

COLABORACIONES

Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única

En los últimos tiempos, venimos asistiendo a un renovado interés, histórico y epistemológico, por el concepto de «psicosis única» o «psicosis unitaria» (*Einheitspsychose*)¹. La propia celebración de estas Jornadas de Psicopatología son un buen ejemplo de dicho interés y del carácter cíclico, de las fluctuaciones que determinados paradigmas científicos pueden sufrir en cuanto a su aceptación, rechazo o debate en el seno de las comunidades científicas.

En un conocido y ya clásico trabajo del psiquiatra español Bartolomé Llopis, titulado «La psicosis única», se afirma que «durante toda la historia de la Psiquiatría científica esta concepción unitaria ha pugnado con la tesis de la pluralidad de las psicosis»².

Nosografía y antinosografía aparecen, en este sentido, como los dos extremos de la discusión sobre los fundamentos de la sistemática y del propio saber psiquiátrico; el criterio nosográfico –basado en la descripción y clasificación de las enfermedades mentales– aparece como la antítesis de una concepción unitaria, según la cual las psicosis endógenas deben ser consideradas como formas derivadas de *un solo* princi-

pio, entendiéndose las diferencias clínicas y tipológicas de las mismas como meras transformaciones del mismo³. Dicho de otro modo, con el término psicosis única se suele apelar a una concepción antinosográfica de la locura –iniciada ya en la Antigüedad clásica con Areteo de Capadocia– según la cual las diferentes formas clínicas no serían auténticas entidades morbosas, sino fases sucesivas de una misma enfermedad. Según el grado de intensidad del trastorno, los síntomas psíquicos se irían agrupando y transformando en los diferentes cuadros clínicos clásicos, entendidos éstos como formas clínicas evolutivas de un mismo proceso morbozo.

Sin embargo, en los primeros intentos de construcción de nosografías propiamente psiquiátricas, el concepto unitario está implícito, cuando no claramente presente, por lo que no resulta fácil diferenciar con toda nitidez esta pugna de concepciones hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XIX.

Mi propósito, en las páginas que siguen, es valorar de qué manera apareció y se fue gestando la noción de «psicosis única» o unitaria a partir, precisamente, del momento en que el movimiento alienista comienza a poner las bases de la sistemática en patología mental.

¹ Véase, a modo de ejemplo, GRIVOIS, H. (dir.) (1991), *Psychose naissante, psychose unique*, París, Masson; BERRIOS, G. E. y BEER D. (1994), «The notion of unitary psychosis: a conceptual history», *History of Psychiatry*, 5: 13-26.

² LLOPIS, B (1954), «La psicosis única», *Archivos de Neurobiología*, 17: 2-39 y 141-163.

³ Véase JANZARIK, W. (1972), «Nosografía y psicosis única», en HUBER, G. (ed.), *Esquizofrenia y Ciclotimia*, Madrid, Morata, pp. 51-61, p. 51 [original en alemán de 1969].

El fin de las Luces

Es tradicional situar el inicio de la historia de la psicosis única en la obra de Vincenzo Chiarugi (1759-1820), en general citado a través de literatura secundaria y sin llegar a analizar sus aportaciones en profundidad⁴. Tal vez su nacionalidad toscana y los desdeñosos comentarios de Pinel (1745-1826) sobre su obra influyeran en la escasa atención que tanto el alienismo decimonónico, como la más reciente historiografía, le ha venido prestando. En la introducción de su *Traité*, Pinel le critica duramente al indicar que «Seguir siempre los caminos hollados, hablar de la locura en general con un tono dogmático, considerarla después en particular, y valerse aun de aquel antiguo orden escolar de causas, diagnósticos, pronósticos e indicaciones que se han de satisfacer, es todo lo que ha hecho Chiarugi. El espíritu de observación no se halla en su obra, ni menos en las cien observaciones que ha publicado, y aun poquísimas de ellas nos pueden dar lugar a inducciones decisivas»⁵.

En 1793, año en que Pinel llega a Bicêtre, aparece el aludido *Della pazzia in genere e in spece. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*, obra en la que se utiliza siempre el término *pazzia*, equivalente al de *folie* o *locura*, y nunca el de alienación que también existe en italiano (*alienazione mentale*) y que, como es sabido, era el preferido de Pinel.

⁴ JANZARIK (1972) se limita a nombrarle (p. 51) y LLOPIS (1954) reconoce poseer muy escasa información sobre los puntos de vista de este autor (p. 5). BERRIOS y BEER (1994) ni siquiera le citan.

⁵ PINEL, PH. (An IX-1801), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, París, Chez Richard, Caille et Ravier. Se utiliza la edición en castellano editada por Nieva en 1988; cita en p. 50.

Dicha *pazzia* es definida como un delirio crónico y permanente, diurno y que no guarda relación ni con el sueño, ni con la fiebre. Tal delimitación implica considerar la locura como una patología única y primaria, cuya concepción debe ser estrictamente médica pero suficientemente diferenciada del resto de los cuadros clínicos, en particular de los estados febriles y de las intoxicaciones.

Esta noción de locura, unitaria en su esencia, puede tener sin embargo aspectos sintomáticos muy diversos que es preciso conocer para poder identificarla tras sus múltiples apariencias. Chiarugi describe tres variedades, tres aspectos clínicos fundamentales: la melancolía, la manía y la amencia. Un mismo individuo puede presentar las tres formas citadas, modificándose y engendrándose unas a otras, comenzando en general por la melancolía, seguida o no de la manía, y evolucionando finalmente hacia la amencia⁶.

Chiarugi intentó poner los cimientos de una observación científica de la locura por medio del centenar de casos que aporta en su *Tratatto*, haciendo acompañar en cincuenta y nueve de ellos un protocolo necróptico. Se esforzó en relacionar las lesiones anatómicas y los trastornos intelectuales, considerando la locura como una falta de equilibrio entre la vitalidad de las diferentes zonas de los centros nerviosos, ligada a una alteración de la estructura física del cerebro, lo que le acerca a su contemporáneo Franz Josef Gall (1758-1828). En este sentio, el autor italiano afirma que «Es en la fuerza de acción recíproca entre

⁶ CHIARUGI, V. (1793-1794), *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*, Florencia, L. Carlieri. Existe una edición reciente publicada en Roma, Vecchiarelli, 1991.

