas (2018). Informe anual.
Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/>
- Postel, J; Quérel, C. (1987). *Nueva historia de la psiquiatría*. México D.F: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología Clínica*. Madrid: Edit Triacastela.
- Suárez Richards, M. (2006). *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, 2010.

OCTAVA PARTE

PSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA Orientaciones para trabajadores de la Salud Mental

Pedro Damián Gargoloff

Advertencia

Esta parte del libro provee información acerca de medicaciones psicofarmacológicas con el único objetivo de favorecer el diálogo con los profesionales médicos del equipo de salud mental y propiciar que los tratamientos farmacológicos se den en un marco interdisciplinario, tal como promueve la sanción de la Nueva Ley de Salud Mental.

El acceso a esta información no debe utilizarse para que los profesionales de la salud mental no médicos y demás actores de este campo ejerzan actos que no son de su incumbencia profesional. Sólo los profesionales médicos pueden hacer indicaciones de fármacos. Sólo los médicos medican. Su formación los prepara para ello y su título incluye esa incumbencia. Cualquier uso inapropiado de esta información podrá ser objeto de las medidas éticas y legales correspondientes.

CAPÍTULO 29

Introducción

Pedro Damián Gargoloff

Breve reseña histórica de la psicofarmacología

La psicofarmacología es el estudio de las drogas que ejercen su función esencialmente en el Sistema Nervioso Central, por lo que evidencian sus efectos en el comportamiento, las cogniciones, las percepciones y los pensamientos. El tratamiento psicofarmacológico debe ser parte de un abordaje interdisciplinario e integral del paciente, junto con otras dimensiones como son la psicológica y la social (Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina 2013, Zieher 1999). El cambio producido por el medicamento conlleva dos efectos conjugados, el **efecto farmacológico** propio generado por el principio activo en el organismo, y el **efecto placebo** que es aquel producido por una sustancia o procedimiento que carece por sí mismo de una acción terapéutica. Este último es al mismo tiempo somático y psicológico, y se adiciona o resta al efecto puro o propio del fármaco (Wikinsky, 2004).

La historia de la psicofarmacología es relativamente reciente, con un desarrollo en la primera mitad del siglo XX, a partir del descubrimiento de acciones terapéuticas en los trastornos mentales de drogas usadas en muchos casos con otros fines. A principios del siglo XX ya se usaban el hidrato de cloral, los barbitúricos y las anfetaminas en sujetos melancólicos agitados, sin clara mejoría en los síntomas afectivos, más allá del efecto sedativo o psicoestimulante. En 1955 se descubren los antidepresivos tricíclicos, aún hoy en uso como la imipramina, cuyo principal mecanismo de acción es la modificación de los niveles de las monoaminas, la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Unos años antes, el australiano J. Cade había publicado sus conclusiones sobre la eficacia del litio en el tratamiento de la manía y la reaparición de los síntomas cuando se lo retiraba (Schatzberg, 2013).

Los primeros antipsicóticos fueron descubiertos por casualidad en los años '50 cuando se observó en 1952 que la clorpromazina, un agente utilizado como antihistamínico, tenía efectos antipsicóticos. En este caso, luego de constatar su eficacia se lo estudió para descubrir su mecanismo de acción, siendo en 1963 Carlsson y Linqvist los primeros en asociar la dopamina al mecanismo de acción. Hacia 1958 se sintetiza e introduce en la clínica el haloperidol, y ese mismo año se sintetiza la clozapina que comienza a ser utilizada en 1962.

Como ansiolíticos, hasta 1950 se utilizaban los barbitúricos, muy riesgosos por la alta letalidad en sobredosis y con alto potencial de abuso. La búsqueda de agentes más seguros deter-

minó el descubrimiento de las benzodiacepinas: primero el clordiazepoxido, comercializado desde 1960, y luego el diazepam que se sintetizó en 1962. Estos agentes, las benzodiacepinas, representaron un avance en cuanto a menor riesgo de tolerancia, dependencia e interacciones -que de todas formas las presentan-, pero la principal ventaja fue que los intentos de suicidios con medicamentos para dormir dejaron de ser una preocupación por la seguridad de estos fármacos aún utilizados en sobredosis.

A pesar del advenimiento de numerosas investigaciones y descubrimientos de nuevos psicofármacos, podemos ver que muchos de los hasta aquí mencionados como medicamentos pioneros en el tratamiento de diversas enfermedades mentales, siguen aún hoy siendo utilizados (Kairos Vademecum, 2017).

Algunas definiciones

La farmacología es el estudio de las interacciones entre las drogas y los seres vivos. Llamamos principios activos o drogas a aquellas sustancias que, aplicadas a una estructura viva -ser vivo o una parte de ellos como células, enzimas, etc.-, originan una respuesta. Los fármacos son las drogas que tienen utilidad en la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de los seres vivos animales o vegetales. Los medicamentos son los principios activos junto con los excipientes de manera tal de poder ser administrados (Janicak, 2011).

La farmacodinamia es el estudio de aquello que el fármaco le hace al organismo. O sea, de los efectos que tienen los fármacos en niveles que van desde el molecular, el bioquímico, el celular, el tisular o de los tejidos, el de los órganos, hasta el organismo en su totalidad.

La farmacocinética es el estudio de aquello que el cuerpo le hace al fármaco. En este caso, son todos los procesos que determinan la concentración del fármaco en la biofase o lugar biológico donde el fármaco ejerce su acción, y va desde la absorción, el metabolismo de la droga, su distribución por el organismo y finalmente la eliminación (Zieher, 2011). El sitio de absorción depende de la vía de administración, si es oral será el gastrointestinal con posibles interacciones con comidas que pueden elevar o reducir la cantidad o velocidad de la droga absorbida, si es intramuscular será del músculo, si es inhalatoria será por el pulmón. No hay absorción cuando directamente se la aplica por vía endovenosa. El metabolismo es generalmente en el hígado y de allí la droga pasa a la circulación general, aquí es donde puede haber muchas interacciones entre medicamentos y que pueden determinar mayores o menores niveles de los esperados en sangre. La eliminación puede ser por materia fecal, pero más frecuentemente por vía renal, aquí también puede haber interacciones a tener en cuenta.

Es importante destacar que los fármacos ejercen su acción luego de una única administración como también luego de múltiples administraciones. Hay un concepto a tener en cuenta que es el de la vida media, que es el tiempo en que tarda la medicación en bajar a la mitad su concentración en la sangre. Por ejemplo, si la vida media es de 12 horas, significa que a las 12 horas habrá un 50% de la concentración en sangre de la droga, a las 24 horas un 25% (la mi-

tad de la mitad), a las 36 horas un 12.5% (la mitad de la última mitad) y así sucesivamente. Se considera que luego de un tiempo de 4 a 5 vidas medias sin tomar la medicación (en este caso hipotético 48-60 horas), quedan concentraciones insignificantes de la droga en el organismo. Cuando se comienza a usar un fármaco, luego de un período de 4-5 vidas medias se estima que se ha alcanzado el equilibrio en la concentración del mismo, siendo ésta la resultante de lo que ingresa y lo que sale del cuerpo. Esto es importante ya que no tomar la medicación un día no significa que no habrá nada del fármaco en el organismo. A modo de ejemplo, es frecuente la pregunta de un paciente que quiere tomar alcohol una noche y consulta si es racional no tomar la medicación esa noche. Aplicando el concepto de estado estacionario y vida media se puede entender fácilmente que si no pasan 4-5 vidas medias sin tomar el fármaco va a haber interacción por más que no tome la medicación esa noche. Esto último es clave para el caso de pacientes medicados con benzodiazepinas (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam).

Clasificación de los psicofármacos

La manera vigente de clasificar a los fármacos data de hace más de 40 años, cuando la Organización Mundial de la Salud estableció el sistema denominado ATC, cuya sigla se lee como Anatómica-Terapéutica- Química (Organización Mundial de la Salud, 2017). Éste se basa en el área anatómica donde los fármacos ejercen su principal acción (en el caso de los psicofármacos el Sistema Nervioso Central), las indicaciones para las condiciones clínicas por las que surgieron (en los psicofármacos los antidepresivos para depresión, los antipsicóticos para las psicosis, los ansiolíticos para la ansiedad, etc.) y la estructura química. Pero dentro de los grupos, hay algunos subgrupos que se denominan por la estructura química (como los antidepresivos tricíclicos), otros por el mecanismo de acción (antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina) y otros que entran en categorías como la de “otros” o “de segunda generación” (como los antipsicóticos de segunda generación, o agregando más confusión antipsicóticos “atípicos”).

Uno de los problemas derivados de esta clasificación es que como los límites para las categorías fueron borrándose con la aparición de nuevos compuestos, y además algunos fármacos que inicialmente se usaban en una condición clínica empezaron a demostrar su utilidad en otras condiciones clínicas. Así, se utilizan antidepresivos para tratar cuadros de pacientes que no son depresivos, como por ejemplo los trastornos de ansiedad, la bulimia, el colón irritable; o se utilizan antipsicóticos para cuadros no psicóticos, como la depresión, la manía en el trastorno bipolar, la ansiedad. También se usan antiepilépticos en cuadros no epilépticos, como en el trastorno bipolar, la depresión, la impulsividad. Conviene tener en cuenta esto, dado que es habitual que surjan dudas y preguntas de los pacientes en la práctica asistencial, sobre por qué si no están deprimidos se les indica un “antidepresivo”, o expresan “yo no estoy loco, ¿por qué me dá un antipsicótico?”

Por lo anterior, es que han surgido en los últimos años intentos de clasificación alternativos de los psicofármacos y que se basan fundamentalmente en el sitio o mecanismo de acción y los neurotransmisores o moléculas implicadas (Zohar, 2014). Dada la complejidad de estas clasificaciones, que por el momento se encuentran en amplio debate, es que no se profundizará en ellas y se presentará la clasificación de los psicofármacos como se viene haciendo hasta la actualidad (Tabla 1). No obstante, es importante recalcar que en un futuro no muy distante, se deberá estudiar psicofarmacología siguiendo alguna clasificación más moderna.

Tabla 1. Clasificación de los psicofármacos

1. Antidepresivos
2. Antipsicóticos
3. Estabilizadores del ánimo
4. Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos
5. Psicoestimulantes
6. Fármacos utilizados en las demencias
7. Fármacos utilizados en las adicciones

CAPÍTULO 30

Antidepresivos

Clasificación

Los antidepresivos se clasifican en diferentes clases, pero el criterio con el que se denomina cada clase no es uniforme (Tabla 2). Algunas clases se llaman así por el mecanismo de acción primario y otras por su estructura química, quedando el resto en la categoría de "otros". Esta disparidad de criterios deja en evidencia lo imperfecto de la clasificación, que genera actualmente un gran debate en la comunidad médica y confusión en los usuarios.

Dentro de los primeros, la clase de antidepresivos que lleva el nombre según el mecanismo de acción, se encuentran los que modifican los niveles de neurotransmisores: serotonina, noradrenalina y dopamina. Es así que tenemos los que inhiben la recaptación del neurotransmisor serotonina elevando el nivel de ésta (ISRS), o los que inhiben la recaptación de dos neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina (IRSN o duales) o la dopamina y la noradrenalina (IRND). Los últimos dos antidepresivos salidos al mercado, vilazodona y vortioxetina, combinan el mecanismo de los ISRS con la estimulación de receptores de serotonina. También se denominan por el mecanismo de acción los que inhiben la degradación de las monoaminas -serotonina, noradrenalina y dopamina- (IMAOs), elevando los niveles de éstas. Son drogas antiguas y casi sin uso en la actualidad. Por otro lado, están los tricíclicos, que llevan su nombre por la estructura química que poseen, a pesar de saberse que ejercen su acción elevando los niveles de las monoaminas, como los IRSN, pero con afectación de muchos otros receptores, lo que los hace de peor tolerancia y con más efectos adversos (Alvano, 2010). Finalmente en la categoría de "otros", encontramos aquellos con un mecanismo de acción particular y que no pueden incorporarse en alguno de los grupos anteriores.

Tabla 2. Clasificación de los Antidepresivos

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Fluoxetina
 Sertralina
 Paroxetina
 Citalopram
 Escitalopram
 Fluvoxamina

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)

Venlafaxina
 Desvenlafaxina
 Duloxetina

Inhibidores de la Recaptación y Agonistas parciales de Serotonina (IRAS)

Vilazodona
 Vortioxetina

Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Dopamina (IRND)

Bupropion

Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

Amitriptilina
 Imipramina
 Clomipramina

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAOs)

Tranilcipromina

Otros

Mirtazapina: Antagonista de receptores alfa2 que eleva niveles de serotonina y noradrenalina.
 Agomelatina: Antagonista de receptores de serotonina 5HT2c-5HT2b y Agonista de receptores de Melatonina.
 Trazodona: Inhibición de recaptación de serotonina y antagonista de receptores de serotonina 5HT2a.

Indicaciones de los antidepresivos

Los fármacos del grupo de los antidepresivos son ampliamente utilizados en medicina, no sólo por psiquiatras, sino también por médicos de otras especialidades como generalistas, clínicos, cardiólogos o reumatólogos, por mencionar sólo algunos. Encontramos condiciones clínicas para las cuales los antidepresivos han demostrado ser eficaces, luego de pasar por los estudios de investigación que se requieren regulatoriamente. El proceso de investigación con nuevos medicamentos es estrictamente necesario para que salgan al mercado medicaciones que hayan demostrado ser útiles y seguras. De nada sirve prescribir una medicación que no

demonstró ser eficaz, e incluso puede ser perjudicial para el curso de la enfermedad o generar complicaciones clínicas si no son seguras (Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2016).

Al decir que una droga tiene una indicación aprobada, significa que fue ensayada con todos los requisitos éticos y regulatorios en un grupo de pacientes y demostró eficacia y seguridad en determinada condición clínica (Tabla 3). Pero también vamos a encontrar evidencia de utilidad de un fármaco para ciertas enfermedades o síntomas, sin que ésta sea contundente, y por lo tanto todavía no se encuentre dicha medicación oficialmente aprobada para el uso con esa indicación. Esto último es lo que se denomina como “uso fuera de prospecto” o en inglés *off label*, y se menciona porque este tipo de indicaciones se encuentran ampliamente distribuidas, no solamente para los antidepresivos, sino también para otros grupos como los antipsicóticos (Tabla 4).

Tabla 3. Indicaciones aprobadas de los antidepresivos

Depresión mayor unipolar
 Distimia
 Trastorno obsesivo compulsivo
 Trastorno de pánico
 Trastorno de ansiedad generalizada
 Trastorno de ansiedad o fobia social
 Trastorno por estrés postraumático
 Bulimia nerviosa
 Cesación tabáquica
 Enuresis

Tabla 4. Indicaciones fuera de prospecto

Depresión bipolar
 Esquizofrenia, síntomas negativos
 Trastorno esquizoafectivo
 Demencias
 Trastornos de personalidad, ej: límite
 Trastorno disfórico premenstrual
 Trastorno del control de los impulsos
 Fibromialgia
 Dolor crónico
 Colon irritable
 Trastorno afectivo orgánico, por lesión cerebral, sustancias o enfermedad clínica

Elección del antidepresivo y efectos adversos

Los ISRS se toleran bien en comparación con los antiguos antidepresivos tricíclicos e IMAOs, siendo en general recomendados como de primera elección en el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad. Existen datos recientes, a través de un complejo método de análisis de la evidencia, que muestran que algunos antidepresivos serían más efectivos que otros, pero esto no puede ser afirmado con certeza por el momento. Lo que sí difiere es el perfil de efectos adversos. Por ejemplo, dentro de los ISRS la paroxetina se ha asociado con más aumento de peso y disfunción sexual, mientras que la sertralina se asocia frecuentemente con diarrea. Los duales o IRSN se tienden a tolerar peor que los ISRS, pero mejor que los tricíclicos. Con todas las drogas hay un amplio margen de variabilidad individual en la tolerancia, siendo difícil la predicción de efectos adversos sólo con el conocimiento del perfil de cada antidepresivo. Los efectos adversos más frecuentes con los ISRS son la cefalea, los efectos gastrointestinales (náuseas, diarrea o malestar abdominal). En aproximadamente un 20% de los casos se presentan en las primeras semanas y se produce acostumbamiento o tolerancia si se continúa con el medicamento, siendo en pocas ocasiones motivo de abandono del mismo (Cleare, 2015).

