

Límites de la concepción fenomenológica del delirio

Delirio y delirium; delirios crónicos y delirios agudos

A dos siglos ya de las primeras conceptualizaciones y demarcaciones de la fenomenología mental¹, bien vale el esfuerzo de ponderar el rigor de las definiciones más establecidas y generalmente aceptadas de la psicopatología psiquiátrica. El delirio, objeto de nuestro trabajo, parece haber alcanzado con Kraepelin, y especialmente con Jaspers, una descripción incuestionable de sus características consustanciales. Dicha conceptualización, capital en la fenomenología de las psicosis, se transmite sin mayores limaduras ni cuestionamientos generación tras generación en nuestro pequeño mundo de la psicopatología². Casi cien años después de los textos de Kraepelin y Jaspers, las clasificaciones internacionales más extendidas, D.S.M.-IV y C.I.E.-10, así

como la tecnología extraclínica de los todavía humeantes S.C.A.N.³, recitan sobre este particular las mismas características definitorias. Pero, y este es nuestro asunto, ¿qué podemos mantener y qué debemos cuestionar de la definición tradicional de delirio?

No podía ser de otro modo: al tiempo que se sostiene invariable la conceptualización, continuamente estallan malentendidos a la hora de designar los fenómenos delirantes en las lenguas más usadas en este ámbito. Esto requiere una precisión breve, pues se han hecho ya tantas que el galimatías se ha hipertrofiado.

En las lenguas romances disponemos de un único término («delirio»; en francés «*délire*») para nombrar, ciertamente, síntomas, cuadros y estados heterogéneos: tanto las alteraciones globales de la experiencia perceptiva determinadas por infecciones o intoxicaciones (la *phrenitis* de los griegos), como las ideas delirantes más o menos organizadas⁴. Acostumbramos a diferenciar dichas experiencias subjetivas atendiendo al adjetivo que añadamos.

En cambio, en alemán e inglés se usan

³ Cfr. SCAN. *Cuestionarios para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría. Glosario. Definiciones diferenciales de los ítems del SCAN y comentarios sobre el texto*, Madrid, Meditor, 1993, pp. 133-143.

⁴ No resulta infrecuente en estos días leer en algunas publicaciones en nuestra lengua el término «delusión» para traducir *Wahn* o *delusion*, siguiendo el empeño de Honorio Delgado. La opinión más generalizada, que es en este caso la nuestra, sigue empleando el término «delirio» para nombrar las ideas delirantes y reserva «delirium» para aquellos cuadros confusionales en los que se evidencia una notable alteración de la conciencia, como es el caso del «delirium tremens».

¹ El uso que se hará a lo largo de este texto del término «fenomenología», mientras no se indique lo contrario, no coincide con la limitación acuñada por K. Jaspers en su *Psicopatología general*. Se usa en un sentido más genérico para indicar el resultado del trabajo de observación, cuantificación y clasificación que la clínica de la mirada ciernen sobre cualquiera de los fenómenos del suceder mental.

² Entre la surtida panoplia de definiciones redundantes citaremos en primer lugar, para azuzar el fuego de la polémica, la de A. Porot recogida en su célebre diccionario: «Siempre que se producen percepciones erróneas o juicios desviados, el psiquismo puede revelar ideas falsas. La idea falsa se convierte en *idea delirante* cuando se halla en oposición con la realidad y choca con la evidencia. Una idea delirante que se mantiene y continúa constituye el delirio». (POROT, A., *Diccionario de Psiquiatría*, T. I, Barcelona, Labor, 1977, p. 329).

dos términos: *Wahn* y *Delirium*, y *delusion* y *delirium*, respectivamente. Esta duplicidad está determinada por la atribución del delirio a un trastorno de la conciencia (*Delirium*), equivalente a la mencionada *phrenitis*, o bien a un trastorno del juicio (*Wahn*⁵ y *delusion*), para referir las ideas delirantes. Pero las cosas no terminan aquí: H. Ey, entre otros, considera que para hablar con propiedad de *Wahn* o *delusion* tiene que producirse un trastorno de conciencia. En fin, más que preferencias terminológicas se trata en último extremo de posiciones teóricas⁶. De igual modo, fuera del discurso psiquiátrico, algunos psicoanalistas han promovido la oposición frontal entre el delirio psicótico y el *delirium* neurótico⁷

⁵ G. Lantéri-Laura, con el buen criterio que le caracteriza, nos recuerda que la palabra *Wahn*, antes de significar «opinión falsa», «ilusión», «ofuscación», «quimera», quería decir «deseo». Cfr. G. LANTÉRI-LAURA, «L'unicité de la notion de délire dans la psychiatrie française moderne», en H. GRIVOIS (dir.) *Psychose naissante, psychose unique?*, París, Masson, 1991, pp. 5-21. Esa resonancia popular perdida fue, nos parece, la razón por la que gran parte de la psiquiatría romántica alemana (Heinroth e Ideler), y casi un siglo después, en especial el suizo E. Bleuler, atribuyera al delirio una vinculación con un deseo (también un temor) imposible en la realidad común.

⁶ Más detalles sobre las opiniones enfrentadas a propósito del malentendido terminológico pueden leerse en: H. EY, *Hallucinations et Délire*, París, Alcan, 1933; R. SARRÓ, «Enfermedades mentales», en A. PEDRO PONS (dir.) *Tratado de Patología y Clínica Médicas*, T. IV, Barcelona, Salvat, 1959, pp. 1.089-1.178; H. DELGADO, «Psychopathologie des délires», *Discussion Congr. Mond. Psychiat.*, París, Hermann, 1952; A. COLODRÓN, *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983, pp. 75-79; H. EY, P. BERNARD y Ch. BRISSET, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1969, pp. 124-128 y p. 500 y ss., y en el excelente *Diccionario taxonómico de psiquiatría* (México, F.C.E., 1993, pp. 66-68) de Jean GARRABÉ.

⁷ Cfr. J.-C. MALEVAL y D. CREMNITER, «Délire psychotique ou delirium névrotique. Essai de différenciation structurelle», *Bulletin de Psychologie*, Tomo XL, n.º 378, 1986-1987, pp. 21-36.

Ahora bien, hay algo más esencial en la definición del delirio cuando se arriesga la identidad⁸ que no se agota en las disquisiciones terminológicas y semiológicas. Trataremos en adelante de precisarlo.

A lo largo de estos dos siglos de Psiquiatría, el inicial macroconcepto Delirio ha ido paulatinamente delimitando parcelas más precisas. Si para Pinel y Esquirol equivalía, *grosso modo*, a alienación mental, sus sucesores promovieron diversas divisiones y oposiciones que siguen utilizándose en la actualidad. El cambio radical en la concepción del delirio llegó esencialmente como consecuencia de la obra de J.-P. Falret. Dicho cambio abrió las puertas a una nueva visión pluralista de la patología mental al someter y encuadrar el alienismo en el marco de la medicina. Lo que siguió fue el esfuerzo de los clínicos de la segunda mitad del siglo pasado por inventar las «enfermedades mentales», una vez dinamitado el concepto unitario de locura, alienación, delirio o *Einheitspsychose*⁹.

Las oposiciones a las que aludíamos unas líneas más arriba, es decir el proceso de transformación de «el delirio» en «los delirios», pueden sintetizarse en:

1. *La oposición delirios crónicos-delirios agudos*. Tras la bipartición de la *melancolía* de Pinel en *monomanie* y *lypémanie*, Esquirol sentó las bases para la poste-

⁸ Una de estas perspectivas muy originales puede encontrarse en: F. COLINA, «La interpretación del delirio», en VV.AA. *Metáfora y delirio*, Madrid, Eoliiador, 1993, pp. 71-80.

⁹ Para ser más precisos con los términos, debemos recordar que Pinel intentó proscribir del lenguaje médico el término *folie*, para sustituirlo por *aliénation*, término, a su vez, que J.-P. Falret substituyó por *maladies mentales*. Algunos autores posteriores, como Ph. Chaslin volvieron a retomar el término clásico *folie*.

COLABORACIONES

rior demarcación de los delirios crónicos y las psicosis afectivas. Al hilo de las críticas metodológicas que Jean-Pierre Falret infringió a la noción de monomanía¹⁰, Charles Lasègue describió en 1852 el *délire de persecutions*, cuya organización nosológica estaba esencialmente determinada por el tema: todos esos sujetos variopintos eran objeto de persecuciones¹¹. El conjunto de las descripciones de delirios crónicos posteriores llevadas a cabo por los clínicos de las dos generaciones siguientes son directa o indirectamente críticas y matizaciones al texto fundacional de Lasègue.

