

**RECORRIDO POR LOS CLÁSICOS
DE LA PARANOIA Y REFLEXIONES NOSOLÓGICAS
QUE DE ESTE DIMANAN:
PARANOIA I ESQUIZOFRENIA (I)**

José M^a ÁLVAREZ

RESUMEN

Este recorrido por los clásicos de la paranoia incide en los autores que han aportado con sus investigaciones luz sobre la opacidad de las psicosis paranoicas. Por él desfilan psiquiatras germanos, franceses, y el conspicuo doctor Sarró, así como el genial S. Freud y su actual revalorizador, el doctor J. Lacan. Se trata de un recorrido por los clásicos, es decir, por los creadores y forjadores de lo que actualmente es un grupo nimio de psicosis, pero que en un tiempo fue la reina de las locuras.

ABSTRACT

This review of the classics of paranoia pinpoints the authors who, by their research, have contributed towards clarifying the opacity of paranoid psychoses. Among these are German and French psychiatrists, including the illustrious Dr. Sarró, the genial S. Freud and his present-day revival, Dr. J. Lacan. The study concerns the creators and forgers of what is nowadays a small group of psychoses but which, in its day, was the most serious form of madness.

INTRODUCCIÓN

Recorrer la producción psiquiátrica y psicoanalítica sobre la psicosis paranoica se presenta como una labor ardua por la profusión textual sobre el tema. La diagnosis de paranoia era sin duda la más socorrida por nuestros antepasados. De entre los enfermos asilados en frenocomios en el siglo pasado, se tachaba de paranoicos aproximadamente a un ochenta por ciento. La sistemática kraepeliniana cercena inexorablemente este grupo en favor –principalmente– de la *dementia praecox*, enfermedad construida a partir de los supuestos déficits intrínsecos. También el grupo parafrénico estará involucrado en este recortamiento.

Los clínicos franceses describieron muchos delirios de «autor» (delirio de persecución, de Lasègue; megalomanía, de Foville; etc.), que podemos agrupar por su temática, por su evolución, por su mecanismo, en el grupo paranoico. Tales delirios de «autor» ingresarán a partir de 1911 en el desmesurado grupo de esquizofrenias de Eugen Bleuler. Nuestro interés por las demarcaciones nosológicas de las psicosis delirantes endógenas tomará como referencia la génesis y formación, sus desarrollos, agrupaciones y reagrupaciones, en el plano diacrónico. Este estudio histórico servirá de motivo a nuestro artículo siguiente «Recorrido por los clásicos de la paranoia y reflexiones nosológicas que de este dimanen II». El argumento que a ello nos compele es la recuperación del término paranoia, en su característica de *producción* delirante, en detrimento de la nebulosa esquizofrénica, caracterizada por ser una acumulación de trastornos deficitarios.

Las nosologías psicoanalíticas y las psiquiátricas recorren caminos asintóticos. Freud demarca livianamente la estructura psicótica en la que la paranoia será su bastión. Jacques Lacan, por su parte, cimenta la estructura psicótica a partir de su mecanismo propio, la «forclusión». La cuestión nosológica continúa etérea, pero la palabra esquizofrenia está borrada de sus textos, incluso dirá «la paranoia, quiero decir, la psicosis (...)» (J. LACAN, 1981, p. 44).

Lo que sigue en esta primera entrega aporta los hitos más relevantes –algunos al menos– de la producción psiquiátrica francesa, germana y española (únicamente representada, por cuestiones de espacio, por el doctor R. Sarró), así como las aportaciones luminosas de S. Freud y J. Lacan.

PSIQUIATRÍA GERMANA

El panorama nosológico en el siglo XIX era babélico. El saber botánico sobre las enfermedades nerviosas se lo disputaban en los albores de este siglo dos grupos radicalmente opuestos. Los «psíquicos», la psiquiatría especulativa y la psicogenetista, herederos de la *naturphilosophie*; y en sus antípodas los «somáticos» (hacia la segunda mitad del XIX), subsidiarios del positivismo. Los primeros estaban liderados por docentes universitarios: J.C. Heinroth, C.G. Carus, K.W. Ideler, Reingseis, A. Haindorf, F. Gross, etc.). Sus hipótesis sobre la locura se ceñían a las relaciones del hombre con la naturaleza y la divinidad. J. C. Heinroth, el representante más conspicuo, introduce el concepto de paranoia (*verrücktheit*) en su obra *Lehrbuch der Strörungen des Seelens-lebens*, de 1818.

En la banda opuesta (M. Jacobi, A. Zeller, K. Fleming, C. Roller, H. Damerow) la psiquiatría del mito cerebral surgía de las clínicas psiquiátricas, de los directorios de los hospitales, de la práctica clínica. Será W. Griesinger (1817-1874) quien condense el panegírico cerebrológico en su célebre aforismo «las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro». Sentencia similar había sido pronunciada en 1793 por Chiarugi (CASTIGLIONI, 1941, p. 682), y perdura como instrumento conductor en la sinfonía *psi* actual. Empero, conviene recordar la advertencia de uno de los alumnos de Griesinger, el gran histólogo de mentalidad anatomoclínica Nils, en relación al surgimiento de un nuevo mito, el mito del cerebro.

Volvamos sobre las psicosis, es decir la paranoia, porque de paranoia se diagnosticaba cerca de un 80% de los enfermos asilados (LACAN, 1979a). W. Griesinger y sus coetáneos tenían la idea de que las enfermedades seguían un curso regular, que se iniciaban siempre con trastornos afectivos. Esta «psicosis única» (*einheitspsychose*) cursaría con melancolía (*schwermut*) y/o manía (*tollheit*), paranoia (*verrücktheit*), para finalizar con demencia (*blödsinn*). Sin embargo, el propio Griesinger se dio cuenta en 1867 de que la paranoia no se sometía al curso de la «psicosis única»; era independiente en el sentido de que no se iniciaba con trastornos afectivos, como ya habían indicado Hoffman y Snell dos años antes bajo el epígrafe *primäre verrücktheit*.

Por otra parte, R. Von Krafft-Ebing, seguidor de la teoría de la degeneración, incide en el «carácter paranoico», temática que en Francia ya tenía y seguiría teniendo un gran número de adeptos. Krafft-Ebing en 1878 engloba a la paranoia entre las «degenerescencias psíquicas», grupo

de enfermedades funcionales que aparecían en un cerebro predispuesto. Se trata de ideas delirantes primarias, fijas y sistemáticas, que provocan la transformación de la persona en otra, y agrega en otra obra curiosamente «patológica en absoluto» (KRAFFT-EBING, s.f., p. 217). Schüle, representante junto con el anterior de la Escuela de Illenau, vuelve la taxonomía psicopatológica poco menos que sibilina; describe quince formas de paranoia aguda y siete de paranoia histérica. El propio Schüle, en el *Tratado clínico de las enfermedades mentales*, de marcada influencia moreliana, diferencia la *wahnsinn-paranoia* (forma que aparece en individuos bien desarrollados organopsíquicamente) de la *originäre verrücktheit* (signos degenerativos en un desarrollo defectuoso).

Kahlbaum en 1868 intenta poner orden en este babelismo. Llama paranoia únicamente a aquellos delirios crónicos más o menos sistematizados cuyo trastorno es puramente intelectual. El colofón de este flujo teórico podemos situarlo en el Congreso de Psiquiatría de Berlín, en marzo de 1893. Allí Kramer y Bödeker definen nuestra psicosis como «una psicosis funcional simple caracterizada por alteraciones del juicio en la que los afectos solo juegan un papel secundario» (COLODRÓN, 1983, p. 23).

Hasta ahora, y resumiendo, teníamos un síndrome mal definido, alucinatorio o no, agudo o crónico o abortivo (*vestphall*), que podía ser constitucional o adquirido; es decir: laxitud en cuanto al mecanismo (alucinación/interpretación), en cuanto a la finalización (crónico/abortivo), y en cuanto a la temática (megalomanía/persecución, etc.). Este florido repollo será deshojado hasta la saciedad esquelética por Emil Kraepelin, apuntalándose para ello en la «entidad nosológica» de Kahlbaum.

E. Kraepelin (1855-1926), en contraposición a la «psicosis única», construye su sistemática a partir de las unidades nosológicas naturales, es decir, enfermedades diferenciadas con una misma o similar sintomatología, un mismo mecanismo y terminación, y cuya causa es idéntica. Su nosotaxia pivotará en polaridad que Möbius establece en 1892 a partir de las nociones de «endógeno» (trastornos psíquicos de predisposición patológica) y «exógeno» (los trastornos psíquicos adquiridos). Por supuesto que aspira a encontrar en las enfermedades mentales, vía Griesinger, su causación cerebral. Además, el índice diagnóstico prioritario se establece, siguiendo a Kahlbaum, por el «estado terminal», de tal manera, que en cierto sentido, tendríamos que esperar hasta que muriera el loco para ver qué tenía. Es en este sentido que la doctora M. MANNONI (1980) habla de nosología para difuntos.

Las paranoias van a ser el grupo que más variará cuantitativamente en la sistemática kraepeliniana. De un grupo lato y prolijo de las primeras ediciones del *Tratado de psiquiatría* asistimos a una reducción tan cerce-nante en las últimas, que es epidemiológicamente rarísima. Sigamos los pasos de esta poda.