Los ISRS también pueden generar disfunciones sexuales (libido baja, retraso en orgasmo y eyaculatorio), siendo las cifras del 20 al 70% según el estudio y la metodología usada. Ésto es muy poco frecuente o no ocurre con la vilazodona, la vortioxetina, la mirtazapina, el bupropion y la agomelatina (Gargoloff, 2016; Deardorff, 2014; Clayton, 2014). El aumento de peso se puede dar con los ISRS y los IRSN, no es muy frecuente y de ocurrir es leve (Stahl, 2014). Raramente los ISRS pueden producir efectos adversos graves como la hiponatremia (disminución del sodio de la sangre) o sangrado gastrointestinal.

Los antidepresivos tricíclicos suelen asociarse con sedación, constipación, mareos, aumento de peso y efectos cardiovasculares (hipotensión, taquicardia, arritmias), razón por la cual se utilizan cada vez menos a pesar de la eficacia y se reservan como opción en casos severos, o que no han respondido a otros antidepresivos (Sadock, 2009). Los ISRS, y en menor medida los IRSN, son seguros en caso de sobredosis, no así los tricíclicos con los que una sobreingesta puede llevar a la muerte. En la tabla 5 se describen los efectos adversos más comunes para cada clase de antidepresivos (Santarsieri, 2015).

Al interrumpir la toma de los antidepresivos se pueden experimentar síntomas de discontinuación, usualmente dentro de los primeros 5 días de suspendidos y suelen ser leves y durar no más de 2 a 4 días. El término "discontinuación" se usa en el caso de drogas que no generan dependencia o adicción, como es el caso de los antidepresivos. Los síntomas pueden ser similares a una gripe con dolores musculares, irritabilidad, náuseas, inestabilidad en la marcha, sudoración, parestesias o sensaciones en el cuerpo como hormigueos, incremento de la actividad onírica y dolor de cabeza, que a veces se describe como sensación de electricidad. Hay que explicar al paciente que estos síntomas no se consideran como una recaída, ni se requieren estudios complementarios como laboratorios o cardiológicos para descartar una enferme-

dad física. Los antidepresivos con los que más ocurren estos efectos de discontinuación son la paroxetina y la venlafaxina dentro de los modernos, y la amitriptilina e imipramina en los más antiguos. (Gabriel, 2017).

Tabla 5. Efectos adversos más comunes de los antidepresivos

Clase de	Droga	Efectos Adversos
ATD		
ISRS	Fluoxetina, Sertralina Paroxetina, Citalopram, Escitalopram. Fluvoxamina	Cefalea, náuseas, malestar gastrointestinal, insomnio, fatiga, ansiedad, disfunción sexual.
IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina	Náuseas, insomnio, boca seca, cefalea, aumento de la presión arterial, disfunción sexual, sudoración.
IRAS	Vilazodona Vortioxetina	Náuseas, diarrea, insomnio. Náuseas, diarrea, mareos.
IRND	Bupropion	Insomnio, inquietud, cefalea, disminución del apetito y peso, sudoración.
ATC	Amitriptilina, Imipramina Clomipramina	Aumento de peso, sedación, boca seca, náuseas, visión borrosa, constipación, hipotensión postural, disfunción sexual, arritmias.
IMAO	Tranilcipromina	Aumento de peso, disfunción sexual, fatiga, hipotensión. Riesgo de interacciones severas con algunos alimentos y ocasionar crisis de hipertensión arterial.
Otros	Mirtazapina Agomelatina Trazodona	Sedación, aumento del apetito y de peso. Mareos, aumento de enzimas hepáticas. Sedación, náuseas.

CAPÍTULO 31

Antipsicóticos

Clasificación

Los antipsicóticos se clasificaron inicialmente por su química: fenotiazinas (clorpromazina, trifluoperazina, perfenazina, tioridazina), butirofenonas (haloperidol) y otras (pimozida y sulpirida) (Janicak, 2011). Actualmente esa clasificación se dejó de lado, dado que la estructura química de los nuevos antipsicóticos es muy variada y sin una clara relación con su mecanismo de acción. Surgió luego una nueva clasificación, la de típicos o atípicos, en función de la presencia o no respectivamente de los efectos adversos extrapiramidales (rigidez y temblor como los más visibles), entendiendo esta diferencia clínica en relación al balance entre el bloqueo de los receptores D2 de dopamina y de serotonina 5HT2. Así, los desarrollados primero fueron identificados como típicos (los ya mencionados), quedando reservada la inclusión en los atípicos a la clozapina y los que la siguieron: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, sertindol, aripiprazol, lurasidona y asenapina e iloperidona.

Debido a que los denominados "antipsicóticos atípicos" también pueden generar efectos adversos extrapiramidales y que, dentro de los antipsicóticos típicos algunos también bloquean los receptores 5HT2, la hipótesis del balance del bloqueo de los receptores D2/5HT2 fue dejando paso a otra forma de agruparlos. Diversas asociaciones, entre ellas la Asociación Mundial de Psiquiatría, los dividieron según la aparición para su empleo, antes o después de 1990, identificándolos como Antipsicóticos de Primera Generación (APG) o de Segunda Generación (ASG). Dos excepciones a esta regla son la clozapina y la olanzapina, descubiertas en 1959 y 1971 e incluidas en los de Segunda Generación.

La siguiente tabla muestra los antipsicóticos disponibles en nuestro país a diciembre de 2017, con la fecha de su aprobación por la FDA (*Food and Drug Administration*, es la agencia de medicamentos de Estados Unidos) (Tabla 6).

Tabla 6. Antipsicóticos disponibles en Argentina	Año de aprobación por FDA
Clorpromazina	1952
Haloperidol	1958
Clozapina y Tioridazina	1962
Zuclopentixol	1978
Risperidona	1993
Olanzapina y Sertindol	1996
Quetiapina	1999
Ziprasidona	2001
Aripiprazol	2004
Paliperidona	2007
Asenapina	2011
Lurasidona	2013

Indicaciones

Las propiedades de los denominados antipsicóticos no se limitan solamente al tratamiento de los síntomas positivos en las psicosis. Poseen otras propiedades farmacológicas de acuerdo a los receptores y circuitos neuronales sobre los que actúan. Es así que podemos identificar acciones antidepressivas en la depresión bipolar y unipolar, antimaníacas, ansiolíticas e hipnótico-sedantes. Por ello es que no es correcto hablar de “antipsicóticos”, como se mencionó previamente en el apartado sobre la clasificación de los psicofármacos. Los antipsicóticos de Primera Generación comparten indicaciones como clase de medicamentos, no existiendo sólida evidencia de diferencias en el perfil de eficacia de acuerdo a cada condición clínica (Tabla 7. Sadock, 2009).

Tabla 7. Indicaciones de los Antipsicóticos de Primera Generación

- Episodio psicótico agudo en esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo
- Mantenimiento en esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo
- Episodio Depresivo con síntomas psicóticos
- Trastorno de ideas delirantes
- Psicosis debida a condiciones médicas clínicas
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Delirium y demencia. Síntomas psicóticos y trastornos de conducta
- Esquizofrenia infantil
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno del espectro autista
- Síndrome de Tourette
- Enfermedad de Huntigton

En el caso de los antipsicóticos de Segunda Generación se encuentran diferencias en cuanto a indicaciones terapéuticas, fundamentalmente por la existencia de estudios que avalan su uso en unas condiciones, pero no en otras. No obstante, todos los ASG son eficaces en los episodios psicóticos agudos de la esquizofrenia y probablemente en los episodios psicóticos agudos en general. Se describen abajo las indicaciones de los ASG (Sadock, 2009; Schatzberg, 2017), enfatizando la consideración de determinados ASG para algunas condiciones clínicas específicas (Tabla 8).

Tabla 8. Indicaciones de los Antipsicóticos de Segunda Generación	Considerar especialmente...
Esquizofrenia resistente al tratamiento	Clozapina
Reducción del riesgo de conducta suicida recurrente en esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo	Clozapina
Episodio psicótico agudo en esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo	Sin preferencia. Cualquier Antipsicótico
Mantenimiento en esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo	Risperidona, Olanzapina, Aripiprazol
Episodio maníaco en el trastorno bipolar	Todos menos Lurasidona
Episodio depresivo en el trastorno bipolar	Quetiapina, Lurasidona
Depresión con síntomas psicóticos	Sin preferencia. Cualquier Antipsicótico
Mantenimiento en trastorno bipolar	Risperidona, Olanzapina
Depresión resistente o como potenciador	Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol
Trastorno de ideas delirantes	Sin preferencia. Cualquier Antipsicótico
Trastorno límite de la personalidad	Risperidona, Olanzapina, Quetiapina
Trastorno psicótico inducido por sustancias	Sin preferencia. Cualquier Antipsicótico
Delirium y demencia. Síntomas psicóticos y trastornos de conducta	Sin preferencia. Cualquier Antipsicótico
Psicosis debida a condiciones médicas clínicas	Sin preferencia. Cualquier Antipsicótico
Esquizofrenia infantil/adolescentes	Risperidona, Aripiprazol
Trastornos del espectro autista	Risperidona
Síndrome de Tourette	Risperidona, Ziprasidona
Trastorno de ansiedad generalizada resistente	Quetiapina
Trastorno por estrés postraumático	Risperidona, Olanzapina

Efectos adversos

En cuanto a los efectos adversos de los antipsicóticos, se detallan en la siguiente tabla (Tabla 9) los más frecuentes y la probabilidad relativa de desarrollar los mismos (de muy baja a alta).

Tabla 9. Efectos adversos más frecuentes con Antipsicóticos

Antipsicótico	Clase	Sedación	Aumento de peso	Acatisia	Parkinsonismo	Anti-colinérgico	Elevación Prolactina
Clorpromazina		+++	++	+	++	++	+++
Haloperidol	APG	+	+	+++	+++	+	+++
Trifluoperazina		++	+	++	+++	+	+++
Tioridazina		+++	++	+	+	+++	+++
Aripiprazol		-	-	+	-	-	-
Asenapina		+	+	+	-	-	+
Clozapina		+++	+++	-	-	+++	-
Lurasidona		+	-	+	+	-	+
Olanzapina	ASG	++	+++	+	-	+	+
Quetiapina		++	++	-	-	+	-
Paliperidona		+	++	+	+	+	+++
Risperidona		+	++	+	+	+	+++
Ziprasidona		+	-	+	-	-	+

+++ alta ++ moderado + bajo - muy bajo

La acatisia se refiere a una inquietud displacentera, con un componente subjetivo y casi siempre un componente objetivo donde la persona mueve levemente las piernas al caminar, al estar en el mismo lugar o al deambular. Empieza a las pocas horas o a lo sumo pocas semanas desde que se inició el antipsicótico. Hay una forma más rara de inicio tardío. El tratamiento es reducir la dosis, de ser posible, cambiar el antipsicótico o indicar un “antídoto” como propranolol, clonazepam, difenhidramina y otros, pero con eficacia limitada (Sadock, 2009).

El parkinsonismo es la presencia de alguno de los síntomas siguientes: temblor bilateral y/o rigidez muscular que se objetiva en la movilidad de brazos y/o piernas limitadas; bradiquinesia que incluye hipomimia o fascies con poca expresividad con tono de voz monocorde, enlentecimiento motor y dificultad para iniciar el movimiento; bradipsiquia; salivación excesiva. Este tipo de efecto adverso debe diferenciarse de la enfermedad de Parkinson, de la depresión y de los síntomas negativos de la esquizofrenia. El inicio de estos efectos se da entre días y semanas después de iniciar o incrementar la dosis, y no luego de meses o años. La reducción de la dosis, de ser posible, es la primer opción como intervención. Otras opciones son cambiar el antipsicótico y eventualmente prescribir un fármaco anticolinérgico. Entre estos “antídotos” anticoli-

nérgicos encontramos al trihexifenidilo y el más usado en nuestro medio que es el biperideno (Akinetón es la marca de la droga original). Es importante destacar que, si bien son muy utilizados junto con los APG especialmente en el ámbito hospitalario, no deberían usarse en forma crónica, pues su eficacia a largo plazo es limitada para controlar el parkinsonismo y por otro lado los pacientes no los necesitarían por mucho tiempo, de allí que cada tres meses debería revisarse su continuidad (Schatzberg, 2017).

La distonía -aguda, y raramente de inicio tardío- es un espasmo muscular involuntario, donde los ojos se van hacia arriba, se gira el cuello (tortícolis), hay dificultad para tragar, a veces se arquea la espalda, y en raras ocasiones hay dificultad para respirar por espasmo de la laringe. Es muy displacentero, se da más en jóvenes, y con dosis elevadas de APG como el haloperidol. El inicio es a las pocas horas de comenzar con el antipsicótico o incluso a los pocos minutos si se usó la vía intramuscular o endovenosa (Janicak, 2011). Se trata con anticolinérgicos (biperideno) orales o intramuscular de ser posible, ya que por esta vía responde a los 20 minutos o antes. También puede usarse vía intramuscular la difenhidramina (una marca es Benadryl).

La diskinesia tardía con movimientos involuntarios bucolinguales -como masticar, mover o sacar la lengua-, de la cara, de la pelvis o de los dedos como tocar el piano se inicia meses o años luego de empezar con el antipsicótico y es mucho más frecuente con los APG, siendo irreversible en la mitad de los casos. Se trata suspendiendo los anticolinérgicos como el biperideno ya que la puede enmascarar o empeorar. Si se puede, se indica reducción de la dosis del antipsicótico o se lo cambia por clozapina o quetiapina (Stahl, 2013). El riesgo de desarrollar este cuadro en forma persistente es del 32% con cinco años de uso de antipsicóticos típicos, del 57% y del 68 % con 15 y 25 años de uso (Glazer, 1993). En 2017 salió al mercado en Estados Unidos la Valbenazina, una medicación para tratarla, que todavía no está a la venta en Argentina.

Los efectos adversos anticolinérgicos se llaman así por el mecanismo biológico que se produce en estos casos -el bloqueo de receptores del neurotransmisor acetilcolina-, y son: boca seca, constipación, retención urinaria, visión borrosa, aumento de la presión intraocular. Son difíciles de tratar cuando aparecen. Se sugiere reducción de la dosis, de ser posible o cambio del fármaco.

La elevación de la hormona prolactina en la sangre es un efecto adverso que frecuentemente es asintomático. En caso de producir síntomas, depende de la magnitud de la elevación, puede producir a corto plazo disfunción sexual -libido reducida, retraso eyaculatorio o en orgasmo-, alteraciones menstruales, galactorrea -secreción de leche por mamas-, y a largo plazo reducción de la densidad de los huesos y posible aumento de riesgo de cáncer de mama. Se sugiere reducir dosis o cambiar la medicación, en su defecto utilizar dosis bajas de otros medicamentos que reducen la prolactina como el antipsicótico aripiprazol o agonistas de dopamina como bromocriptina o cabergolina (Inder, 2011).

Otros efectos adversos posibles con los antipsicóticos son el aumento de peso y el trastorno en el metabolismo de los azúcares o lípidos con posibilidad de desarrollar diabetes o aumentar

el colesterol y los triglicéridos, disminución de los niveles de sodio -hiponatremia-, hiper o hipotensión arterial y arritmias cardíacas, entre otros. Debido a esto es que los antipsicóticos - dependiendo de su perfil metabólico- pueden aumentar la morbimortalidad de origen cardiovascular (Mitchell, 2012; Tiihonen 2016). Es por todo lo anterior que se requieren controles clínicos y de laboratorio, controles de tensión arterial y de peso, todo con regularidad y al menos una vez al año.

