

## NATURALEZA Y CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

### ESBOZO DE UNA HISTORIA NATURAL DE LA LOCURA

Henri Ey

CUANDO se piensa en las "enfermedades mentales", el espíritu se ve asediado por la validez del concepto general de enfermedad mental y, por consiguiente, por el problema de la clasificación de las especies que este género comprende. Pese a sus dificultades, si la Psiquiatría quiere ser una ciencia, debe ser una clasificación. Nosotros intentaremos, reduciéndolo a lo esencial, simplificar los supuestos lógicos y empíricos de este problema. Es, desde luego, el oráculo de Delfos en la Psiquiatría, como lo afirmaba hace poco Kolle, a propósito precisamente de las "psicosis endógenas" que resultan algo así como las "criptógamas" de nuestras clasificaciones. Así como en la Botánica existe la sistemática linneana, también debemos, en Psiquiatría, intentar establecer una clasificación, una *taxonomía* de los géneros y de las especies.

#### I. NECESIDAD Y REGLAS LÓGICAS DE UNA CLASIFICACIÓN

Las "enfermedades mentales" son como flores, flores del mal, que nos dejan perplejos en cuanto a su nacimiento, naturaleza y diversidad. Me parece pertinente recordar que para Linné la morfología de las flores, más generalmente, las modalidades de la reproducción de los vegetales, y más especialmente, las "stamina", eran los principios mismos de una clasificación natural del gran reino de las plantas.<sup>1</sup> En su *Systema Naturae* (1753), es el estambre (considerado aún por Tournefort como una cloaca de excrementos) el que llega a ser la *clavis systematis sexualis*, el principio mismo de la clasificación de las plantas. Éstas celebran, o bien nupcias públicas (*nuptias publicae*) según el modo *moneclinia* (*Mariti et uxores eodem Thalamo gaudent-Flores masculini vel femini in eodem specie*), o según el modo *diclinia* (*Mariti et femina distinctis thalamis gaudent-Flores hermaphroditi sunt et stamina cum pistillis in eodem flores*), o bien nupcias ocultas (*Nuptias clandestinae*) en donde "flores oculis nostris nudis vix conspiciuntur". Esta sistemática linneana más que en el sistema administrativo y militar romano de Agassiz (1857), sería en Freud en quien nos hace pensar; en las clasificaciones de las enfermedades mentales sobre la base de las modalidades, de las fijaciones y de las relaciones objetales de la libido.<sup>2</sup> Tan cierto es esto, que en Biología, la "sistemática", aunque sea la de los

<sup>1</sup> L. Plantefol et A. M. Prevost, "La notion d'étamine". *Revue philosophique*, 1962, pp. 145 a 172.

<sup>2</sup> Puede hacerse referencia, por ejemplo, al intento de clasificación psicoanalítica de

vegetales, nos remite a la forma de organización de los seres vivos, al plan fundamental de su formación, de su producción y de su reproducción. ¿De qué manera, con la clasificación de A. L. de Jussieu, el plan de organización se ha desplazado de la flor a la semilla y a sus cotiledones; cómo la química y la fisiología vegetales, y especialmente la asimilación clorofílica, han suscitado críticas y necesitado de reajustes con respecto a una de las más célebres clasificaciones de los seres vivos? Todo esto no nos importa aquí; de igual forma que tampoco podemos buscar los planes de clasificación en Zoología, la de los empalmes de Cuvier, de las clases de Oken o tantas otras que la tendencia a la transformación de las especies ha parecido poner en duda. Tampoco es cuestión de trasladarnos, en Química, a las clasificaciones de los pesos atómicos de Mendeleieff. Todas estas clasificaciones en las ciencias no nos manifestarían otra cosa sino esto: una clasificación exige una idea directriz, *aunque sea hipotética*, sobre la organización estructural de los fenómenos a clasificar. Sin duda la fisonomía o morfología pueden y deben, por sus indicios, manifestar al clasificador los secretos del *orden* que busca, pero éste no aparece jamás como una simple colección de fenómenos estadísticamente correlativos, sino más bien distribuidos según ejes de referencia. La clasificación no exige solamente una descripción rigurosa sino también una hipótesis sobre la jerarquía de estructuras.

Se puede encontrar irrisorio, o simplemente analógico, el espíritu de sistematización y clasificación, y ya se ha hecho burla a estas manías ¿no se ha acusado a la sistemática de Kraepeling de reflejar el estado prusiano de Bismarck? A este respecto, Durkheim y Maus han podido escribir (en 1902) que la clasificación de las cosas reproduce la clasificación de los hombres. Esto resulta ciertamente verdadero con respecto a las representaciones del mundo mítico; y la ciencia es muy frecuentemente mítica. Pero una clasificación científica debe desligarse precisamente de estas representaciones mágicas.

En la *Evolution Psychiatrique* (núm. 2, 1963), H. Ellenberger ha analizado muy profundamente las "causas de error" que pueden influir los esfuerzos de los observadores. Él se ha inspirado sencillamente en el libro de Gaston Bachelard (*La formation de l'esprit scientifique. Psychoanalyse de la connaissance objective*, 1947). Las causas de error de los espíritus clasificadores son allí notablemente puestas al descubierto. La imperfección de las clasificaciones, nos dice, puede depender de ilusiones o de posiciones filosóficas, y denuncia, en primer lugar, a la *ilusión pragmatista*. Efectivamente, ésta busca sólo recetas de nomenclatura y se acomoda bastante fácilmente a la simplicidad de los conceptos. Me parece que a pesar de sus excelentes preceptos para establecer un "buen sistema taxonómico", Karl G. Hempel (1959) no se ha liberado lo suficiente de este punto de vista pragmático. Yo me he preguntado con frecuencia por qué este espíritu llamado pragmático no se limitaba pura y simplemente a un orden alfabético, en suma mucho más cómodo y menos especulativo... Ellenberger nos pone en guardia, a la inversa, contra el espíritu demasiado "idealista de tipo Heinroth". Pero los capítulos más interesantes de su trabajo

las enfermedades mentales de G. Glover o al que A. Green ha propuesto recientemente a la sociedad psicoanalítica en París.



están consagrados a la *ilusión numérica*, especie de predilección mágica e inconsciente por ciertos números (clasificaciones binarias, ternarias, o por el contrario tendencias unitarias). Indica también el peligro de la *ilusión verbal* o lingüística de la que él da interesantes ejemplos, y de la *ilusión socio-céntrica* (inducción por los esquemas institucionales y culturales de los grupos sociales en que viven los autores); por fin, Ellenberger analiza muy finamente las motivaciones inconscientes del “sabio que gusta de clasificar”. . . “Por mi parte, pienso que el psiquiatra no tiene que amar o detestar la clasificación; él tiene relación con ella como tarea central de su trabajo. No le sirve para nada decir que no se interesa en ella, cuando pretende hacer diagnósticos y pronósticos que no tienen sentido más que en un cuadro nosográfico”.