La *verrücktheit*, el delirio sistemático primitivo, ya descrito en la primera edición de 1883, se configura en la segunda, 1887, en oposición a las psicosis delirantes agudas (*wahnsinn*). Describe dos formas de delirios sistematizados: formas depresivas (delirio de persecución *alucinatorio*, delirio de persecución combinatorio, delirio hipocondríaco, delirio de querulencia), y las formas expansivas (delirio de grandeza, delirio *alucinatorio*, delirio combinatorio, y *verrücktheit* originaria). Subrayo los delirios con alucinaciones porque pronto paranoia y alucinación serán incompatibles para Kraepelin.

La tercera edición carece de interés para nuestro estudio, y es en la cuarta, 1893, en la que va a intercalar un grupo entre las paranoias y las neurosis generales. Se trata de los «procesos degenerativos» que se presentan en tres formas:

- Dementia Praecox* (Morel).
- Catatonía (Kahlbaum).
- Dementia Paranoides*.

Más abajo me ocuparé de discriminar tales cuadros.

En 1896, con la quinta edición, encasilla a la paranoia entre las enfermedades congénitas de tipo constitucional. Esboza una clasificación clínica: «formas combinatorias» (delirio querulante, fundamentalmente interpretativas), a la que opone unas «formas fantásticas» (fundamentalmente alucinatorias).

La sexta edición, 1899, nos ofrece una definición más o menos estable ya de esta psicosis. Se trata de un desarrollo insidioso, que obedece a causas internas, y que sigue una evolución continua de un sistema delirante duradero e inquebrantable, que se consolida —empero— sin mengua en estos tres órdenes: pensamiento, querer y acción. Aquí tenemos los parámetros: delirio sistemático, inicio insidioso, crónico, sin déficit, años más tarde añadirá: sin alucinaciones. Entre los que muestran su desacuerdo con llamar paranoia a esto que Kraepelin articula, merece ser destacado Jacques Lacan, que comenta jocosamente, «esta definición fruto de la pluma de un clínico eminente es algo llamativa, y es que contradice punto por punto todos los datos de la clínica. Nada en ella es

cierta» (LACAN, 1984, p. 31). Nos adherimos a esta apostilla del psicoanalista francés.

En 1904, edición séptima, sobre el mismo esquema remarcará el carácter puramente interpretativo de este delirio. Nueve años después volverá a cercenar el ya exiguo grupo. Las influencias de P. Sérieux y J. Capgras, lo veremos, lo llevan a separar el delirio de querulencia del delirio de interpretación. La paranoia será únicamente el delirio de interpretación. Por otra parte E. Bleuler había escrito sobre algunas paranoias que remitian influencias, recogidas igualmente por Kraepelin. No es extraño, viendo la paulatina mengua de esta enfermedad evanescente, que nos encontremos con expresiones como «la paranoia –que es rarísima...» (H. DELGADO, 1963, p. 302) o «es una enfermedad rara ...» (Ph. POLATIN, 1982, p. 1111) o con las tribulaciones del doctor Sarró, «... la dificultad que encuentran los profesores de psiquiatría para hacer presentaciones clínicas de paranoicos genuinos (paranoicos de Kraepelin) a los alumnos es comparable a las angustias de Diógenes para encontrar un “hombre”» (R. SARRÓ, 1965, p. 1094).

El desmesurado crecimiento de la demencia precoz y la creación del grupo parafrénico son sin duda las razones de la reducción inexorable de las paranoias. Veamos detenidamente estos grupos.

La *dementia paranoides*, como forma de la demencia precoz, agrupa todas aquellas enfermedades no paranoicas a causa de su delirio *no tan sistematizado como* (factor eminentemente cuantitativo), con fenómenos psicosensoresiales y evolución demencial. Describe dos formas:

Forma primera: todos aquellos estados delirantes, polimorfos, alucinatorios, con marcado debilitamiento psíquico, y que se caracterizan además por trastornos afectivos y volitivos. La personalidad está disociada.

Forma segunda: la *phantastische formen*, que J. Séglas traduce como «formas alucinatorias de la paranoia», agrupa todas aquellas formas psicóticas crónicas con delirio sistematizado, alucinatorio y evolución demencial poco definida. Esta agrupación muestra resonancias con el «delirio crónico con evolución sistemática» de V. Magnan.

Resumiendo: son los criterios de la demenciación, la alucinación y la sistematización los que demarcan borrosamente –nos parece– la diferencia entre paranoias y demencia paranoide.

En las últimas ediciones del *Tratado de psiquiatría* las demencias paranoicas van a quedar subsumidas en parte en el grupo de las parafrenias, a caballo entre la demencia precoz y la paranoia. Las parafrenias son intro-

ducidas en la abigarrada nosotaxia kraepeliniana en el Congreso de Alienistas de Baviera, en 1912, y cobrarán su estatuto nosológico en la edición de 1913. Se construyen con cuadros de la demencia precoz y de lo que habían sido las paranoias. Se trata una vez más de diferencias cuantitativas, de grados, que tienen poco que ver con la esencia. Llama parafrenias a un grupo de delirios crónicos, endógenos, alucinatorios, y que presenta una disociación limitada. Este síndrome se define además por una edad de presentación posterior a la demencia precoz, entre los treinta y cuarenta años; porque el delirio está enquistado sin afectar a la personalidad *in totum*; su base alucinatoria; conservación más o menos integral de la personalidad.

Diferencia cuatro formas:

Parafrenia sistemática. Se trata de un delirio de persecución extremadamente insidioso y progresivo, alucinatorio, al que posteriormente se asocian ideas de grandeza, pero a diferencia de la psicosis de Magnan, sin desestructuración final.

Parafrenia expansiva. Sobre la base de un humor maníaco se desarrolla un florido delirio megalómano, erotómano o místico, con alucinaciones. Se puede establecer cierto paralelismo con el «delirio de imaginación» de E. Dupré, en la psicopatología francesa.

Parafrenia confabulatoria. Es una forma rara y si aparecen alucinaciones nunca están justificando el delirio. El papel preponderante lo juegan las ilusiones del recuerdo puestas en juego en relatos imaginarios.

Parafrenia fantástica. El delirio extravagante e incoherente en ocasiones, con alucinaciones conspicuas, contrasta con la lucidez manifiesta. Corresponde a lo que el propio autor había llamado en 1893 *dementia paranoides*, rectificando aquí algunos casos observados que no finalizaban con déficit, y se incluyen por tanto en las parafrenias.

El grupo parafrénico no tuvo buena acogida, a pesar de que fue introducido inmediatamente en Francia por Halberstadt, quedando librado a los márgenes de la erudición.

No podemos llamar según Kraepelin –a tenor del breve recorrido– paranoia a las formas delirantes polimorfos, ni a las que presenten fenómenos psicosensoresiales, ni a aquellas que se inician bruscamente.

El delirio paranoico es progresivo. «Poco a poco se refuerza en él la certeza de haber nacido para una “gran causa” y de no haber sido fabricado “sobre el modelo del mundo”» (KRAEPELIN, 1982, p. 25). La diáspora delirante toma motivos en lo nimio; lo baladí puede tornarse mensaje

celestial. Las ideas autorreferenciales aparecen transformando los acontecimientos cotidianos en coincidencias significativas, urdimbres, etc. Anota nuestro autor el desarrollo paralelo, en muchos casos, y siguiendo la tradición clásica, de temáticas de persecución y megalomanía. Incluso el origen era diferente a como se lo habían contado; sus padres son otros: reyes, príncipes..., lo que Freud llamará «novela familiar» del neurótico. La idea primigenia de certeza arroja un sentido a la existencia: redención de almas, descubridor de pócmias panaceicas, reformador del derecho, etc. La aparición de ideas delirantes surge siempre sobre la base de «interpretaciones patológicas de acontecimientos reales». Las ilusiones sensoriales son rarísimas, siendo las más comunes las alucinaciones del oído.

Las «ilusiones de la memoria» sí juegan un papel importante en la aparición del delirio. El enturbiamiento de la historia del sujeto se debe a ellas. Secuencias de la vida en las que nunca había deparado aparecen repentinamente cargadas de significación. El sentimiento (pseudo)hiperpermnésico le permite atar cabos que nunca pudo atar de otro modo.

Como característica común de estas enfermedades señala el autor la «inquebrantabilidad del delirio». «La evolución ulterior de la enfermedad es generalmente muy lenta; se extiende en la mayor parte de los casos durante unos años inalterablemente. Los enfermos permanecen calmados, lúcidos, guardando indiferentemente un comportamiento exterior adaptado, ocupándose intelectualmente con fortuna» (KRAEPELIN, 1982, p. 34).

Se trata, como ya hemos dicho, de una psicosis rara; el uno por ciento de internamientos según Kraepelin. Se desarrolla generalmente entre los veinticinco y cuarenta años.

Hasta aquí el análisis semiológico y taxonómico. Se observa una obliteración de todo lo que concierne directamente al decir del loco, tomándose la palabra como un elemento más a adscribir o no al orden mórbido.