CAPÍTULO 32

Estabilizadores del ánimo

Hace tiempo se definió a los fármacos estabilizadores del ánimo o humor como aquellos que trataban la manía y prevenían su recurrencia, estabilizando así el polo maníaco del trastorno bipolar. Desde entonces se han modificado y/o agregado conceptos a esta definición, tornándola más compleja, o confusa, y no por ello menos cuestionada. En términos prácticos y basados en la evidencia científica actual, se pueden definir como estabilizadores del ánimo a los medicamentos que pueden tratar alguna de las fases del trastorno bipolar -manía, depresión o mixta- y/o prevenir recaídas. Entonces, hay fármacos que pueden estar principalmente orientados al polo maníaco y “tratar desde arriba” para reducir los síntomas maníacos y prevenir recaídas en la manía. Otros, predominantemente orientados al polo depresivo y a “tratar desde abajo” los síntomas de la depresión bipolar y prevenir recaídas depresivas (Stahl, 2013). No todos los fármacos que han demostrado funcionar en el trastorno bipolar tienen las cuatro acciones terapéuticas, como se detalla en la siguiente tabla (Tabla 10, Modificada de Schatzberg, 2017).

Tabla 10. Estabilizadores del ánimo aprobados. Indicaciones y rango de dosis (mg/d)

	Manía / mixtos	Mantenimiento / prevención	Depresión
Litio	1800-2400	900-2400	600-1800
Valproico	750-2500	750-2500	
Carbamacepina	800-1600		
Lamotrigina		100-200	100-200
Quetiapina	400-800 mg	400-800	100-300
Risperidona	1-6 mg	1-6	
Olanzapina	10-20 mg	5-20	5-12
Lurasidona			20-120
Aripiprazol	15-30 mg		
Asenapina	15-20		
Ziprasidona	80-160		
Clorpromazina	300-600		

Otros fármacos utilizados en el trastorno bipolar

Modafinilo, Gabapentin, Antidepresivos, Levetiracetam, Pramipexol, Clozapina, Topiramato, Oxcarbacepina, Fenitoina, Haloperidol

Litio

Es un elemento químico que el cuerpo maneja como si fuera el sodio. Fue el primer fármaco utilizado para el tratamiento del trastorno bipolar, cuando en 1949 John Cade lo describió para el tratamiento de la manía aguda (Alvano, 2005). Es efectivo en el tratamiento de la manía aguda moderada o severa, también en la prevención de nuevos episodios afectivos -maníacos y en menor medida depresivos- en el trastorno bipolar. También se utiliza para potenciar –aumentar el efecto- de los antidepresivos en la depresión unipolar (aquellos pacientes que nunca presentaron un episodio maníaco) como se mencionó en el apartado de depresión en este capítulo. Existe sólida evidencia que muestra al litio como medicación que previene el suicidio, dado que reduce hasta en un 80% el riesgo de intentos como de suicidios consumados en el trastorno bipolar (Cipriani, 2005). El litio se mide en la sangre debido a que hay una clara relación entre las concentraciones y la eficacia para tratar la depresión bipolar o prevenir nuevos episodios (0.4-0.8 mmol/l), o en la manía aguda con concentraciones más altas (0.8-1.2 mmol/l) (Musetti, 2013).

Muchos de los efectos adversos del litio están relacionados con su concentración en sangre: como leve malestar gastrointestinal, temblor fino, mucha sed e ingesta de líquido. También puede causar sabor metálico en la boca, edema en pies y aumento de peso, hipotirodismo en el 20% que se trata y no es necesario suspender el litio, acné, reducción de la función cognitiva y descoordinación. Algunos, muy pocos, pueden desarrollar un problema renal (Werneke, 2012). En dosis mayores a las recomendadas (con valores en sangre mayores a 1.2 mmol/l) aparecen los mismos efectos adversos descritos antes pero más severos, y otros efectos como inestabilidad, mareos, espasmos musculares, desorientación, convulsiones hasta el coma o la muerte. De allí la importancia de tratar inmediatamente si hay una intoxicación con litio, todo depende de los valores en sangre.

Se deben hacer estudios de sangre y cardiológicos antes y durante el tratamiento al menos cada seis meses, ya que en caso de detectar un problema clínico asociado se debe tratarlo o eventualmente suspender el litio (no es ésta la primer opción en general). Quizá por ésto y por su toxicidad en sobredosis, es que muchos profesionales no lo usan con la frecuencia que se debería. Hay que tener cuidado cuando se toman antiinflamatorios y analgésicos (como el diclofenac o el ibuprofeno), debido a que aumentan casi al doble la concentración en la sangre del litio, ergo aumentando la toxicidad o haciendo que aparezcan efectos adversos.

Ácido Valproico

El mecanismo de acción es incierto, con hipótesis varias que involucran en las neuronas a los canales de sodio y receptores del neurotransmisor GABA, como también afectación de la señalización intracelular. Existe también como valproato de magnesio y divalproato de sodio, que se deben administrar dos veces por día, y la forma de liberación controlada de

divalproato de sodio que se puede tomar todo junto una sola vez al día y tiene una mejor tolerancia. Es eficaz para el tratamiento de la fase maníaca del trastorno bipolar. En cuanto a los efectos profilácticos y la prevención de nuevos episodios afectivos, existe evidencia de efectividad pero no tan contundente como en el caso del litio. Las acciones antidepresivas no han sido bien establecidas, siendo probablemente efectivo pero en un nivel modesto en la depresión bipolar. Ha sido estudiado para los pacientes con ciclación rápida -aquellos con 4 o más episodios maníacos o depresivos en el período de un año- (Calabresse 1999), y para quienes presentan episodios mixtos -combinación de síntomas maníacos y depresivos al mismo tiempo-. (Yatham, 2013).

Algunos efectos adversos son dosis dependientes, como náuseas, mareos, malestar gastrointestinal, temblor. También puede producir caída de cabello y alteración en la cantidad de glóbulos rojos, blancos o plaquetas, o toxicidad hepática con diversas manifestaciones clínicas por estos efectos. Otros efectos adversos están relacionados más a la exposición crónica que a la dosis diaria, por lo que no pueden ser evitados con la reducción de la dosis. Éstos incluyen incremento de peso, el aumento del andrógeno en las mujeres que puede determinar por esta hormona elevada un mayor crecimiento del vello y ovario poliquístico, toxicidad fetal con defectos del desarrollo del sistema nervioso central en el primer trimestre de embarazo. Por esto último es que debería evitarse su utilización en mujeres en edad fértil con potencialidad de quedar embarazadas, y en caso de tener que usarlo debe prescribirse preventivamente siempre una dosis elevada de la vitamina ácido fólico (Sadock, 2009). Se deben hacer estudios de sangre y determinar el peso corporal, antes y durante el tratamiento al menos cada seis meses. También puede ser medida la concentración en la sangre como en el caso del litio, pero la correlación entre concentración plasmática y mejoría terapéutica no está tan claramente establecida como con este último.

Puede tener interacciones con otras medicaciones que aumentan los niveles de ácido valproico, como el antidepresivo fluoxetina. A su vez el valproato aumenta los niveles del estabilizador del ánimo lamotrigina o del antipsicótico quetiapina, y puede bajar las concentraciones del antipsicótico olanzapina. La carbamacepina reduce los niveles de valproato. Todas estas interacciones son para tener en cuenta por ser fármacos que se utilizan en el tratamiento del trastorno bipolar. La combinación con litio no tiene interacciones significativas, y de hecho es una de las más usadas para la manía aguda y el tratamiento de mantenimiento (Sandson, 2007).

Las guías NICE de Inglaterra lo recomiendan como de primera línea para el tratamiento de la manía, para la profilaxis de nuevos episodios afectivos, y en combinación con antidepresivos para los episodios agudos de depresión bipolar. (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014b).

Lamotrigina

El mecanismo de acción es incierto, aunque se sabe que modula la neurotransmisión del glutamato y los canales de sodio neuronales. Esta medicación está aprobada como estabilizador del ánimo para la prevención de recurrencias depresivas. Es ampliamente usada en la depresión bipolar, pero la evidencia de estudios que avalen eficacia en la fase aguda de la depresión es controvertida. Otros usos con menor evidencia incluyen la indicación como complemento de los antipsicóticos en esquizofrenia o depresión unipolar.

Se tolera generalmente muy bien, sin producir aumento de peso, por ejemplo. El efecto adverso más preocupante es una reacción en piel denominada rash, que aparece en el 8% aproximadamente y obliga a suspenderla debido a que puede progresar a formas más severas. Este efecto puede ser minimizado con un ajuste muy lento del fármaco durante el inicio del tratamiento, evitando en lo posible el valproato que aumenta los niveles de lamotrigina. Las dosis usadas en el trastorno bipolar oscilan entre 100 y 200 mg/d, en una o dos tomas por día. Cuando se usa combinada con valproato la dosis se debe reducir a la mitad, y con carbamacepina se debe duplicar (Alvano, 2005).

Carbamacepina

Es un anticonvulsivante que ejerce su acción a través de los canales de sodio. Es eficaz para el tratamiento de la manía y para la prevención de episodios maníacos. También se utiliza en la migraña, el dolor neuropático y con menos sustento científico en la depresión bipolar y para la impulsividad como síntoma en diversos trastornos mentales.

Su utilización requiere de estudios de laboratorio antes y durante el tratamiento. Este fármaco tiene un perfil de efectos secundarios con algunos que pueden ser graves, como alteraciones severas en el número de glóbulos blancos o de todas las células sanguíneas, descensos importantes en el sodio sanguíneo, alergia. Efectos adversos frecuentes son: sedación, mareos, inestabilidad, náuseas, diarrea, visión borrosa, leve aumento de peso.

El problema principal del uso de la carbamacepina es su propiedad para inducir notablemente el metabolismo hepático de numerosas sustancias y medicamentos, y por lo tanto disminuir las concentraciones sanguíneas ocasionando pérdida de eficacia de fármacos que se usan concomitantemente. Por lo anterior, cuando se usa carbamacepina las dosis de muchas otras drogas deben incrementarse. Las dosis usualmente utilizadas en la manía oscilan entre 400 y 1600 mg/d en dos o tres tomas por día, en la manía aguda en general se necesitan dosis mayores a 800 mg/d (Stahl, 2014).

Antipsicóticos como estabilizadores del ánimo

Pensar a los antipsicóticos como drogas que sólo tienen acciones “antipsicóticas” no es para nada correcto. Estos fármacos tienen varias propiedades sedativas, ansiolíticas, antimaníacas, estabilizadoras del ánimo y antidepresivas (Stahl, 2013). Algunos antipsicóticos como la olanzapina y la quetiapina tienen incluso todas las propiedades antes mencionadas. En la sección de "normativas de tratamiento" en el trastorno bipolar como en las de esquizofrenia y antipsicóticos se encontrará en detalle información sobre este grupo de fármacos.

CAPÍTULO 33

Ansiolíticos e Hipnóticos

Dentro de los fármacos ansiolíticos que se usan en el tratamiento de la depresión se encuentran determinados antidepresivos. Si bien no es la intención de este capítulo ahondar en la clínica de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad, se realizarán algunas consideraciones al respecto. ¿Cuándo consideramos a la ansiedad como un trastorno de ansiedad? Entendemos a la ansiedad como una emoción normal, que aparece en circunstancias amenazadoras y que forma parte de la reacción evolutiva de supervivencia, de lucha y huida (Cia, 2014.) Hay situaciones ante las cuales es normal experimentar ansiedad, pero ésta puede ser desadaptativa cuando es desproporcionada para el estímulo o situación a la que se ve asociada. Los síntomas pueden ser psicológicos, físicos o mixtos y se requiere de un tratamiento -farmacológico o no- cuando producen discapacidad o afectan a la calidad de vida. Los síntomas nucleares en los trastornos de ansiedad pasan por el miedo y por preocupaciones excesivas, a diferencia de la depresión donde el ánimo depresivo y/o la reducción del interés y del placer se constituyen como claves para el diagnóstico. A pesar de lo anterior, los trastornos de ansiedad tienen un considerable solapamiento sintomático con la depresión y, a su vez, entre los diferentes trastornos de ansiedad existen síntomas que se superponen. Siempre es clave descartar que la ansiedad no se deba a una causa médico-clínica como puede ser en el hipertiroidismo, o por sustancias-drogas como la cafeína o la cocaína.

Los trastornos de ansiedad suelen ser crónicos y el tratamiento tiene una eficacia parcial, aunque significativa. Se destaca que las personas con estos trastornos suelen ser particularmente propensas a padecer efectos adversos, por lo que se deben utilizar dosis bajas de los psicofármacos indicados al inicio de la terapéutica.

Benzodiacepinas

Son el grupo de ansiolíticos más conocidos por la población y también de los más utilizados, a pesar de las recomendaciones de uso por breves períodos de tiempo. Se llaman así por su estructura química. El sitio de acción es el receptor denominado GABA-A de muchas neuronas, siendo clave para el efecto terapéutico la modificación a nivel de estructuras cerebrales como la amígdala y los circuitos córtico-estriado-tálamo-cortical. Al unirse a este re-

ceptor facilita rápidamente la entrada de cloro a las células, generando una reducción en la actividad de éstas. El alcohol también modifica la actividad del receptor GABA-A (Stahl, 2013). En términos generales se acepta que las benzodiazepinas tienen cinco propiedades: ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes, miorelajantes, amnésica en la inducción de la anestesia. Los efectos depresores del Sistema Nervioso Central están relacionados con la dosis que se administre, siendo a bajas concentraciones en sangre ansiolíticas, luego sedantes y finalmente hipnóticas, pero no llegan a producir anestesia, coma o muerte como sí lo puede producir el alcohol y los barbitúricos. La excepción es cuando se combinan benzodiazepinas con alcohol o barbitúricos, ya que así se potencian los efectos depresores (1+1 no es 2 sino 3 o 4), y existe riesgo de muerte.

Clasificación de las benzodiazepinas

Se pueden clasificar por la vida media en horas (tiempo hasta que se reduce la concentración plasmática a la mitad), por la potencia (concepto de la farmacodinamia, sería lo “fuerte” que son, la dosis necesaria para alcanzar determinado efecto (a menor dosis mayor potencia) y por la velocidad de inicio de acción. Por otro lado, como el sitio de acción es el mismo, el receptor GABA-A, las benzodiazepinas pueden reemplazarse unas por otras teniendo en cuenta las diferentes potencias, por lo que existen referencias de dosis equivalentes entre ellas. (Tabla 11, modificada de Schatzberg, 2017).

Tabla 11. Clasificación de las benzodiazepinas

Droga	Vida media (hs)	Potencia	Inicio de acción (hs)	Dosis equivalentes (mg)
Alprazolam	9-20	XXX	1-3	0.5
Bromazepam	8-30	XX	1-mas de 3	3
Clonazepam	19-60	XXXX	1-mas de 3	0.25
Diazepam	40-200	X	0.5-1	5
Flunitrazepam	15-20	XXX	1-3	1
Lorazepam	6-8	XX	1-3	1
Midazolam	1-4	XXX	0.5-3	2.5

Efectos adversos

Son en general bien toleradas y los efectos adversos no suelen ser numerosos ni graves. El más frecuente es la sedación diurna. No es el efecto buscado normalmente, sino el efecto ansiolítico, salvo en los casos como en la excitación psicomotriz. Si la dosis es excesiva puede producirse la sedación. Se asocia con dificultades para hablar, en la coordinación motora, vi-

sión borrosa, atención y memoria. Habitualmente cede con los días, debido ésto a la tolerancia que se desarrolla. Incrementan el riesgo de caídas y fracturas de cadera en ancianos en hasta un 50% con un aumento también en la mortalidad, riesgo que es mayor cuanto más elevada es la dosis (Tiihonen, 2016). Pueden producir afectación en la memoria anterógrada o de consolidación, esto es dosis dependiente y reversible. También pueden afectar la capacidad de conducir. Las reacciones paradójales no son raras. Se generan cuando en lugar de producir ansiedad aparece ansiedad o insomnio, hiperactividad, desinhibición conductual, y se dan más frecuentemente con aquellas de vida media más corta o en combinación con el alcohol. La depresión respiratoria es muy rara, no así cuando se administran por vía endovenosa o si se consumen con alcohol. Para los casos de sobredosis existe un antagonista que hace las veces de "antídoto", el flumazenil. Puede haber interacciones con otros fármacos que elevan los niveles de benzodiazepinas, como la fluoxetina.