Digamos, pues, que para no ser mítica, fantástica o artificial, una clasificación debe, en Psiquiatría como en toda otra ciencia, reposar sobre la jerarquía de las estructuras y el orden de los conceptos que encierran en la generalidad del *género* (enfermedad mental) la diversidad de las *especies* (enfermedades mentales). Tal clasificación debe comportar una subordinación de caracteres, es decir, un juicio referente a la generalidad del terreno a dividir. Esta división debe realizarse por deducción, pero también de acuerdo con la ley natural que se prueba por inducción. Y es que no se trata solamente de un ejercicio de lógica formal. Sabemos bien, desde Francis Bacon, que toda clasificación debe operar por inducción hasta el establecimiento de definiciones-clave: los *géneros*, las *especies* y las *variedades*, que reflejan el orden natural y es este orden el que debe servir de plan para la clasificación.

Penetrados, así, de la importancia pero también de las dificultades de una clasificación general, no nos asombraremos de que las clasificaciones en Psiquiatría sean a la vez tan numerosas y tan decepcionantes. Ellas reflejan las dificultades de definir el objeto general de la Psiquiatría, es decir la enfermedad mental, tanto desde el punto de vista lógico como desde el punto de vista empírico. De tal suerte que, o las clasificaciones parten de descripciones concretas y son puramente empíricas y sin lógica, o son del tipo demasiado lógico, como la clasificación de Heinroth del siglo pasado (1818), que constituye un modelo puramente especulativo. Él la había deducido de un cierto número de nociones: las tres “facultades” (afectividad, intelecto y voluntad), y según que ellas fuesen *exaltadas*, *depresivas* o *mixtas* producían cada una tres géneros de trastornos (o sea, nueve géneros) divididos a su vez en cuatro especies. De tal manera que él “definía” treinta y seis especies de enfermedades mentales! La idea directriz confería aquí al sistema su unidad lógica, pero la ausencia de orden natural, es decir, de articulación con la realidad, le quitaba todo valor.

Situemos ahora, más cerca de nosotros y en una posición inversa, la clasificación de nuestros colegas peruanos C. Seguin, Castro, Valdivia y Zapata (Congreso de Montreal, 1961), clasificación que encomendaron a una calculadora electrónica, desconectando las correlaciones significativas de las relaciones estadísticamente más frecuentes entre algunos síntomas; en definitiva, resultaron nueve grupos enumerados como cuadros clínicos de los que, desgraciadamente, ni la máquina ni los autores nos dicen una palabra. Podemos muy

bien afirmar, prestándoles la confianza que merecen, que aquí los hechos han hablado, pero para no decir nada, porque es la idea directriz la que falta para erigir en clasificación válida esta descripción, por precisa o cuantificada que sea.

Generalmente, la incoherencia de las clasificaciones se debe a uno de estos dos defectos (exceso de lógica sin clínica, exceso de clínica sin lógica), y a veces a las dos causas de error juntas. Ya no hay que hacer su proceso. Remítanse ustedes a todas las que E. Stengel (“Classification of Disorders”, *Bol. de la O. M. S.* de 1959, 21, 601, 663) ha reunido. Allí expone él 17 clasificaciones que han sido establecidas o aceptadas por sociedades u organizaciones muy serias y por autores reconocidos (a veces incluso célebres como K. Schneider, Rümke, Henderson, y Gillespie, Langfeldt, Stromgres, etc.). En 1954, en el sentido que yo había consagrado a este problema, ya había destacado (¡después de muchos otros!) cuán heteróclitas eran todas estas clasificaciones. Erik Essen-Moller, en un trabajo de gran rigor (“*Acta Psychiatrica Scandinava*” 1961, 37, 119, 126), ha sabido decir en pocas palabras lo que había que pensar de la inconsistencia, de las contaminaciones y de las divergencias que entrañan muy frecuentemente una distorsión lógica de la clasificación. Especialmente ha puesto él en evidencia lo que yo llamo “el pecado original” de la mayor parte de las clasificaciones (el cual, por mi parte, no he cesado de denunciar desde 1934): el de mezclar el plano de la etiología y el del cuadro clínico. Veremos más adelante, en efecto, que una clasificación, para ser homogénea, debe excluir precisamente una heterogeneidad tal que tiende a una yuxtaposición artificial.

Y heos aquí de pronto lanzados al corazón del problema, porque nosotros debemos preguntarnos ¿cuál es el *objeto* de una clasificación psiquiátrica?; ¿qué “cosas” son las que hay que clasificar? Naturalmente: las diversas especies de “*enfermedades mentales*”. Desde ahora es preciso hacerse una idea clara de la enfermedad mental, de su etiología, de sus relaciones con las afecciones cerebrales de las que ella puede ser el efecto, con las disposiciones hereditarias en las que puede estar preformada, con las situaciones de la existencia que pueden constituir la o provocarla, etc. Psicosis y neurosis, factores exógenos y endógenos, evolución crónica o aguda, enfermedad sintomática o entidad pura, etc., todos estos problemas surgen aquí a la vez; y es que todos remiten al que los envuelve: el de la naturaleza y la definición de la enfermedad mental. Porque clasificar las enfermedades como especies de un género, plantea esencialmente el problema de este género, es decir, su definición.

Es preciso pues, que entremos resueltamente en este problema que es al mismo tiempo práctico y teórico.