Eugen Bleuler (1857-1939) piensa la paranoia como una enfermedad del querer ser más de lo que se pudiera ser. Es una enfermedad de vuelos altos. El talante de estos sujetos está marcado por ideas de sobreestimación y superimportancia, así como la intrínseca imposibilidad de llevar a cabo las pretensiones. Este es el denominador común que se puede leer en los siete casos que presenta en *Afectividad. Sugestibilidad. Paranoia* (E. BLEULER, 1969). Esa imposibilidad forjaría justamente un dispositivo para obliterar el displacer intrínseco. Tal dispositivo desarrolla dos recursos:

–Buscar afuera (en otra persona) la culpa, lo que forjaría un delirio de persecución.

–Imaginándose que los deseos se han cumplido, lo que forjaría un delirio de temática megalómana.

Pero ¿cómo es posible que pueda haber sujetos que quieran ser más de lo que les es posible?, podríamos preguntarnos. Bleuler tiene su respuesta: es un fallo estructural, diríamos en esta época; en los paranoicos no está inscrita la «asociación de inferioridad». Señalar además que los afectos (en su extensión lata) se imponen a las asociaciones lógicas, aunque es consustancial a esta enfermedad la estabilidad afectiva y por tanto la cronicidad delirante.

E. Bleuler describió una disposición particular a la paranoia: «la esquizoidia». Este matiz cuantitativo constituye una predisposición, aunque no una implicación. Si la «esquizoidia» se produce en grado máximo estaríamos del lado de la esquizofrenia; en grado mínimo, del lado de las psicopatías esquizoides y de la normalidad. En la paranoia el monto de «esquizoidia» sería intermedio, a lo que habría que añadir una constitución afectiva especial: intensa fuerza conmutativa, vivas aspiraciones, incapacidad ante ellas.

Esta enfermedad que caracteriza Bleuler incluye además de la paranoia de Kraepelin a todos los querellantes. No es la temática sino el conflicto entre el deseo y la realidad, y la problemática intrapsíquica (significación del síntoma) las que determinan la diagnosis.

En la diferencia paranoia-esquizofrenia, además del monto de «esquizoidia», «hay que añadir todavía, en la esquizofrenia, un proceso físico, y en la paranoia solo la formación delusiva psicógena consecutiva a la combinación de un determinado carácter» (E. BLEULER, 1969, p. 191). En la esquizofrenia, como grupo de psicosis, lo característico es la *spaltung*, disociación, y los consecuentes síntomas displásicos.

Bleuler es un defensor de la psicogenia, insistiendo en la preponderancia de los factores reaccionales.

Karl Jaspers (1883-1969) abre la brecha de un nuevo método de investigación en psicopatología: la fenomenología. «La descripción de las vivencias y de los estados psíquicos, de su diferenciación y de su establecimiento, de modo que se pueda significar lo mismo siempre con los mismos conceptos, es la tarea de la fenomenología» (K. JASPERS, 1980, p. 43). Este autor no incide directamente en nuestra psicosis, aunque su método, sus conceptos de «proceso» y «desarrollo», aportará resolucio-

nes novedosas en sus seguidores. Su pretensión podríamos resumirla como sigue: describir los fenómenos de conciencia mediante las comunicaciones del paciente, tomando como referencia los propios modos de experiencia. Pero la fenomenología no se detiene en la pura descripción, aborda el estudio de la vivencia desde su estructura y su dinámica (CANO HEVIA, 1955). Y es de estas vivencias subjetivas de donde dimana el delirio, que este autor define como juicios falsos patológicamente falseados, en los que se afirma una certeza incomparable y no son influibles por la experiencia, y en los que además es manifiesta la imposibilidad del contenido. Atendiendo al origen, nuestro autor diferencia las «ideas delirantes auténticas» de las «ideas deliroides». Las primeras emergen directamente del proceso causal y no son por tanto comprensibles (*verstehen*) psicológicamente, aunque pueden ser explicadas (*erklären*), en el sentido de establecer relaciones causales. A esta ruptura radical con la personalidad anterior se le denomina «proceso». Contrariamente, las «ideas deliroides», las ideas secundarias, son procesos psicológicos que se desarrollan en el sujeto y pueden ser, obviamente, seguidas psicológicamente más atrás. A ellas se adscriben relaciones de comprensión (visión de lo psíquico desde lo psíquico), y su secuenciación sin fracturas, potenciándose lo que ya se contenía en la personalidad, se denomina «desarrollo» (K. JASPERS, 1977, p. 150).

Además del «proceso» y «desarrollo», Jaspers introduce la «reacción» o «ataque». Se trata de algo extraño que se injerta en la personalidad, y que tiene una parte comprensible, una causal y otra de pronóstico.

Según lo enunciado, las psicosis paranoicas se pueden presentar procesualmente (forma brusca y con ruptura de la personalidad anterior), como un «desarrollo» (larvadamente y con potenciación de la personalidad), o como una «reacción» (las psicosis carcelarias son el ejemplo de Jaspers). Este es el sentido que se desprende de un trabajo previo a la *Psicopatología general*; se trata de *Delirio celotípico, contribución al problema: ¿«desarrollo de una personalidad» o «proceso»?*, de 1910 (K. JASPERS, 1977).

PSIQUIATRÍA FRANCESA

Una visión panorámica de la producción psiquiátrica francesa permite trazar el árbol genealógico de lo que se llamará ulteriormente paranoia. La psiquiatría de la ilustración o «empirismo psiquiátrico» fue comanda-

da por Ph. Pinel (1745-1826). A él debemos la reformulación de la clínica (BIZÊTRE, 1793; SALPÊTRIÈRE, 1795), pero va a servirnos de punto de partida su nosología, sus agrupaciones definidas en tanto comunidad de elementos. En su *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*, de 1801 (Ph. PINEL, 1809), diferencia la «manía o delirio general» (exaltación extrema delirante o no); «melancolía o delirio exclusivo» (que puede tomar una temática megalómana, como en el caso del jurisconsulto (Ph. PINEL, 1809, p. 166) o redundar en un abatimiento pusilánime); «demencia o abolición del pensamiento», y por último, «idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales o afectivas». La lectura de los casos que aporta Pinel nos hace suponer la existencia de delirios sistematizados entre los que llama «melancólicos» (sobre todo) y algunos «maníacos». Observamos, entre estos últimos, uno de los casos que pueblan su *Nosografía filosófica o aplicación del método analítico a la medicina*, de 1799, (Ph. PINEL, 1803); se trata de un enfermo que se había mutilado la mano con un trinchete (Ph. PINEL, 1803, pp. 39-40), y que puede tener desde nuestra perspectiva resonancias delirantes sistematizadas más que afectivas.

J-E.D. Esquirol (1772-1840) va a ser el artífice del corpus pineliano. En él vamos a encontrar los primeros ancestros directos de nuestra psicosis: las «monomanías». Su nosotaxia diferencia «manía», «lipemanía» (delirio parcial triste en pacientes de temperamento melancólico), «demencia» y «monomanía».

J-P. Falret (1794-1870) va a llamar, en 1851, *folie circulaire* a la secuenciación de las dos primeras: «manía» y «lipemanía». Tres años más tarde J. Baillarguer la llamará *folie à double forme*.

Por el lado de las «demencias» iniciaron los más organicistas (E-J. Georget, F. Leuret y otros) sus investigaciones.

La diagnosis de «monomanía» se aplicaba a todos aquellos enfermos mentales que no estaban afectados más que parcialmente en su espíritu, permaneciendo intactas las facultades, aunque exceptuando la lesión focal que constituye la enfermedad. Esa locura invisible, criminal, va a abrir una alianza peligrosa entre la psiquiatría y la jurisprudencia (M. FOUCAULT, 1983 y 1976; F. ÁLVAREZ-URÍA, 1983). Se engloban en ella tres formas clínicas más o menos diferenciadas: *affective*, *intellectuelle* (delirantes), e *instinctive* (sin delirio). Estas formas serán absorbidas con posterioridad por los *fenómenos obsesivos* (Morel, Legrand du Saulle), los *delirios crónicos* (que veremos detenidamente), y por los *desequilibrados* (Morel).

Entre los detractores de las «monomanías» destaca por su minucioso análisis metodológico J-P. FALRET (1854), defendiendo la multiplicidad del delirio, así como B. Morel con su *théorie de la dégénérescence* (B. MOREL, 1859 y 1860).

Del grupo de monomaníacos, que Esquirol había formado a partir de un grupo de melancólicos de Pinel, surgirán los delirios crónicos. Ernest Lasègue (1816-1883), a la sazón médico de Prefectura de Policía, aísla, en 1852, de las melancolías, el *délire de persécution*. Es una enfermedad mental caracterizada por las alucinaciones del olfato y del oído. Con el paso del tiempo el enfermo descubría quién era el perseguidor y se transformaba él mismo en perseguidor. En su interior, y buscando explicaciones lógicas a lo que estaba viviendo, se forjaba una personalidad diferente; aparecía un delirio megalómano, muy lógico, que se apoyaba en acontecimientos reales transformados por las alucinaciones.

Este grupo heterogéneo de Lasègue recibiría fuertes críticas. No todos los perseguidos devenían megalómanos (A. RÉMOND, 1904, p. 167). Sin duda la más penetrante viene a cargo de V. Magnan y P. Sérieux, quienes le recriminaron haberse fijado únicamente en la fase prodrómica, el no haber diferenciado las formas alucinatorias de las que no lo son, etc. (V. MAGNAN y P. SÉRIEUX, 1910, p. 609).