Un párrafo aparte merece la tolerancia, la dependencia y la abstinencia. La tolerancia, que se da en la mayoría de las personas, es la necesidad de usar una dosis cada vez mayor para poder lograr el mismo efecto. Esta es la razón por la que la sedación desaparece luego de una o dos semanas y el efecto hipnótico cuando pasaron cuatro semanas aproximadamente. La dependencia puede ser física y/o psíquica, ocurriendo síntomas de abstinencia cuando las benzodiazepinas se suspenden abruptamente o se reduce la dosis en gran proporción. Los síntomas de abstinencia pueden ser leves -como insomnio, inquietud, ansiedad, cefaleas- a graves, como alteraciones sensorio-perceptivas, convulsiones, síndrome confusional, síntomas psicóticos. Suelen aparecer a poco de la suspensión o bajada brusca de la dosis y durar entre una a tres semanas, y se resuelve si se reinstala el tratamiento (Schatzberg, 2013).

¿Cómo se suspende una benzodiazepina que se viene usando de manera crónica? Como regla general se puede decir que se deben bajar no más de un 25% cada 3-4 semanas, aunque en muchos casos pueden reducirse más rápidamente. De esta forma, es muy probable que se pueda suspender luego de varios pasos de reducción gradual. Puede ser más difícil con las benzodiazepinas de vida media más corta, por lo que una estrategia puede ser pasar a clonazepam y luego sí ir reduciendo esta droga gradualmente. Con ésto lo que se pretende enfatizar es que se pueden retirar, no es imposible, pero se requiere una estrategia gradual y que la decisión sea conjunta del médico y del paciente. Debido a la potencialidad de abuso de este fármaco, donde la persona toma más de lo indicado o hace un uso compulsivo de las mismas, es que no deberían usarse en aquellos pacientes con antecedentes de consumo problemático de otras sustancias.

Hipnóticos no benzodiazepínicos

También denominadas "drogas Z". Los comercializados en Argentina son Zolpidem (con la forma de liberación común y otra de liberación controlada), Zopiclona y Eszopiclona. Se utilizan

con bastante frecuencia en nuestro medio. Todas actúan sobre el receptor GABA-A y poseen sólo propiedades hipnóticas en humanos, careciendo de las otras propiedades de las benzodiazepinas como son la ansiolítica, la anticonvulsivante, la miorrelejante y la de inducción anestésica. Deben ser tomadas al momento de acostarse, con un inicio de acción luego de 30 a 90 minutos, pero que puede ser antes aún. Tienen una vida media corta, el zolpidem 2.5 hs, la zopiclona 3-6 hs y la eszopiclona 6 hs (Schatzberg, 2017).

Están indicados para el tratamiento del insomnio de conciliación. La eszopiclona y la forma de liberación controlada del zolpidem también se pueden indicar para el insomnio de mantenimiento. La tolerancia es generalmente buena, siendo los efectos adversos más frecuentes y que se dan en menos del 5% de los pacientes la sequedad bucal y el sabor amargo, somnolencia matinal, náuseas, cefaleas, amnesia anterógrada, sonambulismo. Si bien el riesgo de tolerancia, dependencia y abstinencia es bajo, se han descrito casos de insomnio de rebote al suspenderlos luego de un mes de uso continuo. Las dosis en las que se usan estas drogas son: zolpidem 5-20 mg, eszopiclona 1-3 mg y zopiclona 3.75-15 mg.

Pregabalina

Es un anticonvulsivante, que actúa en los canales de calcio reduciendo la actividad neuronal y la liberación de neurotransmisores. Está relacionada estructuralmente al neurotransmisor GABA, pero a pesar de esto no se conoce que actúe sobre los receptores GABA como sí lo hacen las benzodiazepinas y los hipnóticos no benzodiazepínicos (Stahl, 2014). Son fármacos aprobados para el uso en fibromialgia, dolor neuropático, como coadyuvante en epilepsia con crisis parciales, trastorno de ansiedad generalizada. Podría ser de utilidad también en el trastorno de pánico y en el de ansiedad social.

Forma de uso y efectos adversos

Debe dosificarse en dos o tres tomas diarias. Para el caso de la fibromialgia y los trastornos de ansiedad la dosis diaria no supera habitualmente los 450 mg/d, pero pueden utilizarse hasta 600 mg/d. Los efectos adversos más frecuentes son sedación, visión borrosa y mareos que con el uso continuado suelen desaparecer, aumento de peso en hasta el 10% de los pacientes, edema periférico.

Antidepresivos

Como se mencionó anteriormente, la denominación “antidepresivos” se encuentra cuestionada, ya que medicamentos que tienen eficacia en la depresión también la tienen en otros trastornos como es el caso de los trastornos de ansiedad. Ésta es la razón por la cual

con frecuencia nos vemos obligados a explicar a un paciente por qué se le indica un “anti-depresivo” si no se encuentra padeciendo precisamente un episodio depresivo. Si bien no todos los antidepresivos son eficaces en los trastornos de ansiedad e insomnio, son numerosos los que pueden utilizarse. El lector debe referenciarse a la sección de antidepresivos para mayor detalle respecto de la farmacología de cada uno, y a la sección de normativas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad para las pautas de uso de este muy útil grupo de fármacos.

CAPÍTULO 34

Psicoestimulantes, fármacos para demencias y adicciones

Son los fármacos utilizados en el Trastorno por déficit de atención en niños y adolescentes como en adultos (ADHD, en siglas del inglés). Algunos de estos también se utilizan en depresión con significativa anergia (Stahl, 2014).

Metilfenidato: La primer elección en tratamiento farmacológico del ADHD, con numerosos estudios que avalan su eficacia y seguridad. Ejerce su acción aumentando los niveles de dopamina y noradrenalina. Los efectos adversos incluyen insomnio, anorexia, aumento de la presión arterial. Se cuestiona si puede retrasar el crecimiento. Existen preparados de liberación controlada para una dosificación más conveniente, de una vez al día a la mañana. Los efectos positivos pueden verse desde la primera dosis, pero para alcanzar el máximo beneficio pueden pasar varias semanas.

Atomoxetina: es una alternativa no anfetamínica para el tratamiento del ADHD. Incrementa los niveles de noradrenalina, y en menor medida de dopamina. Como efectos adversos pueden aparecer sedación, cansancio, insomnio, boca seca, náuseas. Hay reportes de incremento ocasional de pensamientos suicidas. Los efectos positivos pueden verse desde la primera dosis, pero para alcanzar el máximo beneficio pueden pasar varias semanas.

Modafinilo: Es un estimulante del Sistema Nervioso Central, con mecanismo de acción desconocido, que se utiliza en el cuadro neurológico conocido como narcolepsia. También es utilizado, pero con menor nivel de evidencia, en la fatiga y somnolencia asociada a la depresión, ADHD, como promotor de la vigilia en sujetos sin trastornos mentales. Se utiliza en dosis de 100 a 200 mg/d en una toma a la mañana. El inicio de acción puede ser desde las dos horas posteriores a la primera dosis pero el mejor efecto puede demorar varios días. La duración de su uso puede ser indefinida, mientras la condición de base persista. Los efectos adversos más frecuentes son ansiedad, insomnio, diarrea, náuseas, anorexia, palpitaciones, hipertensión. Puede haber algún abuso potencial, pero en la práctica clínica es infrecuente. De aparición más reciente es el armodafinilo, que es la porción activa de la molécula de modafinilo, con mayor duración de acción en el día y potencialmente mejor tolerado.

Fármacos para las demencias

Las demencias o trastorno neurocognitivo mayor, como se denomina en el último manual de diagnóstico DSM5, es un cuadro que puede tener varias etiologías. La principal causa de demencia en la población general, aproximadamente el 70%, es la Demencia por Enfermedad de Alzheimer (DTA). Las otras demencias más frecuentes son la demencia vascular, la demencia frontotemporal, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia en la enfermedad de Parkinson. También encontramos las demencias denominadas “mixtas”, por tener componentes de la demencia tipo Alzheimer y la vascular. Estos fármacos son utilizados como tratamiento sintomático, no curan ni revierten la demencia, sino que retrasan modestamente la evolución de la enfermedad (Rabins, 2014).

Anticolinestérasicos: Donepecilo, Rivastigmina, Galantamina

Se denominan así porque inhiben una enzima que degrada el neurotransmisor acetilcolina, elevando los niveles de ésta. Están indicados en el tratamiento de la DTA de severidad leve y moderada, tanto para síntomas cognitivos como conductuales. Las dosis terapéuticas utilizadas deben tratar de llevarse a la máxima tolerada para lograr el mayor beneficio y son: donepecilo, 5 a 10 mg/d; rivastigmina 3 a 6 mg/d; galantamina 4 a 12 mg/d (16-24 mg/d la de liberación controlada) (Allegri, 2017).

Los efectos adversos más frecuentes son náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, y normalmente se produce tolerancia a estos con el uso continuado. Para el caso de la rivastigmina existen parches transdérmicos con los que estos eventos aparecen menos. Otros efectos adversos posibles es la bradicardia o descenso de la frecuencia cardíaca, por lo que siempre deben usarse conjuntamente con controles clínicos o cardiológicos.

Antagonistas del receptor NMDA: Memantina

Es un fármaco de aparición más reciente que los anticolinesterásicos. Está indicado en el tratamiento de los síntomas cognitivos y conductuales de la DTA moderada a severa, no en las formas de reciente comienzo. Esta es la única indicación aprobada para este fármaco, más allá que quizá se la encuentre siendo prescrita en otros cuadros, pero sin eficacia demostrada. Se puede combinar con los anticolinesterásicos, siendo esta una práctica habitual hoy en día. La dosis terapéutica es entre 10 y 20 mg/d (14 a 28 para la forma de liberación controlada), intentando llevarla a la dosis máxima para lograr los mejores resultados. Es un medicamento que en general es bien tolerado. Se utiliza preferentemente en una toma diaria por la mañana, pues entre los efectos adversos más frecuentes se encuentran el insomnio y la inquietud. Pero también puede ocasionar sedación, mareos, vértigos, cefaleas, constipación (Allegri, 2017).

Fármacos para las adicciones

En esta sección se describen los fármacos aprobados para el uso en el tratamiento del consumo de determinadas sustancias. Se han desarrollado fármacos específicos para el tratamiento de la dependencia al alcohol, la nicotina, los opioides, pero no así al momento actual para la dependencia a la cocaína, la marihuana, las anfetaminas y otras sustancias. En estas últimas se utilizan antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, antidepresivos, para el tratamiento sintomático de los cuadros clínicos que pueden desarrollarse concomitantemente. En Argentina no tenemos hasta ahora el problema de la dependencia a opiáceos como la heroína, si bien puede haber abuso de otros opiáceos como la morfina o el tramadol (un medicamento para el dolor), por eso no se describirán los tratamientos para este grupo de sustancias.¹⁶⁰

Dependencia y abuso de alcohol

Naltrexona: Se utiliza solamente en dependencia al alcohol. Actúa bloqueando receptores opioides implicados en los efectos placenteros del consumo de alcohol, por lo que disminuye el deseo de consumir. Se utiliza en dosis de 50 mg/d. Los efectos adversos más frecuentes son náuseas, disminución del apetito, mareos, pero en general es bien tolerado (Reus, 2017).

Disulfiram: Ejerce su acción inhibiendo una enzima (aldehído deshidrogenasa), que interviene en el metabolismo del alcohol, llevando a la acumulación de un producto llamado acetaldehído. Esta sustancia genera síntomas físicos muy displacenteros, como calor, palpitaciones, rubefacción, hipotensión arterial. De esta manera, el paciente sabe que no puede tomar alcohol con esta medicación, porque en caso de hacerlo experimentará con seguridad estos síntomas. Por ello es que sólo se utiliza en personas con compromiso de tomarlo y no beber, y como muchos pacientes alguna vez vuelven a beber alcohol y padecen los efectos displacenteros descritos, este medicamento puede ayudarlos a mantenerse en abstinencia. La dosis es de 250-500 mg/d (Reus, 2017).

Dependencia a la Nicotina

Terapias de reemplazo de Nicotina: Aumentan hasta dos veces la posibilidad de dejar de fumar, reduciendo significativamente los síntomas de abstinencia y la necesidad de fumar. Las dosis varían de acuerdo a la severidad de la dependencia a la nicotina. En Argentina contamos con nicotina que puede ser provista mediante chicles, pastillas, parches, spray nasal (Waisman, 2017).

¹⁶⁰ Cf . séptima parte.

Vareniclinia: Es el tratamiento más eficaz para la cesación tabáquica de estas tres opciones. Actúa estimulando los receptores de nicotina, es un antagonista parcial de estos receptores. Reduce los síntomas de abstinencia y los síntomas de recompensa y placer que genera el fumar. Se describe también que los usuarios de vareniclinia puede experimentar “asco” cuando fuman. Se debe dejar de fumar a la semana de iniciar el tratamiento. La dosis se incrementa gradualmente en la primer semana, quedando luego en dos tomas diarias de 1 mg. La duración del tratamiento es de tres meses, y para quienes se mantuvieron sin fumar este período puede ser beneficioso seguir por tres meses más. El principal efecto adverso son las náuseas, en hasta el 30%, muchas veces causa de discontinuación de la medicación; también se describe inquietud, ansiedad, insomnio y cefalea (Sofuoglu, 2011).

Bupropion: Ya descrito en la sección de antidepresivos.

CAPÍTULO 35

Tratamientos psicofarmacológicos

Normativas para el tratamiento farmacológico de la depresión

En el tratamiento de la depresión se pueden identificar tres fases: aguda, de continuación y de mantenimiento. Pero para poder discriminar estas fases entre sí debemos definir, primeramente y de acuerdo con la evolución sintomática, los conceptos de respuesta, remisión, recaída y recurrencia. Se habla de "respuesta" cuando hay alguna modificación favorable en los síntomas a partir del tratamiento. Remisión es una significativa reducción sintomática de manera tal que no se cumplen ya los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo, existiendo una remisión parcial o total dependiendo de si existen síntomas residuales. Recuperación es el momento en que se considera finalizado el episodio depresivo por haber pasado ya un tiempo considerable en remisión. Se habla de "recaída" cuando antes de alcanzar la remisión o la recuperación, hay una reaparición o empeoramiento de los síntomas, sea durante el tratamiento o al suspenderlo, estamos en este caso ante el mismo episodio depresivo. Se llama "recurrencia" cuando los síntomas reaparecen después de alcanzado el estado de recuperación, en este caso estamos ante un nuevo episodio depresivo. (Sadock, 2009).