COLABORACIONES

el espíritu y la materia en lo que consiste precisamente la vida humana, y la máquina que sirve al ejercicio mutuo de las facultades respectivas es el Sistema Nervioso, en el que el Cerebro es el centro, origen principal y único»⁷.

Sin embargo, la relación íntima entre el espíritu y la materia es establecida en torno al concepto de *sensorium comune*, de tal manera que la locura no sería propiamente una alteración del alma, sino que correspondería a alteraciones de dicho *sensorium comune* donde Chiarugi localiza la unión entre sustancia pensante y sustancia material, expresando que «el alma, ser inmaterial, incapaz de cambios en su esencia, inalterable en su sustancia, no puede sucumbir en estas afecciones, a las cuales se encuentra sujeta la materia y que constituyen las enfermedades»⁸. A partir de aquí, desarrolla Chiarugi toda una reflexión causal en la que establece una dicotomía entre los trastornos orgánicos y la acción del alma sobre sí misma, esto es, entre los dos polos o caras del susodicho *sensorium comune*.

Merece la pena destacar también que V. Chiarugi fue encargado de los locos del hospital de San Bonifacio de Florencia en 1788, para los que redactó un Reglamento en el que están contenidos ya los grandes principios del tratamiento moral⁹, y ocupó la cátedra de enfermedades cutáneas y perturbaciones intelectuales en la Escuela de Medicina de Florencia en 1805. Resulta, pues, difícil comprender, tal como han apuntado algunos historiadores franceses¹⁰,

la animadversión hacia su obra demostrada por Pinel, máxime cuando el padre del alienismo francés se refirió en términos muy elogiosos a autores de otros países —alemanes e ingleses—, considerándolos como verdaderos precursores de la medicalización de la locura, medicalización que, como acabamos de ver, está bien presente en la obra del toscano.

Pero sorprende aun más si tenemos en cuenta que Pinel, en su intento de superar las clasificaciones *more botanico*, ya que «las distribuciones arbitrarias e incompletas de Sauvages y Cullen más desvían del objeto que simplifican el trabajo»¹¹, propone un sistema en el que pretende «reunir y bosquejar todas las variedades comprendidas en la denominación genérica de alienación mental»¹². Manía, melancolía, demencia e idiotismo serían, pues, formas suficientemente afines en sus caracteres externos como para ser consideradas *especies* —categoría taxonómica fundamental— de la alienación mental; esto es, no constituirían cuatro enfermedades particulares, sino cuatro aspectos diferentes de una enfermedad única.

Esquirol, ¿pluralidad nosológica o psicosis única?

J. E. D. Esquirol (1772-1840), siguiendo el ejemplo marcado por su maestro Pinel —y la línea marcada por los *idéologues*—, opta también por una agrupación reducida

QUÉTEL, C. (eds.), *Historia de la Psiquiatría*, México, FCE, pp. 625-626. [Original francés editado en Toulouse, Privat, 1983]. También LANTERI-LAURA, G. (1994), «L'œuvre de V. Chiarugi et la notion d'alinéation mentale», en GARRABÉ, J. (ed.), *Philippe Pinel*, París, Synthélabo, pp. 19-32.

¹¹ PINEL [an IX-1801] (1988), p. 57.

¹² *Ibid.*, p. 140.

⁷ CHIRUGI (1793), t. I, p. 13.

⁸ *Ibid.*, p. 42.

⁹ CHIARUGI, V. (1789), *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*, Florencia, G. Cambiagi.

¹⁰ Véase MOREL, P. (1987), «Diccionario biográfico. Vincenzo Chiarugi (1759-1820)», en POSTEL, J. y

de cuadros morbosos, que supere los excesos de las clasificaciones *more botánico*. Para llevar a cabo dicho propósito recurre a la aplicación rigurosa del método analítico de Condillac, aprendido igualmente de Pinel, que le dará las claves necesarias para elaborar su propuesta nosográfica. Como bien han expresado Elvira Arquiola y Luis Montiel, «Para Condillac el método del análisis consiste en resolver los objetos de estudio en sus constituyentes simples, y reconstruirlos de acuerdo con el orden natural de generación y desarrollo. Por tanto, primero hay que descomponer las ideas complejas en las ideas simples o sensaciones que las componen, para luego proceder a su síntesis»¹³. Principios metodológicos que pueden identificarse con el trabajo nosográfico de Esquirol y que quedan sintetizados cuando él mismo escribe: «Después de haber reducido el delirio a sus primeros elementos sólo tenemos que reunir estos elementos para obtener las formas generales de la locura»¹⁴. Como formas generales de locura se precisan cinco géneros (lype-manía, monomanía, manía, demencia e idiotismo) que pretenden matizar y hacer más operativo el sistema de Pinel.

Hasta aquí las variaciones parecen mínimas; sin embargo, la obra de Esquirol, por motivos que a continuación intentaré explicar, se torna ambigua en el tema que nos ocupa, pudiendo encontrar, incluso, inter-

pretaciones muy dispares de su pensamiento. B. Llopis, en su ya citado artículo, considera a Esquirol «como uno de los primeros representantes, en los tiempos modernos, de la tesis de la psicosis única»¹⁵. Cita para ello al autor francés cuando indica que «La locura puede afectar sucesiva y alternativamente a todas estas formas; la monomanía, la manía, la demencia se reemplazan, se alternan y se complican a lo largo de una misma enfermedad, de un mismo individuo»¹⁶. No cabe duda que leída así, sin más, dicha afirmación ubicaría a Esquirol en la doctrina unitaria de la locura. Ahora bien, justo a continuación, formando parte del mismo párrafo, el texto continúa diciendo «...de un mismo individuo. Esto es lo que ha llevado a algunos médicos a rechazar toda distinción y a no admitir en la locura más que una sola enfermedad que se presenta en formas variadas. Yo no comparto esta forma de ver las cosas y considero los géneros (...) suficientemente diferentes como para que puedan ser confundidos»¹⁷.