A partir de este momento se produce una atomización de los delirios crónicos que cursan con cierta sistematización (J.Mª MORALES MESEGUER, 1974 y 1982). Se pueden agrupar en torno a la *temática*, el *mecanismo psicológico*, y por último, por el *carácter formal y evolución*.

Temática delirante. J-P. Falret (1794-1870) disoció el grupo de Lasègue en cuatro subgrupos: 1. sin megalomanía ni demencia; 2. sin megalomanía y con demencia; 3. con megalomanía y sin demencia; 4. el tipo completo de Lasègue. En 1864 describirá unos delirios parciales con tres fases (incubación, sistematización, delirio estereotipado). En 1878 describirá igualmente el «delirio de los perseguidores razonantes», que cursa en cuatro períodos: interpretación delirante; alucinaciones del oído; trastornos de la sensibilidad general; delirio estereotipado. Ambos están entre los antecedentes más relevantes del delirio crónico de Magnan y Sérieux.

Archie Foville (1831-1887) delimitará el delirio de grandeza (*mégalo-manie*) en 1871. Se trata de un grupo heterogéneo de perseguidos que devienen ambiciosos. Legrand du Saulle (1830-1886) describirá un nuevo delirio de persecución ese mismo año.

Mecanismo psicológico. Sérieux y su alumno J. Capgras culminarán

sus publicaciones sobre el delirio crónico con un texto de 1909 intitulado *Les folies raisonnantes et le délire d'interprétation*. Para estos autores la paranoia va a ser únicamente el delirio de interpretación, dejando fuera el delirio de reivindicación. Llamam delirio de interpretación a «una psicosis crónica en la que la proliferación de interpretaciones múltiples y la irradiación progresiva de una concepción preponderante determina la organización de una novela delirante complicada, susceptible de acarrear reacciones variables» (SÉRIEUX y CAPGRAS, 1982b, p. 103). Se trata de una psicosis constitucional, no tóxica, y eminentemente delirante, cuyas alucinaciones son esporádicas, y sin deterioro final.

Ernest Dupré introduce en la ya profusísima nosología francesa su *délire d'imagination* en el Congreso de Alienistas y Neurólogos de Bruselas, 1910. Este delirio tiene su punto de partida en una ficción (originaria endógena), en una creación subjetiva, y no en un error a partir de una percepción falsa (como la «psicosis alucinatoria crónica», ni tampoco en un razonamiento incorrecto (como el «delirio de interpretación»). Las diferencias con este último pueden perfilarnos sus características: «el encañamiento de las ideas delirantes es diferente: los elementos del delirio no aparecen como ligados entre ellos por relaciones de un silogismo, sino que se suceden como las escenas de un relato, esos elementos han sido extraídos de la experiencia del enfermo por vía de la indiferencia; no deducen hechos observados como una conclusión de sus premisas; afirmadas de golpe y directamente, fuera de las operaciones más discursivas del pensamiento, surgen del espíritu espontáneamente por intuición» (E. DUPRÉ, 1925, p. 97).

Al igual que el delirio de Sérieux y Capgras puede encontrarse como síndrome en otras psicosis.

G.G. de Clérambault, el maestro de Lacan, se inicia en la investigación psicopatológica estudiando los delirios colectivos. En este sentido postula que los delirios se transmiten, aunque no las psicosis. El delirio es un conjunto de temas ideicos y de los sentimientos adjuntos, mientras que las psicosis, además del delirio, están constituidas por un fondo material sin el cual no se desarrollarían.

En 1920 separa las paranoias (delirio de interpretación, delirio de imaginación, carácter paranoico) de las psicosis pasionales (erotomanía, celopatía, delirio de reivindicación). Esta división viene determinada por el mecanismo pasional de estas últimas, cuyo paradigma es la erotomanía. Se trata de un delirio amoroso cuyo postulado fundamental es que el objeto ama más y/o únicamente, y es quien ha comenzado el romance.

Cursa con tres fases típicas: esperanza, despecho, rencor. Es una psicosis típicamente femenina, y el «amado» suele ser alguien de alcurnia, príncipes, etc. Por su parte, en las psicosis paranoicas lo que está en la base es el delirio interpretativo.

Es por el mecanismo psicológico («idealismo»), que Maurice Dide en *Les idéalistes passionnés* (M. DIDE, 1913) describe un grupo de sujetos que pueden en algunos casos estar del lado del delirio. Dide agrupa a los idealistas en tres grupos generales y temáticos: «idealistas amorosos»; «idealistas de la belleza y la justicia», entre los que se destacan para nuestro estudio los reivindicadores; los «idealistas de la bondad», entre ellos los reformadores. El idealismo es una forma de psiquismo que transparenta las inclinaciones del sujeto. El hecho de subordinar a una inclinación fija («pasión») un gran número de representaciones, esa inclinación fija ejercerá sobre el juicio una influencia perniciosa.

Curso y evolución. En este plano se adscriben las descripciones de Lasègue, Foville, J-P. Falret, Légrand du Saulle, J. Falret (hijo), y otros, que hemos conjuntado ya por la temática al considerar este orden como prioritario.

Morel, en 1860, describe un delirio crónico —común entre los degenerados— que se inicia con hipocondría, sucediéndose fases persecutorias y ambiciosas. Estamos ya sobre la pista del «delirio crónico con evolución sistemática» de Magnan y Sérieux. Este delirio se caracteriza por su evolución, y en la actualidad estaría más del lado de las esquizofrenias (por su terminación) que de las paranoias. «El delirio crónico con evolución sistemática es una enfermedad netamente definida, metodológicamente regular en su evolución, que recorre cuatro etapas sucesivas en las que el sujeto, aun permaneciendo un mismo fondo, se presenta bajo apariencias diferentes. El sujeto está «inquieto» en el primer período, «perseguido» en el segundo, «ambicioso» en el tercero, para finalizar en «demenia» en el cuarto. Estos alienados... atraviesan regularmente las cuatro fases de la enfermedad, de tal manera que el clínico, aun faltando más información, puede restablecer todo el pasado del delirante crónico, e indicar con seguridad los fenómenos que se le presentarán ulteriormente» (V. MAGNAN y P. SÉRIEUX, 1910, p. 606). Aquí tenemos ya, en 1892, una «entidad nosológica».

En relación a las formas agudas y crónicas, destacan entre los clínicos franceses Jules Séglas. Este autor se ocupa además de delimitar la estructura común de las paranoias secundarias y las primitivas. Los delirios agudos presentan una temática más polimorfa, siendo más característicos

en los estados confusionales, con la indicación etiológica que ello arrastra. Por su parte cuando el delirio está sistematizado es índice de cronicidad (H. WALLON, 1926, p. 51).

Podríamos establecer nuevos grupos desde el plano etiológico, como hace Jacques Lacan en su tesis sobre la paranoia. Mientras que los defensores de la psicogenia en Alemania se ocuparon de las reacciones (E. Bleuler), en Francia se ocuparon de describir los factores constitucionales (P. Janet, Montassut, J. Séglas, P. Sérieux, J. Capgras, Genil-Perrin, etc.). Los menos investigaron las paranoias como procesos orgánicos, estudiando sus relaciones con las P. M-D., las esquizofrenias y las psicosis tóxicas (cafeinismo, alcoholismo, etc.).

En este plano etiológico encontramos nosologías bastante delirantes. Es el caso de Luys, y la que propone en su *Tratado clínico práctico de las enfermedades mentales* (LUYS, 1891), en donde agrupa los delirios paranoicos entre las «hiperhemias» y los estados mixtos de «hiperhemias» e «isquemias», siguiendo el modelo del funcionamiento celular de excitación-inhibición. Otras más sensatas como la de Ph. Chaslin en su *Éléments de sémiologie et clinique mentales* (CHASLIN, 1912) que nos ofrece un frondoso grupo de temáticas de «locuras sistemáticas crónicas primitivas», hoy difícilmente hallables debido a la utilización (excesiva) de silenciadores químicos.

J. Lacan defendió durante su época psiquiátrica la causalidad psicogenética de nuestra psicosis. En su tesis *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* (J. LACAN, 1979a) defiende la psicogénesis estudiando las relaciones de la paranoia y la personalidad. «La clave del problema nosológico, pronóstico y terapéutico de la psicosis paranoica debe buscarse en un análisis psicológico concreto, que se aplique a todo el desarrollo de la personalidad del sujeto, es decir, a los acontecimientos de su historia, a los progresos de su consciencia, a sus reacciones en el medio social» (J. LACAN, 1979a, p. 314). Curiosamente el caso que analiza en este texto se sale de las descripciones clásicas de paranoia, y bautiza este nuevo tipo clínico como «paranoia de autocastigo», porque es la pulsión autopunitiva la que domina en su etiología, en su aparición, en su estructura y en su curación. Aimée, la loca de su tesis, agrade a una actriz odiada, porque es justamente el ideal que tiene de sí misma. Es la ambivalencia afectiva (en este caso hacia su hermana) la que dirige la conducta autopunitiva, y es este mecanismo autopunitivo —no pasional— el que da nombre a este tipo de paranoia. Volveremos luego con este autor pero ya desde el campo psicoanalítico.