Volviendo a las fases del tratamiento, la primera es la fase aguda o inicial y va desde el inicio del tratamiento hasta el momento en que se alcanza la remisión, siendo la duración de esta fase entre 4 y 12 semanas idealmente. Luego comienza la segunda fase, denominada "de continuación", que se extiende hasta la recuperación, cuando se considera finalizado el episodio depresivo por el que se recibió tratamiento y se extiende por 4 a 9 meses. El objetivo de la fase de continuación es evitar las recaídas. En el caso de un primer episodio depresivo el tratamiento incluye la fase aguda y de continuación, pero cuando se presenta un segundo o ulterior episodio se agrega en el tratamiento una tercera fase que se llama "de mantenimiento" con el objetivo de prevenir las recurrencias o nuevos episodios depresivos. El tiempo de la fase de mantenimiento es de dos a tres años luego de un segundo episodio depresivo, hasta cinco años luego de un tercer episodio depresivo, y más de cinco años hasta indefinido cuando se presentaron más de tres episodios depresivos. Estos tiempos se estiman como necesarios para la prevención de futuros episodios depresivos, ya que existen sólidos datos epidemiológicos que evidencian un mayor riesgo de recaída cuando más episodios depresivos se hayan presentado. La tasa de recaída tras la remisión de un primer episodio depresivo tratado adecuadamente es del 33% al año, subiendo esta cifra a 50% al año luego de un segundo episodio depresivo y al 70% a los 6 meses luego de un tercero (Stahl, 2013; Alvano 2016).

Otro aspecto para tener en cuenta en el tratamiento farmacológico de la depresión es el período de latencia. Se llama así al tiempo entre que se empieza con el medicamento antidepresivo y las primeras evidencias clínicas de mejoría. Típicamente hay una latencia entre dos y cuatro semanas. En ocasiones, podemos ver algunos cambios antes, como en los síntomas ansiosos asociados a la depresión en los primeros siete días del tratamiento (Gargoloff, 2016). Pero es importante recalcar que grandes cambios en la primera semana de tratamiento deben ser interpretados con cautela, ya sea por consistir la mejoría en una respuesta placebo asociada a expectativas de cambio positivo o a un cuadro que puede ser grave como es un viraje a la manía en una persona no diagnosticada con trastorno bipolar.

Claramente, los antidepresivos funcionan cuando son adecuadamente prescritos. Como se mencionó anteriormente, hay dos variables para tener en cuenta para hablar con propiedad sobre si un tratamiento no es eficaz: la dosis mínima y el tiempo adecuado. Las dosis mínimas de cada antidepresivo se describen ampliamente en la literatura científica (Tabla 12, modificada de Schatzberg, 2017). El uso por debajo de estas dosis recomendadas se considera como dosis subterapéutica y no tendría utilidad clínica, siendo ésto una causa de pseudo resistencia al antidepresivo prescrito. Sobre el tiempo mínimo aceptado para considerar un ensayo terapéutico el consenso es de entre 4 y 12 semanas con dosis mínima efectiva.

Tabla 12. Dosis efectivas mínimas de los antidepresivos

ISRS	Dosis (mg/d)
Fluoxetina	20
Sertralina	50
Paroxetina	20
Citalopram	20
Escitalopram	10
Fluvoxamina	50
IRSN	
Venlafaxina	75
Desvenlafaxina	50
Duloxetina	60
Otros	
Vilazodona	20
Vortioxetina	10
Mirtazapina	30
Agomelatina	25
Bupropion	150
Trazodona	150
Tricíclicos	125

No todos los episodios depresivos deben ser abordados farmacológicamente, al menos en un primer momento. Existe consenso en la comunidad médica, basado en la evidencia científic-

ca, que en los episodios moderados y severos se debe utilizar un tratamiento antidepresivo desde el inicio y en las formas leves se prefiere la opción de ofrecer un abordaje psicoterapéutico u otro no farmacológico. Lo anterior se fundamenta en que la evidencia respecto de la eficacia de los antidepresivos es clara para las formas moderadas y severas, no así en las leves donde la eficacia es cuestionable y con una alta respuesta placebo.

En el tratamiento de los episodios depresivos pueden y deben usarse fármacos que no son antidepresivos dependiendo de las circunstancias y estadio del tratamiento. Así, ante la presencia de síntomas psicóticos siempre debe incorporarse un fármaco antipsicótico. En los casos en que se evidenció una respuesta, pero no la remisión de los síntomas con el antidepresivo, la estrategia de potenciación con antipsicóticos atípicos, litio, hormona tiroidea o lamotrigina es muy útil. Se potencia con fármacos que *per se* no son antidepresivos, pero que combinados con estos aumentan la posibilidad de alcanzar la mejoría deseada. El uso de ansiolíticos e hipnóticos tiene su lugar especialmente en las primeras semanas de uso del antidepresivo en casos con marcada ansiedad o insomnio, mientras se espera que pase el período de latencia y el efecto del antidepresivo comience a evidenciarse (Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencia, 2017).

Existen otros abordajes, no farmacológicos, que también han demostrado reducir los síntomas depresivos y modificar aspectos neurobiológicos de la depresión. Si bien no es el foco de este capítulo, se puede mencionar la terapia electroconvulsiva (TEC) para las formas más severas o resistentes y con alto riesgo de suicidio, la luminoterapia para las formas estacionales, la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS), la estimulación del nervio vago, el ejercicio y la psicoterapia (The National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Sin lugar a duda, la combinación de farmacoterapia y psicoterapia ofrece las mejores chances de una recuperación exitosa. Se brindan más adelante pautas sobre cuándo derivar un paciente al psiquiatra para un eventual tratamiento farmacológico de la depresión (Tabla 13, Modificada de Preston, 2013).

Tabla 13. Depresión ¿Cuándo derivar al psiquiatra para un eventual tratamiento farmacológico?

1. Ideas o plan suicida
2. Síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones
3. Insomnio severo o despertar muy temprano
4. Peso o apetito con alteración significativa
5. Inhibición o agitación psicomotriz significativa
6. Anhedonia significativa
7. Cuidado personal muy afectado
8. Funcionalidad con significativa afectación
9. Falta de mejoría a pesar de la psicoterapia

Normativas para el tratamiento del trastorno bipolar

Antipsicóticos en el trastorno bipolar

Los antipsicóticos de primera generación, como el haloperidol oral o de larga acción de depósito, han sido usados desde hace mucho tiempo en la manía y hay muchos estudios que lo avalan. En cuanto al tratamiento a largo plazo, los encontramos como parte de los tratamientos de mantenimiento pero aquí la evidencia es poco consistente para fundamentar su uso. Es más, su uso debería ser limitado también por la posibilidad de producir efectos adversos como depresión y diskinesia tardía (movimientos anormales involuntarios, en la boca y cara fundamentalmente).

Muchos antipsicóticos de segunda generación como olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, lurasidona, han sido estudiados y aprobados para el tratamiento de la manía, la depresión y la prevención de nuevos episodios afectivos (depresivos o maníacos). Esto se muestra en detalle en la tabla siguiente, con el agregado de las dosis utilizadas en cada indicación (Tabla 14, Modificada de Schatzberg, 2017).

Tabla 14. Antipsicóticos de segunda generación en trastorno bipolar
Indicaciones y dosis aprobadas en mg/d

	Manía / mixtos	Mantenimiento / prevención	Depresión
Quetiapina	400-800 mg	400-800	100-300
Risperidona	1-6 mg	1-6	
Olanzapina	10-20 mg	5-20	5-12
Lurasidona			20-120
Aripiprazol	15-30 mg		
Asenapina	15-20		
Ziprasidona	80-160		

Cabe mencionar que la olanzapina es tan efectiva como el valproato y el litio en la manía, y la eficacia es mayor cuando se combina con litio o valproato. En cuanto a la prevención de nuevos episodios también hay evidencia que apoya su uso, como en combinación con olanzapina para el tratamiento de la depresión bipolar. La quetiapina es el único de los antipsicóticos de segunda generación que ha demostrado ser eficaz tanto en la manía como en la depresión y el mantenimiento. La clozapina sería de utilidad en las formas resistentes del trastorno bipolar, particularmente en la manía resistente.

Tratamiento de la manía e hipomanía aguda

El tratamiento farmacológico es la principal herramienta en la terapia de la manía e hipomanía. Tanto los antipsicóticos como los estabilizadores del ánimo son efectivos (Yildiz, 2011). Los sedativos y ansiolíticos por un corto período de tiempo, como las benzodiazepinas clonazepam o lorazepam, pueden ayudar complementariamente a los primeros. Si el paciente no está con tratamiento se consideran como primera opción el uso de uno de los siguientes: litio, valproato (no en mujeres en edad fértil), antipsicóticos. En caso de respuesta inadecuada con alguno de estos solos se pueden combinar entre ellos. Si el paciente ya viene con tratamiento: primero se debe evaluar la adherencia al tratamiento, muchas recaídas se deben a las tomas irregulares o al abandono de la medicación; segundo se deberá considerar aumentar la dosis de lo que toma y/o chequear concentraciones en sangre del litio o valproato; tercero se considerará agregar un antipsicótico si viene con litio o valproato o viceversa si viene con un antipsicótico (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014b).

Tratamiento de la depresión bipolar

La depresión bipolar genera una significativa afectación funcional, y difiere de la depresión unipolar (aquellos que sólo padecen depresión y nunca tuvieron un episodio maníaco o hipomaníaco) en la severidad, el curso temporal, las recurrencias y la respuesta al tratamiento. Los episodios depresivos en el trastorno bipolar, en comparación con los unipolares son de inicio más rápido, más frecuentes, más severos, más cortos y con mayor frecuencia de síntomas psicóticos, más sueño y apetito. El 15% de las personas con trastorno bipolar se suicidan, 25 veces más que en la población general. La mayoría de los pacientes bipolares pasan mucho más tiempo con síntomas depresivos que maníacos (Yatham, 2013).

El tratamiento farmacológico es controvertido en cuanto a la elección de los fármacos por dos razones. Primero que los estudios hasta hace poco tiempo se enfocaban en la eficacia en el episodio agudo y no a largo plazo. Sería como si se apuntara a evaluar una fotografía o la película entera. Hay tratamientos que pueden ser eficaces para los episodios agudos pero no a largo plazo e incluso perjudiciales en este término. Por ejemplo, el uso de antidepresivos es muy controversial, hay muchos estudios que señalan que pueden aumentar la frecuencia de episodios con el tiempo, la eficacia el período agudo es dudosa e incluso algunos arriesgan que quizá no sirvan y que pueden generar virajes a la manía en sujetos vulnerables o ya con un trastorno bipolar establecido (Tondo, 2010). En términos generales el consenso es que siempre se deben usar con un estabilizador del ánimo o antipsicótico, y por un período de tiempo más breve que en la depresión unipolar.

La primera elección en depresión bipolar debe ser entre quetiapina, litio, lurasidona, olanzapina combinada con el antidepresivo fluoxetina. En segunda línea están el valproato y la lamotrigina, ésta es eficaz en la prevención de episodios y en menor medida en los episodios agudos (Yatham, 2013).

Tratamiento de mantenimiento o profiláctico/preventivo

El trastorno bipolar es una enfermedad donde la recurrencia es altísimamente frecuente, por lo que el tratamiento debe ser continuado una vez que se ha salido del episodio agudo maníaco, depresivo o mixto. En base a la evidencia científica actual sobre estudios a largo plazo, la primer opción de medicación en el mantenimiento es el litio, quedando en segunda línea el valproato, la olanzapina y la quetiapina. En tercera línea se recomienda sostener tratamiento con lamotrigina, carbamazepina y el antipsicótico que se utilizó en la fase aguda y fue eficaz. Pero en términos generales se recomienda como mantenimiento sostener el tratamiento que fue exitoso en el episodio agudo, a excepción de los antidepresivos y antipsicóticos de primera generación como el haloperidol (Yatham, 2013). Se brindan a continuación pautas sobre cuándo derivar al psiquiatra para un eventual tratamiento farmacológico del trastorno bipolar (Tabla 15, Modificada de Preston, 2013).

Tabla 15. Trastorno Bipolar

¿Cuándo derivar al psiquiatra para un eventual tratamiento farmacológico?

1. Detección de manía o hipomanía
2. Detección de depresión
3. Síntomas mixtos depresivos y maníacos
4. Ideas o plan suicida
5. Síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones
6. Conductas de riesgo para sí o terceros
7. Duelo complicado con depresión
8. Falta de mejoría a pesar de la psicoterapia en depresión

Normativas para el tratamiento de la esquizofrenia

Elección del antipsicótico

Hay evidencias consistentes que los antipsicóticos son efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia, tanto en la etapa aguda como en el mantenimiento a largo plazo. La elección del fármaco se fundamenta, entre otras variables, en el perfil de los efectos adversos (diferentes según cual sea) y la efectividad, pero teniendo muy presente que hay una importante variación en la magnitud de ambos (efectos adversos y efectividad) según el paciente que lo reciba (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014a).

Entre los efectos adversos más relevantes, presentes en ambos grupos de antipsicóticos aunque con diferente intensidad, se encuentran el aumento de peso, las alteraciones de lípidos en sangre, aumento de glucemia y diabetes, aumento de la prolactina, disfunción sexual, sedación, los ya mencionados efectos adversos extrapiramidales. Estos suelen ser muy variados

entre los pacientes y en muchas ocasiones es la causa de la discontinuación del tratamiento cuando simultáneamente se observa una pobre respuesta o mejoría clínica.

Algunos estudios del mayor nivel de evidencia, revisiones sistemáticas y meta-análisis, sugieren una discreta pero potencialmente mayor ventaja para la clozapina y la olanzapina (con menor evidencia también para risperidona) respecto de los demás ASG. No obstante, el papel de los efectos adversos que para cada paciente se decida evitar o que presente una vez administrado, es también un factor esencial al momento de prescribir.

Un párrafo aparte merece el tabaquismo en aquellos pacientes tratados con antipsicóticos. Se han propuesto numerosas hipótesis para explicar la alta prevalencia de su uso en personas con esquizofrenia, que puede llegar al 70% de los pacientes, lo cual se ve exacerbado por la falta de programas específicos de cesación tabáquica tanto en el ámbito público como privado en Argentina (Kotov, 2010; Villarreal, 2011). Una de las más consistentes es sobre el bloqueo de los receptores dopaminérgicos en áreas cerebrales relacionadas al placer. Es muy conocida la interacción que genera el humo del tabaco reduciendo los niveles en sangre de determinados antipsicóticos en hasta un 40%. Esto ocurre especialmente con la olanzapina y clozapina, y en menor medida con el haloperidol. Por ello es que en el caso de pacientes que fuman deberían usarse dosis más elevadas que las usuales, incluso muy por encima de las máximas establecidas en los prospectos. Una causa de falta de mejoría o eficacia (en realidad sería pseudo resistencia) podría ser esta interacción. A la inversa, cuando un paciente que viene recibiendo estos antipsicóticos y deja abruptamente de fumar, debería reducirse la dosis pues caso contrario es altamente probable que aparezcan efectos adversos dependientes de las concentraciones plasmáticas (Sandson, 2007).

Tratamiento interdisciplinario

Si bien las evidencias apoyan la necesidad del tratamiento farmacológico en la esquizofrenia, a muy largo plazo o de por vida en la mayoría de los pacientes, es altamente recomendable incorporar otros abordajes, particularmente la psicoeducación familiar y del paciente, las intervenciones psicoterapéuticas y las de rehabilitación psicosocial.

Monoterapia

La indicación de un solo antipsicótico es la norma en la mayoría de los pacientes, con o sin sedantes, ansiolíticos, hipnóticos o estabilizadores del humor. La combinación de antipsicótico estaría indicada solamente cuando el paciente presenta una respuesta pobre a la monoterapia en dosis y tiempos apropiados. La precaución surge por la propensión a presentar mayores efectos adversos, algunos de los cuales pueden ser de muy alto riesgo (Taylor, 2010; Samara, 2016).

Monitoreo del estado de salud y efectos adversos

La norma es un control periódico de ciertos parámetros de laboratorio (glucemia, lípidos en sangre), examen físico (peso, tensión arterial) y ECG, así como el seguimiento de los efectos adversos.