De este modo, Esquirol caracteriza como *géneros* las mismas formas que Pinel denomina *especies*. La diferencia terminológica no parece casual y podría responder al intento esquiroliano de dejar sentado el carácter amplio del concepto de alienación mental que englobaría a entidades nosológicas específicas y diferenciadas. Si consideramos, pues, el citado texto de Esquirol en toda su extensión, podríamos deducir que la alienación no constituiría, para este autor, un proceso único que puede adoptar aspectos clínicos variables y sucederse en un mismo paciente, sino que, como acabo

¹³ ARQUIOLA, E. y MONTIEL, L. (1993), *La corona de las ciencias naturales. La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*, Madrid, CSIC, p. 57. Véase, asimismo, ALBURY, W. R. (1986), «The Order of Ideas: Condillac's Method of Analysis as Political Instruments in the French Revolution», en SCHUSTER, I. A. y YEO, R. R. (eds.), *The politics and rhetoric of scientific method*, Boston.

¹⁴ ESQUIROL, J. E. D. (1838), *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, París, Chez Baillière, t. I, p. 22.

¹⁵ LLOPIS (1954), p. 6.

¹⁶ Aunque Llopis no da la referencia, el texto corresponde a ESQUIROL (1838), t. I, p. 23.

¹⁷ *Ibidem*.

COLABORACIONES

de indicar, los *géneros* propuestos serían entidades «suficientemente diferentes como para que puedan ser confundidos».

Pero la obra nosográfica de Esquirol puede interpretarse desde el extremo justamente opuesto. Guiraud, por ejemplo, critica la pluralidad y la extensión del concepto de monomanía, indicando que «desde el punto de vista nosográfico, esta tendencia corre el riesgo de arrastrar a la Psiquiatría a describir una enfermedad para cada enfermo: el que provoca incendios es un pirómano; el que roba, un cleptómano, etc.»¹⁸. Es falso, sin embargo, que Esquirol pretendiera dar a los síntomas un carácter de enfermedades independientes; no podemos olvidar –permítaseme la insistencia– que, en este sentido, al igual que su maestro Pinel, es claro seguidor de Cabanis (1757-1808), quien critica duramente las clasificaciones sistomáticas hechas al estilo de los botánicos: «Los nosólogos como Sauvages, Linné, Sagar y Cullen, refiriendo todas las enfermedades a ciertas divisiones principales, ordenándolas en familias como los botánicos ordenan las plantas, han hecho, es cierto, cuadros más adecuados, para socorrer la memoria de un bachiller que defiende su tesis, que para mostrar al práctico el orden en que sus conocimientos y sus planes de curación deben ser encadenados. Cuando han querido decirlo todo se han perdido en detalles, han multiplicado hasta el infinito las familias y las especies: y cuanto más han perfeccionado este plan, más se han acercado a las descripciones individuales»¹⁹.

¹⁸ GUIRAUD, P. (1950), *Psychiatrie Générale*, París, Le François.

¹⁹ La cita está tomada de ARQUILA y MONTIEL (1993), p. 236. El original de Cabanis es de 1803 y el texto completo puede encontrarse en las *Œuvres Philosophiques*, París, PUF, 1956, editadas por LEHEC, C. y CAZENUEVE, J., vol. I, pp. 69 y ss.

La nosografía esquiroliana, aunque utiliza nomenclatura botánica, pretende en todo momento evitar sus excesos y establecer subdivisiones de utilidad eminentemente clínica. Así, por ejemplo, el *género* «idiotia» tendría dos *especies*, dependiendo del grado de deficiencia intelectual: la «imbecilidad» y la «idiotia» propiamente dicha. A su vez, dichas *especies* admiten *variedades* como la «fatuidad» o el «cretinismo». De igual modo, el *género* «monomanía» agruparía especies y variedades según distintos criterios, entre los que destaca el objeto del delirio: La monomanía homicida, erórica, incendiaria, la cleptomanía, etc. no serían, pues, en ningún caso, enfermedades diferentes, sino distintas formas de manifestarse la monomanía.

Como es sabido, los problemas médico-legales que la «manía sin delirio» de Pinel estaba suscitando, facilitó la aparición de una nueva entidad capaz de explicar adecuadamente el «delirio parcial». La idea básica sobre la que se sustenta la nueva entidad puede resumirse en pocas palabras: en una monomanía, el alienado conserva el uso de la razón y no delira más que sobre un objeto o círculo muy limitado de ideas, sintiendo, razonando y obrando en los demás órdenes de la vida como lo hacía antes de sufrir la enfermedad. Con ello se establecía una diferenciación clara con la manía, en la que «el delirio se refiere a toda suerte de objetos y se acompaña de excitación», pero no por ello se descartaba la existencia del elemento definitorio de la locura, aunque éste estuviera circunscrito a un objeto muy específico.

El problema terminológico que se planteaba era la necesidad de entender el concepto de «manía sin delirio» de forma contraria a su significado semántico. Por eso la opción de «manía sin delirio con delirio

específico» fue sustituida por el de monomanía, para caracterizar el rasgo principal de la enfermedad; esto es, una idea fija que se hace dueña de la mente del paciente.

Es esta «idea fija» la que servirá para fundamentar la posición de la monomanía en la nosotaxia esquiroliana, siendo la forma y los contenidos del delirio—criterios eminentemente clínicos— la clave para establecer las pertinentes subclasificaciones. Así, la monomanía derivada de la «manía sin delirio» y caracterizada por «un delirio parcial y una pasión excitante y alegre», se le opondrá la llamada «lypemanía», considerada, en un primer momento, como una monomanía afectiva y triste» y, más tarde, como una entidad diferenciada.