Henry Ey (1900-1977), en su dilatada producción, compila y rescata la tradición alemana y francesa desde el prisma organodinámico (jirones articulados de neojacksonismo y freudismo). La enfermedad mental está supeditada siempre a bases somatógenas y «aspectos» psicológicos. A partir de una jerarquía de funciones («energéticas» e «instrumentales») tiende a cerrar el hiato –previamente supuesto– mente-cuerpo. «Al igual que las teorías orgánicas mecanicistas, estas teorías (se refiere a las organodinámicas) admiten un proceso orgánico que constituye el sustrato hereditario, congénito o adquirido de las enfermedades mentales. Ahora bien, se distingue de aquellas en no hacer depender los síntomas de las lesiones de una manera directa y mecánica. Dicho de otra manera, a pesar de admitir la acción determinante de un proceso generador cerebral o más generalmente somático, atribuyen un papel considerable a la dinámica de las fuerzas psíquicas en la estructura o, si se quiere, a la construcción del cuadro clínico y a la evolución de las enfermedades mentales. Esta dinámica, desde luego, no tiene sentido más que si se considera la enfermedad no tan solo como una desorganización de la vida psíquica, sino también como una reorganización en un nivel inferior» (EY, BERNARD y BRISSET, 1980, p. 66). Esta teoría somatogenética ha sido muy criticada, pero también ha gozado de admiradores. Entre las críticas mencionaré la que le brinda su colega y compatriota J. Lacan, quien incide en la cuestión metodológica, *idea vera debet cum suo ideato convenire* (Spinoza), y en el problema maniqueo orgánico-psíquico (J. LACAN, 1978a).

El delirio está activamente prendido en las relaciones persona-mundo; es la alienación mental por excelencia. Su clasificación de los delirios crónicos nos parece mucho más afortunada que otras –léase D.S.M. III– que cuentan con el favor burocrático y administrativo. Tiende a agrupaciones estructurales, teniendo presente (esto nos parece meritorio) la historia de la nosología psiquiátrica. En el «género» de las psicosis delirantes crónicas diferencia «especies» que evolucionan con déficit (Kraepelin), de otras sin ese marcado deterioro. Paranoias, psicosis alucinatorias crónicas y parafrenias opuestas a esquizofrenias (déficit). Las psicosis paranoicas o delirios sistematizados crónicos se definen en relación a su «construcción» lógica y a sus relaciones consustanciales con la personalidad. «Los síntomas de este delirio (interpretaciones, ilusiones, percepciones delirantes, actividades alucinatorias, fabulaciones, intuiciones) son todos reducibles a una patología de las creencias, ya que las ideas delirantes envuelven en su convicción dogmática todos los fenóme-

nos que forman, a través del pensamiento reflexivo del delirante, la edificación de su mundo» (EY, BERNARD y BRISSET, 1980, p. 450). Entre las formas paranoicas Ey rescata las descripciones de los grandes clínicos: *pasionales* (Clérambault), *reivindicativas* (Sérieux y Capgras, Dide, etc.), *delirio de interpretación* (Sérieux y Capgras), y el «*delirio sensitivo de relación*» (E. Kretschmer). Este último, que aún no habíamos visto, (*beeihungswahn*) se define en relación a la conflictiva del sujeto con los otros. Es un delirio «concéntrico», en el que el sujeto se siente como en un «proceso» del que no puede salir y que le amenaza. El núcleo del cuadro patológico lo ocupa el delirio referencial, «que surge de un fundamento afectivo gradual entre la vergonzosa inseguridad y la desesperada autoacusación» (KRETSCHMER, 1959, p. 191).

La psicosis alucinatoria crónica, que había sido descrita por Lasègue en 1853, que Kraepelin incluyó en la *dementia praecox* y autonomizó en las postrimerías de su producción, se debe fundamentalmente a G. BALLETT (1911) y a E. Dupré, como este último reivindica (E. DUPRÉ, 1925, p. 91). Se trata de una psicosis caracterizada por los fenómenos psicosensoresiales que llevan enquistados delirios de temática mágica y paracientífica. Generalmente es de aparición repentina y en su período de estado presenta el «automatismo mental» de Clérambault: automatismo ideoverbal, sensorial y psicomotor. H. Ey piensa, a diferencia de Ballet, Séglas, Clérambault y otros, que no es demencial, a pesar del automatismo irreductible.

Las parafrenias, última especie sin deterioro, guardan bastante paralelismo con quien las creara (Kraepelin), y que hemos esbozado arriba.

Las esquizofrenias se diferencian de las anteriores por su evolución deficitaria, además de or la profunda transformación de la personalidad y el replegamiento sobre sí mismo (autismo). «En general se define la discordancia, las nociones mal sistematizadas, y las perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y la extrañeza de los sentimientos —trastornos que tienden a evolucionar hacia el déficit y hacia la discordancia de la personalidad» (EY, BERNARD Y BRISSET, 1980, p. 474).

RAMÓN SARRÓ

Su dilatada obra, las variaciones, obliteraciones y la aparición de nuevos puntos a articular dan cuenta del trabajo elaborativo, atravesado por

una erudición envidiable y una práctica clínica ingente. Sus teorías de la psicosis, de los endodelirios, han variado ostensiblemente. Sin embargo, voy a recuperar aquí algunos textos pasados con la intención compilatoria de lo que está escrito arriba. Los autores referenciales para su investigación de la paranoia son Kraepelin, Jaspers y Freud. La paranoia es un grupo de enfermedades mucho más amplio que el kraepeliniano, siendo este una forma de paranoia, como dice VALLEJO NÁGERA (1951). Es preciso designar como paranoicos «a los enfermos que reaccionan exclusivamente con las ideas delirantes comprensibles o en las fronteras de la comprensibilidad, tanto si lo hacen en forma crónica como aguda, siempre que exceda la simple reacción situativa» (R. SARRÓ, 1965, p. 1094). La psicogénesis tiene un papel preponderante tanto si se trata de un «proceso» como si es un «desarrollo», o incluso tratándose de una tercera forma («pseudodesarrollo»). Entre las formas paranoicas diferencia: *combativa* (delirio pleitista); *sensitiva* (Kretschmer); *desiderativa* (el delirio como realización de deseos grandiosos; forma que más se adecúa a la de Kraepelin); *persecución y celotípica*; *brotos delirantes de los degenerados* (poco sistematizada y alucinatoria. Se trata en los casos típicos –Birnbaum– de criminales que comienzan la psicosis al ser detenidos y suele remitir al ser libertados); *reactivas* (influenciadas decisivamente por el medio).

Su curso no es ineluctablemente crónico. «Existen formas en que la actitud delirante del enfermo sufre evoluciones en su intensidad y llega incluso a desaparecer durante largos períodos o definitivamente» (R. SARRÓ, 1965, p. 1096). La psicoterapia, en este sentido, juega un papel valiosísimo, en detrimento de los tratamientos medicamentosos.

Las investigaciones actuales sobre los endodelirios toman como vía regia el «análisis temático». Este punto de partida temático rompe la «hipognosia deliriográfica» que caracterizó la producción psiquiátrica, y que Freud había comenzado con el análisis de las memorias de Schreber. Sarró, lejos de sus primeras ideas de fundamentar en la antropología de Klages la esquizofrenia (IRAZOQUI y VILLEGA, 1935), concibe los delirios endógenos como un drama teo-cosmo-antrópico. El delirio arroja al sujeto a una situación absolutamente novedosa, es un viaje sin parangón con los sujetos normales. «El argumento del drama delirante podría intentar reducirse a una fórmula única corriendo el riesgo de simplificar en exceso “el triunfo del Principio de Vida sobre el Principio de Muerte en un escenario teo-cósmico, cuyo centro alternativamente activo o pasivo sería un paciente que había perdido su biografía, como Peter Schlmhil su

sombra"» (R. SARRÓ en J.L. MEDIAVILLA, 1979, p. 105). El delirio supone una ruptura con lo biográfico, «es ontológicamente distinto de la historia» (R. SARRÓ, 1984, p. 325). Su análisis se centra en el abordaje presentista, en la situación actual del ser-en-el-mundo, ya como *homo demens* (término tomado de Edgar Morin), es decir, como alguien que se siente centro del universo, inmortal, feliz, etc. Todo lo contrario del sujeto normal, que funciona, trabaja, que está apegado a las cosas de la vida cotidiana, el *homo sapiens*.

Hace ya algunos años, en 1957, tituló su participación al Simposio sobre Esquizofrenias: «¿Bancarrotas de la investigación somática? Aurora psicopatológica en la esquizofrenia», título significativo que podemos valorar en la actualidad como «resplandeciente», continuando la metáfora. Su profusa casuística le ha permitido describir unas cuarenta unidades temáticas, los «mitologemas». Los «mitologemas» están todos articulados entre sí, de tal manera, que, aunque unidades definidas, están conectados entre sí. Estas unidades temáticas se repiten siempre y son transculturales. Empero, no se puede equiparar mito y locura. Los endodelirantes pueden llegar a estructurar una temática *semejante* a la mítica.