Dosis mínima efectiva

Las dosis que son efectivas en el episodio agudo, son las que debieran mantenerse como profilaxis de las futuras recaídas. El inicio del tratamiento se lleva a cabo en dosis bajas, con gradual ajuste según tolerancia y efectividad, hasta alcanzar la dosis que permite una mejoría, individual para cada paciente. Las reglas prácticas indican que el tiempo de tratamiento para definir conducta a seguir en un paciente que ha alcanzado alivio de sus síntomas es de 4-6 semanas. Al final de este lapso, de no registrar mejoría, la pauta es sustituir por otro antipsicótico. Si no hubo ninguna mejoría en la mitad de ese tiempo, las guías indican ya un cambio por otro fármaco. Es importante tener presente la dosis mínima efectiva por vía oral de los antipsicóticos, ya sea en el primer episodio o en quienes presentan recaídas psicóticas (Tabla 16). La razón obvia es que por debajo de estas dosis no se ha demostrado eficacia (Leutch, 2015).

Tabla 16. Dosis en esquizofrenia para los antipsicóticos administrados por vía oral (mg/d)

	Dosis mínima efectiva		Dosis máxima
	Primer episodio	Múltiples episodios	
Clorpromazina	200	300	1000
Clozapina	200	450	900
Haloperidol	2	4	20
Trifluperazina	10	15	300
Aripiprazol	10	10	30
Asenapina	10	10	20
Lurasidona	40	40	160
Olanzapina	5	7,5	20
Quetiapina	150	300	800
Risperidona	2	3	16
Ziprasidona	40	80	160

Antipsicóticos de larga acción

El no cumplimiento con el tratamiento es muy frecuente entre los pacientes con esquizofrenia, relacionado con la ausencia de conciencia de enfermedad e implicando frecuentes y seve-

ras recaídas. La indicación prioritaria en estos casos son los antipsicóticos de larga acción, que se aplican vía intramuscular en el glúteo o en el deltoides (Patel, 2009). Otra indicación precisa para esta vía de administración está constituida por las preferencias del paciente. A continuación se presentan los lapsos entre inyectables intramusculares y las dosis por aplicación (Tabla 17, Modificada de Schatzberg, 2017).

Antipsicótico	Lapso de aplicación	Rango de dosis por aplicación
Haloperidol	Cada 28 días	150-300 mg
Risperidona	Cada 14 días	25-37,5 mg
Paliperidona	Cada 28 días	100-150 mg
	Cada 3 meses	350-525 mg

La simplificación del tratamiento y la seguridad en la administración del fármaco, son las razones por las que se podría explicar la evidencia de menor tasa de recaídas y rehospitalizaciones constatada en numerosos estudios (Wadell, 2009).

Adherencia al tratamiento y cumplimiento con plan terapéutico

El no cumplimiento con el tratamiento, relacionado con la ausencia de conciencia de enfermedad y el consecuente rechazo al tratamiento farmacológico, es muy común en las personas con esquizofrenia. Por esta razón, se han venido desarrollando antipsicóticos inyectables de larga acción, que aseguran el cumplimiento. Hay fuerte evidencia que, comparados con los antipsicóticos orales, están asociados a menores riesgos de recaídas, rehospitalizaciones y menores costos (Ascher-Svanum, 2010). Entre los pacientes con esquizofrenia es muy alta la no adherencia al tratamiento farmacológico, con estimaciones que señalan que un 25% de los pacientes no cumplen con el tratamiento a los diez días del alta hospitalaria, aumentando a la mitad al año y a un 75% a los dos años. Esta falla en el cumplimiento del tratamiento incrementa el riesgo de recaídas y la severidad de éstas, con mayor duración de la hospitalización, menor nivel de recuperación y agravamiento del curso evolutivo de la enfermedad.

Preferencias del paciente

Las guías de prescripción en esquizofrenia de mayor impacto, como las NICE, recomiendan que la decisión del fármaco a prescribir, en un paciente adecuadamente informado de las opciones disponibles con sus ventajas y desventajas, se lleve a cabo involucrando las preferencias del paciente (lo mismo aplica al cuidador o familiar). (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014a). El argumento que respalda esta sugerencia es que, bajo estas condi-

ciones, mejora la adherencia y en consecuencia el cumplimiento del tratamiento a largo plazo y su potencial eficacia sostenida en el tiempo. Esta estrategia de darle participación al paciente en la decisión de la elección del antipsicótico posteriormente a una amplia información, es hoy muy recomendada. Se la identifica como el establecimiento de una alianza terapéutica, mediante una decisión compartida entre el profesional y el paciente apropiadamente informado sobre ventajas y desventajas de cada uno de los antipsicóticos (Wallburn, 2001).

Suspensión del tratamiento: ¿en qué condiciones y cómo?

Una consistente recomendación es nunca suspender abruptamente el tratamiento con antipsicóticos, habida cuenta del altísimo riesgo de recaída en tales circunstancias. Existe la posibilidad que haya un subgrupo de personas con esquizofrenia que no requieran de tratamiento continuado de por vida con antipsicóticos, evidencia que surge a partir de un estudio con seguimiento a 20 años de 139 pacientes (Harrow, 2012). Este subgrupo estaría constituido por aquellos con más factores de resiliencia. Hay que tener en cuenta los siguientes factores para pensar en un tratamiento prolongado/de por vida: marcada severidad de episodios previos y si en éstos presentó importante agresividad contra terceros, si hay un registro de intentos de suicidio, presencia de síntomas residuales, constancias de impacto funcional, un contexto social crítico, un bajo nivel de supervisión familiar con escasa capacidad de monitorear síntomas y riesgos, cómo fue la evolución en las anteriores discontinuaciones, indicadas por el profesional o decididas por el paciente (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014a).

Es importante identificar el perfil de síntomas precoces de recaídas, dado que suelen repetir el mismo patrón clínico, así como las menciones del paciente del tipo “no estoy enfermo, los medicamentos me hacen daño, estaría mejor sin tomar nada”.

Tratamiento del primer episodio de psicosis

Si bien a la fecha no existe un consenso definitivo sobre el tiempo necesario de tratamiento en el primer episodio para evitar una recaída, la mayoría de los hallazgos reflejan que la duración mínima debiera ser de uno a dos años. En este lapso, el paciente debe estar libre de síntomas (positivos, negativos, cognitivos y del humor), habiendo alcanzado además una recuperación funcional con mejoría de su calidad de vida. Cuando se defina la discontinuación, debe ser muy gradual y todos los involucrados -equipo de salud mental, paciente y cuidadores-, requieren estar muy atentos a las precoces manifestaciones de recaída, a efectos de una intervención oportuna que evite un desenlace desfavorable.

Tratamiento de pacientes con varios episodios de psicosis

La mayoría de los pacientes que presentaron un episodio agudo de psicosis van a evolucionar hacia nuevos episodios, particularmente aquellos con baja conciencia de enfermedad y prominente rechazo al tratamiento, efectos adversos importantes, quienes cursen con síntomas residuales y deterioro funcional, y una familia poco continente. Con cada recaída, más frecuentes en los primeros 10-15 años de la enfermedad, la evolución más usual es hacia un progresivo deterioro en su desempeño psicosocial (Hill, 2013). En quienes han presentado varios episodios, el tratamiento regular en las dosis mínimas efectivas ya mencionadas ha mostrado una tasa significativamente menor de recaídas, respecto de quienes discontinuaban el tratamiento, el tratamiento lo hacían solamente durante la recaída o utilizaban dosis inferiores a las mínimas recomendadas.

En aquellos pacientes en quienes se ha confirmado la falta de mejoría con al menos dos antipsicóticos en dosis apropiadas y en tiempos suficientes, la indicación es clozapina. Este fármaco posee efectos adversos hematológicos que no advertidos a tiempo pueden conducir a una situación de riesgo de vida. Por ello, requiere monitoreo hematológico periódico, por disposición de la Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología (ANMAT), consistente en controles de glóbulos blancos -especialmente neutrófilos- cada semana, las primeras 18 semanas, siguiendo luego con análisis mensuales de por vida. Valores preestablecidos de estos análisis, implican precisas y mandatorias indicaciones de monitoreos más frecuentes o suspensión de la clozapina.

Se brindan a continuación pautas sobre cuándo derivar al psiquiatra para un eventual tratamiento farmacológico de las psicosis (Tabla 18, Modificado de Preston, 2013).

Tabla 18. Psicosis ¿Cuándo derivar al psiquiatra para un eventual tratamiento farmacológico?

1. Psicosis de origen en enfermedad clínica
2. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
3. Episodio maníaco con síntomas psicóticos
4. Episodio depresivo con síntomas psicóticos
5. Síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones
6. Insomnio severo o despertar muy temprano
7. Peso o apetito con alteración significativa
8. Inhibición o agitación psicomotriz significativa
9. Anhedonia significativa
10. Cuidado personal muy afectado
11. Funcionalidad con significativa afectación
12. Falta de mejoría a pesar de la psicoterapia

Normativas para el tratamiento de los Trastorno de Ansiedad

El tratamiento psicofarmacológico debe ser acompañado por un abordaje psicoterapéutico, no así a la inversa, dado que en las formas más leves de los trastornos de ansiedad se debería utilizar de entrada sólo tratamiento psicológico y reevaluar la indicación de los psicofármacos según la evolución (Alvano, 2016). Las benzodiacepinas no deberían usarse en forma crónica en ninguno de los trastornos, pero son una opción para el inicio del tratamiento en algunos casos. Los antidepresivos que se utilizan en los trastornos de ansiedad tiene una latencia de respuesta mayor que para la depresión, pudiendo ser de más de 6 semanas, y se debe empezar con dosis muy bajas y subir gradualmente por la sensibilidad especial de este grupo de pacientes a los efectos adversos (Gargoloff, 2009).

Trastorno de pánico, con o sin agorafobia

La primera opción de tratamiento son los antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la sertralina, paroxetina, citalopram, y los antidepresivos duales o inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) como la venlafaxina, la desvenlafaxina, la duloxetine. Al inicio pueden usarse concomitantemente benzodiacepinas por el rápido inicio de acción mientras se espera el efecto de los ISRS o los IRNS, particularmente cuando las crisis son numerosas y de gran severidad. La duración del tratamiento con los antidepresivos luego de alcanzar la remisión, ausencia de crisis de pánico, es de por lo menos un año para prevenir recaídas siempre con la misma dosis que al inicio (Bandelow, 2012).

Trastorno de ansiedad generalizada

El tratamiento de elección de primera línea son los antidepresivos ISRS, IRNS y la pregabalin. La duración del tratamiento es de meses, estimándose no menor a 12 meses. Hay reportes de eficacia también con agomelatina, bupropion, vortioxetina y mirtazapina. Los antidepresivos tricíclicos (ATC) son una opción eficaz pero no de primera elección por la mayor tasa de efectos adversos (The National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Trastorno de ansiedad social o fobia social

El tratamiento de elección de primera línea son los antidepresivos ISRS y los IRNS. La duración del tratamiento debería ser de por lo menos 12 meses luego de alcanzar la remisión o

de sostener una mejoría considerable en los síntomas. Existe una alta tasa de depresión asociada a la ansiedad social. En el caso de la ansiedad social de desempeño, cuando la exposición es esporádica, quizá no sea necesario un tratamiento con antidepresivos, sino el uso de una benzodiazepina en bajas dosis antes de la exposición a la situación temida (The National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

Fobias específicas

El tratamiento farmacológico no está recomendado en este tipo de trastorno de ansiedad. Quizá en las formas más severas podrían utilizarse los ISRS.

Trastorno por estrés postraumático

Son de primera elección los ISRS y los IRNS. Luego, otras opciones son la mirtazapina, los ATC o los IMAO. La duración recomendada es de 6-12 meses para las formas agudas, 12-24 meses para las formas crónicas y más de dos años para los casos con síntomas residuales crónicos (Cia, 2011).

Es muy importante destacar que se debería evitar el uso de benzodiazepinas. A pesar de ser muy utilizadas, la evidencia de eficacia en este trastorno es menor que para los antidepresivos, e incluso hay estudios que muestran que podrían empeorar el curso del mismo. Podrían tener un rol excepcionalmente en el manejo del insomnio o ansiedad severas, y sólo por cortos períodos de tiempo (Bandelow, 2012).

Trastorno obsesivo compulsivo

Su inclusión como un trastorno de ansiedad ha sido materia de debate, y de hecho el último manual de clasificación de los trastornos mentales DSM5 lo ubica por fuera en un capítulo aparte denominado Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados. Estos trastornos tienen en común la presencia de conductas repetitivas y claramente no mejoran siquiera inicialmente con benzodiazepinas como sí lo hacen el resto de los trastornos de ansiedad hasta cierto punto. El tratamiento psicofarmacológico de primera elección son los ISRS (Perez Rivera, 2017), quedando relegados a una segunda alternativa los ATC clomipramina e imipramina por cuestiones de tolerabilidad y efectos adversos. Hay que destacar que las dosis requeridas para lograr eficacia son elevadas, habitualmente las máximas (ej. Sertralina 200 mg, fluoxetina 80 mg). Otra opción pero con menor evidencia son los IRNS y menor sustento aún la mirtazapina, agomelatina, trazodona. Se recomienda iniciar con dosis bajas e ir subiendo gradualmente, con una latencia de respuesta aún más

larga que en la depresión. Cuando la mejoría es parcial, una opción puede ser agregar otro fármaco para potenciar (buscar adicionar mejoría clínica con una droga que por si sola no es eficaz en el trastorno). Dentro de las estrategias de potenciación, la más utilizada y avalada por la evidencia son los antipsicóticos (risperidona, haloperidol, olanzapina, quetiapina y aripiprazol en orden de evidencia). También puede potenciarse con estabilizadores del ánimo. El tiempo de tratamiento no debería ser inferior al año en los casos en que se haya alcanzado la remisión de los síntomas.