En oposición a los delirios de larga evolución y organización estable del cuadro clínico a lo largo del tiempo, Georget mostró algunas de las características más relevantes del *délire aigu*¹². A partir de 1886, la noción *bouffées délirantes des dégénéérés* creada por V. Magnan delimitó una parcela dentro de los delirios agudos o arrebatos delirantes: delirios súbitos para los que no se encontraba una causa desencadenante, polimorfos¹³, volubles y floridos, que cur-

saban con notables altibajos en el humor e insomnio, y que remitían tan bruscamente como habían comenzado¹⁴. Diferentes a las *bouffées* de Magnan, Ph. Chaslin aisló en 1895 la *confusion mentale primitive* para agrupar un conjunto de trastornos de distinta etiología caracterizados por alteraciones del pensamiento conceptual, desorientación en el tiempo y en el espacio, conciencia obnubilada, perplejidad, delirios, trastornos de la memoria y falsos reconocimientos¹⁵. Diferente asimismo de los cuadros anteriores, desde 1893 E. Régis perfiló las características clínicas y etiológicas del *délire onirique*, en el que confluyen cierta confusión y un delirio de ensueño, como si se tratara de un «verdadero sueño prolongado»¹⁶. Entre las apreciaciones del pronóstico más relevantes, es necesario recordar la de Chaslin: en un cuadro de inicio reciente, cuando aparece *discordance* (entre los temas delirantes y los afectos en juego) lo más probable es que estemos ante los primeros pasos de un delirio crónico, pues se da una notable incompatibilidad entre la discordancia y los cuadros agudos.¹⁷

los delirios más desorganizados de las llamadas esquizofrenias. Para indicar lo contrario, la organización interna, la invariabilidad temática y la primacía de un mecanismo, por lo general la interpretación, se acostumbra a usar el término «sistemático».

¹⁴ Cfr. V. MAGNAN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, París, Progrès Médical, 1893 (2.ª ed.).

¹⁵ Cfr. Ph. CHASLIN, *La confusion mentale primitive*, París, Asselin y Houzeau, 1895.

¹⁶ Cfr. E. RÉGIS, *Le délire onirique des intoxications et des infections*, Burdeos, G. Gounouilhou, 1900. Los trabajos de Régis sobre el onirismo desarrollan y profundizan las constataciones de Lasègue sobre el delirium de los alcohólicos.

¹⁷ Cfr. Ph. CHASLIN, *Eléments de sémiologie et cliniques mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912, pp. 770 y ss.

¹⁰ Cfr. J.-P. FALRET, «De la non-existence de la monomanie», en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, J. B. Baillière, 1864, pp. 425-448. El trabajo mencionado fue publicado por primera vez en 1854.

¹¹ Cfr. Ch. LASÈGUE, «Du délire de persécutions», en *Ecrits psychiatriques*, Toulouse, Privat, 1971. Dicho texto se publicó originariamente en *Archives générales de médecine*, en 1852.

¹² Cfr. E. GEORGET, *De la folie. Considérations sur cette maladie: son siège et ses symptômes; la nature et le mode d'action de ses causes. Les moyens de traitement qui lui conviennent. Suivies de recherches cadavériques*, París, Grevot, 1820, pp. 237-242.

¹³ El término «polimorfo» con el que se acostumbra a calificar determinado tipo de delirio debe entenderse no sólo como alternancia múltiple de contenidos o temas delirantes, sino también como la diversidad de mecanismos (alucinatorios, interpretativos, pasionales, imaginativos) que se articulan y sumultanean en

Por su parte, los autores alemanes, austriacos y suizos prefirieron el término *Amentia*, propuesto por Theodor Meynert¹⁸ para designar un cuadro de confusión (*Verwirrtheit*) alucinatoria muy similar a las *bouffées*. Específicamente, la *Amentia* nombraba un déficit de las asociaciones lógicas y una «disociación de la organización afectiva»; tal déficit era el origen de la confusión alucinatoria que se ponía en marcha tras un traumatismo psíquico.

En cambio, aquellos cuadros más parecidos al onirismo de Régis fueron generalmente asumidos en las *reacciones exógenas* de Karl Bonhoeffer¹⁹.

Nada tiene de extraño el galimatías y la confusión que se aprecian en las distintas organizaciones y síntesis que se han tratado de promover para perfilar este grupo heterogéneo de cuadros agudos²⁰. Tal confusión reposa en la presunción de considerar suficiente el análisis fenomenológico. Si tomamos, por el contrario, una perspectiva de reducción a las estructuras clínicas (neurosis-psicosis, en este caso) la complicación parece evaporarse²¹. Si se trata de un cuadro

orgánico (infeccioso, tóxico, etc.) las pruebas médicas y la anamnesis pueden sacarnos de dudas. Si se trata de un cuadro que es responsabilidad del sujeto, sólo la determinación de los fenómenos elementales, la xenopatía alucinatoria, la certeza y el intento de reconstrucción del delirio, y así como la ausencia de neurosis infantil nos permiten confirmar el diagnóstico de psicosis; incluso puede darse el caso de psicosis que coincidan con enfermedades orgánicas. Por lo general, los problemas más frecuentes y complejos llegan a la hora de diferenciar la neurosis histérica (crepuscular, disociativa) de la estructura psicótica²².

En contraste con la confusión respecto a los cuadros agudos se sitúa la relativa armonía con que la escuela francesa ha perfeccionado el grupo de los delirios crónicos.

2. *La demarcación y clasificación de los delirios crónicos en función de sus temas, su evolución y sus mecanismos.* Tal como indicábamos arriba, el delirio de persecuciones de Lasègue fue el referente a perfeccionar por las siguientes generaciones de alienistas. Aunque hoy en día nos parezca banal organizar los delirios por sus temas destacados, además de Lasègue, también A. Foville²³ y Legrand du Saulle²⁴

¹⁸ Cfr. Th. MEYNERT, *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie auf Wissenschaftlichen Grundlagen*, Viena, Braumüller, 1890. El propio Freud, su alumno, utilizó el término *Amentia* en algunos de sus primeros bocetos psicopatológicos («Manuscrito K» y Carta 55 a W. Fliess), pero sobre todo en el «Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños», escrito en 1915.

¹⁹ Cfr. K. BOHOFER, «Zur Frage der exogenen Psychosen», *Zentbl. Nervenheilk.*, n.º 32, 1909, pp. 499-505.

²⁰ Puede consultarse a este respecto el *Tratado de psiquiatría* de Ey, Bernard y Brisset, en el que una simple lectura revela las inconsistencias y la arbitrariedad de la articulación de estos cuadros clínicos.

²¹ Es necesario para ello, como acertadamente enfatiza F. Pereña, separar la estructura psicótica del trabajo de la psicosis. Cfr. F. PEREÑA, «Delirio y sintoma psicótico», *Metáfora y delirio*, cit., pp. 45-50.

²² Una gran innovación en la clínica diferencial estructural de los estados agudos, confusionales y crepusculares, llegó con las publicaciones de J.-C. Maleval, quien retoma la clínica clásica escrutándola desde una orientación lacaniana. Entre sus numerosas publicaciones pueden consultarse: *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós, 1987; «Las histerias crepusculares», *Confrontaciones psiquiátricas*, 27, 1994, pp. 67-103; y J.-C. MALEVAL et al., «Las variaciones del campo de la histeria en psicoanálisis», en VV.AA. *Histeria y obsesión*, Buenos Aires, Manantial, 1986, pp. 83-90.

²³ Cfr. A. L. FOVILLE, *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, París, J.-B. BAILLÈRE, 1871.

²⁴ Cfr. LEGRAND DU SAULLE, *Le délire des persécutions*, París, H. Plon, 1871.

COLABORACIONES

enfaticaron este aspecto²⁵. Pero fue V. Magnan el que asestó las críticas más robustas al delirio de Lasègue cuando promocionó su *Délire chronique à évolution systématique*; se trataba de privilegiar la evolución inexorable y siempre idéntica que seguía cuatro fases: inquietud, persecución, megalomanía y demencia²⁶. La siguiente generación, el segundo clasicismo, se percató muy pronto de que el Delirio Crónico de Magnan era perfecto en cuanto a su descripción y a la organización teórica de sus pasos evolutivos, pero que no había manera de encontrar psicóticos que se amoldaran a la evolución prevista. Surgió así una nueva variante de análisis psicopatológico centrado en el mecanismo psicológico más sobresaliente, y consecuencia de ello fue una nueva clasificación de los delirios crónicos. Se trataba de discriminar, muy forzosamente a veces, si el mecanismo esencial era interpretativo, alucinatorio, imaginativo o pasional²⁷. De hecho, todos estos trabajos

²⁵ En nuestro país, R. Sarró desarrolló una descripción en unidades temáticas (mitologemas), con las que creyó encontrar la esencia de lo que llamaba delirios esquizoparafrénicos. Puede encontrarse abundante información y bibliografía sobre el particular en el n.º 69 que la Revista *Anthropos* le dedicó en 1987.

²⁶ Cfr. V. MAGNAN, *op. cit.*, pp. 220 y ss. Una versión más perfeccionada puede leerse en V. MAGNAN y P. SÉRIEUX, «Délire chronique à évolution systématique», en A. MARIE (dir.), *Traité international de Psychologie pathologique*, vol. II, París, F. Alcan, 1910, pp. 605-639.

²⁷ Los textos esenciales que innovaron esta perspectiva, es decir, los de Sérieux y Capgras sobre las locuras rasonantes, uno de los dos artículos de G. Ballet sobre la psicosis alucinatoria crónica, así como el trabajo esencial de Clérambault sobre la erotomanía, pueden encontrarse en nuestro texto: F. COLINA y J. M.ª ALVAREZ (dir.), *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, DORSA, 1994. Por su parte, el trabajo de E. Dupré sobre los delirios de imaginación puede hallarse en: E. DUPRÉ, *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, París, Payot, 1925.

han constituido el patrimonio más encomiable de la psicopatología francesa sobre el delirio, y siguen considerándose actualmente²⁸.

3. *La oposición de las ideas delirantes primarias a las ideas deliroides* (ideas de apariencia delirante), de las que nos ocuparemos al tratar la psicopatología de Jaspers.