En este sentido, aunque Esquirol entiende que «la monomanía y la lypemanía son afecciones cerebrales crónicas, sin fiebre, caracterizadas por una lesión parcial de la inteligencia, de los afectos y de la voluntad»²⁰, acaba por otorgar a la lypemanía un espacio concreto y definido junto a las demás formas de locura: «La monomanía es una *especie* intermedia entre la lypemanía y la manía; comparte con la lypemanía (melancolía) la fijeza y la concentración de ideas, y con la manía la exaltación de las ideas y la actividad física y moral»²¹. Diferenciación que se basa, por un lado en criterios clínicos y evolutivos: «el curso de la monomanía es más agudo, su duración más corta, su terminación más fácil a menos que se presenten complicaciones; en la lypemanía es todo lo contrario»²²; llegando a aceptar que «la lypemanía se con-

vierte *alguna vez* en manía», pero se apresura a aclarar que «es sin duda esta transformación lo que ha hecho que se confunda la melancolía con la manía». Y, por otro lado, en criterios anatómicos: en la lypemanía «el delirio parece depender de algunas lesiones abdominales», mientras que en la monomanía «el delirio parece causado más inmediatamente por el estado anormal del cerebro»²³.

Este intento localizacionista me da pie para relacionar el pensamiento de Esquirol con la Medicina Interna que se está desarrollando en Francia en ese mismo momento. Como acabamos de ver, lleva a cabo una crítica muy evidente a los nosógrafos del siglo XVIII, pero todavía no es capaz de incorporar los nuevos criterios clasificatorios que en Medicina Interna estaba imponiendo la Escuela de París. Precisamente, en el *Dictionnaire des sciences médicales...*, en el que Esquirol dio a conocer por primera vez su clasificación, Laënnec (1781-1826), encargado de redactar el artículo «Anatomie pathologique», escribe: «No intentaré, siguiendo los pasos de Linné, Sauvages, Cullen y Pinel, dividir las enfermedades en géneros, especies (...) Las especies zoológicas y botánicas son seres, mientras que las enfermedades no son sino modificaciones de la textura de los órganos de la economía animal, en la composición de sus líquidos y en el orden de sus funciones»²⁴.

Pero esta aparente falta de sintonía con la escuela de París no debe entenderse como una diferencia insalvable entre el alienismo y la mentalidad anatomoclínica.

²⁰ ESQUIROL, J. E. D. (1819), «Monomanía», en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*, París, Panckoucke, t. 34, pp. 114-125, p. 114.

²¹ *Ibid.*, p. 115.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

²⁴ LAENNEC, R. T. H. (1812), «Anatomie pathologique», *Dictionnaire des sciences médicales par une société de medecins et de chirurgiens*, París, Panckoucke, t. 2, pp. 46-61, p. 51.

En Esquirol la asunción del método anatomoclínico es muy evidente ya que, si bien recurre a la denominación de géneros y especies, el criterio anatómico empieza a apuntarse de manera a veces muy explícita. Además del ejemplo ya citado, cabe señalar la subdivisión estrictamente localizacionista que hace de la epilepsia, o su muy novedosa orientación semiológica de las alucinaciones y de las ilusiones a las que despoja de toda consideración nosológica, para considerarlas verdaderos signos físicos.

Finalmente, cabe decir que en *Des maladies mentales...* (1838), introduce en su título el término «enfermedades» (*maladies*) –en plural–, en lugar de alienación (*aliénation*), lo que denota la voluntad de considerar las alteraciones mentales como auténticos procesos patológicos asimilados a la corporalidad del individuo.

Varias razones pueden barajarse a la hora de intentar comprender el desfase de las clasificaciones sintomáticas de los alienistas con respecto a los criterios de la mentalidad anatomoclínica. La fidelidad al maestro Pinel, las dificultades para encontrar lesiones específicas en las autopsias de los enajenados, ... pueden ser algunas de ellas. Pero, sobre todo, y a la vista del conjunto de su obra, pienso que la concepción nosográfica de Esquirol responde a un interés eminentemente práctico. Su reflexión teórica sobre la naturaleza de la enfermedad o de las enfermedades mentales queda, desde luego, en un segundo plano; no se puede olvidar, en este sentido que *Des maladies mentales...* no es sino una recopilación de trabajos monográficos publicados con anterioridad, lo que impide que el resultado final pueda ser considerado como un *corpus* teórico suficientemente acabado. En el Prefacio de dicha obra llega a reco-

nocer que el libro carece de «las ventajas de una obra sistemáticamente redactada» y admite que «sin duda mi libro sería leído con más interés si una idea general dominara todas las partes. Pero me habría empeñado en un trabajo incompatible con mis numerosas ocupaciones»²⁵. No es de extrañar, por tanto, que en la edición conjunta de sus trabajos, en 1838, se puedan indentificar contradicciones y ambigüedades y que sus argumentos apunten unas veces hacia una posible concepción unitaria de la locura y otras hacia una diferenciación nosográfica, a veces muy estricta.

Variaciones post-esquirolianas

Dos de los más aventajados discípulos de Esquirol, E. J. Georget (1795-1828) y J. P. Falret (1794-1870), representan dos visiones diferentes del concepto de locura y de la actitud nosográfica frente a la misma. El primero, define la locura como una «afección cerebral idiopática»²⁶, cuyos síntomas pueden ser muy variados. Clara recuperación de una doctrina unitaria en la que, de manera explícita, se ubican las distintas formas de locura en un abigarrado cuadro de síntomas locales o cerebrales (delirio, insomnio, cefalalgias, lesiones de la sensibilidad cerebral, lesiones de la contractilidad muscular, etc.). Dependiendo del tipo de delirio, Georget establece, den-

²⁵ ESQUIROL (1838), t. I, p. VII.

²⁶ GEORGET, E. J. (1820), *De la folie. Considérations sur cette maladie: son siège et ses symptômes; la nature et le mode d'action de ses causes; sa marche et ses terminaisons; les différences qui la distinguent du délire aigu; les moyens de traitement qui lui conviennent; suivies de recherches cadavériques*, París, Chez Crevot. Se utiliza la selección de textos realizada por J. Postel en 1972, París, Privat, p. 30.

tro de esta categoría sintomática, los mismos tipos descritos por Esquirol, al que añade otro: la estupidez (demencia transitoria de Pinel), pero considerándolos siempre, insisto, como síntomas de esa afección cerebral idiopática y única²⁷.

En contraposición, Falret, bastantes años más tarde, se muestra firme partidario de diversificar la locura y pasar, de estos aspectos variados de un mismo trastorno a enfermedades diferentes y bien separadas unas de otras. En 1864, escribe: «Se ha querido estudiar la locura como si fuera una enfermedad única en lugar de buscar en este grupo tan amplio y mal delimitado especies verdaderamente distintas caracterizadas por un conjunto de síntomas y por un avance determinado. Para nosotros este error fundamental ha sido lo peor en el adelanto de la ciencia; ha dominado la mayoría de los trabajos de nuestra época y debemos esforzarnos sobre todo por combatirlo si deseamos inspirar a nuestra especialidad un movimiento progresivo por un camino diferente. En efecto, no podemos dejar de repetir que la locura no es una enfermedad única»²⁸.

En otro orden de cosas, la clasificación de Esquirol encerraba dos dificultades crecientes: por un lado la invención de las monomanías, sujetas a un intenso debate y revisión por sus discípulos, y por otro, al dejar bien sentada la idiocia como un retraso intelectual primario, en el que los sujetos afectos no deliraban, parecía lógico separar estos estados de déficit de las enfermedades propiamente dichas. Así lo hará J. G. F. Baillarger (1809-1890), distinguiendo la imbecilidad (desarrollo incompleto de

las facultades intelectuales y morales), la demencia (debilitamiento de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad, en la que el enfermo no es consciente) y la locura (afección cerebral apirética con un desorden del entendimiento del que el enfermo no es consciente). La otra gran novedad que Baillarger introduce en la subdivisión de la locura en locura simple (monomanía, melancolía y manía) y la llamada locura de doble forma, caracterizada por una secuencia regular de dos períodos, uno de excitación y otro de depresión. Como ya sabemos, la tesis de la psicosis única está íntimamente unida a las transformaciones de cuadros melancólicos en cuadros maniacos, evolucionando finalmente a la demencia. De ahí que tanto esta locura de doble forma de Baillarger, como la anteriormente descrita por Falret, locura circular, viene a dificultar esta concepción al considerarse que los pacientes que presentan dichas oscilaciones clínicas son portadores de una enfermedad concreta e independiente de otras formas de locura y que, además, raramente conduce a la demencia.

La antinosografía como principio epistemológico

El belga J. Guislain (1797-1860), introduce en su *Traité des Phrenopathies* (1833) y, sobre todo en sus lecciones clínicas (1835)²⁹, algunas ideas innovadoras al intentar encontrar la alteración fundamental de la que depende el trastorno anímico

²⁹ Se utiliza la edición castellana, traducida muy tardíamente, con prólogo de J. Esquerdo. GUISLAIN, J. (1881), *Lecciones orales sobre las frenopatías o tratado teórico y práctico de las enfermedades mentales*, Madrid, Imprenta de Enrique Teodoro.

²⁷ *Ibid.*, pp. 37 y ss.

²⁸ FALRET, J. P. (1864), *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, J. B. Baillière, p. XXX.

COLABORACIONES

en sus determinadas manifestaciones, considerando que todos los trastornos anímicos se deben a una excitación morbosa de la sensibilidad (del sentimiento), que constituye el origen de toda la patología mental. Prefiere el prefijo *fren* para formar neologismos con los que enriquecer la terminología psiquiátrica; así, *frenia* significaría «estado mental en el sentido más lato», siendo la *frenalgia*, el dolor moral o anímico que estaría en el origen de todas las afecciones³⁰.

Sus formas de manifestación pueden ser enormemente variadas. Según indica el propio Guislain, «en mis registros de clínica encontraréis inscritas las formas más raras: una manía melancólica, una locura maníaca, una demencia paralisiforme, una melancolía con demencia y manía, y una multitud de otras formas mixtas o complejas»³¹, pero insiste en la naturaleza única de todos estos cuadros clínicos y en la posibilidad de «metamorfosis» entre unas formas a otras.

Con respecto a las clasificaciones, no las rechaza frontalmente pero matiza que «la mejor clasificación será siempre la que hable más pronto y de la manera más lúcida a la inteligencia del práctico»³²; desconfía de las clasificaciones basadas en la anatomía o en la etiología —como la de Morel—, por considerarlas de muy escasa utilidad clínica, e insiste en que «en los cuadros nosográficos debe designarse el fenómeno más saliente y no la esencia íntima»³³.

Con una fuerte impronta organicista, que le lleva a afirmar que «La locura no es más que un complejo sintomático de dife-

rentes estados anormales del cerebro»³⁴, W. Griesinger (1817-1868), opina, al igual que Guislain que «no es posible, en el momento actual, hacer una clasificación de las enfermedades mentales basada en su naturaleza, es decir en las alteraciones anatómicas del cerebro»³⁵, pudiéndose, a lo sumo, clasificar los síntomas o los «complejos sintomáticos». La influencia de Guislain es también muy patente cuando el autor alemán se refiere a la *melancholia metamorphosis*³⁶, o cuando, al referirse de las *formas* de la locura, indica que, «en todas las formas de enfermedad, la lesión fundamental consiste en la existencia morbosa de emociones penosas, depresivas, negativas que domina al sujeto, en un estado de dolor moral»³⁷.

Mucho más lejos llegará el alemán Heinrich Neumann (1814-1884) al afirmar, el mismo año de la descripción de la locura de *doble forma*, de manera taxativa: «No podemos creer en el progreso real de la psiquiatría hasta que se haya tomado la decisión general de arrojar por la borda todas las clasificaciones». Representante paradigmático del criterio antinosográfico, H. Neumann esbozó en sus *Lehrbuch der Psychiatrie* (1859), su postura al explicar que cada caso de trastorno anímico se caracteriza porque a una desazón melancólica (la frenalgia de Guislain) le sigue una fase de delusión que, normalmente, está relacionada con una cierta actividad psíquica y agitación psíquica (furor) al que sigue,

³⁴ GRIESINGER, W. (1865), *Traité des maladies mentales*, París, A. Delahaye, p. 11. El original es *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1845, aunque sus ediciones más conocidas son las de 1861 y 1876. Se citan por la edición francesa.

³⁵ *Ibid.*, p. 246.

³⁶ *Ibid.*, p. 289.

³⁷ *Ibid.*, p. 248.

³⁰ GUISLAIN (1881), t. I., pp. 64 y ss.

³¹ *Ibid.*, p. 70.

³² *Ibid.*, p. 71.

³³ *Ibidem*.

si no se produce la curación, una fase de turbación cuyo pronóstico es más grave que en la fase anterior y que después de un período más o menos largo da lugar, finalmente, a la fase de la demencia.

La influencia de Neumann sobre L. Kahlbaum (1828-1899) es muy evidente y reconocida por él mismo cuando escribe: «Puedo suponer que la mayoría de los lectores conocen el excelente manual de psiquiatría de Neumann, porque no puedo dejar de dar las gracias por la variada instrucción e inspiración»³⁸. Destaca Kahlbaum el logro de Neumann al pasar de una teoría de las *formas* a una teoría de la *metamorfosis*, o, dicho de otro modo: «ya no se quería ver en las distintas formas encontradas distintos tipos de enfermedad sino fases de la formación, distintas metamorfosis de una misma enfermedad»³⁹. Es de notar que el término *metamorfosis*, presente en Guislain y utilizado por Kahlbaum, no es empleado nunca por Neumann ya que, aunque su teoría lleva implícito tal concepto, siempre habla de «fases diferentes del desarrollo del proceso de la enfermedad».

Asimismo, tanto Bartolomé Llopis, como recientemente Eduardo Balbo, han llamado la atención sobre la influencia en Kahlbaum de los defensores de la teoría de la psicosis única –Zeller, Neumann, Arndt o Griesinger–; indican, en este sentido, que al igual que Arndt, describe una *vesania*

typica con cuatro estadios: *Stadium melancholiae*, *stadium maniae*, *stadium perturbationis* y *stadium demantiae*⁴⁰. Sin embargo, esta *vesania typica* no agota, ni mucho menos, el campo de las enfermedades mentales, ya que resulta «muy difícil resumir todos los casos en este esquema»⁴¹. La epilepsia o los ataques de delusión en las mujeres durante el período menstrual sería dos buenos ejemplos de dicha dificultad⁴², pero la más interesante diferenciación se planea, a mi juicio, a raíz del especial interés que Kahlbaum muestra por las monomanías, al recuperar el concepto esquiroliano de «idea fija» o, lo que es equivalente, de «delirio parcial». Esta «parcialidad» es la que acaba poniendo en cuestión el concepto de la enfermedad mental como un proceso genérico, total e irreversible y lo que permite a nuestro autor distinguir entre las *vesanias* –«modificaciones de la salud en general»– y las *vecordias*, que remiten a trastornos «parciales». «En la palabra *vecordia*» –aclara Kahlbaum– «se ha aprovechado una expresión que señala una parte individual del cuerpo (el corazón), pero que, al mismo tiempo, ha encontrado una utilización psíquica en distintas lenguas»⁴³.

Distingue tres tipos de *vecordias*: la *distimia* (melancolía en todas sus formas: depresión, exaltación y su combinatoria), *paranoia* y *diastrephia* (perversión o inversión). No obstante, cae en contradicciones y ambigüedades, como cuando la diferenciación entre trastornos emotivos, intelect-

³⁸ KAHLBAUM, L. (1863), *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einheilung der Seelenstörungen*, Danzing, Verlag von A. W. Kafemann. La edición utilizada ha sido KAHLBAUM, L. (1995), *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, DOR, p. 102. Sobre este autor, véase LANCIK, M. (1992), «Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) and the emergence of psychopathological and nosological research in German Psychiatry», *History of Psychiatry*, 3: 53-58.

³⁹ *Ibid.*, p. 101.

⁴⁰ Véase, LLOPIS (1954), p. 13; BALBO (1995), «Introducción», en KAHLBAUM, L. (1995), *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dor, pp. 19-29, p. 25.

⁴¹ KAHLBAUM [1863] (1995), p. 102.

⁴² *Ibid.*, pp. 102 y 22.

⁴³ *Ibid.*, p. 126.

COLABORACIONES

tuales y volitivos –que Esquirol ya había hecho para las monomanías– le sirven unas veces para clasificar las variedades de la mencionada «parcialidad», mientras que en otras ocasiones, le parecen totalmente insuficientes para tal fin, o cuando define la *vecordia* como un cuadro «permanente y continuo», sin detenerse a explicar dichas características.

Francisco Pereña nos ofrece una interpretación de las razones por las que Kahlbaum insiste en que la *vecordia* es un trastorno parcial, permanente y continuo, al indicar que «para todas sus modalidades, la *vecordia* carece de plasticidad dialéctica (...) No hay mediación dialéctica y, en consecuencia, no hay pregunta, el sujeto no aparece jamás dividido sino engullido en el Yo ya sea bajo forma paranoica de una personalidad sin fisuras, ya sea bajo la forma melancólica del objeto degradado»⁴⁴.

No se puede olvidar tampoco que la irrupción del concepto de paranoia –término propuesto por Kahlbaum– juega un papel importante en el cuestionamiento de la psicosis única⁴⁵. No en vano uno de los pilares fundamentales de dicha teoría es, como estamos viendo que las ideas delirantes son siempre secundarias a los trastornos afectivos y que éstos, sea cual sea el nombre que reciban (melancolía, frenalgia, etc.) están en el origen de la enfermedad mental. El debate sobre la paranoia primaria (*die primäre Verrücktheit*) –descrita por Hoff-

man (1861) y Snell (1863) en los años sesenta como un cuadro caracterizado por la aparición súbita de ideas delirantes sin trastorno afectivo en su comienzo y sin una evolución hacia la demencia– volvió a recrudescer la pugna entre concepciones unitarias y pluralistas: en el Congreso de Psiquiatría de Berlín de 1893, la paranoia fue considerada como una «enfermedad primaria de la razón» en la que los afectos podían jugar, a lo sumo, un papel secundario, pero la discusión no se cerró ni mucho menos, siendo muchos los autores que pusieron en duda la inexistencia de bases afectivas.

La nosografía kraepeliniana⁴⁶ y su enorme influencia supuso, con los antecedentes inequívocos de J. P. Falret y Kahlbaum, el arrinconamiento del concepto de psicosis unitaria y el establecimiento de una precisa sistematización de numerosas enfermedades mentales que, como ha indicado José María Álvarez, «se presumieron naturales, como si de auténticas enfermedades médicas se tratara; a falta de mayores conocimientos etiológicos, se enfatizaron las coincidencias sintomatológicas, evolutivas y las formas terminales»⁴⁷. La *dementia praecox* –con su déficit intrínseco– se convertía en la enfermedad mental por excelencia, por más que, curiosamente, el nuevo sistema tuviera dificultades para ubicar otros cuadros psiquiátricos como la paranoia⁴⁸.

⁴⁴ PEREÑA, F. (1995), «Prólogo», KAHLBAUM, L., *Clasificación de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, pp. 9-18, p. 14.

⁴⁵ Una reciente y bien documentada historia del concepto de paranoia puede encontrarse en ÁLVAREZ MARTÍNEZ, J. M. (1997), «¿Qué fue de la paranoia?», en VV.AA., *La Salud Mental en los noventa. Clínica, prácticas, organización*, Valladolid, Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, pp. 43-79.

⁴⁶ Consúltese BERRIOS, G. y HAUSER, R. (1988), «The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history», *Psychological Medicine*, 18: 813-821.

⁴⁷ ÁLVAREZ MARTÍNEZ (1997), p. 78.

⁴⁸ *Ibid.*, pp. 78 y 79.

La psicosis en la psiquiatría española del siglo XIX

No quisiera terminar sin hacer alusión, aunque sea brevemente, a dos autores españoles del siglo XIX que se refirieron al problema de la locura desde una consideración unitaria. Faustino Roel (1821-1895) y Juan Giné i Partagás (1836-1911). El primero fue un médico asturiano cuya obra ha sido recientemente estudiada por Delfín García Guerra y Víctor Álvarez Antuña⁴⁹. En su *Etiología de la Pellagra* (1880), F. Roel se opone a las nosografías, rechazando «la pretensión de que se disgregue el síndrome morbo del enajenado para ajustar luego cada síntoma a una casilla del exuberante cuadro de diagnósticos frenopáticos»⁵⁰. Opina, por el contrario, que «si bien la enajenación mental afecta las formas intermitente, periódica, cíclica, etc., ninguna de ellas constituye el carácter patognomónico de una dolencia especial que merezca la descripción de una historia propia»⁵¹; para terminar afirmando que «ilusiones, alucinaciones, epilepsia, melancolía, hipocondría, manía con y sin parálisis (inclusas la numerosas y diversas vesanias nosográficas), todas son variaciones sobre un mismo tema, sinónimos de locura»⁵².

Es de destacar, sin embargo, que estas aseveraciones se apoyan más en una vieja

⁴⁹ Véanse GARCÍA GUERRA, D. y ÁLVAREZ ANTUÑA, V. (1993), *Leptra asturianensis. La contribución asturiana en la historia de la pelagra (siglos XVIII-XIX)*, Madrid, CSIC; ÁLVAREZ ANTUÑA, V. y GARCÍA GUERRA, D. (1995), *La enfermedad mental en la obra de Faustino Roel (1821-1895). Los orígenes de la psiquiatría en Asturias*, Oviedo, Universidad de Oviedo.

⁵⁰ ROEL, F. (1880), *Etiología de la Pellagra*, Oviedo, Vicente Brid, p. 252.

⁵¹ *Ibid.*, p. 32.

⁵² *Ibid.*, p. 253.

tradición hipocrática que en las ideas que sobre la antinosografía y la psicosis única existían, como ya hemos visto, en la psiquiatría europea de la segunda mitad del siglo XIX. Asimismo, es digno de mención que esta reflexión sobre la enfermedad mental tuviera su punto de partida en el estudio de la pelagra. Es muy interesante la relación, presente ya en Baillarguer, que se llega a establecer entre locura y pelagra: si la pelagra era causa de una forma especial de locura o si las alteraciones cutáneas y digestivas eran consecuencia del trastorno mental fue motivo de no poca controversia a lo largo del XIX. No dispongo de espacio suficiente en este ensayo para profundizar sobre este aspecto, pero no puedo por menos que recordar que, ya a mediados del siglo XX, el tantas veces citado Bartolomé Llopis inicia su reflexión sobre la psicosis única, precisamente a partir de sus investigaciones sobre la psicosis pelagrosa, llegando a negar la especificidad de los verdaderos síntomas psíquicos⁵³.

Finalmente, me gustaría dedicar unas breves palabras a la actitud nosográfica de uno de los representantes más destacados del alienismo español decimonónico: Juan Giné y Partagás. No es el momento de comentar aquí su condición de gran patrón de la psiquiatría catalana del último tercio del siglo XIX y su importante papel en la institucionalización de la psiquiatría española como fundador de la *Revista Frenopática Barcelonesa*, inspirador del Primer Certamen Frenopático Español, autor del primer Tratado español de Psiquiatría y, en definitiva, maestro reconocido de lo que podríamos llamar la más importante escuela «precajaliana» de psiquiatras españoles.

Como nosógrafo, Giné asegura en un

⁵³ LLOPIS (1954), pp. 141 y ss.

COLABORACIONES

Tratado teórico práctico de Frenopatología (1876) que «El objeto fundamental de una buena clasificación clínica ha de ser proporcionar el mayor número posible de utilidades prácticas (...) No abogamos pues, en lo relativo a las clasificaciones, ni por la naturalidad ni por el artificio de éstas, sino por su utilidad clínica»⁵⁴. Dicha afirmación le lleva a considerar obsoletas las clasificaciones de Pinel y de Esquirol por dos motivos fundamentales: primero, porque no incluyen «formas» descritas con posterioridad, como la Parálisis General Progresiva; y segundo, porque tampoco contemplan la gran cantidad de «formas mixtas» que pueden aparecer en la práctica alienista (manía melancólica, monomanía melancólica, etcétera).

Como bien puede verse, esta actitud se asemeja mucho a la mantenida, según hemos visto más arriba, por Guislain. Sin embargo, la influencia del autor belga va mucho más allá, pues resulta ser el más claro inspirador del pensamiento nosográfico de Giné, de tal modo que, aunque el médico catalán propone una complicada clasificación en clases, géneros y especies, acaba reconociendo que «Todas estas *formas* de las enfermedades mentales, pueden observarse aisladamente, o en estado de simplicidad, o presentarse combinadas entre sí, no solamente las correspondientes a una misma clase, sino las que pertenecen a clases distintas»⁵⁵. Y, al hablar de las formas mixtas (las frenopatías compuestas de Guislain), pretende llegar más lejos que el belga al indicar que «por más que Guislain diga que el fenómeno radical es aquel que

primero se presenta, no dejan de observarse transformaciones completas, por las cuales el estado actual difiere esencialmente del que presentaba la enfermedad en su período de invasión»⁵⁶. Esta idea de transformación o de «metamorfosis» si se prefiere, nos sugiere la proximidad de Giné a una cierta concepción unitaria de la locura —tomada directamente de Guislain—, aunque no exenta de contradicciones, ambigüedades o cautelas. Así, por ejemplo, al referirse a las demencias, considera que éstas pueden ser la terminación de algunas formas de locura, contemplando también la existencia de demencias primarias; en cuanto a la iniciación de la locura o a sus pródromos indica que en los desórdenes iniciales existe siempre un fondo de abatimiento y de tristeza, lo que «ha hecho decir a Guislain que todas las enfermedades mentales comienzan por la melancolía», pero se apresura a contrarrestar esta afirmación con otra referencia, nada menos que de Falret, que manifiesta su opinión del siguiente modo: «Preténdese establecer que al principio de toda locura, aun de las más agitadas, existe comunmente un estado general de tristeza y postración. A nuestro entender, la observación confirma esta opinión; pero si se pretende al contrario, que todas las enfermedades mentales principian con una alienación parcial melancólica, entonces esta aserción nos parece errónea»⁵⁷. Giné se limita, en este punto, a citar a estos autores sin manifestar su juicio al respecto.

En cualquier caso, lo que sí parece evidente es que una relectura cuidadosa y crítica de las fuentes permite matizar algunos tópicos historiográficos como el que esta-

⁵⁴ GINÉ, J. (1876), *Tratado teórico práctico de Freno-patología o estudio de las enfermedades mentales fundado en la clínica y en la fisiología de los centros nerviosos*, Madrid, Moya y Plaza, p. 238.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 244.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 242.

⁵⁷ *Ibid.*, pp. 194-195.

blece que el alienismo español decimonónico es absolutamente dependiente del francés, cuando, como acabamos de ver, autores como Guislain, pero también otros como Maudsley o Griesinger –además de los franceses naturalmente– son citados con profusión y tenidos en cuenta por los autores españoles. El ejemplo de Giné puede ser especialmente significativo ya que sus mayores influencias proceden de un autor partidario de la concepción antinósográfica de la «psicosis única» y, en cierto modo, alejado de los complejos edificios nosográficos construidos por el alienismo francés⁵⁸.

Relectura cuidadosa de las fuentes, que deben considerarse no sólo como documentos históricos sino como auténticas herramientas epistemológicas que nos permitan comprender la complejidad de los discursos y la dificultad para «esquematar»

⁵⁸ Sobre este particular, podrá verse el trabajo de DIÉGUEZ, A., «El problema de la nosografía en la obra psiquiátrica de J. Giné i Partagás», *Asclepio* (en prensa).

o agrupar en compartimentos estancos las teorías y las doctrinas científicas, sin olvidar que las «interpretaciones objetivas» que supuestamente realiza la Ciencia y los científicos están siempre dentro de los márgenes que fija la cultura dominante. Interpretaciones que, en muchos campos, han tomado forma de clasificaciones sistemáticas (como las nosografías a las que nos hemos estado refiriendo), instrumentos de apoyo útiles para el trabajo intelectual o clínico, pero de las que no habría que olvidar nunca que son abstracciones, siempre artificiales, con categorías creadas en momentos históricos concretos y que nada impide romperlas, si así lo requieren los nuevos descubrimientos, salvo el propio inmovilismo y el temor o el «vértigo» que puede llegar a producir los obligados «giros» que todo cambio de paradigma conlleva⁵⁹.

⁵⁹ Sobre el particular, puede verse PINAR, S. y HUERTAS, R. (1996), «Sobre los prejuicios de la sistemática. Teoría y práctica de clasificación de la naturaleza», *Asclepio*, 48 (2): 5-6.

*Los contenidos de este artículo fueron presentados en las II Jornadas de Psicopatología del Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián», celebradas durante los días 6 y 7 de junio de 1997, en Valladolid. El trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto de Investigación PB94-0060 subvencionado por la DGICYT.

* Rafael Huertas. Doctor en Medicina. Dept. Historia de la Ciencia. Centro de Estudios Históricos. CSIC Madrid.

Correspondencia: Rafael Huertas. Departamento de Historia de la Ciencia. C.S.I.C. C/Duque de Medinaceli, 6, 28014 Madrid.

** Fecha de recepción: 24-XI-1997.