En este análisis mitologemático cobra singular importancia la producción iconográfica endodelirante. No se trata de coleccionar las curiosidades que dibujan o escriben los locos, sino de investigar tales *producciones* iconográficas, preguntándole (como fuente de información verídica), usando la información que trae el enfermo, a partir de sus producciones. Es en este sentido del delirio como sistema productivo que siempre tiene al menos una fase productiva, que el doctor Sarró intenta recuperar el término paranoia.

El delirio, como sistema, en el que los «mitologemas» están engarzados, presenta generalmente dos fases, resumiendo mucho las cosas. En principio una *nihilización* generalizada, en el que el sujeto pierde la biografía, la dimensión del futuro, quedando sumido en la Nada. Posteriormente acontece una fase bien productiva, la *utopización*, en la que el sujeto sumido en una orfandad metafísica crea una nueva identidad, un nuevo mundo. Es justamente esta producción temática, en ocasiones extraña, la que la psiquiatría ha desechado tildándola como trastornos del pensamiento. Encontramos un paralelismo en este punto con la concepción freudiana del delirio como curación.

A continuación enumeraré algunos de los «mitologemas» sarronianos, aunque es labor abstrusa, como reconoce el autor: «la distancia que separa sus contenidos de los que ocupan la mente normal es, como reitera-

damente hemos dicho, muy alejada de los móviles pasionales de las conductas normales...» (R. SARRÓ, 1984, p. 324).

Entre los «mitologemas» de *persecución*, que es la temática más frecuente, destacan la «hostilidad universal», la «mirada sartriana», la «hostilidad sobrenatural», la «persecución admirativa», la «celotipia». La «mirada sartriana» es sin duda uno de los que peor pronóstico tiene: «La gente me mira mal. Debe de haber como un juego en la forma de mirarme. Me da la impresión de que quieren cogerme y matarme» (R. SARRÓ en J. L. MEDIAVILLA, 1979, p. 138). La persecución por psicomáquinas, que podríamos incluir en «hostilidad sobrenatural», que se adueñan del pensamiento y del cuerpo, puede atentar directamente contra la integridad del delirante.

El *fin del mundo* es también frecuente. Es una certeza de que el mundo se acaba, parcial o totalmente (el cosmos desaparece). En algunos se presenta como una intuición, sin embargo para otros está muy elaborado, y su papel puede permanecer pasivo o tomar parte activa (salvación o destrucción a veces). La temporalidad de este fin del mundo es diversa («futuro remoto», actual, futuro mediato o inmediato). Las palabras de un enfermo ilustran esta vivencia: «El próximo fin del mundo está cercano. Se creará un mundo nuevo con una estructuración diferente, en el que reinará la paz y la gente no tendrá que trabajar para vivir» (R. SARRÓ en J. L. MEDIAVILLA, p. 135).

En *endiosamiento* o *mesianicidad* agrupa a los endodelirantes en cuya temática se presentan como representantes de Dios o Dios mismo. Los dioses parafrénicos muestran diferencias sustanciales con el Dios de Agustín o Hegel; se asemejan a los dioses primitivos, son impotentes, como el de Schreber. Los endiosados muestran un amor universal, pretenden salvar a toda la gente, aunque el papel redentor les viene grande. Algunos se presentan como *demiurgos*, *dioses panteístas*, *panenteístas*, etcétera.

Hasta aquí un botón de muestra de los «mitologemas» sarronianos, que rondan en la actualidad la cuarentena.

SIGMUND FREUD

Estamos ya en el campo del psicoanálisis. Se estipulan desde este unas nosologías, «otra» psicopatología, y unas formulaciones teóricas y su consecuente práctica clínica, que se desmarcan asintóticamente de las

descripciones psiquiátricas que nos han ocupado hasta ahora. Las psicosis paranoides no pueden ser desligadas empero de las investigaciones estrictamente psiquiátricas, y prueba de ello es que la paranoia —enfermedad muy anterior al descubrimiento freudiano— atrajo a un variopinto enjambre de teóricos, algunos de los cuales se citan más arriba.

No fue Freud, quien recordémoslo se especializó en neurología, un incondicional de las psicosis. Como clínico, como psicoanalista, su mayor parte de enfermos era neurótica. Había otra razón: los locos no gozaban de sus simpatías (M. SCHUR, 1980). Empero esto no quiere decir que no aporte genialidades a nuestro campo; es más, su abordaje por el *decir* del loco empaña las aportaciones estrictamente psiquiátricas.

Podemos diferenciar al menos tres posiciones nosológicas sucesivas en la ciencia que estaba construyendo. La primera de estas posiciones aglutina los siguientes trabajos: *Las neuropsicosis de defensa*, de 1894; *La neurastenia y la neurosis de angustia*, de 1894-1895; *Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, de 1896; *La etiología de la histeria*, de 1896; el epistolario con W. Fliess, que se extiende de 1887 a 1902. Opone «neurosis actuales» versus «psiconeurosis» (paranoia entre ellas). Su patogenia es siempre sexual. En *Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa* analiza un caso de paranoia crónica, y habla ya de «proyección» para describir su mecanismo. En esta época usaba indistintamente neurosis y psicosis (algo intolerable que hay que reprimir).

Una segunda nosología se estipula a partir de los *Tres ensayos para una teoría sexual*, de 1905; *Observaciones sobre un caso de paranoia («Dementia paranoides») autobiográficamente descrito. Caso Schreber*, de 1910-1911; *Introducción al narcisismo*, de 1914; *Los instintos y sus destinos*, de 1915; *La represión*, de 1915; *Lo inconsciente*, de 1915; *Historia de una neurosis infantil. Caso del Hombre de los Lobos*, de 1914. Opone en esta época las *perversiones*, las *neurosis actuales* y las *psiconeurosis* (de transferencia: histerias, obsesiones y fobias; narcisistas o parafrenias). Este grupo de psiconeurosis se diferencia —resumiendo— por la cuestión económica: en las de transferencia la libido cargaría los objetos, mientras que en las narcisistas cargaría el yo. El sentido que da Freud al término «parafrenia» no es diáfano. En ocasiones quiere marcar la relación entre esquizofrenia y paranoia, mientras en otras lo refiere como sinónimo de esquizofrenia.

Una tercera nosología se estipula a partir de la segunda tópica, con «El yo y el ello». Otros textos: *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*, de 1924; *Neurosis y psicosis*, de 1923; *El problema económico*

del masoquismo, de 1924; *La negación*, de 1925. Opone: *perversiones*, *neurosis*, *psiconeurosis narcisistas* (melancolía) y *psicosis* (esquizofrenia y paranoia). La diferenciación neurosis-psicosis (nada obvia para Freud) vendrá determinada por situarse el conflicto entre el yo y su ello (neurosis), y por situarse el conflicto entre el yo y el mundo exterior (psicosis).

La cuestión nosológica no quedó resuelta. «Freud nos introduce en una verdadera danza nosográfica: la esquizofrenia es a la histeria lo que la paranoia es a la neurosis obsesiva... Pero hay una histeria detrás de cada neurosis obsesiva, y la esquizofrenia se encuentra con la restitución paranoica» (G. L. GARCÍA, 1980a, p. 43).

El recorrido de textos que ahora inicio es una lectura diagonal, en la que intento marcar las dificultades con las que Freud se encontraba para diferenciar neurosis-psicosis, sin apelar a criterios como la alucinación, el delirio, la terminación, el sustrato anatomopatológico, la pérdida de realidad, etc., tan socorridos por la psiquiatría.

En el texto sobre el doctor *juris* Daniel Paul Schreber (FREUD, 1972h), presenta como «fantasía optativa» schreberiana la transformación en mujer. Esta fantasía está explicada, dice Freud, por la amenaza de castración que impone el «complejo paterno». Señala a la «proyección» como el mecanismo de producción de síntomas. Pero, ¿acaso la «fantasía optativa», el «complejo paterno» y la «proyección» que se observan en este psicótico no aparecen en las neurosis? Y Freud responde que sí; por tanto, ¿dónde está la diferencia? Además la «represión» también aparece en ambas, aunque sin embargo (esto es importante) debe de tratarse de una «represión» diferente, conjetura Freud al final del texto.

Teoriza la paranoia como defensa contra un deseo homosexual, y es ya aquí donde introduce el «narcisismo» como estadio intermedio entre el «autoerotismo» y el «amor objetal». Una fijación narcisista produciría una elección de objeto de tipo homosexual.

Las formas más características de esta psicosis lo son en relación a contradicciones de una misma afirmación. Freud nos sorprende aquí —y maravilla— con su gramatopatología. El delirio *persecutorio* muestra así que el más amado antes es el perseguidor ahora: «Yo (un hombre) le amo (a un hombre)». «No le amo; le odio». «Él me odia (me persigue), lo que me da derecho a odiarle». En la *erotomanía*: «Yo no le amo a él; la amo a ella». «Advierto que ella me ama». «Yo no le amo a él; la amo a ella, porque ella me ama». Por último los *celos delirantes*: «No soy yo quien ama al hombre; es ella quien le ama». «No soy yo quien ama a las mujeres; es él quien las ama».