Una vez enmarcado el campo heterogéneo y, muchas veces equívoco del concepto delirio, se expondrán las dos caracterizaciones probablemente más influyentes de este concepto: la de Kraepelin y la de Jaspers.

El delirio en Kraepelin y en Jaspers

Suele convenirse en situar en la obra de Kraepelin el punto de partida de la concepción del delirio que pervive en la actualidad²⁹. Con el fin de no recargar con demasiadas referencias sobre la historia de la clínica francesa y alemana³⁰, me limitaré a anotar únicamente las posiciones de dos autores, Séglas y Krafft-Ebing, que sintetizan nítidamente las opiniones más ampliamente asumidas en el período pre-kraepeliniano.

Jules Séglas define el delirio como «un conjunto más o menos complejo de ideas

²⁸ Cfr. H. EY, P. BERNARD; Ch. BRISSET, *op. cit.*, pp. 551-528.

²⁹ Cfr. J. OBIOLS VIÉ, *El caso Julia. Un estudio fenomenológico del delirio*, Barcelona, Aura, 1969, p. 65.

³⁰ Tales referencias pueden encontrarse desarrolladas en nuestro trabajo: *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932). Una reflexión sobre la construcción, desplazamientos y reducciones de la categoría «paranoia» en la clínica psiquiátrica*, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1992.

mórbidas relativas al «yo» o a sus relaciones con el mundo exterior»³¹. Unas páginas más adelante destaca la distinción, bastante consolidada en aquellos días, entre los delirios *primitivos* (aquellos que aparecen súbitamente y sin estar precedidos de otros desórdenes psíquicos, ya sea en sujetos que han presentado cierta predisposición, ya sea bajo la influencia de una causa ocasional) y los delirios *secundarios* respecto a otros trastornos psíquicos. Aunque no deja de abordar si el delirante se da cuenta o no de sus ideas morbosas, y más precisamente si tiene una certeza incuestionable o una vacilación anodina, Séglas no alcanza a trenzar un argumento robusto sobre este aspecto que se revelará, lo veremos, decisivo.

Por su parte, R. von Krafft-Ebing en su célebre *Tratado* conviene en precisar que las ideas delirantes son alteraciones de la naturaleza de la representación consecutivas a una enfermedad cerebral. Enfatiza, y en esto no se muestra muy tradicional, que no es suficiente con manifestar ideas erróneas para considerar eso un delirio, aportando cuatro consideraciones que pretende sirvan de guía para distinguir la idea delirante de un alienado del error de un hombre sano:

1. A diferencia de la idea delirante, producto de una enfermedad cerebral que está en conexión etiológica y clínica con otros síntomas, el error es un resultado de la ignorancia, de una falta de atención o de una adhesión supersticiosa o apasionada a determinadas ideas.

2. La lógica y el razonamiento no sirven de nada cuando se confrontan con la idea delirante, por ser un síntoma de enfer-

medad cerebral, que sólo cura cuando cesa esta última. Por el contrario, el error del hombre sano cesará cuando se le convenza de su absurdidad.

3. Por lo general, la idea delirante se muestra en contradicción con la antigua manera de razonar del enfermo, mientras que el error del hombre sano de espíritu es explicable por sus anteriores concepciones, por su instrucción.

4. La idea delirante del alienado y el error del sano tienen distintos puntos de apoyo: «Ambos pueden creer en la existencia de brujas, por ejemplo; pero este último cree por superstición, por estrechez mental; mientras que el primero cree porque las siente y se siente amenazado por ellas»³².

Al releer estos argumentos es fácil caer en la cuenta de que nosotros podemos aplicar sobre ellos mismos lo que el autor intenta explicar, o para decirlo de otro modo: ¿son lo suficientemente robustos como para despejarnos la duda de si se trata de errores por apasionamiento o un delirio teórico? Ni siquiera el propio Freud lo tenía tan claro³³.

Pero más allá de esta digresión, no le falta razón a Krafft-Ebing, y esto parece probarlo la clínica, cuando afirma que el error del hombre sano no le causa una influencia excepcional en su forma de conducirse, mientras que las ideas delirantes pueden

³² KRAFFT-EBING, R., *Traité clinique de Psychiatrie*, París, Maloine, 1897, pp. 89-90; traducción de la 5.ª ed. alemana.

³³ Freud cierra su texto sobre Schreber así: «Queda para el futuro decidir si la teoría contiene más delirio del que yo quisiera, o el delirio, más verdad de lo que otros hallan hoy creíble». (FREUD, S., *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, *Obras Completas*, vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1986, p. 72).

³¹ SÉGLAS, J.: «Séméiologie des affections mentales», en G. BALLEST (dir.), *Traité de pathologie mentale*, París, Tave Doin, p. 222.

COLABORACIONES

llevar al alienado a reacciones violentas en los sentimientos y en los actos.

Así las cosas, Emil Kraepelin delimitó y definió, en especial en las últimas ediciones de *Psychiatrie*³⁴, el delirio (*Wahn*) como un error que se ha engendrado patológicamente y que resiste cualquier argumentación que pretenda denunciar su falsedad. Presenta ahí tres elementos que considera inherentes al delirio, que por más que se hayan mirado con recelo, siguen esgrimiéndose a la hora de su definición: 1, idea errónea; 2, de origen patológico; 3, incorregible. Aunque más abajo volveremos sobre ellos, obsérvese ya la tautología que recubre los dos primeros y la arbitrariedad atrevida que supone juzgar una idea como errónea o falsa, sin apelar a otra cosa que al poco común sentido común; quizás sólo el tercer elemento, la incorregibilidad, puede ponderarse clínicamente³⁵.

Junto con la posición de Kraepelin sobre el asunto que tratamos, la de Jaspers constituye posiblemente la que más hondo ha calado en la psicopatología psiquiátrica; si sopesamos cualquiera de estas dos obras con los trabajos psicopatológicos que se realizan actualmente podremos consternarnos de la anhedonia que nos embarga.

Los detalles fenomenológicos que describe Jaspers, y más aún aquellos que no alcanza a nombrar pero parece que intuye, son sin duda más ricos que los aportados

por el catedrático de Munich. Nadie que lo haya leído reposadamente y se haya bregado con psicóticos puede dejar de reconocer en los relatos de éstos, fulgurantes articulaciones con los fenómenos retratados por el filósofo y psiquiatra de Heidelberg.

Parte Jaspers de una sentencia: «(...) el delirio es una *transformación en la vasta conciencia de la realidad* (que se anuncia secundariamente en juicios de la realidad) (...)»³⁶. Y aunque coincide plenamente con Kraepelin en remarcar que las ideas delirantes son juicios patológicamente falseados, siguiendo la vieja indicación de Calmeil, arriesga sin vacilación tres caracteres «externos» de difícil precisión: «1, La convicción *extraordinaria* con que se afirma uno en ellas, la *certeza subjetiva incomparable*. 2, La condición de *no influibles* por la experiencia y por las conclusiones irrefutables. 3, La *imposibilidad* del contenido»³⁷.

Al penetrar en esos caracteres externos, Jaspers se ve conducido a distinguir y oponer, según sea el «origen» del delirio, dos grandes grupos que se han hecho ya clásicos: «(...) unos han surgido para nosotros comprensiblemente de fenómenos afectivos, de acontecimientos conmocionantes, ofensivos, que despiertan el sentimiento de culpa; y otros, de percepciones engañosas o de la vivencia de extrañeza del mundo de la percepción en la conciencia alterada, etc.; los otros no pueden ser seguidos psicológicamente más atrás, son fenomenológicamente algo último. A los primeros les llamamos *ideas deliroides*, a los últimos, auténticas *ideas delirantes*»³⁸.

³⁴ Cfr. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie*, Leipzig, J. A. Barth, 1908-1915; E. KRAEPELIN y J. LANGE, *Psychiatrie*, Leipzig, J. A. Barth, 1927.

³⁵ Precisamente, la incorregibilidad o inquebrantabilidad del sistema delirante es uno de los polos sobre los que apoya su demarcación nosográfica de la paranoia; el otro polo es la ausencia de déficit, al contrario que en las parafrenias y sobre todo en las formas paranoides de la demencia precoz. Cfr. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie*, Leipzig, J.A. Barth, 1915, pp. 1.706-1.779.

³⁶ JASPERS, K., *Psicopatología general*, México, F.C.E., 1993 (1913), p. 110.

³⁷ JASPERS, K., *op. cit.*, pp. 110-111.

³⁸ JASPERS, K., *op. cit.*, p. 111.

Aunque se ha convertido en una mala costumbre despachar a Jaspers una vez citadas las características «externas», sus aportaciones más jugosas se bosquejan dos páginas después. Ciertamente, y no resulta nada sencillo precisar e imaginar los fenómenos elementales, aparecen en los enfermos sensaciones primarias, sentimientos vivaces, disposiciones de ánimo, cogniciones (*Bewusstheiten*); todo adquiere para el paciente una nueva significación: «En el «temple delirante» (*Wahnstimmung*), hay siempre un «algo», aunque enteramente obscuro, germen de un valor y una significación objetivas. (...) Surge en el enfermo un sentimiento de inconsistencia y de inseguridad, que le impulsa instintivamente a buscar un punto sólido en que afirmarse y aferrarse. Este complemento, ese fortalecimiento y consuelo lo encuentra sólo en una idea (...)»³⁹.