Referencias bibliográficas

- Alvano, S (2005). Posibles mecanismos y acciones farmacológicas involucradas en el efecto antimaniaco y estabilizador del humor (Primera parte). *Psicofarmacología*, 30,11–18.
- Alvano, S. (2016). *Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos*. Editorial, SIIC Sociedad Iberoamericana de Información Científica.
- Alvano, S. (2010). *Trastornos depresivos y de ansiedad: Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires. Editorial ScienS.
- Allegri, R., Vázquez, S., Sevlever, G. (2017). *Enfermedad de Alzheimer. Nuevos paradigmas*. Editorial Polemos.
- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., Salkever, D., Slade, E. P., Peng, X., & Conley, R. R. (2010). The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 2.
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., ... Vega, J. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(2), 77–84.
- Bravo, M. (2002). *Psicofarmacología Para Psicólogos*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Calabresse, JR., Delucchi, GA. (1990). Spectrum of efficacy of valproate in 55 patients with rapid-cycling bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 147(4):431-434.
- Cia, A. (2014). *Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y Atención Primaria*. Buenos Aires. Editorial Polemos
- Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 162(10): 1805–1819.
- Clayton, A. H., Croft, H. A., & Handiwala, L. (2014). Antidepressants and sexual dysfunction: Mechanisms and clinical implications. *Postgraduate Medicine*. 126(2), 91-99.
- Cleare, A., Pariente, C. M., Young, A. H., Anderson, I. M., Christmas, D., Cowen, P. J., ... Uher, R. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants:

- A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*. Vol. 29(5) 459–525.
- Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencia. (2017). *Guía CAPyN para el Tratamiento Farmacológico de la Depresión*. Buenos Aires.
- Deardorff, W. J., & Grossberg, G. T. (2014). A review of the clinical efficacy, safety and tolerability of the antidepressants vilazodone, levomilnacipran and vortioxetine. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 15(17), 0.
- Gabriel, M., & Sharma, V. (2017). Antidepressant discontinuation syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 189(21), E747-E747.
- Gargoloff, P. D., Roitbarg, E., Silva, C. D. (2009). Ventajas y desventajas de brindar a los pacientes información detallada sobre potenciales efectos adversos a los ISRS. *Psicofarmacología*. 56:19–24.
- Gargoloff, P. D., Corral, R., Herbst, L., Marquez, M., Martinotti, G., & Gargoloff, P. R. (2016). Effectiveness of agomelatine on anhedonia in depressed patients: an outpatient, open-label, real-world study. *Human Psychopharmacology*, 31(6), 412–418.
- Glazer, W., Morgenstern, H., Doucette, J. (1993). Predicting the long-term risk of tardive dyskinesia in outpatients maintained on neuroleptic medications. *J Clin Psychiatry*. 54(4):133-9.
- Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42(10), 2145–55.
- Hill, S. K., Reilly, J. L., Keefe, R. S. E., Gold, J. M., Bishop, J. R., Gershon, E. S., ... Sweeney, J. a. (2013). Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *The American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1275–84.
- Inder, W. J., & Castle, D. (2011). Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10), 830–7.
- Janicak, P. (2011). *Principios y Práctica de Psicofarmacoterapia*. Filadelfia, PA. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kairos Vademecum (2017). Consultado el 10 de diciembre de 2017 de <http://kairosweb.kairosweb.com.ar/arg/index.html#>.
- Kotov, R., Guey, L. T., Bromet, E. J., & Schwartz, J. E. (2010). Smoking in schizophrenia: diagnostic specificity, symptom correlates, and illness severity. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 173–81.
- Leucht, S., Samara, M., Heres, S., Patel, M. X., Furukawa, T., Cipriani, A., ... Davis, J. M. (2015). Dose Equivalents for Second-Generation Antipsychotic Drugs: The Classical Mean Dose Method. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1397–1402.
- Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina (2013). *Ley 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013*. Publicada en el Boletín Oficial N° 32649 el 29 de Mayo de 2013.
- Mitchell, A. J., Delaffon, V., Vancampfort, D., Correll, C. U., & De Hert, M. (2012). Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: Sys-

- tematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine*. 42:125-147.
- Musetti, L., Del Grande, C., Marazziti, D., & Dell'osso, L. (2013). Treatment of bipolar depression. *CNS Spectrums*, 18(4), 177–87.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *ATC/DDD Index 2017*. Consultado el 14 de diciembre de 2017 de https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).
- Patel, M. X., Taylor, M., & David, A. S. (2009). Antipsychotic long-acting injections: mind the gap. *The British Journal of Psychiatry*. Supplement, 52, S1-4.
- Perez Rivera, R., Borda, Tania. (2017). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Buenos Aires. Editorial Akadia.
- Preston, J., O'Neal, J., & Talaga, M. (2013). *Handbook of Clinical Psychopharmacology for Therapists*. Oakland, CA. New Harbinger Publications, Inc.
- Reus, V. I., Fochtmann, L. J. (2016). The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. American Psychiatric Association, 210. *American Journal of Psychiatry*. 173(5):543-6.
- Rabins, P. V, Rummans, T., Schneider, L. S., Tariot, P. N., & Anzia, D. J. (2014). *Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life*. American Psychiatric Association. Consultada el 29 de diciembre 2017 de https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/alzheimer_watch.pdf
- Reus, V. I. (2017). *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder*. Consultada el 29 de diciembre 2017 de <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615371969>
- Sadock, J. (2009). Kaplan & Saadock's. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia, PA. Lippincott Williams & Wilkins.
- Samara, M. T., Dold, M., Gianatsi, M., Nikolakopoulou, A., Helfer, B., Salanti, G., & Leucht, S. (2016). Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Antipsychotics in Treatment-Resistant Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 199.
- Sandson, N. (2007). *Drug Interactions Casebook. The Cytochrome P450 System and Beyond*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing Inc.
- Santarsieri, D., & Schwartz, T. L. (2015). Antidepressant efficacy and side-effect burden: A quick guide for clinicians. *Drugs in Context*, 4, 1–12.
- Silverman, J. J., Galanter, M., Jackson-Triche, M., Jacobs, D. G., Lomax, J. W., Riba, M. B., ... Yager, J. (2015). The american psychiatric association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *American Journal of Psychiatry*. 172(8):798-80.

- Stahl, S. (2013). *Psicofarmacología Escencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. Madrid. Aula Médica.
- Stahl, S. (2014). *Psicofarmacología Escencial de Stahl. Guía del Prescriptor*. Madrid. Aula Médica.
- Schatzberg, A (2013). *Essentials of Clinical Psychopharmacology*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing Inc.
- Schatzberg, A., Nemeroff, C. (2017). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology*. Washington DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Sofuoglu, M., Duffey, D., & Mooney, M. E. (2011). Varenicline increases smoking abstinence at 6 months to a year compared with placebo or bupropion; nausea is the most commonly reported adverse effect. *Evidence-Based Medicine*, 16(4), 113–4.
- Taylor, D. (2010). Antipsychotic polypharmacy - confusion reigns. *The Psychiatrist*. 34(2), 41–43.
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression in adults: recognition and management. NICE Clinical Guidance*. Consultado el 28 de diciembre de 2017 de [nice.org.uk/guidance/cg90](http://www.nice.org.uk/guidance/cg90)
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults : management. NICE Clinical Guideline CG113*. Consultado el 28 de diciembre de 2017 de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>.
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. NICE Clinical Guideline CG159*. Consultado el 27 de diciembre de 2017 de <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG159> .
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2014a). *Psychosis and schizophrenia in adults : prevention and management*. Consultado el 29 de diciembre de 2017 de <https://www.nice.org.uk/guidance/CG178>
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). *Bipolar disorder: assessment and management. Guideline. 1–58*. Consultado el 29 de diciembre 2017 de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>.
- Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Torniainen, M., Alexanderson, K., & Tanskanen, A. (2016). Mortality and cumulative exposure to antipsychotics, antidepressants, and benzodiazepines in patients with schizophrenia: An observational follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 600–606.
- Tondo, L., Vázquez, G., & Baldessarini, R. J. (2010). Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 404–14.
- Villareal, C., Marchese, M. (2011) *Cigarrillos para soportar el manicomio. Las prioridades presupuestarias del Hospital “Melchor Romero”*. Consultado el 1 de diciembre de 2017 de <https://www.topia.com.ar/articulos/cigarrillos-soportar-manicomio-prioridades-presupuestarias-del-hospital-“melchor-romero”>.

- Waddell, L., & Taylor, M. (2009). Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotic long-acting injections: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. Supplement, 52, S43-50.
- Waisman, M., Benabarre, A. (2017). *Adicciones. Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clinicas de la enfermedad adictiva*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- Walburn, J. (2001). Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 300–307.
- Werneke, U., Ott, M., E, S. R., Taylor, D., & Stegmayr, B. A. (2012). A decision analysis of long-term lithium treatment and the risk of renal failure. *Acta Psychiatr Scand*. 126:186–197.
- Wikinski, S. (2004). *El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., ... Berk, M. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar disorders* 15:1-44.
- Yildiz, A., Vieta, E., Leucht, S., & Baldessarini, R. J. (2011). Efficacy of antimanic treatments: meta-analysis of randomized, controlled trials. *Neuropsychopharmacology*. 36(2), 375–89.
- Zieher, L. (1999). *Psiconeuropsicofarmacología clínica*. Buenos Aires. Editorial Sciens.
- Zieher (2011). *Tratado de Psicofarmacología y Neurociencia*. Buenos Aires. Editorial Sciens
- Zohar, J., Nutt, D. J., Kupfer, D. J., Moller, H., Yamawaki, S., Spedding, M., ... Hashomer, T. (2014). A proposal for an updated neuropsychopharmacological nomenclature. *European Neuropsychopharmacology*, 24(7), 1005–1014.

Glosario de autores de la psiquiatría clásica

Escuela alemana

BLEULER, Eugen. (Zollikon, 1857-1939) fue un eminente psiquiatra suizo que acuñó el término "esquizofrenia" y delimitó su concepto. Revisó la patología psíquica que Kraepelin denominaba demencia precoz y la llamó esquizofrenia o mente escindida. Bleuler consideró que lo más característico de la esquizofrenia no es la enajenación o locura, sino la escisión de la conciencia.

GAUPP, Robert. (1870-1953). Psiquiatra alemán, formado en la clínica neuropsiquiátrica dirigida por Wernicke, tomando luego contacto con Kraepelin. Tendió un puente con el pensamiento psicodinámico, iniciando un enfoque pluridimensional en la psiquiatría alemana. Su análisis sobre el caso Wagner constituyó un texto príncipes de la vinculación entre las tendencias nosológicas con la dimensión biográfica.

GRIESINGER, Wilhelm. (1817-1868). Psiquiatra alemán, que ocupó varios cargos en la dirección de hospitales. Se le recuerda como un pionero en la instauración de reformas en el tratamiento de la enfermedad mental, así como por introducir cambios en el "sistema de asilo". Creía en la integración de los enfermos mentales en la sociedad, y propuso que podría combinarse un sistema de hospitalizaciones por un corto periodo de tiempo con otros tipos de sistemas de apoyo naturales. Su modelo de la psicosis única fue una de sus grandes contribuciones al campo naciente de la psiquiatría.

JASPERS, Karl Theodor. (Oldenburg, 1883 - Basilea, 1969). Psiquiatra y filósofo alemán, que tuvo una fuerte influencia en la teología, en la psiquiatría y en la filosofía moderna. Autor del libro *Psicopatología General*. Los dos volúmenes que conforman esta obra se han transformado en clásicos de la literatura psiquiátrica, y muchos criterios modernos de diagnóstico nacieron de ideas contenidas en sus páginas.

KRAEPELIN, Emil (1856-1926). Psiquiatra alemán. Ha sido considerado como el fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la genética psiquiátrica. Sus teorías dominaron el campo de la psiquiatría a principios del siglo XX. Se formó en Medicina y asistió al Laboratorio de Psicología de Wundt, finalizando con su tesis que se tituló "El lugar de la Psicología en la Psiquiatría". En 1903 se ocupó de la cátedra de Psiquiatría en Múnich, asumiendo la dirección de la nueva clínica universitaria. Su obra fundamental, las sucesivas ediciones de su Tratado de Psiquiatría, constituye el representante más elevado de la clínica de las enfermedades mentales.

KRETSCHMER, Ernst (1888 - 1964). Nacido en Alemania, estudió Filosofía en la Universidad de Tubinga, y cursó luego Medicina. Tras completar sus estudios en Múnich y en el Eppendorf Hospital de Hamburgo, presentó su tesis doctoral, publicada en 1914 con el título de *Delirio y síndrome maniaco-depresivo*. En 1921, desarrolló sus *Investigaciones sobre el problema de la constitución física y la teoría de los temperamentos*, donde expuso la clasificación biotipológica que lleva su nombre, que establece una correlación entre los tipos morfológicos y los caracteres, apuntando a la existencia de una propensión a determinadas enfermedades nerviosas en función del biotipo.

NEISSER, Clemens. (1860-1940). Psiquiatra alemán, ocupó un lugar destacado en cargos jerárquicos dirigiendo a otros médicos en el campo de la psiquiatría. Fue miembro del consejo municipal de Bunzlau y fue elegido jefe en 1913. En 1926 fue nombrado oficial médico superior. Su aporte a la psicopatología y la nosología de la paranoia es reconocido.

Escuela francesa

CAPGRAS, Joseph. (1873-1950). Psiquiatra francés. Luego de especializarse, como su maestro Sérioux en el prestigioso cuerpo de los Asilos de Alienados del Sena, ocupó el cargo de médico-jefe del Hospital Maison-Blanche. Finalmente formó parte de Sainte-Anne, donde ejerció hasta su jubilación. En 1923 publicó un trabajo titulado "Ilusión de Sosías" producto de sus investigaciones sobre el delirio crónico sistemático.

GATIAN DE CLÉRAMBAULT, Gaëtan (1873-1934). Nacido en Francia, luego de estudiar Artes Decorativas y Derecho, comenzó el estudio de Medicina con el fin de estudiar psiquiatría. En 1905, fue nombrado Médico Adjunto de la Enfermería Especial de la Prefectura de Policía de París, bajo la dirección de Paul Garnier. Toda su obra está ligada a este lugar de trabajo, el cual rápidamente se convirtió en un ámbito privilegiado para la clínica francesa de los delirios. En 1921, fue nombrado médico jefe, función que desempeñó hasta 1934, momento en el que se suicidó en un pabellón de la institución. Se interesó por el estudio de los fenómenos iniciales de la psicosis, las diferentes formas de alcoholismo agudo y delirios pasionales, sobre todo en la descripción de la erotomanía y el automatismo mental.

COTARD, Jules. (1840-1889). Neurólogo y psiquiatra francés. Trabajó como residente del Hospital de la Salpêtrière, junto a Charcot. Es reconocido en la historia de la psiquiatría por haber delimitado el delirio de negación de órganos. Murió prematuramente a causa de la difteria.

ESQUIROL, Jean-Étienne Dominique (Toulouse, 1772 - París, 1840). Psiquiatra francés. Fue alumno de Pinel en el hospital de la *Salpêtrière*. Estableció una *maison de santé*, lugar donde llevó a cabo gran parte de sus investigaciones. En 1805 publicó su tesis *Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios de curar casos de locura*.

FALRET, Jean-Pierre (Marcilhac-sur-Cele, 1794-1870). Reconocido psiquiatra francés. Escribió la primera descripción que es considerada como el diagnóstico más antiguo documentado de lo que hoy se conoce como trastorno afectivo bipolar. Trabajó con Pinel y Esquirol. En

1831 fue nombrado Jefe del Hospicio de la Salpêtrière, cargo que mantuvo hasta su jubilación en 1837.

GÉNIL-PERRIN, Georges. (1882-1964). Nacido en Francia, fue médico-jefe de los asilos del Sena.

Interesado por las relaciones entre la psiquiatría y la criminología, su célebre obra “Los paranoicos” constituye una contribución al tema de gran relevancia, así como los múltiples artículos que ha escrito en torno a esta cuestión, destacándose su noción de “constitución paranoica”.

LASÈGUE, Charles. (1816 - 1883). Psiquiatra francés que realizó diversas investigaciones en varios ámbitos de la medicina, si bien sus principales aportaciones tuvieron lugar en el campo de la psiquiatría.

Tras realizar el doctorado fue destinado por el gobierno francés al sur de Rusia para investigar una epidemia de cólera. De regreso a París trabajó en los hospitales Salpêtrière, Pitié y Necker. En 1869 fue nombrado profesor de clínica médica en el Hospital Necker, permaneció en este puesto hasta su muerte en 1883. Dio su nombre a un signo clínico que se sigue utilizando para el diagnóstico de la ciática y hernia discal (signo de Lasègue).

MAGNAN, Valentin. (1835-1916). Desde 1867 hasta el final de su carrera, estuvo ligado al Hospital Sainte-Anne de París. Magnan fue una figura influyente en la psiquiatría francesa de la segunda mitad del siglo XIX.

Se le recuerda principalmente por difundir el concepto de «degeneración», introducido por primera vez en el ámbito de la psiquiatría por Bénédict Morel (1809-1873). La teoría de la degeneración de Magnan era una forma de biología evolutiva basada en un precepto hereditario. Utilizó términos como *bouffée délirante* (una forma de psicosis delirante transitoria) y “Delirio crónico de evolución sistemática” como categorías descriptivas de trastorno mental. En 1892 publicó junto al psiquiatra Paul Sérieux (1864-1947) una monografía titulada *Le délire chronique a évolution systématique*. Se lo conoce también por sus trabajos sobre las psicosis tóxicas.

PINEL, Philippe (Saint-Paul-Capa-de-Joux 1745-1826) fue un médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

Pertenece al grupo de pensadores que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad.

SÉGLAS, Jules. (1856-1939). Psiquiatra francés, formaba parte de un grupo de autores que desarrollaron gran parte de sus carreras en el Hospital La Salpêtrière, y que adicionalmente estuvo en los manicomios del Hospital Bicêtre en París.