## II. EL GÉNERO “ENFERMEDAD MENTAL” DEFINIDO COMO OBJETO DE LA PSIQUIATRÍA

Cuando se quieren clasificar hechos, cosas o personas, hay que empezar, evidentemente, por determinar cuáles son los que entran en el grupo que se pretende dividir en subgrupos. Pero inversamente, para llegar a la idea del gé-

nero, es preciso comparar los seres particulares que ella encierra. A esta dificultad corresponden las eternas discusiones sobre la parte de inducción y de deducción en las ciencias. Pero evidentemente éstas (sean ciencias de la naturaleza o ciencias humanas) requieren la base empírica de que deben partir definición y clasificación.

A) *Definición de la enfermedad mental.* El cúmulo histórico y clínico de los hechos que han constituido la masa global de las descripciones de la patología mental desde el Renacimiento (para no remontarnos a la Antigüedad) ha evidenciado progresivamente: primero, que la enfermedad mental es una anomalía estadística de los comportamientos humanos; después, su *carácter patológico* por semejanza con la patología general y especialmente nerviosa y, finalmente, su *determinismo interno* por las fuerzas de la predisposición o las del inconsciente. Veamos más de cerca todo esto.

Los comportamientos, las ideas y los sentimientos que constituyen los síntomas de la “enfermedad mental” han sido, primeramente, objeto (por parte de grandes clínicos: Pinel, Esquirol, Baillarger, Morel, Schule, Kahlbaum Seglas, etc.) de minuciosas descripciones (manía, melancolía, delirio de persecución, catatonia, demencia). Así, la enfermedad mental ha aparecido bajo su forma *típica*; y el conocimiento de esta “tipicidad” del cuadro clínico a través de sus aspectos sintomáticos y evolutivos de las “afecciones mentales” ha sido llevado a su más alto grado de perfección por Kraepelin.

El estudio de estas “enfermedades mentales” ha sido, a continuación y muy rápidamente, calcado de las enfermedades orgánicas, porque sus síntomas, su evolución, las condiciones hereditarias o adquiridas, su etiología y su patogenia han sido consideradas, desde W. Griesinger, Bayle, Morel, Moreau de Tours, etc., como resultados de afecciones hereditarias o adquiridas, directas o indirectas, del sistema nervioso.

Finalmente, la estructura de estas anomalías de la vida psíquica, como reflejo, según veremos, de un desorden del ser psíquico, ha sido estudiada a fondo tanto en el sentido de un determinismo heredo-constitucional (escuela genética), como en el sentido de un determinismo inconsciente de las exigencias y represiones de los instintos y especialmente del instinto sexual (Freud). Pero en ambos casos el proceso morboso ha sido y es considerado como profundamente “endógeno”, aunque sea en dos sentidos diferentes: como enfermedad de la constitución o como enfermedad de las pulsiones.

Sin duda, cada uno de estos tres caracteres (tipicidad del cuadro clínico—organicidad— endogeneidad) han sido y son aún objeto de innumerables discusiones. Cierta escuela, llamada antropológica, pone en duda el carácter radicalmente original de la variación patológica (y el concepto mismo de enfermedad mental). Amplios movimientos llamados sociogénicos o psicogénicos se proponen abandonar la idea de que la enfermedad mental sea siempre la expresión directa o indirecta de un trastorno somático. Y, finalmente, muchos psiquiatras rechazan la idea de un origen endógeno de los trastornos, ya porque nieguen a la herencia toda influencia etiológica, ya porque nieguen la importancia y la existencia misma del inconsciente.

Por mi parte, yo creo que si la enfermedad mental existe, es necesario:

1) Que sea diferente de las variaciones normales de la vida de relación (reacciones en el medio cultural y social que son los movimientos normales de la vida de relación), 2) que sea la expresión directa o indirecta de un trastorno neuro-somático y 3) que sea la manifestación de acontecimientos internos en donde se combinen las fuerzas hereditarias, instintivo-afectivas y la formación inconsciente de los fantasmas que estas fuerzas engendran. De tal suerte que la enfermedad mental aparece a través de todos estos estudios clásicos y clínicos como una *modalidad del ser humano que manifiesta su malformación, o su desorganización.* Es *enfermedad de la humanidad* y no solamente de la vitalidad (por esto es por lo que la enfermedad mental es justamente “*mental*”). Está profundamente ligada a la *disgenesia o a la disolución de las funciones cerebrales* (por lo cual, una enfermedad mental es verdaderamente una *enfermedad*). Pone en juego y saca a la luz las fuerzas del inconsciente que se desencadenan o se manifiestan en sus síntomas: *es esencialmente endógena.*

La originalidad radical de esta forma de patología, que es la patología mental, es, pues, aparecer como una estructura negativa o deficitaria que no permite al hombre desarrollarse o mantenerse en un nivel de organización normal. Esto es, creo yo, lo que Hughlings Jackson, Moreau de Tours, E. Bleuler, P. Janet han visto admirablemente.

He tenido muchas ocasiones de exponer el argumento sobre el cual reposan las tesis que forman, a mis ojos, por su coherencia, una teoría órgano-dinámica de la enfermedad mental, de la cual diré algo al final.

Tal es, pues —y si se quiere por hipótesis, pero por una hipótesis que se refiere a lo que hay de más profundo y sólido en la experiencia clínica—, la definición de la enfermedad mental, es decir, la definición del género, del *sum-mum genus*, cuyas especies intenta establecer toda clasificación psiquiátrica, como veremos después.

B) *Las enfermedades mentales forman una categoría homogénea que excluye toda heterogeneidad radical en su clasificación.* Este “género” corresponde evidentemente, en su generalidad, a lo que todas las enfermedades mentales tienen de común, siendo estas características las que acabo de exponer. No es cuestión, en efecto, de asentir a una de estas tres tesis que *comprometen esta unidad*: ni a aquella para la que hay “enfermedades mentales” que no serían sino reacciones psicógenas de la vida de relación, tesis inaceptable porque eso equivaldría a decir que no hay nada de común entre una neurosis y una psicosis, ni a aquella que admite que las enfermedades mentales pueden ser clasificadas en dos categorías, las que son orgánicas o sintomáticas y las que no lo son, porque esto es ignorar que no hay separación, sino formas de transición, por ejemplo, entre la melancolía y los estados confusionales, entre la esquizofrenia y las neurosis o las demencias, entre los estados crepusculares epilépticos e histéricos, etc., ni a aquella para la que habría enfermedades mentales que no dependerían del dinamismo interno de las tendencias hereditarias o de las pulsiones inconscientes, tesis también inadmisibles porque suprime de todas las enfermedades mentales la fuerza misma que las anima, el aparato pulsor fundamental que ellas liberan sólo de modos diferentes.

Hay, por el contrario (pese a las importantes críticas a las cuales acabo de hacer alusión), una tal unidad en el género de las enfermedades mentales que se ha podido sostener que no hay sino una sola enfermedad mental. Es la famosa doctrina de la *Einheitspsychose* de Zeller y Neuman, y en ciertos aspectos de Griesinger; noción recogida por Karl Meminger y Llopis. He tenido ocasión, repetidas veces, de decir que este concepto —por cuanto que apuntaba a lo que hay de común en las enfermedades mentales— no podía ser olvidado, porque corresponde a las innumerables formas de transición que diariamente nos enseña la clínica entre los grupos típicos de casos, y en el caso en el curso de su evolución. Es precisamente esta *unidad* estructurada por la diversidad de las especies, la que confiere su cohesión y su solidez al concepto de enfermedad mental, permitiendo diferenciarla tanto de las variaciones psíquicas normales, como de la patología vital o estrictamente somática. Es preciso, en efecto, que el *género* “enfermedad mental” sea lo suficientemente elástico para englobar no sólo las grandes formas de la alineación mental y las neurosis; pero no tanto que comprenda todas las condiciones de la existencia humana y también las enfermedades de la sangre, del hígado, y aun las del cerebro que no alteran al hombre más que en su vitalidad y no en su humanidad. Concentremos, aún, todo eso en esta fórmula: *en las innumerables formas de existencia y de patología del hombre, hay lugar para distinguir un género especial de la patología humana que se caracteriza por malformaciones o desorganizaciones del ser psíquico, irreductibles a las reacciones normales del hombre, a su medio y a las enfermedades de las funciones orgánicas que comprometen solamente su vitalidad* (como, por ejemplo, un síndrome coreico o una hemiplejía).

De esta manera, la psiquiatría queda fundamentada como una ciencia médica autónoma con respecto a la *psicología*, a la *sociología*, y a la *patología de los órganos sensu strictu*.

### III. LAS “ESPECIES” DE LAS ENFERMEDADES MENTALES SE REFIEREN A LA ESTRUCTURA DEL SER PSÍQUICO

Sí hay algo de común en las enfermedades mentales, que es como la esencia de su género; y es que ellas constituyen modalidades de la malformación o de la desorganización del ser psíquico. Pero como esta idea clara no es, sin embargo, evidente para todos, los que no la perciben van a perderse necesariamente en los artificios y callejones sin salida de sus clasificaciones: sus “nosografías” son nomenclaturas incoherentes por falta de un concepto general bastante seguro sobre el que apoyarse. Esto es lo que explica el descorazonamiento o el *escepticismo* de tantos autores. De manera que después de haber sido un colocador de etiquetas en la época de las “entidades” krepelinianas, desde la reacción de A. Meyer, el psiquiatra tiene vergüenza de sus preocupaciones nosográficas. Sin embargo, es muy preciso trabajar en esta clasificación, aunque no fuera más que recordando la frase de Spinoza en *De Emendatione*: “El martillo malo del herrero sirve para forjar un martillo mejor.”

A) *Las diversas enfermedades mentales no pueden definirse más que como formas y evoluciones típicas.* Es preciso ver bien, para aclarar este problema de la validez de las clasificaciones del género en especies morbosas, que las enfermedades mentales son “sindrómicas”, porque son modalidades patológicas multidimensionales y pueden ser el resultado de causas complejas. No son especialmente afecciones indicadoras de un proceso etiopatogénico, llamado precisamente “específico” para designar que el conjunto de los efectos que lo manifiestan en el plano clínico son directa y exclusivamente producidos por un factor que definiría su especie. No hay duda de que el vértigo que sobrecogió a los psiquiatras al descubrir que la parálisis general era el efecto de una causa específica, la meningoencefalitis sífilítica, les ha impulsado a considerar las enfermedades mentales si no exactamente como una fractura, sí al menos como una “tuberculosis pulmonar” o una “trombosis coronaria”. Pero basta con reflexionar un poco para darse cuenta de que la fisonomía clínica de las enfermedades mentales es relativamente independiente de las causas conocidas o desconocidas que las provocan. Un delirio de persecución, una neurosis obsesiva (no solamente confuso-onírico o un síndrome Korsakov) tienen una *realidad clínica* antes de todo conocimiento o interpretación etiológica. Consideraremos más tarde el problema de la causalidad de las enfermedades mentales, es decir, de las concepciones etiopatológicas. Pero por el momento nos basta con anotar que si deseamos encontrar en el género definido más arriba sus especies naturales, nos está prohibido lógicamente (y más allá de la lógica por la naturaleza empírica de las enfermedades mentales) introducir en el sistema de clasificación una heterogeneidad etiológica de las especies (ésta exógena y aquélla endógena, ésta orgánica y la otra psicógena; ésta causada por una atrofia cerebral y aquélla por una afección dismetabólica o infecciosa, etc.). Ninguna clasificación, como bien ha dicho Essen-Moleer, puede introducir el factor etiológico en una categoría esencialmente sindrómica.

Las especies naturales deben, pues, distinguirse, en el género enfermedades mentales, por su fisonomía clínica, es decir, sus síntomas, la estructura de las vivencias y de los comportamientos que entran en el *cuadro clínico* y las fases que constituyen la *evolución* de la enfermedad. Sin duda, en nuestra época frenéticamente terapéutica correríamos el riesgo de no discernir estas formas y estos movimientos evolutivos espontáneos; pero gracias a la clínica clásica, y a lo que ella nos ha enseñado, y a lo que todavía nos exige, debemos continuar observándolos. Y así, encontramos que existen formas y *evoluciones típicas* de los trastornos mentales: son estas formas y estas evoluciones las que constituyen estos “síndromes de malformación y de desorganización psíquica que son las enfermedades mentales”. Y aunque las llamemos “psicosis” o “neurosis” e incluso “reacciones” o “estados psicopatológicos”, siempre son —en grados variables o a niveles diferentes— formas de alteración de la vida psíquica y de alienación de la persona. Y son ellas, todas ellas y solamente ellas, las que forman el campo de la psiquiatría clínica.

Conviene, pues, para ver claro y para adaptarse a la originalidad misma del hecho psiquiátrico, considerar que las enfermedades mentales deben ser descritas y clasificadas según su tipo clínico, con exclusión de todo punto de



vista etiológico que, por su misma heterogeneidad, vuelve caduca toda clasificación.

B) *El orden de su clasificación no es su etiología sino la estructura del ser psíquico cuyo desorden manifiestan.* ¿Cuál es, pues, el principio de esta nosografía sindrómica que rehusa describir “entidades específicas” radicalmente distintas las unas de las otras? ¿Sobre qué base empírica se ha de reforzar el orden de nuestra clasificación, sobre qué estructura, sobre qué “estambres” fundamentales, sobre qué plan de organización puede edificarse esta clasificación?

Nos resulta necesario para ello considerar con método inductivo las grandes masas de la experiencia clínica. Entonces, cuando examinamos el conjunto variado y sin embargo continuo de la diversidad de los tipos clínicos sin prejuicio etiológico, deben chocarnos, me parece, dos hechos.

El primero, es la oposición de dos estructuras patológicas fundamentales igualmente típicas: la una constituye un “accidente”, una “crisis”, que contrasta con el *desarrollo de la personalidad, de su historia*. La otra está encerrada en la trayectoria misma de la personalidad y llega a ser su historia. El primer grupo de enfermedades mentales se asemeja al sueño y al ensueño en que, como estos estados, se excluyen de la existencia o no se incluyen más que como puestos entre paréntesis y, como estos estados son reversibles y constituyen episodios transitorios. . . Un segundo grupo está constituido por enfermedades mentales que se caracterizan, al contrario, por una organización duradera de trastornos integrados en el sistema permanente de la personalidad, que “hacen cuerpo” con la persona misma.

El segundo hecho es que los diversos cuadros clínicos que entran en cada una de estas dos categorías se ordenan como una serie de niveles de desestructuración y de tal naturaleza que la sintomatología de los niveles superiores se añade a los niveles inferiores sin que sea cierto lo recíproco.

Podemos proponer el esquema siguiente:

PSICOPATOLOGÍA DEL CAMPO DE LA CONCIENCIA	PATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD
<i>(Psicosis Agudas)</i>	<i>(Psicosis y neurosis crónicas)</i>
Crisis manícodepresivas.	Desequilibrio. Neurosis.
Brotos delirantes y alucinatorios. Estados oniroides.	Delirios crónicos y esquizofrenia.
Psicosis confuso-oníricas.	Demencias.

Este esquema no es para mí una conclusión, sino un plan de trabajo cuya metódica ejecución persigo desde hace ya veinte años.

Nociones tan vagas, pero prácticamente muy importantes, tales como “agudeza” y “cronicidad”, y que sería irrisorio tomar de entrada como criterios de clasificación, no pueden en esta perspectiva tomar importancia más que por el análisis estructural o si se quiere por el profundizar fenomenológico en

las enfermedades mentales, únicos que pueden hacernos comprender, bien sea lo que hay de actual o de episódico, bien sea lo que hay de permanente o de crónico en la esencia del cuadro clínico, lo que es de la categoría del *estar* y lo que es de la categoría del *ser*. Esto va a quedar más claro si intentamos comprender las diferencias y las relaciones entre estos dos grandes grupos, profundizando en la estructura misma de la organización del ser psíquico cuya descomposición se efectúa según estas dos modalidades esenciales.

El grupo de las enfermedades mentales “críticas” nos remite a la patología del campo de la conciencia. He consagrado un grueso libro a esta tesis (tomo III de mis *Études*) para demostrar que entre las crisis de manía y de melancolía y los estados confusionales y oníricos, pasando por el nivel de las “experiencias o vivencias agudas delirantes”, alucinatorias y de despersonalización, todos estos cuadros clínicos forman entre sí una serie continua de niveles de desestructuración del campo de la conciencia. De esta manera he querido dar a esta noción un significado más amplio que aquel con que es más usualmente empleado, incluyendo en ella las crisis maniaco-depresivas porque me parece imposible separarlas de las otras. Esta desestructuración del campo de la conciencia, este itinerario de la vigilia al sueño entraña alteraciones de la experiencia de la *actualidad vivida*, es decir, una desorganización del campo de la conciencia que cae en lo imaginario.

El grupo de las enfermedades mentales, que constituye la desorganización o la disgenesia del *sistema transaccional* del yo tiene por característica la de ser una modalidad crónica del trastorno puesto que es la existencia misma, el *Dasein*, lo que se encuentra perturbado en sus proyectos y sus valores. A este grupo pertenecen todas las enfermedades crónicas que, de la demencia a las neurosis, pasando por las esquizofrenias y los delirios paranoicos, “alien” el yo. Aquí, todo sucede como si, sin que el campo de la conciencia sea, aparentemente al menos, trastornado, sin que el ser consciente de sí haya perdido, con su unidad, el sentido mismo de su trayectoria existencial.

Así, los estudios clínicos, por lo menos los que pueden realizarse basándose sobre los más sólidos trabajos de nuestros predecesores, nos hacen evidente la estructura bipolar del ser psíquico, o más exactamente, del ser consciente.

El ser consciente, o más bien el devenir consciente, se nos hace presente, entonces, con su organización dinámica propia, gracias al orden introducido en la clasificación de las enfermedades mentales. Mi libro sobre *La Conciencia* expone esta estructuración. El campo de la conciencia alterado en las enfermedades mentales del primer grupo es la organización de la experiencia actual; mientras que la conciencia de sí es el sistema axiológico de valores que se construye para formar el yo como ser razonable, según la famosa frase de Freud “Wo Es war soll ich werden” (A donde estaba el ello debo devenir yo). Es en la *convergencia* de los puntos de vista clínicos, fenomenológicos y psicoanalíticos, en donde esta estructuración del ser psíquico se manifiesta. No puedo detenerme a exponer aquí esta organización fundamental del ser psíquico que, como ser consciente, contiene lo inconsciente (en los dos sentidos franceses de la palabra *contener*, es decir, *encerrar* y *deprimir*). Digamos sim-



plemente que la desorganización de esta organización implica necesariamente las dos categorías de enfermedades mentales que acabo de exponer.

Eso no quiere decir, naturalmente, que estas dos subformas de enfermedades mentales estén radicalmente separadas, lo cual sería contrario, no solamente al espíritu lógico de la clasificación, sino a los hechos mismos. Si en la primera categoría los trastornos del campo de la conciencia son la figura cuyo fondo lo constituye la personalidad relativamente intacta, en la segunda, las malas conformaciones o deformaciones del Yo constituyen la figura cuyo fondo es el campo de la conciencia más o menos alterado.

No se asombren demasiado de esta clasificación binaria y del sentido que yo le doy. Parece corresponder, al menos en lo esencial, a la distinción clásica entre *psicosis agudas sintomáticas* con trastornos de la conciencia y *enfermedades mentales endógenas* que alteran radicalmente la razón, correspondiendo al concepto de alienación, más o menos global, al concepto del Yo psíquico, es decir, a estas formas de enfermedades mentales que engloban las demencias (en donde no hay alguien), a las neurosis (en donde hay alguien incierto de su propia identidad) pasando por las esquizofrenias (en donde el Yo se convierte en otro). Si la oposición entre lo exógeno y lo endógeno, o entre agudo y crónico, es mera conjetura, por el contrario la fisonomía clínica tan destacada de estos dos grupos de enfermedades mentales aparece mejor establecida sobre las bases que yo acabo de exponer.

Tal es, a mis ojos, la perspectiva natural de clasificación de las especies de la "locura", y yo entiendo por esta palabra pasada de moda la *generalidad* de las enfermedades mentales, desde los estados confuso-oníricos hasta las crisis depresivas o maníacas, desde las demencias hasta, incluso, las neurosis. Esta clasificación está basada en un estudio clínico y estructural de las enfermedades mentales. La hipótesis, a la que conduce, sobre la organización del ser psíquico, es a su vez verificada por la coherencia misma de esta nosografía. Una tal clasificación de las especies en el interior del género está completamente de acuerdo con lo que hemos establecido al principio de esta conferencia: una clasificación debe encontrar en el *orden lógico* un orden natural. El orden natural al cual se refiere la psiquiatría es la estructura del ser consciente.

#### IV. ESBOZO DE UNA "HISTORIA NATURAL DE LA LOCURA"

Las ciencias de la naturaleza se fundan en el principio de una causalidad determinista. Lo mismo resulta para las ciencias biológicas pese a las reservas que se imponen cuando se trata de un organismo irreductible a un determinismo total. Por lo que respecta a las "ciencias humanas", los principios de indeterminación y de finalidad tienen una importancia tal que las opone relativamente a las ciencias de la naturaleza. ¿Cómo podemos considerar la causalidad de las enfermedades mentales? ¿Es la psiquiatría una ciencia de la naturaleza o una ciencia humana? Y en consecuencia, ¿qué relaciones podemos entrever entre la causalidad física (de la cual puede el cuerpo ser la sede)

y la causalidad psíquica o moral (de la cual la finalidad de los motivos y de las intenciones constituyen los proyectos del *Dasein* del hombre en su mundo)? ¿Inmanencia o trascendencia, organogénesis o psicogénesis? ¿Conocemos todos estos terribles problemas! Los hemos apartado sistemáticamente de una clasificación rigurosa que no puede depender ni de estas incertidumbres ni de la heterogeneidad que introduce la diversidad de las causas. Pero es preciso que ahora —habiendo excluido esta problemática de la definición y de la clasificación de las enfermedades mentales— nos la encontremos fuera de la clasificación, como un aspecto complementario y necesario de la patología mental. Vamos a ver que, estando basada la clasificación de las especies morbosas sobre los desórdenes de la estructura misma del ser psíquico, debemos necesariamente considerar estos desórdenes como un *efecto* de los trastornos *somáticos* sobre la *psique* (el peso de la *naturaleza* del hombre sobre su *existencia*). Veremos los dos aspectos de esta concepción órgano-dinamista.

A) *Organogénesis de las enfermedades mentales*. La organización es la naturaleza misma de los seres vivos, es decir, su cuerpo y su organismo. ¿Cómo podemos entonces hablar de la organización del ser psíquico que sobrepasa manifiestamente el nivel de las funciones vitales? ¿Cómo y por qué? Para responder a esta pregunta es preciso, y es suficiente, considerar que el cerebro del hombre es a la vez un órgano de su cuerpo y la condición misma de su libertad en sus relaciones con su mundo. Tan cierto es ello, que el sistema nervioso no es un sistema rigurosamente cerrado sobre el arco reflejo, sino abierto a una combinación de infinitas posibilidades de relación. No sabría aquí explicarme sobre este punto fundamental sin verme obligado a dar otra o varias conferencias. Me contentaré, pues, con decir que la organización misma del cerebro es tal, que ella añade al organismo el orden del pensamiento que es la estructura misma del ser psíquico, es decir, el orden mismo de su propia temporalidad y de su propia libertad. El ser consciente implica efectivamente la capacidad cerebral para organizar las experiencias actuales y para mantener la permanencia histórica de un sistema personal.

Todos nuestros conocimientos de neurofisiología, del córtex cerebral en sus relaciones con el cerebro medio, todos nuestros análisis de la estructura del ser consciente, extraídos del profundizar y de la clasificación de las estructuras psico-patológicas, es decir, de las enfermedades mentales, todo eso los hace parecer un cuerpo de fenómenos que nos obligan, por su cohesión misma, a comprender la articulación del ser psíquico del hombre, las dos coordenadas de su ser consciente. Esta articulación es la que ensambla la estructuración "del campo de la conciencia", es decir, la actualidad de lo vivido, con el sistema *trans-actual del Yo*, o, dicho de otra forma, los "acontecimientos cerebrales" regulan en el hombre la posibilidad de expulsar del campo de la conciencia lo imaginario de su vivido (alejándolo del sueño), y de construir un plan de existencia, es decir, el sistema axiológico de la persona (al construir el Yo frente al Otro). Basta, por otra parte, con formular así el sentido de las funciones del cerebro (función de adaptación a la realidad presente y función de construcción de la realidad en su relación al Yo), para ver el sistema nervioso central de la organización misma del espacio y del tiempo que com-



ponen la vida psíquica propia de cada uno, es decir, la dotan de las infraestructuras necesarias para la estructuración de su conciencia y de su existencia como persona; pero, como luego repetiré, estamos lejos de las concepciones materialistas y mecanicistas del cerebro que en el siglo XIX hacían de él solamente un lugar de *asociación*, correspondiendo a una psicología *asociacionista*.

Si el cerebro, al desarrollarse, constituye al sustrato del ser consciente en sus relaciones con el inconsciente, si la persona no se construye más que por el orden introducido por la estructuración del campo de la conciencia y por un sistema de informaciones y de valores que asignan un lugar al Yo y a sus acciones, es claro que este dinamismo evolutivo vulnerable, es decir, el edificio de las formas arquitectónicas de esta organización, puede deshacerse, descomponerse. A esta descomposición del ser psíquico corresponde, repítámoslo, el género de las “enfermedades mentales”. Así, resulta bien claro que la enfermedad mental está, por así decir, implícita en la organización del ser psíquico. El ser consciente contiene lo inconsciente; la vigilia contiene el sueño; el Yo contiene su alienación; la salud mental contiene la psicopatía. Todas estas formas expresan este hecho primordial; por su organización, el ser psíquico contiene la enfermedad mental, o para decirlo de otro modo, la enfermedad mental está latente en todo hombre.

Pero esta ontología del ser psíquico que implica en su ontogénesis la posibilidad misma de desintegrarse nos permite todavía alcanzar otra verdad. Si, en efecto, la enfermedad mental es una desestructuración de la estructuración del ser psíquico, es claro que toda enfermedad mental es esencialmente una forma de *desorganización*, es decir, tiene una estructura esencialmente *negativa*, y es aquí donde debe ser subrayada la inspiración neo-jacksoniana de mi concepción de las enfermedades mentales. Éstas, como lo quería H. Jackson, representando un aspecto regresivo de la evolución, comportan necesariamente una negatividad. Y es precisamente a esta negatividad a la que, en la concepción *organodinamista* que a mis ojos constituye la historia natural de la locura, corresponde la causalidad somática u orgánica del proceso generador de *todas* las enfermedades mentales. No se trata de decir, en efecto: ciertas enfermedades mentales son orgánicas y otras son psicógenas; hay en ello un punto de vista ecléctico que es superficial y que no corresponde a la estructura íntima, a la naturaleza misma, de la enfermedad mental. La *órgano-génesis* de las enfermedades mentales depende de la ontología misma del ser psíquico cuya desorganización ella representa. De ahí la justificación e incluso la necesidad de buscar causas somáticas de las enfermedades mentales, de integrar radicalmente la patología mental en la patología orgánica y especialmente en la patología nerviosa o neurometabólica. Después de haber expulsado de la clasificación de las enfermedades mentales toda idea de causalidad, pero después de haber mostrado que la causa de la desorganización del ser psíquico no podía ser sino un trastorno del organismo, jamás diré con demasiado énfasis que los estudios etiopatogénicos somáticos son, no solamente de valor, sino necesarios.

B) *Estructura dinámica de las enfermedades mentales*. Entendámonos. Decir que una enfermedad mental depende de tal o cual factor etiológico orgá-

nico no equivale a definir esta enfermedad mental por su factor etiológico. El cuadro clínico de la parálisis general no se define en una clasificación de las enfermedades mentales por la meningoencefalitis, se define por la “demencia expansiva”. El que no viera claramente esta “realidad sindrómica” de la enfermedad mental caería en el error de creer, en efecto, que toda demencia expansiva es una meningoencefalitis, lo cual no es desde luego el caso. O dicho de otro modo, la tipicidad del cuadro clínico (e incluso la de los signos llamados “patognómicos” que no lo son jamás por completo en sí mismos ni en su agrupación) no depende de la especificidad del proceso etiológico y eso es tan cierto que es imposible imaginar que el día que se conocieran todas las causas de las enfermedades mentales, éstas desaparecerían para no llamarse más que trombosis de tal arteria, encefalitis de tal naturaleza o afección dismetabólica de tal género. Esta separación entre la enfermedad mental y su etiología se manifiesta incluso allí donde los lazos de la afección y de su determinismo causal resultan aparentes, de la forma más simple y absoluta, es decir, en los estudios genéticos. Recordemos las conclusiones a las cuales, por ejemplo, ha llegado Luxemburger después de largas y minuciosas investigaciones en el Instituto de Munich: lo que hay de genotípico —ha escrito— en la esquizofrenia, parece ser un proceso somático específico. Dicho de otro modo, lo que sería específico en la esquizofrenia no sería la esquizofrenia, sino un factor somático acerca del cual convendría preguntarse, cuando se le conozca, si no es capaz de producir más cuadros clínicos que el de la esquizofrenia; de la misma manera que nosotros sabemos bien cómo la sífilis nerviosa puede producir otras enfermedades mentales además de la “demencia”. Todo eso parece bastante claro para que nosotros podamos decir que la enfermedad mental no depende directamente (no puede depender), más que en segundo grado (y no específicamente), de tal o cual proceso etiológico. Podemos expresar esto de otra manera diciendo que entre el proceso orgánico generador y la enfermedad mental hay un intervalo. Es lo que yo he propuesto llamar el *hiato orgánico-clínico* que separa la causa orgánica de su efecto psico-patológico. Este hiato, ya muy sensible en la fenomenología misma de las crisis de desestructuración de la conciencia (bien se trate de un estado crepuscular epiléptico, o de un estado onírico, o de una crisis maniaca), es todavía más perceptible cuando se trata de la enfermedad de la personalidad en la que el Yo no puede ser alterado o alienado más que como efecto muy indirecto del proceso somático generador.

Como se ve, si parece imposible dividir el “género” enfermedad mental en dos categorías etiológicas, unas orgánicas y otras psíquicas, si por el contrario todas las enfermedades mentales parecen ser organógenas (es decir, desorganizaciones del ser psíquico provocadas más o menos directamente por perturbaciones adquiridas o congénitas de su sustrato orgánico), parece también evidente que las causalidades *orgánicas* y *psíquicas* son complementarias en cada cuadro clínico particular. Decir, en efecto, que las enfermedades mentales dependen esencialmente de procesos orgánicos, o sea, acentuar su carácter patológico, deficitario, regresivo y, más generalmente, *negativo*, es también admitir *necesariamente* que un enfermo mental en sus manifestaciones clínicas, en la



realidad fenomenológica de su vivido y de su existencia patológica, pone en juego la creación positiva de síntomas. Ni una melancolía ni tampoco una psicosis esquizofrénica o una neurosis son reductibles a un déficit —a su sintomatología primaria. ¿No ha dicho Bleuler, a propósito de las esquizofrenias, muy justamente que toda o casi toda la sintomatología de las esquizofrenias era secundaria? El *sentido* de los síntomas y más generalmente de la existencia patológica no puede escapar a la intencionalidad profunda de las fuerzas psíquicas “subsistentes”, como decía Jackson. Son ellas las que entran, sea a título de expresión directa, sea como manifestaciones simbólicas, en el cuadro clínico de las diversas enfermedades mentales.

Y es que la historia natural de la locura no puede reducir al hombre enfermo mental a no ser más que el objeto de una ciencia puramente natural aunque fuese la Biología o la Neurobiología. Si la locura (yo empleo todavía, por última vez, esta palabra en su sentido muy general, abarcando todo el campo de la Psiquiatría y comprendiendo en él el de las neurosis) depende en último análisis del trastorno de la organización física que hace del hombre un ser alterado o alienado en su humanidad, el ser humano psíquicamente enfermo es y sigue siendo un hombre a *cuyo encuentro* debe el psiquiatra entregarse. La Psicoterapia es una dimensión fundamental de relación con la enfermedad mental porque sólo ella puede añadir al enfermo lo que le falta de conocimiento y de dominio de sí. La Psiquiatría es a este respecto —como yo lo he dicho y repetido con tanta frecuencia— la Patología de la libertad, la cual exige del médico que desencadene al hombre como enfermo mental.

No puede, en absoluto, tratarse de reducir el comportamiento humano en general, las instituciones humanas, la psicología humana a ser objetos de las ciencias de la naturaleza.

La Psiquiatría, por el contrario, no puede ser considerada —como lo son la Psicología y la Sociología— como una ciencia puramente humana sin que, a la vez, se le destruya su propio objeto, de enfermedad mental. Ésta, al ser un efecto de la desorganización del ser, al ser esencialmente orgánica, es también objeto de una “ciencia” natural, la de la locura. Porque si el hombre normal, en su libertad, no puede ser objeto más que de una ciencia del espíritu, el hombre que cae en la locura —sea cuales sean sus formas y sus grados— llega a ser el objeto de una ciencia de la naturaleza, en la misma medida en que *él* ha recaído en la naturaleza, es decir, en su cuerpo.

## LIBROS Y REVISTAS

Solomon, Philip, *et al.* (eds.), *Sensory Deprivation*. Harvard University Press, Cambridge, 1961.

Los estudios que forman este libro fueron presentados en un simposio sobre privación sensorial celebrado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, en 1958. Los resultados de los diversos experimentos y observaciones presentados en esta reunión indican que la privación sensorial causa una interferencia en el pensamiento orientado hacia la realidad. Los efectos de tal privación pueden verse en una actuación significativamente más pobre de los sujetos en varias tareas cognitivas así como en las que suponen destreza motora y perceptiva; en una mayor susceptibilidad a la sugestión; en cambios significativos en la conducta de una naturaleza por lo general regresiva y en ciertos cambios fisiológicos que son paralelos de los psicológicos. Los estudios hechos en animales privados de la percepción sensorial a partir del nacimiento y que persisten en esta situación durante varios meses han revelado efectos de larga duración, independientemente de posteriores experiencias correctivas. Tales revelaciones apoyan algunos de los principales hallazgos de las observaciones de Spitz en niños institucionalizados. En esta publicación se pasa revista a algunos de los diversos estudios. Los capítulos introductorio y final del libro no se resumen debido a que son de naturaleza más general. Debe tenerse presente que la metodología experimental, en la mayor parte de estos estudios, fue de alta

categoría y que por lo general se utilizó algún tipo de grupo de control.

“Cognitive and Physiological Effects of Perceptual Isolation”, por W. Heron (pp. 6-33). Se utilizaron como sujetos a estudiantes varones universitarios. Se le pidió a cada uno de ellos que permaneciera en el experimento el mayor tiempo posible. Este lapso usualmente fue de dos a tres días. Se ponía al sujeto en una cama, dentro de un cubículo con luz, privado a medias de todo ruido, y siempre bajo la observación del autor del experimento. El sujeto llevaba lentes traslúcidas que dejaban pasar la luz difusa, pero que no permitían percibir figuras. También llevaba guantes de algodón y puños de cartón para limitar la sensación táctil. Las paredes del cubículo en donde estaba el sujeto, así como el ruido de un acondicionador de aire limitaron la percepción auditiva. Las comidas se tomaban de una charola que estaba junto a la cama, y en una habitación adyacente había un excusado. Se le dijo al sujeto que estaría presente un experimentador y que podía pedirle todo lo que necesitara. Se le dio a cada sujeto una batería de pruebas en diversos momentos anteriores al aislamiento, durante el aislamiento y después de él. También se tomaron medidas fisiológicas. Se obtuvo una medición de la susceptibilidad a la propaganda como resultado de la experiencia. Si el sujeto lo deseaba, se le ponían discos con música durante el periodo de aislamiento. Con anterioridad al aislamiento, y también después de él, se tomaron medidas de la actitud del sujeto con respecto a temas particula-