En esos primeros momentos fecundos del desmoronamiento psicótico, una transformación radical conmociona la conciencia de las significaciones que afluyen, y que Jaspers perfila en tres grupos: *percepciones delirantes* (precipitación repentina de significaciones nuevas, que van desde las más inespecíficas y oscuras hasta el más franco delirio de observación y autorreferencia); *representaciones delirantes* (los recuerdos de la vida, a veces refulgentes, aparecen con nuevas coloraciones y nuevas significaciones); *cogniciones delirantes* (posesión de conocimientos de enorme alcance, incluso en las vivencias más concretas; en general, los contenidos de una vivencia delirante profunda se produ-

cen en forma de cogniciones). Esta es la aproximación más decidida que realiza el autor para describir los modos perceptivos e ideativos, ya que la experiencia delirante primaria no se puede apresar, pues entiende que está más allá de nuestra comprensión.

No quisiéramos pasar por alto un aspecto inherente a la distinción entre las ideas delirantes auténticas y las ideas de apariencia delirante o deliroides. Se trata del siempre polémico concepto de *comprensión* tenazmente articulado al *desarrollo de la personalidad*. El autor trata de ilustrarnos sobre esta concepción con dos historiales clínicos de delirios de celos (Fischer y Knopt), en radical oposición teórica a los conceptos *explicación* y *proceso* (casos Klug y Mohr). «(...) cuando concebimos la vida anímica, podemos hacerlo de dos modos: 1, o bien nos colocamos dentro del otro, lo sentimos, lo «comprendemos», y también consideramos los elementos de los fenómenos psíquicos (que por lo demás tienen que ser siempre considerados simultáneamente desde el punto de vista psicológico desde «dentro») en su correlación y en su secuencia, como datos, y los «comprendemos» (aún sin esta correlación) por una empatía determinada, por colocarse dentro. 2, «Captamos» (*begreifen*) algo a la manera como lo hacemos con las correlaciones del mundo físico, en la medida en que pensamos en un transfondo objetivo que está en la base de lo «físico, inconsciente» o inanimado, y cuya característica esencial sería que no podemos colocarnos dentro de él. (...) El primero nos suministrará el concepto de «desarrollo de personalidad», y el segundo, el de «proceso»⁴⁰.

³⁹ JASPERS, K., *op. cit.*, p. 113. Este pasaje sitúa el punto de arranque de la hermosa descripción de Klaus Conrad sobre los primeros pasos del delirio esquizofrénico.

⁴⁰ K. JASPERS, «Delirio celotípico, contribución al problema: «¿Desarrollo de una personalidad» o «Proceso»?», en *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gre-

COLABORACIONES

Si traemos este soporte conceptual a nuestro trabajo no es con ánimo de bosquejar la psicopatología jaspersiana; se trata de entender la repercusión en la práctica clínica que esta concepción ha determinado, quizás traicionando al propio autor. Si Jaspers partió de disquisiciones psicopatológicas para oponer las auténticas ideas delirantes (procesuales; no comprensibles) a las ideas deliroides (desarrollo de una personalidad; comprensibles), muchos de sus seguidores de segunda mano llegaron y llegaron a tal oposición cuando comprenden o dejan de comprender, invirtiendo así el rigor de su autor. Evidentemente, una crítica más sustancial puede emprenderse con el concepto de *comprensión* apelando a los límites restringidos que le son propios, pues es de todos sabido que mientras algunos comprenden, o entienden su lógica interna (Freud, Bleuler y Binswanger, por citar algunos), otros no comprenden nada o casi nada de los mismos casos⁴¹. Por otra parte, si comprender supone identificarse o empatizar con las experiencias del psicótico, así se desprende de Jaspers, el efecto pernicioso, muchas veces persecutorio, parece asegurado.

Para finalizar este epígrafe y redondear la gran aportación de Jaspers, citaremos las consideraciones de H.W. Gruhle y K. Schneider.

Muy próximos a Jaspers, tanto uno como otro, promovieron ligeras matizaciones,

dos, 1977 (1910), pp. 145-146. La lectura atenta de los prolijos historiales clínicos expuestos evidencia, al menos así nos lo parece, menos diferencias entre el proceso y el desarrollo que las propaladas por el autor.

⁴¹ Remitimos a los lectores al excelente trabajo de F. SAUVAGNAT, «Los psicoanalistas y la cuestión de la comprensibilidad de los trastornos psicóticos», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XIV, n.º 51, 1994, pp. 659-674.

críticas incluso, a la transformación vivencial psicótica, cuya expresión fenomenológica está siempre más o menos alejada de lo que ocurre en la intimidad de la conciencia del paciente. Así Gruhle explica que lo esencial del delirio consiste en una vinculación anormal e injustificada entre dos acontecimientos que cristalizan merced a una percepción patológica.

Kurt Schneider considera que son dos las formas fundamentales del delirio: la *percepción delirante* y la *ocurrencia delirante*. La primera es un trastorno del pensamiento que consiste en la atribución de un significado anormal a una percepción real, la mayor parte de las veces en el sentido de la autorreferencia, sin ninguna causa comprensible en términos racionales o afectivos; es consustancial y propia de la esquizofrenia. Por su parte, las ocurrencias o intuiciones delirantes, equivalente a las cogniciones en Jaspers, son ideas delirantes súbitas, difíciles de delimitar y en absoluto patognomónicas de esquizofrenia; ocurrencias como la vocación religiosa o política, tener dones especiales, sentirse perseguido o amado, etc.⁴².

Inmediatamente se plantea el autor una pequeña paradoja que, no obstante, entraña disquisiciones de más vasto alcance: cuando una intuición puede ser posible, es decir acorde con la realidad, ¿cómo distinguirla de una intuición delirante? La respuesta se cierra aquí como en bucle, pues Kurt Schneider no encuentra otro argumento mejor que la remanida pero no rigurosa apelación al grado de extravagancia y de falsedad.

⁴² Cfr. K. SCHNEIDER, «Sobre el delirio», *Symposium sobre esquizofrenia*, Madrid, 1957, pp. 37-41. Los mismos planteamientos, pero ampliamente desarrollados, así como una visión de conjunto de su obra, pueden leerse en su *Patopsicología clínica*, Madrid, Paz Montalvo, 1951.

Se aprecian en esta elaboración muy perfeccionada, y fruto de la pluma de uno de los grandes de la clínica de la mirada, los límites de la metodología que la sustenta, pues el análisis fenomenológico, por más pulido y depurado que éste sea, rebota siempre en el mismo muro: el del sujeto con el que no se cuenta más que como foco emisor de fenómenos que el observador capta o intuye, pero que no articula ni con la afectación que le produce a dicho sujeto, ni con las respuestas particulares de las que éste puede valerse; el sujeto queda reducido, para decirlo rápidamente, a un mero objeto de observación, al que no se le pide cuentas de los fenómenos que produce, ya que es el propio clínico quien desde su subjetividad los pondera y clasifica, apelando, cuando no le alcanzan los argumentos semiológicos a la comprensión, a la supuesta realidad de la que se cree garante⁴³, a la extravagancia y absurdidad, etc. De esta manera, la lógica que parece imponerse en la discriminación diagnóstica de los fenómenos más enrevesados de psicosis acaba por desplazarse siempre a otros fenómenos, y al final, el observador desconcertado termina por apelar a la «totalidad de la experiencia» en tanto plausible o probable⁴⁴.

Una vez expuestos las concepciones del delirio más arraigadas, la de Kraepelin, en

⁴³ Para decirlo más claro aún, como lo hacía sin pestañear F. Leuret: nuestra razón es la medida de la locura de los otros.

⁴⁴ No creo forzar demasiado las paradojas de la fenomenología al llevarlas hasta el límite de la confrontación, siempre implícita, entre lo observable y los hechos contrastados. En ese sentido entiendo la siguiente afirmación de K. Schneider: «Los conceptos psicopatológicos están recogidos de la observación y deben siempre ser medidos y contrastados con los hechos observados». (SCHNEIDER, K., «Zum Begriff des Wahn», *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, n.º 17, 1949, pp. 23-31, p. 31).

especial la de Jaspers, y algunas matizaciones de Kurt Schneider, examinaremos en lo que sigue los tres criterios más utilizados para definir el delirio en la psicopatología psiquiátrica: la *inquebrantabilidad o incorregibilidad*, la *certeza subjetiva incomparable* y la *imposibilidad del contenido o alteración de la realidad*.

La inquebrantabilidad o incorregibilidad del sistema delirante

La atribución al sistema delirante del carácter inquebrantable está absolutamente desmentido por la clínica; no sólo el Psicoanálisis ha mostrado numerosas constataciones al respecto, sino también la clínica clásica ha evidenciado numerosas excepciones, incluso en el terreno de la paranoia. Tal desproporcionada contradicción entre las enseñanzas de la clínica frente a la testaruda inmovilidad teórica requiere, y lo haremos al final del epígrafe, algunas consideraciones.

Pero antes de comenzar a desgranar algunas reflexiones críticas conviene hacer una precisión que no suele tenerse en cuenta: la diferenciación entre sistema delirante y convicción delirante o certeza. Es evidente que el sistema delirante como tal varía o puede variar, se sepa o no explicar por qué, pero lo que jamás varía y es absolutamente inquebrantable es la certeza sobre la que germina todo trabajo delirante⁴⁵. La mayoría de los clínicos no han deparado en esta matización.

⁴⁵ Es preciso, asimismo, considerar previamente si la «desaparición» de un delirio es tal, o se trata, más bien, de un delirio mantenido, pero oculto. Véase sobre el particular: F. COLINA, «Sobre la ocultación del delirio», *Psiquiatría pública*, vol. 5, n.º 6, pp. 337-344.

COLABORACIONES

Introduzcámonos ahora en las argumentaciones con las que se acostumbra a sostener la supuesta inquebrantabilidad del sistema delirante, y para ello nos valdremos de Jaspers, para mostrar inmediatamente algunas observaciones clínicas muy célebres (el caso Aimée de Lacan y el caso Wagner de Gaupp) que contradicen con claridad pasmosa tales argumentaciones.

Según Jaspers⁴⁶ el verdadero delirio es incorregible debido a la *alteración de la personalidad* que le es consustancial, ya que la idea delirante auténtica se compone de dos porciones: la vivencia delirante primaria y la transformación de la personalidad. Ahora bien, aún admitiendo la así llamada transformación de la personalidad, eso no implicaría la inquebrantabilidad del sistema delirante, pues el sujeto no queda congelado en la sincronía de un instante cuando debuta en el delirio. Le suceden contratiempos de índole heterogénea, a veces con efectos que el sentido común llamaría paradójicos, interpreta, inventa, se detiene, pasa al acto, «(...) el sistema delirante varía, hayámoslo o no quebrantado. (...) La variación se debe a la interpsicología, a las intervenciones del exterior, al mantenimiento o a la perturbación de cierto orden en el mundo que rodea al enfermo»⁴⁷. Pero más que disquisiciones teóricas, se trata de poner a prueba en los casos las variaciones del sistema delirante.

⁴⁵ Es preciso, asimismo, considerar previamente si la «desaparición» de un delirio es tal, o se trata, más bien, de un delirio mantenido, pero oculto. Véase sobre el particular: F. COLINA, «Sobre la ocultación del delirio», *Psiquiatría pública*, vol. 5, n.º 6, pp. 337-344.

⁴⁶ Cfr. K. JASPERS, *Psicopatología general*, pp. 119-122.

⁴⁷ LACAN, J., *El Seminario de Jacques Lacan. Libro III: Las Psicosis, 1955-1956*, Barcelona, Paidós, 1984, p. 31.

Una de las enseñanzas más sobresalientes sobre el particular la encontramos en la Tesis de Lacan sobre el caso Aimée (Amada). Esta mujer, de nombre Marguerite Pantaine, tras un primer período de amor bovático hacia los 20 años, presentó a consecuencia de su primer embarazo, ocho años después, el primer brote paranoico. La certeza, invariable en todo lo que duró su delirio, se cristalizó en «Se quiere matar a mi hijo», y como las cosas son a veces así, esa hija nació muerta. Dos años después da a luz un hijo, y descolla un delirio de persecución («Todos amenazan a mi hijo»). Tras una serie de vicisitudes personales que no viene al caso recordar, a los 38 años, con un delirio ya edificado, realiza un pasaje al acto en un momento muy preciso: el Otro protector (Príncipe de Gales) se eclipsa y únicamente le queda el recurso de intentar asesinar a la perseguidora, Huguette Duflos, a la sazón una célebre y admirada actriz de teatro. Por fortuna para ésta, Aimée fue detenida tan pronto se abalanzó sobre ella con un cuchillo, causándole sólo pequeñas lesiones en una mano. Se ingresó a la perseguida en la Enfermería Especial, feudo de Clérambault, y poco después fue transferida a la cárcel. Al cabo de veinte días dejó bruscamente de delirar: «Lo que Aimée comprende entonces es que se ha agredido a sí misma, y paradójicamente entonces sólo encuentra el alivio afectivo (llanto) y la caída brusca del delirio que caracteriza la satisfacción de su obsesión pasional»⁴⁸. Llegados a ese punto, el delirio no tenía ya razón de ser tras el intento de apuñalar sus propios ideales, tras el autocastigo implícito, tras el castigo le-

⁴⁸ LACAN, J., *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México, Siglo XXI, 1979 (1932), p. 227.

gal que la confinó en la celda de una prisión⁴⁹.

Menos conocido en nuestra lengua, pero uno de los grandes paranoicos de la psicopatología clásica, el caso Wagner de Robert Gaupp ilustra como el precedente la estabilización y por tanto la quebrantabilidad del sistema delirante. Gaupp, uno de los grandes de la clínica de la paranoia, alumno de Wernicke y de Kraepelin, maestro de Kretschmer, que trabajó además codo con codo con Bleuler, fue llamado a peritar sobre la responsabilidad de los actos sangrientos cometidos por el maestro de escuela Ernst Wagner. Este psicótico, «enamorado de la verdad», instruido, de pluma ágil y abundante⁵⁰, en 1913 asesinó a la vez a su mujer y a sus cuatro hijos, a nueve personas más con las que se tropezó, y esto sin contar los heridos, todos ellos habitantes de Mülhausen, población en la que además incendió varias granjas; menos mal que era manco. Gaupp lo declaró irresponsable, lo que encendió inevitablemente las iras de su paciente⁵¹. Estudió a Wagner a lo largo de la

evolución de su paranoia hasta su muerte, sobrevenida a consecuencia de una tuberculosis en 1938, informando paulatinamente del estado de su delirio⁵². Las conclusiones más relevantes que importan a nuestro estudio son: Gaupp lo consideró finalmente como curado, o al menos en «completa remisión», capaz de mantenerse merced a sus creaciones literarias; la concepción generalizada de la paranoia como una progresión imparable del delirio se demuestra falsa, pues el delirio crece o se estanca en función, según el autor, de lo que se ventile en el medio social; son frecuentes las remisiones de las ideas delirantes, incluso una apariencia de curación de los «complejos delirantes»; la mejoría de las condiciones de vida, la ausencia de conflictos psicosociales permiten al delirante crónico estabilizarse⁵³.

pasearse por las páginas de Louis ALTHUSSER, *El porvenir es largo*, Barcelona, Destino, 1992.

⁴⁹ Dada la trascendencia que tuvo ulteriormente la Tesis de Lacan, numerosos autores han investigado o comentado dicho trabajo. Pueden consultarse a este respecto, en especial: S. E. TENDLARZ, *Le cas Aimée. Étude historique et structurale*, Tesis Doctoral, Universidad de París VIII, 1989. J. ALLOUCH, *Marguerite ou l'Aimée de Lacan*, París, EPEL, 1990. E. ROUDINESCO, Jacques Lacan. *Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*, Barcelona, Anagrama, 1995, pp. 57-87 y 279-283. Finalmente, el n.º 27-28 de la Revista *Littoral*, abril de 1989.

⁵⁰ Entre sus escritos, realizados en su mayor parte en el asilo de Winnenden, además de numerosos poemas, cabe destacar una de sus tragedias, la consagrada curiosamente a la paranoia de Luis II de Baviera, titulada lacónicamente *Wahn*, es decir, *Delirio*. Pueden informarse mejor sobre el asunto en el excelente trabajo de A.-M. VINDRAS, *Louis II de Bavière selon Ernst Wagner, paranoïaque et gramaturge*, París, EPEL, 1993.

⁵¹ A quienes sorprenda la protesta airada de Wagner por ser declarado irresponsable, les puede servir

⁵² Además de una primera monografía del caso, *Zur Psychologie des Massenmörders: Hauptlehrer Wagner von Degerloch (Sobre la psicología del asesinato de masas: maestro de escuela Wagner de Degerloch)*, Berlín, J. Springer, 1914, GAUPP le dedicó cuatro artículos: «Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner» («El significado científico del caso Wagner»), *Münch. med. Wschr.*, 12, 1914, pp. 633-637; «Der Fall Wagner. Eine Katamnese zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia» («El caso Wagner. Una catamnesis a la vez contribución a la doctrina de la paranoia»), *Z. Neurol.*, 60, 1920, pp. 312-327; «Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den Wahn» («La obra dramática de un paranoico sobre el delirio»), *Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.*, 69, 1921, pp. 182-210; «Krankheit und Tod des paranoischen Massenmörders Hauptlehrer Wagner, Eine Epikrise» («Enfermedad y muerte de un asesino de masas maestro principal Wagner, una epicrisis»), *Z. ges. Neurol. Psychiatr.*, 163, 1938, pp. 48-82.

⁵³ Se aprecia claramente la oposición frontal que Gaupp y sus alumnos, especialmente E. Kretschmer y su «Delirio de relación sensitivo», pero también Lacan y su caso Aimée, sostuvieron contra la concepción

COLABORACIONES

Para no caer en la simpleza de considerar que las condiciones sociales, el medio en el que se desenvuelve el psicótico, deben contener intrínsecamente las calmas y reposos, las atenciones monjiles, la comiseración y comprensión dadivosa que el sentido común parece destacar en estos casos de quebranto mental, se barruntará a continuación un caso en el que son precisamente las más adversas condiciones de guerra las que permitieron, a decir del autor, la caída brusca de un delirio de persecución alucinatorio. Se trata de Auguste, un paciente de Charles-Louis Trepsat⁵⁴, que experimentó en un ambiente de violentas y belicosas emociones una mejoría de su estado mental, «perdiendo toda convicción mórbida», y reconociendo, incluso, la naturaleza patológica de sus trastornos delirantes y alucinatorios que venía presentando de modo agudo desde muchos años antes. Trepsat concluye su informe asegurando sin vacilación que la ayuda prestada a su paciente para que reingresara en la armada fue, aunque temeraria, la solución definitiva que provocó la desaparición de las convicciones delirantes.

Los tres casos hasta ahora presentados,

kraepeliniana de la paranoia, es decir la posición oficial. Todos estos disidentes mantuvieron contra viento y marea la existencia de formas de «paranoia aguda» (Cl. Neisser), «paranoia benigna» (Friedmann), «paranoia abortiva» (Gaupp), «Delirio de relación sensitivo» (Kretschmer), etc., hasta el punto que el propio Kraepelin se vio empujado a retocar su concepción extremadamente reduccionista, admitiendo finalmente la existencia de una «paranoia latente». Puede consultarse sobre el particular nuestro breve trabajo «Variantes de la paranoia: el delirio sensitivo de Kretschmer», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XIV, n.º 50, 1994, pp. 77-78, y más extensamente nuestra Tesis Doctoral, *op. cit.*, pp. 748 y ss.

⁵⁴ Cfr. Ch.-L. TREPSAT, «Sur un cas de délire de persécution disparu au bout de trois ans», *l'Encéphale*, n.º 2, febrero, 1920.

que no son ni mucho menos únicos, no dejan muchas dudas sobre la quebrantabilidad o corregibilidad del sistema delirante. La literatura psicoanalítica ofrece sobre este asunto un mayor número de tratamientos que promueven estabilizaciones, algunas de ellas valiéndose del trabajo delirante, en las que se aprecia a las claras que las respuestas del sujeto modifican, reducen y minimizan el sistema delirante⁵⁵. A diferencia de la clínica psiquiátrica más ramplona, que en la mayoría de los casos se limita a constatar hechos, el psicoanálisis bien orientado enfatiza el porqué del desencadenamiento y, en su caso, de la estabilización⁵⁶, dado que se interroga sobre la función del delirio para el delirante.

Finalmente, añadimos una disquisición arriba anunciada sobre la obstinación de determinada clínica psiquiátrica en mantener este criterio de inquebrantabilidad, a todas luces erróneo, y mantenerlo incluso tras el *boom* de los neurolépticos. Pudieran ser otras las razones, pero cómo no ver en esta cerrazón, al igual que ocurre con el error del juicio o el trastorno de la realidad, un esfuerzo alimentado de una ideología medicalizante que precisa mantener la existencia real de enfermedades mentales que

⁵⁵ Por citar sólo una publicación reciente: C. CHOURAQUI-SEPEL, «El estudiante: para una metáfora de transferencia delirante», en VV.AA. *Locura: clínica y suplencia*, Madrid, Eolia-DOR, 1994, pp. 147-154.

⁵⁶ No podemos por menos que recordar algunas de las grandes contribuciones de la psicopatología psiquiátrica, que desde enfoques más o menos alejados del psicoanálisis, han contribuido a un mayor entendimiento de la experiencia delirante. Unas han enfatizado de la afectividad, otras la vivencia y otras aún el *Da-sein*. Por este orden: E. BLEULER, *Afectividad. Sugestibilidad. Paranoia*, Madrid, Morata, 1969, pp. 145-206; K. CONRAD, *La esquizofrenia incipiente*, Madrid, La Alhambra, 1958; L. BINSWANGER, *Délire*, Grenoble, Millon, 1993 (1965).

se apoderan de determinados sujetos ajenos a su propia «enfermedad» crónica. ¿Qué enfermedad delirante sería aquella que es quebrantable por la palabra, que no se edifica sumando errores sino mostrando un «grano de verdad», que no trastorna la realidad sino que es testigo directo de lo más insoportable de lo Real? Evidentemente, han sido los psicoanalistas, y muy especialmente Lacan, quienes se han arriesgado en largas curas con psicóticos anotando sus efectos y dando respuesta no sólo al porqué del desencadenamiento en tal momento preciso, en tal coyuntura, sino también pudiendo explicar, cuando era el caso, el por qué de las remisiones y de las estabilizaciones.

La certeza o convicción delirante

Ya sea mediante rodeos, ya sea por caminos directos, existe una apreciación en la que todos los clínicos parecen coincidir: la certeza incomparable con la que el psicótico se suelda a su delirio. Targowla y Dublineau, utilizando quizás un término equívoco, la «creencia delirante», no se equivocan al considerarla como el trastorno fundamental y primero del delirio. «Todos los autores clásicos reconocen implícitamente su valor fundamental, pues consideran la desaparición de la creencia en la realidad del delirio como el único criterio de curación»⁵⁷.

Más apropiado aún que el término «creencia delirante» o «convicción delirante», es «certeza», sin más calificativos, pues como tal, la certeza nos parece propiedad exclusiva del psicótico. Decir esto exi-

ge dos aclaraciones: primera, que la certeza no tiene grados, y segunda, diferenciar la certeza de las creencias por más apasionadas que sean, que sí tienen graduaciones.

En los heterogéneos dominios de las creencias, de las que todos participamos, se aprecia una radical oposición con la certeza. Mientras el psicótico está capturado en su certeza, sin necesitar testigos que la avalen, ni razonamientos que la fundamenten, ni verificaciones que la sostengan, el creyente se esfuerza y se empeña, a veces hasta aburrir, en convencer, pues tras tanta insistencia apologetica se encubre siempre un pliegue de duda. ¿Quién no se ha percatado de esa vacilación tras los adoctrinamientos políticos o las monsergas religiosas? Quien cree necesita alimentar su creencia, sustentarla, en definitiva creérsela, en la misma proporción que le fustiga la duda. Sólo un ejemplo de nuestro ámbito: se sabe la oposición encarnizada que Meynert sostuvo contra Freud, su discípulo, a propósito de la histeria masculina; no creía en ella y así lo propalaba a los cuatro vientos. Pues bien, se sabe igualmente que el mencionado Profesor, de carácter apasionado, excéntrico y disfórico, en el lecho de muerte se reconoció como un caso inequívoco de histeria masculina.

Se podría objetar a lo dicho que también el delirante escruta, verifica, se informa, etc., pero nada de lo que encuentra, o mejor dicho reencuentra, conmueve su certeza. Un delirante pasional erotómano, por ejemplo, para quien todas las dimensiones de su experiencia germinan del Postulado o certeza «El Otro me ama», se desaira y enoja ante los desplantes evidentes de su amante irredento, sea porque éste se case con otra persona o porque lo repudie groseramente, pero nada de eso afecta a su certeza; algo inventará para explicar esos rechazos, esas

⁵⁷ TARGOWLA, R. y J. DUBLINEAU, *L'intuition délirante*, París, Maloine, 1931, p. 262.

COLABORACIONES

conductas «paradójicas por parte del objeto», como decía Clérambault⁵⁸.

La clínica psiquiátrica ha reunido con demasiada ligereza la certeza con el error del juicio o la idea falsa. La culpa que consume al melancólico, la persecución de la que es objeto el paranoico, las maniobras sobre el cuerpo que asegura el esquizofrénico, etc., todas estas certezas son consideradas ideas erróneas, irreales. Desde Calmeil viene repitiéndose lo mismo: el delirio es una asociación de ideas falsas basadas en un principio falso, pero correctamente deducidas⁵⁹. Pero cuando se trata de fundamentar la falsedad de una idea, en lugar de recurrir a la lógica, se apela a la evidencia: «La idea falsa se transforma en idea delirante cuando choca con la evidencia»⁶⁰. No obstante, este argumento simplista es clínicamente inexacto, pues una idea ajustada a la realidad común puede ser el corazón de un delirio. En definitiva: el loco no es un ignorante; es alguien que no reconoce sus propias producciones como suyas. El denominador común de las certezas o convicciones delirantes es que en todas ellas, más allá de la supuesta falsedad denunciada por el observador, el sujeto está preocupado, *infatuadamente* preocupado⁶¹. Ese es el ar-

gumento esencial y diferencial: la certeza subjetiva de estar preocupado por los avatares que se suceden en su experiencia, mientras que «un sujeto normal se caracteriza precisamente por nunca tomar del todo en serio cierto número de realidades cuya existencia reconoce»⁶².

A medida que trasladamos el énfasis de la falsedad del juicio a la certeza, podremos entender con más fundamento la expresión que tanto gustaba repetir a Freud: «en todo delirio se esconde un granito de verdad»⁶³. Así pues, lo que está en juego en el delirio no es el trastorno (*Verkehrung*) de la capacidad de juzgar ni el supuesto error del contenido, sino el hecho de que la fuente de la que brota la certeza es precisamente ese «granito de verdad» que se precipita por el fracaso de lo que Lacan llamó la metáfora paterna.

La alteración de la realidad

Saltamos ahora al ruedo para lidiar con uno de esos problemas equívocos por excelencia: la realidad, o mejor aún, las realidades. La mirada psiquiátrica, en este caso cuando menos miope, siempre abunda en eso: que el delirio, la psicosis en general,

Aires, Homo Sapiens, 1978, pp. 80 y ss. Es muy probable que Lacan, dado el momento de su obra, retomara el término *infatuación* del epígrafe «La ley del corazón y el desvarío de la infatuación», de G.W.F. HEGEL, *Fenomenología del espíritu*, Madrid, F.C.E., 1993 (1807), pp. 217-224.

⁶² LACAN, J., *El Seminario de Jacques Lacan. Libro III: Las psicosis, 1955-1956*, p. 109.

⁶³ FREUD, S., *El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen, Obras completas*, vol. IX, Buenos Aires, Amorrortu, 1986, p. 67. La misma expresión puede encontrarse en *Psicopatología de la vida cotidiana*, 1901, y en *Moisés y la religión monoteísta*, 1939.

⁵⁸ Cfr. G.G. de CLÉRAMBAULT, «Les délires passionnels; Érotomanie. Revendication. Jalousie», en *Oeuvres Psychiatriques*, París, P.U.F., 1942, pp. 337-345.

⁵⁹ Cfr. L.F. CALMEIL, *De la folie*, París, 1845.

⁶⁰ ROGUES DE FURSAC, J., *Manuel de psychiatrie*, París, Alcan, 1923, p. 88.

⁶¹ Usamos esos términos, quizás forzando el sentido originario que le confirió Lacan («infatuación del sujeto») en 1946. Lacan mostraba allí, al hilo de la polémica con H. Ey, que el objeto de la creencia delirante no es una representación ni más ni menos falsa de la realidad común, sino primero y antes que nada, una representación infatuada de sí mismo, es decir: sin la distancia que separa al sujeto de su imagen ideal. Cfr. J. LACAN, *Acercas de la causalidad psíquica*, Buenos

supone un trastorno de la realidad, que las ideas extravagantes que conforman el sistema delirante están «fuera de la realidad». Pero, ¿qué realidad?

Para abrir el fuego, una primera reflexión de todos sabida aunque muy a menudo ignorada por ingrata, y que nadie como Leuret expresó tan contundentemente: «He buscado, ya sea en Charenton o en Bicêtre, o en la Salpêtrière, la idea que me parecía más loca; posteriormente, cuando la he comparado a un buen número de las que circulan por el mundo, me quedé sorprendido y casi avergonzado de no ver diferencias entre ellas»⁶⁴.

Parece evidente que juzgamos la realidad de nuestros semejantes en función de nuestras propias coordenadas de realidad: nuestra lengua, nuestra cultura, nuestro medio, nuestra época y lugar. ¿Basta esa referencia para considerar «fuera de la realidad» las ideas delirantes? ¿Está al margen de la realidad el campesino que ve, un día tras otro, que el sol sale y se oculta, cuando la ciencia nos enseña que es la tierra la que da vueltas, que la pluma con la que escribo está más hueca que un queso de Gruyère? Convendremos, al menos, que hay distintas realidades que coexisten.

¿Es posible, incluso, que un delirio coincida con la realidad común, la del clínico que lo enjuicia? Centenares de ejemplos hablarían en favor de tal circunstancia, lo que ocasiona un quebranto para la teoría tradicional y sume al psicopatólogo en la perplejidad. Citaremos tan sólo tres muy breves:

1. Recordaba un profesor de Psiquiatría, al que no le faltaba experiencia, que había hecho ingresar a una joven árabe por

decirse Princesa de un tal país. Sin pestañear la tomó por delirante. Pero cuál fue su sorpresa cuando, a los pocos días, miembros de una Embajada extranjera se presentaron en el Hospital para reclamar la liberación de su Princesa.

2. Aún se recuerda entre risas y rubor en nuestro Hospital el siguiente suceso: un joven que había presentado un episodio de agitación y había sido conducido por la policía a Urgencias. Se le ingresó sin más dilación; decía pertenecer a los Servicios Secretos de determinado país. A los pocos días, la rutina chirriante se vio sacudida por la presencia de unos corpulentos y enlutados personajes que sin demasiadas contemplaciones, y tras mostrar sus credenciales, se llevaron al espía del que nunca más se supo.

3. Otro caso curioso es el de una muchacha, distinta a la mencionada en primer lugar, que fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide a lo largo de una peritación porque había declarado que un Príncipe se interesaba por ella, que la observaba. Y resultó al final que era verdad todo eso; más aún, que tenía un hijo de él.

Que sepa el lector iracundo que mascula pestes sobre la catadura de los clínicos que han cometido tamaños errores, que el tercero de los ejemplos le sucedió, nada más y nada menos, a Kurt Schneider⁶⁵.

Removidas ya las aguas, zambuyámonos en la argumentación de Freud, quien en 1924 trató de discriminar las diferencias de la neurosis y la psicosis en relación con la realidad, basándose en los nuevos conceptos de la segunda tónica. Las conclusiones a las que llega enfatizan, empero, las similitudes: en ambos casos la rebelión contra la realidad objetiva es evidente, pero con ma-

⁶⁴ LEURET, F., *Fragments psychologiques sur la folie*, París, Crochart, 1834, p. 41.

⁶⁵ Cfr. K. SCHNEIDER, «Sobre el delirio», cit., pp. 38-39.

COLABORACIONES

tices, pues no son homogéneas. El neurótico evita y huye, no quiere saber nada de un fragmento de la realidad; el psicótico la reconstruye delirando y se empeña en modificarla. Freud ilustra esta diferencia recordando el caso de Elisabeth von R., de los *Estudios sobre la histeria*: como es una neurótica, reprime la exigencia pulsional (amor por el cuñado viudo); la reacción psicótica habría sido desmentir la muerte de la hermana. «Así, para ambas –neurosis y psicosis–, no sólo cuenta el problema de la *pérdida de realidad*, sino el de un *sustituto de la realidad*»⁶⁶. Realidad perdida, por tanto, en ambas estructuras, pero mientras el neurótico se defiende contando con su fantasma, el psicótico pretende sustituirla generalmente en su conjunto, lo que termina por confinarlo en el aislamiento social, estancado en su certeza difícilmente compartible⁶⁷.

Desde el desengaño de la teoría traumática, Freud promovió la oposición de la realidad psíquica (*psychische Realität*) a la realidad material, atribuyendo siempre a la primera, la realidad fantasmática, el papel preponderante en el mundo de la neurosis⁶⁸.

⁶⁶ FREUD, S., «La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis», *Obras completas*, vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 1986, p. 197.

⁶⁷ A propósito de Schreber, puede seguirse el desarrollo escrupuloso con el que Lacan mostró la transformación de la realidad al final del proceso psicótico, a partir de los esquemas secuenciales R e I: Cfr. J. LACAN, «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1980, pp. 217-268.

⁶⁸ Cfr. S. FREUD, *Conferencias de introducción al Psicoanálisis* (Parte III), *Obras completas*, vol. XVI, op. cit., p. 336. Asimismo, ya desde 1911, Freud venía insistiendo en las perturbaciones del neurótico con la realidad, desmarcándose, no obstante, de la teoría más generalizada por entonces, la Janet y la pérdida de «la fontion du réel». Cfr. S. FREUD, «Formulaciones sobre

Sólo esa captura del neurótico en una realidad comandada por el deseo inconsciente permite explicar numerosas experiencias en sujetos no psicóticos, ante los que la psicopatología psiquiátrica patina claramente: fenómenos como el *déjà vu*, la despersonalización, el trance obsesivo del «hombre de las ratas», los viajes marcianos de la visionaria de Th. Flournoy, las visiones demoníacas del pintor Christoph Haizmann, las personalidades múltiples descritas por Morton Prince en la Srta. Beauchamp, las histerias crepusculares de Sigbert Ganser⁶⁹, y un larguísimo etcétera.

Si se reflexiona sobre tales fenómenos, si se releen los mencionados historiales, se irá con más cautela a la hora de definir un delirio, y el delirio es sólo psicótico, apelando a la imposibilidad del contenido o al remanido «fuera de la realidad».

Enfoquemos ahora el problema desde otro costado, con el fin de seguir argumentando nuestra hipótesis crítica: aquellos casos en los que el delirio coincide con la realidad común. Lo repetía Clérambault con su verbo concentrado cuando espetaba: «Se puede ser celoso y cornudo al mismo tiempo»; lo vemos, por ejemplo, en algunos delirantes hipocondríacos, cuyas monsergas repetidas coinciden con la enferme-

los dos principios del acaecer psíquico», *Obras completas*, vol. XII, cit., pp. 218-231.

⁶⁹ Por este orden, Cfr.: S. FREUD, *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*, *Obras completas*, vol. X, op. cit.; Th. FLOURNOY, *Des Indes à la planète Mars*, París, Alcan, 1900; S. FREUD, *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, *Obras completas*, vol. XIX, cit., M. PRINCE, «Genèse et développement des «personnalités» des demoiselles Beauchamps», *Actes du IV Congrès international de psychologie Paris, 20-26 août 1901, Paris, Alcan, 1901*; S. GANSER, «Etat particulier d'hystérie crépusculaire», en J. POSTEL (dir.), *La psychiatrie*, París, Larousse, 1994, pp. 373-377.

dad que les llevará a la tumba, y aún más en los querellantes, los locos más atornillados a la realidad común, como es el caso que se relata brevemente a continuación.

R.Q.R., así llamaré al paciente, comenzó a frecuentar nuestro Servicio hace un par de años. Tenía 35 años. Vino a consultar por «problemas familiares». Dormía con mucha dificultad, estaba inquieto, hablaba solo y se quejaba de fuertes dolores de cabeza; temía recaer en un cuadro epiléptico del que había sido tratado unos años antes y del que había desaparecido toda sintomatología; asimismo los E.E.G. realizados no evidenciaban nada patológico. De todos modos, nunca tuvimos muy claro si había padecido la mencionada epilepsia.

Su relato era monótono y tercaamente repetitivo: toda su familia le persigue, especialmente su padre; le han hecho mil y una perrerías, le han pegado, amenazado, injuriado. Su padre no le ha dado los bienes prometidos, y no sólo eso: cuando ha emprendido alguna actividad profesional, su padre se ha encargado personalmente o por medio de algún hermano de que eso fracasara.

Su padre lo desprecia, lo acosa, incluso ha dicho en presencia de su madre que él no es hijo suyo.

R.Q.R. guarda documentos, cartas, radiografías, informes médicos, diarios y grabaciones en los que se recogen cada una de las calamidades a las que el padre lo ha sometido. Sus escritos están subrayados, con anotaciones al margen (esto le hubiera encantado a Kraepelin). Ese es su pequeño tesoro que un buen día me entrega para que yo también compruebe que el no está loco. «Mi padre me ha jodido la vida. Me ha dicho que acabaré suicidándome; algo irrefrenable me empuja a titarme al río cuando cruzo el puente para venir a consulta».

Otros compañeros del Servicio se han entrevistado en numerosas ocasiones con los padres y varios de los hermanos. No salen de su asombro cuando comprueban, una y otra vez, que el padre es tan canalla como lo retrata el paciente.

Pero R.Q.R. no ha huido de la familia, no se plantea escapar de la persecución del padre; ni se ha preocupado de tramitar las diligencias para cobrar una pensión por problemas mentales. Eso le trae sin cuidado. Sólo quiere que se haga justicia. Está dispuesto a todo para ello, incluso a morir si es preciso.

Instalado en su certeza («mi padre me persigue»), nuestro paciente encontró una vía, muy peligrosa, para denunciar las vejaciones y reclamar justicia. Eso es lo que le interesa: que se haga justicia.

En cuatro ocasiones en los dos últimos años se puso al límite de la inanición. Pasaba así, diez, quince días, hasta que alguno de nosotros, el médico de su zona o la Guardia Civil lo sacaba de su encierro. Volvía famélico, desnutrido, pero proyectando ya la siguiente protesta: «Que venga el alcalde, el Juez; esto tiene que llegar al Defensor del Pueblo. Todos tienen que enterarse de lo que me ha hecho ese hijoputa».

Por más que los datos que relata, las palizas, las heridas y lesiones de las que guarda radiografías e informes, coincidan con la realidad, la posición de que R.Q.R. toma frente a su certeza sobre el Otro perseguidor indica la estructura psicótica en la que trata de maniobrar. Se trata de una paranoia basada en una certeza mínima, que coincide con la realidad, pero la edificación del delirio está aún en ciernes. Delirar para él supondría inventar una respuesta no sobre su certeza, sino sobre el porqué y el cómo su certeza le concierne.

Este caso, que no es ni mucho menos

COLABORACIONES

único, pone en cuestión el carácter «fuera de la realidad» con el que se sigue insistiendo en caracterizar el delirio. También la certeza puede coincidir con la realidad común.

El delirio definido por su función

De las características observables con las que se ha venido definiendo el delirio, sólo la certeza o convicción delirante resulta válida, pero para ello precisa, como se decía arriba, una discriminación taxativa de las llamadas creencias y de la exaltación pasional; y esto no es siempre tan sencillo.

La certeza y la función del delirio, o sea el para qué sirve un delirio al delirante, son en nuestra opinión, los dos únicos criterios que no conducen a engaño. Y ¿cuál es la función del delirio? «*Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción. (...) Lo que se nos hace notar ruidoso es el proceso de restablecimiento, que deshace la represión y reconduce la libido a las personas por ella abandonadas. En la paranoia, este proceso se cumple por el camino de la proyección. No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia afuera; más bien inteligimos que lo cancelado adentro retorna desde afuera*»⁷⁰. En estas líneas de Freud, en las que la proyección es equivalente a la forclusión lacaniana, encontramos las claves a desarrollar.

⁷⁰ FREUD, S., *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, cit., p. 65-66. (El subrayado es del propio Freud)

Primero: el delirio es un saber inventado con el que se pretende una defensa contra lo Real intrusivo; un saber heurístico para limitar y regular un goce mortífero, identificado en el Otro (amador o perseguidor) por el paranoico y soportado en el cuerpo automatizado por el esquizofrénico.

Segundo: el delirio es la forma más privilegiada del trabajo de la psicosis al que el sujeto se ve empujado ante la avalancha de los retornos en lo Real. Es responsabilidad del sujeto contruir su delirio o, por el contrario, permanecer como fuente parásita de los Fenómenos Elementales, que son los efectos inmediatos de la forclusión⁷¹.

Tercero: el delirio puede promover la conquista de determinadas significaciones que localizan un marco para el goce y asignan una posición subjetiva.

Por último, ¿cómo se edifica un delirio?⁷² Respondo a esta cuestión, siempre revisable, desde lo que he podido entender en la clínica, y no puedo hacerlo más que estableciendo una lógica en una génesis de explosiones donde priman los instantes. Me pare-

⁷¹ Entre la numerosa literatura sobre los F.E. señalaremos únicamente los trabajos que nos parecen más interesantes: F. SAUVAGNAT, «Histoire des phénomènes élémentaires», *Ornicar?*, 44, 1988, pp. 19-27; del mismo autor: «De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques sont-ils l'indice», en H. GRIVOIS (dir.), *Psychose naissante, psychose unique*, op. cit., pp. 69-83. Además: J.-A. MILLER, Seminario do Campo freudiano (Primeira Conferência), *Falo. Revista Brasileira do Campo freudiano*, n.º 2, 1988, pp. 87-96; H. WACHSBERGER, «Du phénomène élémentaire à l'expérience énigmatique», *La Cause freudienne. Revue de Psychoanalyse*, n.º 23, 1993, pp. 14-18; finalmente, R. MAZZUCA, «Los fenómenos llamados elementales», en VV.AA., *Análisis de las alucinaciones*, Buenos Aires, Eolia-Paidós, 1995, pp. 59-116.

⁷² Retomo la expresión «edificación del delirio» (*Wahngebäude*) de R. Gaupp, que gustaba mucho de repetirla en sus escritos.

ce que las filtraciones de lo Real en la forma de Fenómenos Elementales tiene cierta heterogeneidad, pues podríamos aislar fenómenos típicamente xenopáticos, otros cuajados desde el principio de una significación imprecisa, pero que ante todo concierne al sujeto, y por último aquellos fenómenos que fragmentan la imagen especular.

Los primeros, los que llamo xenopáticos, corresponden a los fenómenos iniciales (neutros, atemáticos y anideicos) que Clérambault creyó ver en el Síndrome de Pasividad o Pequeño Automatismo Mental⁷³. Los segundos, estudiados generalmente en relación con la paranoia, corresponden a lo que Clemens Neisser denominó *Eigenbeziehung*, traducido como *significación personal*⁷⁴. Finalmente, aquellos fenómenos que conciernen al cuerpo despedazado, mecanizado o automatizado, más propiamente esquizofrénicos.

Todos estos Fenómenos Elementales conmocionan al sujeto induciendo una perplejidad, un enigma, un vacío absoluto de significación. Pero el sujeto psicótico se siente preocupado por ellos y no puede ce-

rrar los ojos a esos envites de lo Real.

Cuando el sujeto inventa inmediatamente una significación mínima, una matriz delirante, un axioma, certeza o Postulado, que invariablemente lo pone en relación con un Otro gozador, la edificación del delirio tiene un primer sello paranoico. Y no hay razón para que la primera significación delirante no coincida con la realidad común, pues los significantes no simbolizados son, quizás, los primeros organizadores de significación.

Por otra parte, cuando la primera significación renquea y tarda en inventarse o no llega a perfilarse por completo, los fenómenos xenopáticos dominan y la perplejidad se mantiene en un estado que Klaus Conrad llamó Trema. En este caso, las pequeñas significaciones inventadas son más volubles o polimorfos, y el delirio adolece de sistematización; la xenopatía y el goce que abrasa el cuerpo estaría en primer plano, mostrando un sello más esquizofrénico.

Me parece, finalmente, que la separación entre esquizofrenia y paranoia en la que tanto se insiste en la nosografía clásica y actual, ni es tan radical ni tan definitiva, pues un sujeto puede romperse por la xenopatía más esquizofrénica y reconstruirse a partir de una certeza sobre el Otro al estilo paranoico, y viceversa. Esencialmente, todo eso depende de la decisión del sujeto, y no del error del juicio, del estar «fuera de la realidad» o de la supuesta inquebrantabilidad.

⁷³ Véase, en especial, el breve artículo de G. G. de CLÉRAMBAULT, «Définition de l'automatisme mental», en *Oeuvres Psychiatriques*, cit., pp. 492-494; y más extensamente los 21 trabajos sobre el Automatismo Mental, pp. 455-637.

⁷⁴ Cfr. Cl. NEISSER, «Erörterungen über die Paranoia», *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, n.º 15, 1892, pp. 1-20.

* José María Álvarez. Psicoanalista. Doctor en Psicología.

Correspondencia: Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián», Avda. del Dr. Villacián, s./n.; 47014 Valladolid.

** Fecha de recepción: 30-I-1996.