Sobresale, como se observa, un planteamiento económico, que podríamos resumir en la siguiente secuencia: «proyección», «racionalización secundaria», «delirio», «curación». Es decir, en Schreber, la vivencia del fin del mundo... «represión» (retirada de libido de las personas y cosas), «proyección» (ocurre fuera de mi espacio interno), «racionalización secundaria» (forma lógica y coherente que toma), «delirio» (el producto de la represión), «curación» (la represión se anula y la libido vuelve a circular).

En *Introducción al narcisismo* (FREUD, 1972l) intenta explicar por el narcisismo las parafrenias. La libido que se sustrae a los objetos carga el yo (narcisismo secundario), con lo que se justifica la temática megalomácnica. Esa libido del yo contribuye a la formación de un «ideal» (en este punto la traducción de López-Ballesteros es deficiente al sinonimizar *ich-Ideal* e *Ideal-ich*), y ese ideal no es otra cosa que el narcisismo de la niñez, en el que el sujeto y el ideal eran una y la misma cosa. El «ideal del yo» es la idealización que el sujeto dirige a otro, con la consiguiente exigencia de perfección. «Yo ideal» es la idealización de uno mismo; uno desea lo que fue, entroncado a la omnipotencia del pensamiento.

Un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica (FREUD, 1972n) es una reafirmación de la teoría de la paranoia como defensa contra un deseo homosexual, aunque el perseguidor sea «aparentemente» del sexo contrario. La misma ratificación sostiene en *Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad* (FREUD, 1972q). En *Lo inconsciente* (FREUD, 1972p) caracteriza al lenguaje esquizofrénico como «lenguaje de órgano». Se trata del sometimiento de las palabras al proceso primario y la profusión de referencias al cuerpo. Pero Freud insiste: no es la analogía de las cosas expresadas sino la semejanza de la expresión (los significantes en sus diferencias) lo que decide la sustitución. Y Freud aporta algunos casos en los que destaca precisamente este análisis por la palabra («brotan» y «agujeros»).

En la lógica de F. Brentano se apoya para diferenciar tres tipos de objeto: *objekt* (objeto de las relaciones amorosas), *sache* (objeto de la fantasía), y *ding* (palabra = cosa; proceso primario). En la psicosis, en la paranoia, no se produce la pérdida de *das ding*; no hay aparición de la fantasía (*sache*); y por tanto no hay relación de objeto (*objekt*). Es en este sentido que en las psicosis no hay fantasía (lo que permitiría elaborar la pérdida y producir nuevos objetos). La locura de Schreber estaba plagada de ejemplos en este sentido. Dice, por ejemplo, «en el momento de escribir estas líneas hago el intento —como una especie de prueba— de

hacer que aparezca en el horizonte la figura de Motterhorn (Monte Cervino) –donde en la naturaleza existe posiblemente la cumbre más hermosa, en Dittersbasch– y me cercioro de que esto tiene lugar tanto con los ojos abiertos como con los ojos cerrados» (D.P. Schreber, 1979, p. 190).

Neurosis y psicosis (FREUD, 1972t) nos presenta la psicosis como el conflicto entre el yo y el mundo exterior, mientras que en la neurosis el yo está en conflicto con su ello. *La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis* (FREUD, 1972u) tiene un título bien elocuente. Pérdida en ambas estructuras. El neurótico no quiere saber nada de la realidad, intenta reprimir su deseo, lo que retornará como síntoma. El psicótico opera una modificación, una *recreación*, porque justamente es la realidad la que se le presenta en la alucinación.

En *La negación* (FREUD, 1972v), texto exiguo y farragosísimo, Freud postula que el «no», la negación, implica dos tipos de juicio: atributivo o de existencia. El primero atañe a la atribución de una cualidad a una cosa; el segundo, atribuir o negar a una imagen su existencia en la realidad. En la psicosis únicamente funcionaría el juicio atributivo.

De este lacónico recorrido de textos emerge la dificultad freudiana de separar neurosis-psicosis. Será preciso seguir la pista de la «represión» y esa otra «represión» diferente de las psicosis.

Pero Freud no desiste y sigue la pista del «complejo paterno». Ambas pistas, que emiten por el momento un pálido brillo, guiarán la investigación lacaniana en la determinación estructural. El «complejo paterno» aparece como intento reconstitutivo de la «función paterna», para la que se precisa que funcionen los tres padres que Freud esboza: el *padre idealizado* (prolongación de la madre; el padre que protege y castiga); el *padre muerto según la ley* (ley que prohíbe el incesto, y ley del parentesco), que Lacan llama «padre simbólico»; *un padre*, que no tiene que ser obligatoriamente el genitor y que tiene como función amoldar la ley al deseo en la relación edípica. Por tanto, la «función paterna» no suprime el deseo sino que lo entroniza. En un primer tiempo la prohibición paterna constituye la ligazón del sujeto al deseo. Un segundo tiempo marca que no se trata precisamente del padre real (O. MASOTTA, 1976).

Freud también en este punto nos introduce en una frenética danza bibliográfica para seguir las pistas del «complejo paterno», del fantasma del asesinato del padre. Desde 1900 en su *Interpretación de los sueños* (FREUD, 1972f), pasando por el *Análisis de una neurosis obsesiva. El hombre de las ratas, Totem y tabú* (FREUD, 1972j), *El «Moisés» de Miguel Ángel* (FREUD, 1972k), *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII* (FREUD,

1972r), *Dostoyewsky y el parricidio* (FREUD, 1972w), *Moisés y la religión monoteísta* (FREUD, 1972x), hasta su obra póstuma con William Bullit, *El presidente Thomas Woodrow Wilson. Un estudio psicológico* (FREUD y BULLIT, 1973). Largo camino que describe el fantasma del asesinato del padre desde la realización de deseos onírica hasta la muerte del padre fruto de una identificación, en Wilson.

El bagaje informativo recapitulado nos dispone ya al intento resolutivo de Jacques-Marie LACAN (1900-1981). A pesar de su prolija producción, que duplica con exceso la de Freud, no dedicó demasiado espacio al campo de las psicosis, aunque sí en intensidad. Tenemos sus valiosos textos psiquiátricos, que ya vimos, y dos seminarios dedicados a Schreber y a J. Joyce, y dos textos sobre esos seminarios separados por dos décadas: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» (LACAN, 1980) y «Joyce le sintome».

Su abordaje por el significante apunta directamente a la estructura, «una estructura que captura a un visitante particular, al visitante que habla. En el fondo esto traza una diferencia con toda forma de psicología, tanto humana como animal; que el rasgo fundamental que es el rasgo colonizado por la experiencia analítica es que el hombre es un viviente pero que habla» (J-A. MILLER, 1979, pp. 24-25). *Parlêtre* en sus términos. La noción de estructura, irreductible a todo lo que no sea ella misma, nos pone sobre la pista de lo que Lacan caracteriza en el delirio. «El delirio no es deducido, reproduce la misma fuerza constituyente, es también un fenómeno elemental» (LACAN, 1984, p. 33). Es en este sentido que comprender el desarrollo paranoico como lo que se sistematiza *a partir de* es erróneo. Lacan marca bien este punto: el delirio surge sistematizado. Este fenómeno elemental, llamado también creencia delirante, constituye la *certeza* del loco. La certeza toma el lugar de la realidad. Algo inquebrantable apunta directamente al sujeto, y le concierne ineludiblemente, como a Schreber el «asesinato del alma». Pero ciertamente, a medida que florece el delirio, el loco se da cuenta de que sus cosas son cada vez más irreales. Es en este punto que Lacan introduce una de sus esporádicas apreciaciones nosológicas. «La paranoia se distingue en este punto de la demencia precoz: el delirante articula con una abundancia, una riqueza, que es precisamente una de sus características clínicas esenciales, que si bien es una de las más obvias, no debe sin embargo descuidarse. Las producciones discursivas que caracterizan el registro de las paranoias florecen además, casi siempre, en producciones literarias, en el sentido de que “literarias” quiere decir sencillamente hojas de papel

cubiertas de escritura. Observen que este hecho aboga a favor del mantenimiento de cierta unidad entre los delirios, quizá prematuramente aislados como paranoicos, y la formación que la nosología clásica llama parafrénicas» (LACAN, 1984, p. 112-113).

Pero para que se instaure la «metáfora delirante» es preciso que algo primordial, intrínseco al ser, no haya sido simbolizado. No se trata ya de algo *reprimido*, sino —y aquí un paso importante respecto a Freud— que haya sido rechazado, «forcluido». Las tribulaciones freudianas de atribuir un mecanismo diferente y específico a la psicosis están ya subsanadas. La *verwerfung* es un concepto freudiano, que antecede incluso al de *verdrängung* (represión), y que Lacan va a caracterizar como el mecanismo típico de la psicosis. «Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, *verworfen*, recusado (*forclos*), es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí por oposición simbólica al sujeto» (LACAN, 1980, p. 262). Es decir, cuando «Un-padre» viene en oposición simbólica al sujeto, en lo real. Esa brecha abierta en lo *simbólico* (el campo del lenguaje, de la ley y las funciones de cada sexo) por la «forclusión» acarrea un resquebrajamiento de lo *imaginario*, que se observa en la regresión tópica al «estadio del espejo», y precipitaciones en lo *real* de lo no simbolizado, las alucinaciones.

Pero que se instaure la «metáfora delirante» obvia que la «metáfora paterna» ha fallado. «Para articular el Nombre-del-Padre, en cuanto ocasionalmente puede faltar, con el padre cuya presencia efectiva no es siempre necesaria para que no falte, introducimos la expresión “metáfora paternal” y la explicamos al analizar la función del padre en el trío que forma con la madre y el niño» (LACAN, 1970, p. 86). Este significante Nombre-del-Padre, en tanto portador del falo (el objeto de deseo de la madre así como su falta), es el agente separador en la «metáfora paterna» del chico como goce absoluto de la madre. Así, en tanto funciona esta metáfora, esta sustitución, el chico podrá tener un falo simbólico y no serlo. Si este significante está forcluido estamos en la estructura psicótica, lo cual no quiere decir ineluctablemente que aparezca clínica psicótica; es el caso de James Joyce. En Schreber, por otra parte, vemos la aparición de fenomenología psicótica cuando aparece un significante de la paternidad, no necesariamente el padre del sujeto, sino «Un-padre», oponiéndose simbólicamente. Se trata de los dos nombramientos con que es premiada su labor jurídica: presidente de Tribunal de Primera Instancia del Land en Chemnitz y presidente del Senado de la Corte del Land de Dresde.

Lacan adoptará posteriormente la expresión «Nombres-del-Padre», y dirá que *la* mujer es uno de ellos, lo que tiene repercusión en la clínica, donde se considera el delirio como intento curativo. «No se trata, siguiendo este camino, de hacer delirar al psicótico o de delirar con él; se trata de captar lo que puede hacer “metáfora delirante”, principio de detención para el sujeto en el lugar de la metáfora paterna recusada (*forçlosé*) perdida para siempre» (E. LAURENT, 1984, p. 122).

Bibliografía

- ACKERKNECHT, E., 1964, *Breve historia de la psiquiatría*, Universitaria de Buenos Aires.
- ÁLVAREZ-URÍA, F., 1983, *Miserables y locos*, Tusquets.
- ASTRUP, C., 1972, «Esquizofrenia paranoide atípica», en G. HUBER (comp.), *Esquizofrenia y ciclotimia*, Morata.
- BAILLARGUER, E., 1863, *Tratado de la alienación mental. Lecciones*, La Habana, Imprenta y librería militar.
- BERCHERIE, P., 1980, *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Seuil.
- , 1982, «Présentation des classiques de la paranoïa», *Analytica* 30, pp. 15-17.
- BLEULER, E., 1971, *Tratado de psiquiatría*, Espasa Calpe.
- , 1969, *Afectividad. Sugestibilidad. Paranoïa*, Morata.
- BRIDGMANN, F., 1980, «Le groupe des paraphrénies dans ses rapports avec la classification française des délires chroniques», *Analytica* 19, pp. 69-100.
- CANO HEVIA, J.R., 1955, «Nuevas perspectivas del método fenomenológico en psiquiatría», *Revista clínica española* 2, pp. 102-109.
- CASTIGLIONI, A., 1941, *Historia de la medicina*, Salvat.
- CASTILLA DEL PINO, C., 1978, *Vieja y nueva psiquiatría*, Alianza Editorial.
- CLÉRAMBAULT, G. de, 1942, *Oeuvre psychiatrique*, P.U.F.
- COLODRÓN, A., 1983, *Las esquizofrenias*, Siglo XXI.
- CHASLIN, Ph., 1912, *Éléments de sémiologie et clinique mentales*, Asselin et Houzeau.
- DELGADO, H., 1963, *Curso de psiquiatría*, Ed. Científico-Médica.
- DIDE, M., 1913, *Les idéalistes passionnés*, Félix Alcan.
- DIDE, M. y GUIRAUD, P., 1922, *Psiquiatría del médico práctico*, Casa editorial P. Salvat.
- DUPRÉ, E., 1925, *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot.
- EY, H., 1950, *Estudios sobre los delirios*, Paz Montalvo.
- EY, H., 1975a, «Conclusion sur les rapports structuraux entre le groupe des schizop-

- hrénies et le groupe des délires chroniques», en P. DURIEUX (dir.), *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie*, Ed. Technique.
- , 1975b, «Groupe des schizophrénies», en P. DURIEUX (dir.), *op. cit.*
- , 1980, «El inconsciente, foco de lo imaginario. Teoría organodinamista de la identidad del ensueño y del delirio en el curso de las disoluciones del psiquismo», *Imago* 9, pp. 151-169.
- EY, H., BERNARD, P. y BRISSET, Ch., 1980, *Tratado de psiquiatría*, Toray-Masson.
- FALRET, J-P., 1854, *De la non-existence de la monomanie*, Rignoux Imprimeur de la faculté de médecine.
- FOUCAULT, M., 1976, *Historia de la locura en la época clásica*, I y II, FCE.
- , 1983, *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y hermano*, Tusquets.
- FREUD, S., 1972a, *Las neuropsicosis de defensa*, Biblioteca Nueva, vol. I.
- , 1972b, *La neurastenia y la neurosis de angustia*, vol. I.
- , 1972c, *Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, vol. I.
- , 1972d, *La etiología de la histeria*, *cit. supra.* vol. I.
- , 1972e, *La sexualidad en la etiología de las neurosis*, vol. I.
- , 1972f, *La interpretación de los sueños*, vol. II.
- , 1972g, *Tres ensayos para una teoría sexual*, vol. IV.
- , 1972h, *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia («Dementia paranoides») autobiográficamente descrito. Caso Schreber*, vol. IV.
- , 1972i, *Los dos principios del suceder mental*, vol. V.
- , 1972j, *Totem y tabú*, vol. V.
- , 1972k, *El «Moisés» de Miguel Ángel*; vol. V.
- , 1972l, *Introducción al narcisismo*, vol. VI.
- , 1972m, *Historia de una neurosis infantil. Caso El hombre de los Lobos*, vol. VI.
- , 1972n, *Un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica*, vol. VI.
- , 1972o, *La represión*, vol. VI.
- , 1972p, *Lo inconsciente*, vol. VI.
- , 1972q, *Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad*, vol. VII.
- , 1972r, *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, vol. VII.
- , 1972s, *El yo y ello*, vol. VII.
- , 1972t, *Neurosis y psicosis*, vol. VII.
- , 1972u, *La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis*, vol. VII.
- , 1972v, *La negación*, vol. VIII.
- , 1972w, *Dostoiewsky y el parricidio*, vol. VIII.
- , 1972x, *Moisés y la religión monoteísta*, vol. VIII.
- , 1972y, *Los orígenes del psicoanálisis. Cartas a Wilhelm Fliess. Manuscritos y notas de los años 1887 a 1902*, vol. IX.

- RÉMOND, A., 1904, *Précis des maladies mentales*, F.R. de Rudeval.
- SARRÓ, R., 1957, «¿Bancartota de la investigación somática? Aurora psicopatológica en la esquizofrenia», en LÓPEZ IBOR (dir.), *Symposium sobre esquizofrenias*, CSIC.
- , 1965, «Enfermedades mentales», en A. PEDROPONS, *Tratado de patología y clínica médicas*, vol. IV, Salvat.
- , 1977, «Deliriografía y deliriología del síndrome hipocondríaco en las psicosis endógenas», en M. RUIZ RUIZ (coor.), *El enfermo hipocondríaco*, Espaxs.
- , 1984, «El progreso en la comprensión ontológica de los delirios endógenos. Desde el método biográfico al metafísico», *Rev. de Psiquiatría y Psicología médica de Europa y América Latina* XVI, 5, pp. 311-330.
- , 1984-1985, *Curso monográfico de Doctorado «Análisis teocosmo-antropológico de los delirios esquizoparafrénicos»*, Universidad de Barcelona, Departamento de Psiquiatría y Psicología médica de la Facultad de Medicina, Prof. ayudante E. Gimeno.
- SARRÓ, R. y CODERCH, J., 1965, «El pensamiento paleológico en la esquizofrenia», *Rev. de Psiquiatría y Psicología médica de Europa y América Latina* VII, 2, pp. 144-153.
- SCHREBER, D.P., 1979, *Memorias de un enfermo nervioso*, C. Lolhé.
- SCHUR, M., 1980, *Sigmund Freud. Enfermedad y muerte en su vida y en su obra*, vol. I y II, Paidós.
- SÉRIEUX, P. y CAPGRAS, J., 1982, «Délire d'interpretation», *Analytica* 30, pp. 103-141.
- VALLEJO NÁGERA, A., 1944, «Síndromes paranoicos y paranoides», *Semana Médica Española* 272, pp. 575-586, y 273, pp. 601-611.
- , 1947, «Psicopatología de las ideas delirantes», *El Siglo Médico. Semana Médica Española* 4737, pp. 133-141.
- , 1951, *Lecciones de psiquiatría*, Librería Científico-Médica.
- WALLON, H., 1909, *Délire de persécution: le délire chronique à base d'interprétation*, J-B. Baillière.
- , 1926, *Psychologie pathologique*, Félix Alcan.
- WAELEHENS, A. de, 1973, *La psicosis*, Morata.
- ZILBOORG, G., 1968, *Historia de la psicología médica*, Psiqué.