Se interesó esencialmente en los problemas psiquiátricos que surgieron en su época. Estudió la nosografía de las alucinaciones, el delirio de la negación, la melancolía, la paranoia y más ampliamente la psicosis.

SÉRIEUX, Paul. (1864-1947). Nació en París en 1864. Comenzó su formación en psiquiatría en los Asilos de Alienados del Sena y transcurrió los últimos años de su carrera profesional en el Hospital Sainte-Anne.

Investigó sobre las anomalías del instinto sexual, las formas de tratamiento del alcoholismo y las psicopatías peligrosas. Alumno predilecto de Magnan (1835-1916), publicó muchos textos en colaboración con su maestro, entre los que se destaca “El delirio crónico de evolución sistemática” en 1892, punto de partida de su posterior interés por el delirio de interpretación.

Los autores

Coordinadora general

Julieta De Battista

Analista de la Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano. Doctora en Psicopatología de la Université de Toulouse. Especialista en Clínica Psicoanalítica con adultos de la Universidad Nacional de la Plata (UNLP). Especialista en Clínica (docencia y/o investigación) del Colegio de Psicólogos. Licenciada en Psicología (UNLP). Profesora Adjunta ordinaria a cargo de Psicopatología I (UNLP). Docente de la Maestría en Psicoanálisis de la UBA. Investigadora Adjunta de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC). Ex residente y jefa de residentes del HIAC Dr. A. Korn. Supervisora de práctica clínica en instituciones. Directora del proyecto de investigación "Posición de las psicosis en lo social: síntomas, discursos, lazos" y del proyecto de extensión Red. Premio Salud Investiga 2013, Premio al egresado distinguido UNLP 2013, Premio UNLP 2012, Premio Asociación Argentina de Salud Mental 2010. Distinción Joaquín V. González al mejor promedio. Autora de *El deseo en las psicosis*. Editorial Letra Viva. Coordinadora y autora del libro *Las psicosis en Freud*, EDULP.

Coordinadores de partes del libro

Sergio Zanassi

Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (UNLP). Licenciado en Psicología (UNLP). Egresado del Curso Regular del Instituto Clínico de Buenos Aires (ICBA) -Enseñanza e Investigación en Psicoanálisis- con sede en la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL). Docente e investigador de la Cátedra de Psicopatología I. Premio UNLP Egresado Distinguido de Posgrado 2014. Ejerció su práctica profesional como Psicólogo de Planta Permanente de la Secretaría de Niñez y Adolescencia con funciones de Psicología clínica, supervisor y auditor (Provincia de Buenos Aires). Actualmente, continúa desempeñándose como practicante en Psicoanálisis de orientación lacaniana en el ámbito privado. Integrante del Proyecto de Investigación sobre psicosis en el lazo social (UNLP). Ha publicado numerosos artículos en revistas indexadas de la especialidad. Es coautor de un capítulo del libro *Las psicosis en Freud*, de esta colección.

Julia Martín

Especialista en Psicología Clínica con Orientación Adultos/Niños y Adolescentes del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (ColPsiBa). Doctoranda en Psicología (UNLP). Maestranda en Psicoanálisis (UBA). Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra de Psicopatología I (UNLP) y ayudante de Psicopatología II (UNLP). Actual Coordinadora de la Red de Salud Mental CAPSA (Berazategui). Autora de artículos publicados en revistas indexadas. Autora en el libro colectivo *Le chat du psychanalyste* (2013), y coautora en *El campo de la neurosis en la obra de Freud* (2014) y *Las Psicosis en Freud* (2017) de esta colección. Directora y Co-directora de Proyectos de Extensión (UNLP). Directora de proyectos de investigación y actual integrante de investigación acreditada sobre psicosis y lazo social. Ex residente y jefe de residentes de Psicología de HIGA. Gral. San Martín, psicóloga de carrera hospitalaria. Ex rotante del Centre Hospitalier Sainte-Anne (París), Clinique Laborde (Blois), Centre Hospitalier CESAME (Angers) y Maison Verte (París). Supervisora y docente de residencias de la Provincia de Buenos Aires.

Luis Volta

Psicoanalista. Licenciado y Profesor en Psicología (UNLP). Especialista en Psicología Clínica de Adultos (ColPsiBa) Magister en Psicopatología (Université Rennes II). Doctorando en Psicología (UNLP). Docente de grado (profesor adjunto interino de Teoría Psicoanalítica, UNLP y profesor titular de Psicopatología, UCALP) y posgrado (Especialización en Clínica Psicoanalítica con Adultos, UNLP); investigador (SeCyT, UNLP) en proyectos acreditados desde 2002, Facultad de Psicología, UNLP. Ha publicado artículos, capítulos de libros y actas de congresos de la especialidad. Actualmente es codirector del Proyecto I+D: "Posición de las psicosis en lo social: síntomas, discursos y lazos". Jefe de Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental, HIGA Prof. R. Rossi, La Plata.

Mercedes Kopelovich

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Diplomada en Enseñanza de Formación Docente en Salud; Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Docente de la cátedra de Psicopatología I (UNLP). Psicóloga de Planta en el Servicio de Salud Mental del HIGA Gral. San Martín de La Plata. Becaria (2015-2017), jefa de residentes de Psicología (2014-2015) y residente de Psicología en el HIGA Gral. San Martín (2010-2014). Integrante en Proyectos de Investigación acreditados desde el año 2007, actualmente participa del Proyecto de Investigación sobre Psicosis y lazo social (UNLP). Co-Directora y Coordinadora de Proyectos de Extensión Universitaria (UNLP). Ha publicado numerosos artículos en revistas indexadas de la especialidad. Es coautora de un capítulo del libro *Las psicosis en Freud*, de esta colección.

María Romé

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Magíster en Psicoanálisis, Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Paris 8, Francia. Doctora en Psicología (UNLP), en cotutela con la Universidad de Rennes 2, Francia. Ayudante Diplomada en Psicopatología I (UNLP). Ex Residente de Psicología en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata. Integrante del Proyecto de Investigación sobre psicosis en el lazo social (UNLP). Becaria en investigación para la finalización del doctorado, Secretaría de Ciencia y Técnica, UNLP. Ha publicado numerosos artículos en revistas indexadas de la especialidad.

Claudio Fontana

Especialista en Psiquiatría y Psicología médica del Colegio de Médicos de la Prov. de Buenos Aires. Distrito I. Médico Facultad de Ciencias Médicas (UNLP). Ayudante Diplomado Ad Honorem de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas (UNLP). Perito Psiquiatra, Fuero de Familia, Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires. Psiquiatra Htal. de Día "Artificios", La Plata. Residente de la especialidad "Psiquiatría" en el Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Gral. San Martín, Región Sanitaria XI. Médico psiquiatra Hospital HIGA San Martín de La Plata. Jefe de guardia. Psiquiatra Dispositivo de Atención en Crisis.

Martín Saltzman

Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica del Colegio de médicos de la provincia de Buenos Aires Distrito I. Médico. Facultad de Medicina (UNLP). Ex residente de la especialidad "Psiquiatría" en el Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Gral. San Martín, Región Sanitaria XI, La Plata. Ex jefe de residentes de la especialidad Psiquiatría en el Servicio de Salud Mental del H.I.G.A Gral San Martín, Región Sanitaria XI, La Plata. Médico de planta en el servicio de rehabilitación del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero. Cursante de la maestría de Salud Mental Comunitaria en la Unla. Estudiante de 2do año de la formación en psicodrama y coordinación grupal. Institución: Psicodrama grupal Pavlovsky.

Pedro Damián Gargoloff

Médico Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Jefe de Sala, Hospital Alejandro Korn. Miembro de la Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de la Asociación Argentina de Psiquiatras (APSA). Ex Residente e Instructor de Residentes de Psiquiatría del Hospital Alejandro Korn. Supervisor de psicofarmacología del servicio de Salud Mental del HIGA R. Rossi de La Plata y de la Residencia de Psiquiatría del Hospital Alejandro Korn de La Plata. Investigador en estudios clínico-farmacológicos multicéntricos internacionales.

Autores

Jesús Agrazar

Licenciado en psicología (UNLP). Doctorando (UNLP). Adscripto graduado de la Cátedra de Psicopatología I (UNLP). Ex becario del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN). Becario doctoral de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC). Integrante del proyecto acreditado de investigación sobre el lazo social en las psicosis (UNLP). Extensionista en el HIAC A. Korn de Romero con actividades dirigidas a pacientes en vías de externación (UNLP). Es coautor de un capítulo del libro *Las psicosis en Freud*, de esta colección.

Juan Manuel Blanco

Licenciado en Psicología (UNLP). Ayudante interino en Psicopatología I (UNLP). Jefe de Residentes e Instructor de Psicología del H.I.G.A. Prof. Dr. Rodolfo Rossi. Autor de capítulos en los libros *Clínica psicoanalítica: función de las obsesiones en neurosis y psicosis* (2015) y *Las psicosis en Freud: contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan* (2017), de esta colección. Integrante de proyectos de investigación sobre Psicopatología en la UNLP. Integrante del Proyecto de Investigación acreditado "Psicosis en el lazo social" dirigido por la Dra. Julieta De Battista.

Nicolás Campodónico

Doctor en Psicología (UNLP); Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (UNLP); Licenciado en Psicología (UNLP). Ayudante diplomado ordinario e investigador de la cátedra de Psicopatología I (UNLP). Profesor a cargo de la Diplomatura "El síntoma: la clínica psicoanalítica y la institución de salud pública", en la Universidad Kennedy (UK). Becario Posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Expositor en encuentros nacionales e internacionales; autor de numerosos ensayos, artículos, capítulos de libros y del libro *La delimitación de la clínica de las fobias en la postmodernidad*. Editorial Académica Española. Integrante del Proyecto de Investigación acreditado "Psicosis en el lazo social" dirigido por la Dra. Julieta De Battista.

Mariana Dinamarca

Licenciada en Psicología (UNLP). Residente de Psicología del HINEAyC Dr. Alejandro Korn. Co- autora del capítulo "Construcción de la oposición neurosis- psicosis", del libro de cátedra *Las Psicosis en Freud: contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan*, coordinado por la Dra. Julieta De Battista (EDULP, 2017). Co-autora del artículo "De nudos e intervenciones" publicado en *Revista Psicoanálisis y el Hospital* N° 50 (Ediciones El Seminario-2016). Integrante del Proyecto de Investigación sobre Psicosis y lazo social, dirigido por la Dra. Julieta De Battista (UNLP). Ex Adscripta Alumna y ex Adscripta Graduada a la Cátedra de Psicopatología I. Ex becaria CIN.

Anahí E. Erbetta

Licenciada y profesora en Psicología (UNLP). Especialista en Psicología Clínica de Adultos. Título profesional de psicóloga reconocido por el MIUR, Ministero dell'Istruzione, dell' Università e della Ricerca Italiano, inscripta en el "Ordini degli Psicologi del Veneto". Ayudante ordinario de las cátedras de Psicopatología I y Psicoterapia I (UNLP). Profesora adjunta de Psicopatología I y II de Facultad de Psicología UCALP. Ex residente del HIGA Rossi, ex becaria de investigación de la UNLP. Docente investigadora categoría IV, integrante del Proyecto de Investigación acreditado "Psicosis en el lazo social" dirigido por la Dra. Julieta De Battista. Autora de numerosos artículos y presentaciones en medios de la especialidad, entre ellos es co-autora de tres capítulos de libros pertenecientes a esta colección de libros de cátedra: *Las psicosis en Freud*, *Clínica psicoanalítica: función de las obsesiones en neurosis y psicosis* y *El campo de la neurosis en la obra de Freud*

Martina Fernández Raone

Doctora en Psicología (UNLP), Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (UNLP) Licenciada en Psicología (UNLP). Ayudante Diplomado de la cátedra de Psicopatología I (UNLP). Becaria de investigación doctoral (2011-2017) y postgraduada (2018-2020) de la UNLP. Integrante de proyectos de investigación de la Facultad de Psicología (UNLP). Actualmente participa del Proyecto de Investigación sobre Psicosis y lazo social (UNLP). Ha publicado numerosos artículos en revistas indexadas de la especialidad como *Perspectivas en Psicología*, *Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Es co- autora de capítulos en los siguientes libros de esta colección: *Las psicosis en Freud* y *Clínica psicoanalítica: estructura y función de las obsesiones en neurosis y psicosis*.

María Ester Hoggan

Auxiliar alumna de la cátedra de Psicopatología I. Colaboradora del proyecto de investigación "Psicosis en el lazo social". Co- autora de capítulo en el libro de esta colección *Las psicosis en Freud*.

Nicolás Maugeri

Licenciado en Psicología (UNLP). Ayudante Diplomado Interino de la cátedra de Psicopatología I (UNLP). Psicólogo en Centros de Salud. Red de Salud Mental. Municipalidad de Berazategui. Residencia en Psicología completa. Hospital José Esteves. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ha publicado numerosos artículos en revistas de la especialidad, como "Enlaces y desenlaces de las psicosis: enseñanzas de Pizarnik", en la *Revista Universitaria de Psicoanálisis* de la UBA. Es co- autor de capítulos en *Las psicosis en Freud*, de esta colección. Investigador Categoría V. Integrante del Proyecto "Psicosis en el lazo social". Facultad de Psicología. UNLP. Codirector del Proyecto de Extensión "Intervenciones Estratégicas de problemáticas del lazo social infanto-juvenil". Dirección de Políticas Sociales. UNLP.

María Selika Ochoa de la Maza.

Licenciada en Psicología (UNLP). Ayudante diplomada interina en la Cátedra de Psicopatología (UNLP). Ex residente y jefa de Residentes de Psicología en H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata. Ha publicado numerosos artículos en revistas de la especialidad. Es co-autora de capítulo en *Las psicosis en Freud*, de esta colección. Integrante en Proyectos de Investigación acreditados y subsidiados por la SeCyt desde el año 2011. Integrante del Proyecto de Investigación acreditado "Psicosis en el lazo social" dirigido por la Dra. Julieta De Battista.

Analía Regairaz

Psicóloga (UNLP). Especialista en Psicología Clínica Orientación Adultos. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (COLPSIBA). Ayudante Diplomada del Seminario Desarrollos de la Teoría Psicoanalítica (1992/2013) Carrera de Psicología (UNLP). Ayudante Diplomada de la cátedra de Psicopatología I (UNLP) desde 2014.

Jesica Varela

Licenciada en Psicología (UNLP). Ayudante diplomada interina de la cátedra Psicopatología I y del curso introductorio de la Facultad de Psicología (UNLP). Residente de Psicología, HIGA "Eva Perón". Doctoranda en Psicología. Carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica con adultos cursada. (UNLP). Ex Becaria (tipo A y B) doctoral en investigación de la UNLP. Autora y co-autora de varios capítulos de libros de la colección de la Cátedra Psicopatología I. Ha presentado y publicado trabajos en congresos, jornadas y artículos en revistas de especialidad en el área temática clínica psicoanalítica y psicopatología. Integrante en investigación de proyectos acreditados por la UNLP de la cátedra de Psicopatología I. Ex becaria CIC. Ex profesora titular de la Cátedra Psicopatología de la UCALP. Ha sido pasante del servicio de Psicología, de la UNLP y del Hospital J. María Penna (CABA).

Aportes interdisciplinarios en psicopatología : I :
Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica /
Julieta De Battista ... [et al.] ; coordinación general
de Julieta De Battista. - 1a ed . - La Plata : Universidad
Nacional de La Plata ; La Plata : EDULP, 2019.
Libro digital, PDF - (Libros de cátedra)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-34-1750-8

1. Psicopatología. 2. Psiquiatría. 3. Paranoia. I. De Battista, Julieta, coord.
CDD 616.89

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata
48 N.º 551-599 / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina
+54 221 644 7150
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2019
ISBN 978-950-34-1750-8
© 2019 - Edulp

S
sociales


Editorial
de la Universidad
de La Plata



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA