

# ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS

LECCIONES CLÍNICAS SOBRE LAS  
ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

(Selección)

Jules SÉGLAS

La Biblioteca de los  
ALIENISTAS DEL PISUERGA

Jules SÉGLAS  
ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS

Lecciones clínicas sobre las enfermedades  
mentales y nerviosas  
(selección)

Traducciones de:  
Ramón Esteban Arnáiz  
Sara Vega González  
Susana González Herrera

Edición de  
Alienistas del Pisuerga

Madrid  
2012

*Título original:* Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (1895)

*Traducciones:*

Prefacio y Lecciones 1ª, 2ª, 14ª y 16ª, traducidos por Ramón Esteban Arnáiz

Lección 17ª, traducida por Sara Vega González

Lecciones 18ª, 19ª, 14ª y 25ª, traducidas por Susana González Herrera.

Revisión técnica: Ramón Esteban Arnáiz

*Presentación, edición y notas:* Alienistas del Pisuerga

(José María Álvarez, Fernando Colina y Ramón Esteban)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2012 Ergon

C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-8473-982-1

Depósito Legal: M-47538-2011

Presentación de *Alucinados y perseguidos. Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas (selección) de Jules Séglas* . . . . . IX

## ÍNDICE GENERAL

Prefacio del autor . . . . .	1
Primera lección.— LAS ALUCINACIONES . . . . .	3
Segunda lección.— COEXISTENCIAS, ASOCIACIONES Y COMBINACIONES ALUCINATORIAS . . . . .	25
Decimocuarta lección.— PARANOIA AGUDA Y CONFUSIÓN MENTAL PRIMARIA. LAS IDEAS DE AUTOACUSACIÓN EN LA PARANOIA AGUDA . . . . .	43
Decimosexta lección.— EL DELIRIO (IDEAS DELIRANTES) DE PERSECUCIÓN EN LA LOCURA SISTEMÁTICA (PARANOIA) PRIMARIA . . . . .	97
Decimoséptima lección.— LOS PERSEGUIDOS AUTOACUSADORES. . .	121
Decimoctava lección.— LAS ALUCINACIONES Y EL DESDOBLAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN LA LOCURA SISTEMATIZADA. LOS PERSEGUIDOS POSESOS . . . . .	145
Decimonovena lección.— LAS ALUCINACIONES Y EL DESDOBLAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN LA LOCURA SISTEMATIZADA. LOS PERSEGUIDOS POSESOS (CONTINUACIÓN) . . . . .	173
Vigesimoquinta lección.— LAS IDEAS DELIRANTES DE DEFENSA . . . . .	207

## PRESENTACIÓN

### *Alucinados y Perseguidos* Una selección de las *Lecciones clínicas* de Jules Séglas



#### **I.— JULES SÉGLAS (1856-1939), EL MAESTRO DEL LENGUAJE SENCILLO**

Si en algo concuerdan los acercamientos biográficos a la figura de Jules Séglas es en señalar dos características en él inseparables pero no exentas de cierta colisión: su faceta de excelente clínico, a veces oculta por su modestia no menos legendaria. «El clínico más fino sin duda que haya producido la Escuela Francesa»<sup>1</sup>, cuyas lecciones psicopatológicas influyeron en toda su generación, «el genial presentador de casos de La Salpêtrière»<sup>2</sup>, nunca tuvo el reconocimiento académico a que sus

---

1. Paul BERCHERIE, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, traducción de Carlos A. de Santos, Manantial, Buenos aires, 1986, p.117. (Original: *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, París, Navarin, 1980).

2. BARUK H., *La Psychiatrie française de Pinel à nos jours*, París, Presses Universitaires de France, 1967.

méritos le daban pleno derecho<sup>3</sup>, pero seguramente tampoco se empeñó en ello, pues su personalidad bondadosa y alejada de las intrigas académicas de pasillo prefirió mantenerse al margen de las polémicas, aunque no por eso dejó de ser *chef de file* intelectual del «Grupo de La Salpêtrière».

Este grupo no organizado, que habrían formado idealmente Cotard, Arnaud, Régis, Anglade, Ball, Gilbert Ballet, el propio Ségla y otros, ha sido así bautizado por Bercherie porque sus miembros, en un momento u otro, pasaron por La Salpêtrière, donde sufrieron la influencia de Charcot, de Magnan, jefe de Admisión, y de Jules Falret, médico jefe del Pabellón de Alienados, del cual se manifestaron más bien seguidores. Próximos a la Clínica de las Enfermedades Mentales, cuya cátedra ocuparán sucesivamente Ball, Joffroy y Gilbert Ballet, mantuvieron una cierta distancia en relación a Magnan; en efecto, una notoria hostilidad opone a la Admisión, que dirige éste, y la Clínica, con sus enseñanzas rivales<sup>4</sup>. El grupo fue haciendo una revisión crítica de las ideas de Magnan a la luz de las objeciones de Jules Falret. Finalmente, casi todos colaboraron en el monumental *Tratado de patología mental* publicado en 1903 bajo la dirección de Gilbert Ballet, que manifestaba bien sus posiciones generales, sutilmente diferentes de aquellas de Magnan y alimentadas por trabajos alemanes, habiendo importado antes nociones como la paranoia o la demencia precoz. Más tarde, Henri Claude, catedrático en la entreguerra, introducirá en Francia a Bleuler y a Kretschmer, en contra de los criterios más nacionalistas de Clérambault.

Todas las líneas de estudio abiertas por el grupo son retomadas en un momento u otro por su más brillante representante, Jules Ségla, que les hace alcanzar su elaboración óptima. Como señalan Haustgen y Bourgeois<sup>5</sup>, a partir de 1892 Ségla publicó una serie de obras magistrales, destinadas a establecer de forma perdurable en Francia los cuadros de la clínica psiquiátrica. A los *Trastornos del lenguaje en los alienados* sucedieron tres años más tarde las *Lecciones clínicas*

3. BARBÉ, A., «Ségla», *L'Éncephale*, 1950, pp. 335-345. Quizá esta modestia hace que sea casi imposible encontrar imágenes suyas. Sólo hemos hallado ésta, en una web lacaniana [en japonés!]: <http://cdn-ak.f.st-hatena.com/images/fotolife/M/lacanian/20101012/20101012150822.jpg>

4. Según BERCHERIE, la enemistad se origina por la decepción de MAGNAN, quien también se postuló para ocupar la primera cátedra de las enfermedades mentales aunque se vio superado por BALL, menos brillante pero cuyos trabajos médicos le acreditaban como poseedor de una formación no exclusivamente psiquiátrica. Luego, la descendencia de Charcot ocupará, por las mismas razones, el puesto; Cfr. Paul BERCHERIE, *Los fundamentos de la clínica*, op. cit., p.117. Se ve cómo los inicios de la Psiquiatría como nueva especialidad no estuvieron exentos de roces con la Medicina Interna, de la cual se desgajaba, con el telón de fondo de las habituales luchas por el poder.

5. T. HAUSTGEN y M. L. BOURGEOIS, «Le Dr. Jules Ségla (1856-1939), président de la Société Médico-Psychologique, sa vie et son oeuvre», *Annales médico-psychologiques*, 2002, vol. 160, n° 10, pp. 701-712.

sobre las enfermedades mentales y nerviosas. Sólo dos años después apareció la famosa monografía sobre *El delirio de negación*. El colofón de toda esta obra fue su capítulo «Semiología de las afecciones mentales» en el *Tratado* de Gilbert Ballet, de 1903<sup>6</sup>. A esas monografías hay que sumar un número impresionante de artículos (se ha estimado que totalizan ciento treinta), tocando los más diversos terrenos de la clínica.

En 1886 había opositado para una plaza de médico adjunto del Servicio de Alienados de los Hospitales de la asistencia Pública de París<sup>7</sup> (Bicêtre para hombres y La Salpêtrière para mujeres), independiente del Cuerpo de Médicos de los Asilos del Sena pero oficialmente sin funciones docentes, institución prestigiada antes de Séglas por haber pertenecido a ella Pinel, Esquirol, los Falret, Baillarger, Delasiauve y muchos otros<sup>8</sup>. Inicialmente médico adjunto de J. Falret en La Salpêtrière hasta 1898, dictó allí sus famosas lecciones clínicas entre 1887 y 1894, enseñanza impartida voluntariamente y sin reconocimiento ni apoyo oficial, lo que no le impidió convocar a un público numeroso. No vaciló en ellas en oponerse a algunas ideas de su jefe (por ejemplo, la posible coexistencia de obsesiones y alucinaciones), quien quizá no se sintió ofendido porque, como dice Lagniel-Lavastine, Séglas podía ser «mordiente con las ideas, pero siempre era benévolo con sus autores»<sup>9</sup>. Después ocupó plaza de jefe de servicio en Bicêtre de 1898 a 1909. En ese periodo colaboró en el *Tratado* de Gilbert Ballet de 1903, empezando así a tener un cierto reconocimiento oficial. Volvió como médico-jefe a La Salpêtrière, al *Quartier des aliénés*, es decir, el pabellón de crónicos, plaza que mantuvo hasta retirarse el 1 de enero de 1922, a la edad de 65 años. Su modestia habitual le llevó a pedir que cuando muriese no se sobrecargase a la prensa con necrológicas «sobre su magra personalidad». Así fue: la prensa se hallaba desde el 3 de septiembre centrada en la guerra provocada por Alemania que involucraba a Gran Bretaña y Francia, y el fallecimiento del antaño famoso alienista pasó prácticamente desapercibido. Sus restos reposan en el Cementerio Père-Lachaise de París<sup>10</sup>.

6. Respectivamente: *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892; *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894). Recueillées et publiées par le Dr. Henry Meigne*, París, Asselin y Houzeau, 1895; *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic*, París, Masson, 1897; «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLET, *Traité de Pathologie mentale*, París, Doin, 1903, pp. 74-270.

7. Ver: «Variétés» [«Noticias varias»], *Annales médico-psychologiques*, 1886, n° 44, pp. 171.

8. Sobre el cuerpo de Alienistas de los Hospitales de París, ver: PICHOT, P., *Un siglo de psiquiatría*, París, Roger Dacosta, 1983, p. 111, nota 13 (edición en castellano).

9. Cfr. M. LAIGNEL-LAVASTINE, «Jules Séglas», *La Presse Médicale*, 1940, 13-14, pp. 173-174.

10. Un resumen biográfico de Séglas puede leerse en: J. M<sup>a</sup> ÁLVAREZ, F. COLINA, R. ESTEBAN, «Presentación a *Delirios melancólicos: negación y enormidad (Cotard y Séglas)*», Madrid, Ergon, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuega, 2008, pp. XIV-XVII.

Su humildad personal parece haber sido directamente proporcional al aprecio que sus discípulos sentían por él, a juzgar por los elogios que han dejado por escrito. Su enseñanza, basada en el trato muy directo con sus seguidores y ayudantes, en la presentación de casos y en el estudio de las *observations*, de los historiales clínicos, estaba también sustentada por una gran sagacidad para lo que entonces se llamaba «el análisis psicológico», es decir, la contextualización de los síntomas dentro de la estructura de la psicología patológica de cada individuo, para ponerla a su vez en relación con las estructuras diagnósticas bien delimitadas. Poco amigo de grandes teorías, pragmático y apegado a la clínica, avanzaba ya un pensamiento estructuralista al repetir que para diagnosticar no bastaba hacer un listado de síntomas, sino ver además cómo habían ido surgiendo, cómo se relacionaban entre sí y cómo los refería el sujeto.

Séglas tenía una tercera cualidad, refiere Lereboullet, la de «escribir siempre en un lenguaje claro, accesible a todo el mundo; jamás se le pudo reprochar ser hermético en la expresión de su pensamiento, reproche que tanto suele ser dirigido a otros psiquiatras»<sup>11</sup>. Sus *Lecciones clínicas* transcurren en un tono coloquial que las hace amenas de leer, y pronto deja de chocar la costumbre francesa de nombrar a los pacientes por sus síntomas («un alucinado», «un perseguido»), pues nos damos cuenta de que así es como el sujeto se nos presenta en realidad cuando nos relata su malestar, y a partir de esa especie de autodenominación debemos llegar a contextualizar a qué estructura diagnóstica —o mejor, estadístico-clínica, como decía Lantéri-Laura— pertenece y qué posición terapéutica debemos adoptar. En la época de Séglas las posibilidades terapéuticas eran escasas, pero el diagnóstico y el pronóstico estaban ligados a la posibilidad de que el individuo se viese *emplacé*, es decir, ingresado forzosamente en alguno de los establecimientos *ad hoc*, por lo que son muy enjundiosas, por ejemplo, alguna de sus reflexiones acerca de la mayor o menor peligrosidad potencial de los «perseguidos» según hayan elaborado más o menos el delirio, sobre todo en lo referente a la identificación de sus perseguidores. Reflexiones que ponen además de manifiesto que cada acto de la clínica es también un acto que atañe a la ética profesional.

Adepto a una psiquiatría a la vez empírica y social, pero abierto a las otras disciplinas médicas del momento, crítico con las teorías hegemónicas pero partidario

---

11. LEREBOULLET, L., «Allocution à propos de la mort de M. [Jules] Séglas», *Bulletin de la Société médicale des Hospitiaux de Paris. Séance du 8/12/1939*, 1939, pp. 1365-1366.



de incorporar a estos saberes los de la psicología<sup>12</sup>, Séglas marcaba distancia con ciertas veleidades habituales a la psiquiatría universitaria. Algunas frases recogidas por su discípulo Barbé le retratan: «Quizá el psiquiatra deba ser el menos especialista de los médicos [...] Para comprender a los alienados, hay que vivir entre ellos [...] He aquí un enfermo al que Esquirol habría denominado de tal manera, Falret de esta otra, y Magnan y Krafft-Ebing y Kraepelin y Bleuler de estas otras más aún [...] y sin embargo el enfermo sería siempre el mismo»<sup>13</sup>.

Enemigo de los términos rimbombantes —«Gobiernan a la gente a base de palabras»<sup>14</sup>—, sus construcciones psicopatológicas, basadas en la primacía de la observación clínica, mantienen aún la frescura de lo verdadero, y nos recuerdan más de un siglo después que, dejando al margen jerarquizaciones académicas, la función docente que todo clínico tiene el deber moral de cumplir con sus colegas más jóvenes es ayudarles a transformar la mera opinión en conocimiento.

## II.— ALUCINADOS Y PERSEGUIDOS

A Séglas le hicieron grande la sencillez de sus exposiciones y la finura de sus análisis, como acaba de decirse. Otra virtud debe aún añadirse si se quiere comprender la orientación que imprimió a sus investigaciones: siempre permaneció en segunda fila respecto a las grandes figuras de la psiquiatría de su tiempo; nunca consiguió relevantes puestos académicos ni jefaturas clínicas. Pero a cierta distancia de los focos, el diezmo al que obligan los maestros se abarata o anula. Sólo desde esta perspectiva puede entenderse la libertad con la que Séglas eligió los temas, la forma de tratarlos y los referentes teóricos que guiaron sus pesquisas. Como veremos, todos estos aspectos se ponen de relieve en sus estudios sobre la paranoia y las alucinaciones.

Sea cual sea el ámbito tratado, su obra es el testimonio directo del gusto por una forma sutil de observación, indagación y análisis de las manifestaciones clínicas, un quehacer limitado a lo descriptivo y semiológico. Las características que acaban de apuntarse hicieron de Séglas un referente insustituible entre sus colegas y muchos alumnos, una autoridad para las siguientes generaciones de psiquiatras que, como Clérambault, Ey o Lacan, siguieron viendo en sus descripciones la clínica de la observación en su estado más puro. Este punto de vista se resume en las siguientes palabras, en este caso a propósito de los perseguidos: «Voy a intentar solamente mostrar a ustedes cómo se puede hacer el análisis de estas

12. HAUSTGEN, T.; BOURGEOIS, M. L., op. cit.

13. BARBÉ, A., op. cit.; ver también la «Introduction» a su *Précis de Psychiatrie*, París, Doin, 1950.

14. BARBÉ, A., Ídem.

ideas de persecución; espero proporcionarles también puntos de referencia para establecer las preguntas de la entrevista clínica con estos alienados, a menudo muy difícil, y así, una vez obtenidos los datos que puedan ser útiles para el diagnóstico y el pronóstico, enseñarles a sacar de ellos las respuestas que revelan la presencia de ciertos síntomas, así como lo que permite pronosticar acerca de la duración posible y el porvenir de la afección»<sup>15</sup>.

Debido al interés suscitado y a la insistencia manifestada por los alumnos y asistentes, publicó en 1895 sus *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Los temas en ellas explorados abarcan muy distintos ámbitos psicopatológicos, siendo especialmente meritorias las lecciones dedicadas a las alucinaciones, la obsesión, la melancolía, la paranoia y los delirios de negación. Es de destacar, como el propio Séglas advierte en el prefacio, que estas lecciones clínicas no pretenden una revisión crítica del problema tratado bajo la forma de un breve ensayo; son, por el contrario, una demostración que procura mantenerse en el estricto marco derivado del «punto de vista de la observación clínica»<sup>16</sup>.

En los tiempos de Séglas, la paranoia atraía con fuerza la atención de los investigadores. No hay autor de importancia que no se ocupara de ella. Puede afirmarse, sin pecar de exageración, que la psicopatología decimonónica gira alrededor de la paranoia. Entorno a ella se polarizan los debates que delinear la transformación de la locura tradicional en las enfermedades mentales<sup>17</sup>. Contra ella y contra la melancolía, es decir, la locura parcial, la orientación científicista de la psiquiatría acometió sus principales ataques. De resultas de ello, después de más de medio siglo, la paranoia y la melancolía quedaron apenas reducidas a un breve capítulo de la historia de la clínica mental.

En medio de este movimiento de consolidación del discurso psiquiátrico y de afirmación de la ideología de las enfermedades mentales, Séglas participó con las herramientas que le aportaba la semiología clínica y se mostró muy cauto a la hora de las explicaciones teóricas. Pero si algo llama la atención de sus estudios sobre la paranoia es el enfoque y la orientación que les dio, directamente inspirados en la clínica alemana y al mismo tiempo críticos con algunos de sus compatriotas, en especial con Magnan. La familiaridad con la literatura germana le lleva a plantearse las mismas cuestiones que discuten los clínicos más allá del Rin, las

15. SÉGLAS, J.: *Leçons cliniques*, op. cit., p. 498.

16. Cfr. J. SÉGLAS, *Leçons cliniques*, op. cit. El volumen, de 835 páginas, recoge las veintiocho lecciones dictadas por Séglas entre 1887 y 1894.

17. Aquí seguimos los desarrollos propuestos por J. M<sup>a</sup>. ÁLVAREZ en: *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008; y en «¿Qué fue de la paranoia? Sobre la permanente objeción de la paranoia al discurso psiquiátrico de las enfermedades mentales», *Estudios sobre la psicosis*, Buenos Aires, Grama, 2008, pp. 201-275.

clásicas cuatro preguntas que polarizaron numerosos y acalorados debates: en primer lugar, los relativos a la causalidad (organogénesis *versus* psicogénesis); en segundo lugar, los centrados en la legitimidad de las formas abortivas (benignas) de la paranoia; en tercer lugar, el permanente debate sobre si la paranoia es una forma de locura primaria o secundaria; por último, el referido a las alucinaciones y su compatibilidad con la paranoia (paranoia alucinatoria *versus* paranoia combinatoria).

En contraste con la situación actual, en los años que Séglas dictó las *Lecciones clínicas* el ámbito semántico de la paranoia constituía un verdadero galimatías. Durante décadas se usaron los términos *Paranoia*, *Verrücktheit* (locura) y *Wahnsinn* (delirio alucinatorio) a veces como sinónimos y otras con sentidos diferentes. Heinrich Schüle, médico del asilo de Illenau, fue uno de los que más insistió en precisar las diferencias: *Verrücktheit* (psicosis constitucional y sistemática) y *Wahnsinn* (delirios polimorfos); dicha oposición correspondía, *grosso modo*, a la separación efectuada por Mendel entre paranoia combinatoria (delirio crónico, sin debilitamiento intelectual, con predominio de manifestaciones seudorracionales) y paranoia alucinatoria (delirio alucinatorio, polimorfo y tendente al deterioro)<sup>18</sup>. Por el contrario, Carl Otto Westphal y otros parecían sentirse más cómodos en ese relativo desorden, con lo que ampliaban su extensión nosográfica y multiplicaban los tipos clínicos<sup>19</sup>. Fue tal la complicación terminológica que Chaslin, como evoca Séglas<sup>20</sup>, llegó a recoger hasta veintiocho denominaciones distintas en diferentes lenguas.

La situación no resultaba más clara en la clínica francesa. También su campo semántico es heterogéneo y por ello resulta difícil de acotar. El uso del término *paranoïa* es relativamente tardío y a su implantación contribuyó sobre todo Séglas, aunque muchos de sus colegas preferían seguir hablando de *délire* y *délires chroniques*. Todos los estudios franceses sobre esa materia de la patología remiten, de una u otra forma, al *délire de persécutions* de Lasègue. De esta descripción parten las posteriores revisiones de Magnan y la siguiente generación de alienistas, en especial las de Sérieux y Capgras, Ballet, Clérambault y Dupré<sup>21</sup>. Ante este panorama heterogéneo y mal delimitado, no es extraño que Séglas afirmara:

18. Cfr. H. SCHÜLE, *Klinische Psychiatrie: specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten* F.C.W. Vogel, 1886.

19. Cfr. C. F. O. WESTPHAL, «Ueber die Verrücktheit», *Zeitschrift für Psychiatrie*, 1878, Vol. 34. 2, pp. 252-257.

20. SÉGLAS, J.: *Leçons cliniques*, op. cit., p. 386.

21. Véase sobre el particular J. M<sup>a</sup>. ÁLVAREZ y F. COLINA (Dirs.), *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa, 1994.

«No existe probablemente en psiquiatría una palabra que tenga una acepción más amplia y peor definida [que la paranoia]»<sup>22</sup>.

En lo que atañe a la paranoia o *folie systématisée primitive*, Jules Séglas adoptó la posición tradicional de los autores alemanes pre-kraepelinianos. Por tanto, desaprobaba la transformación de la paranoia en la demencia paranoide<sup>23</sup>: «Kraepelin constriñe en exceso los límites de la paranoia, para encumbrar la demencia precoz con unas proporciones enormes»<sup>24</sup>. A diferencia de Kraepelin, por tanto, la paranoia incluye no sólo los delirios sistematizados sino también las formas agudas y las alucinatorias. Asimismo, al defender el alienista de La Salpêtrière que las formas agudas también debían situarse dentro del legítimo terreno de la paranoia, contradijo a Magnan y su escuela de Sainte-Anne, partidarios de considerar degenerados a los sujetos afectados de *bouffées* delirantes polimorfos.

Como se leerá en las lecciones traducidas a continuación, agrupó bajo la denominación de *paranoïa* o *folie systématisée primitive* al conjunto de los delirios sistematizados, fueran agudos o crónicos<sup>25</sup>, enraizados todos ellos en un sentimiento hipertrofiado de la personalidad (*autophilie*, término que tomó prestado de Ball). Se trata, por tanto, de «un estado psicopático funcional, caracterizado por una desviación particular de las funciones intelectuales superiores, que no implica ni una disminución profunda ni un desorden general, acompañándose casi siempre de ideas delirantes más o menos sistematizadas y permanentes con frecuentes alucinaciones. Este delirio, que no representa sino una fase, el punto culminante de la afección, es independiente de toda causa ocasional o de todo estado mórbido emocional anterior; tiene su origen en la intimidad del carácter individual, de la personalidad; es un delirio primitivo»<sup>26</sup>. Conforme a la definición propuesta, la paranoia agrupa según Séglas lo que los alemanes venían designando como *primäre Wahnsinn* y *primäre Verrücktheit*.

22. Cfr. J. SÉGLAS, «La paranoia: historique et critique», *Archives internationales de Neurologie*, 1887, t. XIII, pp. 62-76; 221-232; 393-406.

23. Lo que implicaba, en el fondo, la conversión de la locura parcial en una enfermedad del organismo.

24. SÉGLAS, J.: «La démence paranoïde», *Annales médico-psychologiques*, 1900, n° 12, pp. 232-246 (p. 232).

25. Al respecto de la paranoia aguda, escribió: «Son esos hechos los que nos parecen merecer la denominación de paranoia aguda, la cual no tiene nada de paradójico, desde el momento en que se afirma que *lo que tiene de agudo, de hecho, es el acceso de delirio paranoico*, en tanto que la constitución psíquica especial en la que se basa, y que es el elemento necesario e indispensable de la paranoia, le precede, la acompaña y persiste después, tan inmutable como en la paranoia crónica» (SÉGLAS, J.: «La démence paranoïde», op. cit., p. 240. (El subrayado es del autor).

26. SÉGLAS, J.: *Leçons cliniques*, op. cit., p. 384 (Lección XIV).

Desde su perspectiva semiológica, le resultaba evidente al alienista de La Salpêtrière que la paranoia no podía reducirse a los delirios de persecución, los cuales apenas serían un mero síndrome dentro de la locura sistemática primitiva. Clínico por excelencia, Ségla enseñó a sus alumnos a interrogar sobre los «elementos constitutivos» de los delirios de persecución, esto es, a situar con precisión los seis componentes principales: naturaleza de las persecuciones; fecha de inicio; denominación de los perseguidores; medios empleados; razón y objeto de la persecución sufrida; consecuencias y resultados obtenidos<sup>27</sup>. Llamó también la atención sobre las dificultades de interrogar a este tipo de alienados, porque desconfían y disimulan, son parcos en palabras y monótonos; a veces, sin embargo, la forma del discurso cambia y se acentúa la convicción delirante, la reclamación incesante, el odio, los celos y el orgullo. La construcción gramatical de las frases está en ocasiones alterada, sobre todo en los casos crónicos. Pero lo más importante, sin duda, es el atento examen del «contenido del discurso», de la «fórmula de la persecución».

Todo ello aporta una permanente reflexión sobre cómo indagar en el *pathos* y pensar la psicopatología. La simplificación actual de la formación clínica y teórica, rubricada por el uso de una taxonomía pelada de todo contenido y únicamente destinada a un diagnóstico superficial, contrasta con la conjunción de los detalles y la visión de conjunto que proponía Ségla: «No basta, para hacer un diagnóstico, con indicar la variedad del delirio; es necesario tener en cuenta la evolución de la enfermedad, el conjunto de los síntomas, de sus relaciones recíprocas y, sin darse por satisfecho con anotar tales o cuales ideas delirantes, es preciso esforzarse en reconocer en ellas los caracteres intrínsecos, psicológicos o clínicos, más particulares en tales o cuales circunstancias»<sup>28</sup>.

Como se ha podido apreciar, el marco nosográfico de la paranoia se extiende con Ségla más allá de los muros que comenzaba a levantar Kraepelin, coincidiendo en buena medida con la amplitud que Freud habría también de atribuirle. Buena parte de esa extensión se debe al hecho de admitir la presencia de alucinaciones en el cuadro clínico. Eso no quiere decir que en la paranoia tenga el delirio un origen alucinatorio. Al contrario, Ségla se encargó de ilustrar desde perspectivas diversas la contingencia del fenómeno sensorial. Ahora bien, cuando irrumpen las alucinaciones, se advierte que ellas representan la «fórmula más perfecta y la más completa de las convicciones del alienado, su traducción en una forma sensorial»<sup>29</sup>.

---

27. Ídem, pp. 500-501 (Lección XVI).

28. Ídem, p. 350 (Lección XIV).

29. Ídem, p. 513 (Lección XVI).

Mientras que en sus estudios sobre la paranoia Ségla se mantuvo en una posición clásica y contraria al menoscabo que le confirieron Kraepelin y Bleuler, en el terreno de las alucinaciones, sus aportaciones fueron incomparablemente novedosas. Además, sus puntos de vista acerca de la paranoia apenas si habrían de variar en el transcurso de su amplia carrera; pero no sucede lo mismo con las alucinaciones, cuyos consideraciones no dejaron de modificarse, hasta el punto de desdecirse y contradecir las tesis con las que principió en el panorama psicopatológico<sup>30</sup>.

Desde el comienzo de su carrera, Jules Ségla propuso que las alucinaciones psíquicas estudiadas por Baillarger no tenían su origen en el exterior<sup>31</sup>. Al contrario, demostró que era el propio alucinado quien, determinado por el lenguaje, las producía. Todas estas constataciones provenían de una sutil aprehensión de la fenomenología de las alucinaciones. Y ciertamente, observando más de cerca a algunos de los enfermos ingresados en La Salpêtrière, Ségla pudo percatarse de que eran ellos mismos quienes musitaban o bisbiseaban en tono quedo las palabras que decían oír y atribuían a las «voces», pudiendo así desarrollar con mayor fundamento la feliz metáfora del sujeto ventrílocuo antaño consignada por Baillarger. Denominó a ese fenómeno «alucinaciones psicomotrices verbales» y las vinculó con las funciones motrices y del lenguaje, aunque de una forma bastante abstrusa según la cual las alucinaciones podrían explicarse como el reverso de las afasias. Tal oposición entre alucinación verbal y afasia se apoyaba esencialmente en el siguiente argumento: en la afasia motora sensorial el sujeto no percibe palabras realmente emitidas; por el contrario, en las alucinaciones verbales se oyen palabras que nunca lo fueron<sup>32</sup>. De esta manera, coherente con este modelo «afasiológico», Ségla separó, al inicio de su carrera, las alucinaciones sensoriales, que afectan al oído, vista, olfato y tacto, de aquellas otras que conciernen al lenguaje.

---

30. Las consideraciones que siguen respecto a las alucinaciones se basan en tres textos: J. M<sup>a</sup>. ÁLVAREZ y Francisco ESTÉVEZ, «Las alucinaciones: historia y clínica», *Frenia*, Vol. I-1-2001, pp. 65-96; J. M<sup>a</sup> ÁLVAREZ, *Estudios sobre la psicosis*, op. cit., pp. 101-138; y «Sobre las relaciones entre las alucinaciones y el lenguaje en la obra de Ségla», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, vol. XVIII, n<sup>o</sup> 68, pp. 667-671.

31. En opinión de Ségla, es más adecuada la denominación «alucinaciones psicomotrices verbales», porque, «tenemos razón al decir que las alucinaciones que Baillarger llama psíquicas sólo son alucinaciones psicomotrices que conciernen al centro del lenguaje articulado» (SÉGLAS, J.: *Les troubles du langage chez les aliénés*, op. cit., p. 132).

32. Al respecto, G. LANTÉRI-LAURA escribió: «Es el automatismo prestado a las dos zonas del lenguaje [zona de WERNICKE, para las alucinaciones psicosenoriales verbales; zona de BROCA, para las alucinaciones psicomotrices verbales] quien da cuenta de las dos variedades de alucinaciones verbales» (LANTÉRI-LAURA, G., «La notion d'automatisme dans la médecine et dans la psychiatrie modernes», en GRIVOIS, H. (dir.), *Autonomie et automatisme dans la psychose*, Masson, París, 1992, pp. 7-29).

Sin embargo, siempre atento e interesado por los descubrimientos científicos de su tiempo, algunas décadas después Ségla incorporaría progresivamente ciertas modificaciones provenientes de la psicología y de la lingüística, menos dependientes de las teorías afasiológicas y de las localizaciones cerebrales imaginarias. En esta revisión continua se inscriben sus últimas y memorables aportaciones, surgidas de un giro hacia la psicología, sorprendente en su trayectoria pero coherente con su infatigable curiosidad. Sus últimas aportaciones constituyen una pequeña revolución en la historia de la clínica mental y tienen como colofón la vinculación consustancial que une el lenguaje y las alucinaciones, propuesta cuya profundidad merece la reflexión que sigue<sup>33</sup>.

### III.— ALUCINACIONES Y LENGUAJE

Una vez más se cumple el principio de que cada uno ve y escucha en los enfermos lo que le permite su teoría y su bagaje conceptual.

En el caso de Ségla es más que notorio. Su rica aportación al estudio de las alucinaciones es una demostración más de esta dependencia, pues la fina descripción de que hace gala no supera ni la noción de percepción, ni la concepción del lenguaje, ni la causalidad cortical que identificaban la psicología de su tiempo.

Sin duda, es de admirar la pulcritud de sus detalles y el énfasis que pone en los aspectos verbales, así como la insistencia con que nos recuerda que la aparente facilidad para dar cuenta de lo que es una alucinación esconde muchas dificultades. Asunto, este último, que hoy adquiere una resonancia especial, cuando los tratados y enciclopedias más consultados han dejado de lado el estudio de los síntomas y los dan por sabidos con insultante facilidad. La alucinación, el delirio o la angustia ya no ocupan un espacio principal, desplazados por la absorbente importancia de síndromes, diagnósticos y enfermedades.

Sea como fuere, su concepción de las alucinaciones resulta en exceso sensorial. Incluso cuando aborda las alucinaciones verbales, las describe con la precisión y el realismo con que hoy podríamos referirnos a las alucinosis. Del mismo modo que, obligado por su exigente referencia cerebral, tiende a resolver el enigma de las voces remitiéndolas a un origen motriz, al motor de la articulación. Su modelo del lenguaje, por último, adopta sin pestañear el empirismo decimonónico, donde la percepción despierta la idea que, a su vez, es traducida en palabras. El sentido, en definitiva, despierta la idea que acaba siendo etiquetada por la palabra. Debido a esta estrechez conceptual, bien marcada por estos tres registros, entendemos que por su necesidad para casar forzosamente sus ideas con la realidad, uno de

33. Véase J. SÉGLAS, «Préface», en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934.

los casos más demostrativos a los que recurre sea un deficiente mental, que en estos asuntos parece un modelo poco de fiar.

Por otra parte, este mismo sensorialismo le hace tratar las «voces interiores», las *pseudoalucinaciones* (Kandinsky, Hagen y Hoppe), bajo el modelo de las alucinaciones externas, en dirección contraria a lo que aquí vamos a proponer, pues partimos de que la alucinación por excelencia es la alucinación verbal interna, nombrada de distintas formas por parte de los psicopatólogos: *falsas* alucinaciones (Michéa), alucinaciones *aperceptivas* (Kahlbaum), alucinaciones *pálidas* (Griesinger), alucinaciones *psíquicas* (Baillarger).

Así las cosas, nos corresponde hacer un breve planteamiento de lo que una psicopatología basada en el estudio de los autores clásicos y abierta a las aportaciones freudianas, antes que a las hipótesis neurofisiológicas, puede aportar al mejor conocimiento del fenómeno alucinatorio.

Para empezar, cabe descartar, y si pudiera ser de una vez por todas, la definición canónica de «percepción sin objeto», porque probablemente poco tienen que ver las alucinaciones con las percepciones. Ya Merleau-Ponty<sup>34</sup> lo cuestionaba sugiriendo que la alucinación no es una patología de la percepción. También Henri Ey propuso, en su conocido *Tratado sobre las alucinaciones*, la indistinción entre delirio y alucinación, pues estaríamos a su juicio ante un mismo hecho clínico, sólo diferenciable por estar revestido de un mayor componente ideico o sensorial, es decir, simbólico o imaginario, si damos por buenos estos términos más actuales. Su emergencia no se desencadenaría por una confluencia morbosa del *percipiens* y de la realidad capaz de provocar un *perceptum* patológico, sino que participaría del mismo origen que el discurso delirante<sup>35</sup>. Resulta por lo tanto incoherente clasificarlas, como se hacía tradicionalmente, en auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles. Los sentidos no forman parte del problema.

Por lo pronto, definimos en todas las circunstancias las alucinaciones como un «delirio alucinatorio», y por su compromiso con la representación del mundo simbólico y del cuerpo, reconocemos a las alucinaciones verbales o pseudoalucinaciones, a las voces interiores, como las alucinaciones propiamente dichas, a la misma altura que las alucinaciones corporales, que no deben ser olvidadas en este engranaje básico de las psicosis. Cuerpo y lenguaje son los dos grandes escenarios de la psicopatología, tan inseparables entre sí como lo son, en el fondo, el delirio y la alucinación.

En rigor, es oportuno recordar que el propio Ségla se aproximó a este punto de vista en la rectificación con que culminó su obra cinco años antes de morir. En

34. Véase: M. MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, París, Gallimard, 1945.

35. Cfr. H. EY, *Traité des hallucinations*, París, Masson 1973, 2 vols.



1934 escribió un artículo sobre las alucinaciones y lenguaje que venía a cambiar radicalmente sus ideas anteriores sobre el asunto. Dicho trabajo, que servía de prefacio al libro de H. Ey sobre *Hallucinations et délires*<sup>36</sup>, defendía finalmente el carácter delirante de las alucinaciones: «A partir de ese momento ya no es posible considerarla [la alucinación] como un simple trastorno psicosensoorial; como un *delirio de las sensaciones* según el término antiguamente al uso. Se convierte así en un verdadero *delirio*, entendida la expresión en su más pleno significado»<sup>37</sup>.

Todo esto nos lleva a recordar que las alucinaciones constituyen un suceso casi inefable. De difícil si no imposible descripción. De hecho, sólo admiten un diálogo equívoco y restringido. El psicótico alucinado se encuentra ante una experiencia enigmática y fugitiva del universo representativo, que no puede asimilar y que sólo abarca a través del delirio y la alucinación. Por ese motivo, las alucinaciones son un intento de recuperar la capacidad simbólica frente a un lenguaje desgarrado y un cuerpo fragmentado, que se muestran, desde ese momento, impotentes para afianzar el cimiento lingüístico que nos sostiene y la carne que nos ensambla, figuras indispensables para participar en una realidad común con la mayoría de los hombres. No cabe, como algunos defienden, un diálogo fluido con el alucinado sobre sus alucinaciones, pues éstas pertenecen a otra lengua, a un ejercicio verbal que no se puede compartir. Como el delirio, la alucinación es de un corte lingüístico distinto que no sirve para comunicar sino tan solo para revestir y argamasar una realidad que se desmenuza. Por ese motivo se entiende que Schreber calificara las voces que oía de un «puro absurdo, acompañado de una nada desdeñable acumulación de injurias», pues ni se pueden explicar coherentemente ni logran librarse de una primera interpretación perjudicial y autorreferida.

Resultan poco creíbles, por consiguiente, las descripciones de los psicopatólogos —entre ellos Séglas en estas *Lecciones*— cuando dan cuenta del testimonio de los pacientes y lo hacen como si éstos realmente oyeran lo que dicen al modo de las personas normales, y pudieran incluso responder a nuestra curiosidad sobre la forma y el contenido, la intensidad, el timbre, el control voluntario, la atribución, la proyección espacial y el juicio de realidad, así como discriminar si se trata de un monólogo o un diálogo, si la voz es afectuosa o amenazadora, si se percibe por un oído o por los dos, o bien proporcionarnos cualquier otro detalle propio de la experiencia perceptiva habitual. Esto no existe en las psicosis. Perseverar en investigarlo de ese modo viene a mostrar —como se ha hecho ver por algún estudioso— que el clínico llega a creer en las alucinaciones más que el propio

---

36. H. EY, *Hallucinations et délires*, op. cit.

37. Citamos por la traducción española de Ramón ESTEBAN: SÉGLAS, J.: «Las alucinaciones y el lenguaje (1934)», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, vol. XVIII, n° 68, pp. 673-677; p. 673.

alucinado, o que confunde la alucinación con la alucinosis cortical. Ejemplo de ello daría nuestro autor cuando nos propone que «el sujeto afirma que oye esas voces absolutamente igual que oye las de ustedes cuando le hablan». Claro que, como hemos indicado, en 1934 modificó su opinión y propuso una valoración muy diferente: «En resumen, lo que ahora constituye lo característico de esos fenómenos no es el manifestar un mayor o menor parecido con una percepción exterior, sino el ser fenómenos de automatismo verbal, de un pensamiento verbal desgajado del yo, un caso —podríamos decir— de alienación del lenguaje»<sup>38</sup>.

Las alucinaciones, por otra parte y recuperando el hilo de nuestra reflexión, no dejan de ser un síntoma en el sentido freudiano del término, y como tal presentan dos facetas: una, como un suceso deficitario que sobreviene pasivamente y se impone al sujeto contra su voluntad, y, la otra, como una defensa, como un recurso del propio alucinado para suturar la escisión que se ha abierto en su mundo.

Este doble aspecto de la alucinación nos permite, a su vez, distinguir en su estructura dos componentes inseparables, producto de la fractura de la palabra que padece el psicótico, el de los significantes y el de los significados, pues, al desatarse la crisis, la parte material de la palabra y el componente semántico se separan y ponen fin a su pacífica convivencia. A raíz de este desencadenamiento hay un proceso delirante y alucinatorio propio del significante que puede ser separado del que corresponde al significado. El primero da cuenta de lo que Ségla llama «*alucinaciones elementales auditivas*» que llevan a percibir *sonidos brutos*. Un proceso constituido por *fenómenos elementales* que queda perfectamente resumido en todos aquellas manifestaciones que Clérambault recogió en su célebre automatismo mental, unidades que describe como pasivas y atemáticas, poniendo a la cabeza de ellas el eco del pensamiento y, junto a él, distintos «anideismos diversos»: parada o vacío de pensamiento, paso de pensamientos invisibles, palabras explosivas, sinsentidos, juegos silábicos, intuiciones abstractas, devanado mudo de los recuerdos, kiries de palabras, etc.<sup>39</sup>. Peripecias que acontecen de modo incoercible y que pronto pierden su carácter primitivo, material, y se cargan de cierta significación inédita, no pocas veces reveladora. Refuerzo, además, insuficiente para que las palabras pierdan del todo el carácter de cosas físicas que desconciertan y atormentan al psicótico<sup>40</sup>.

---

38. Ibid, p. 675.

39. Cfr. G.G. de CLÉRAMBAULT, *Œuvre psychiatrique*, 2 vols., París, Presses Universitaires de France, 1942. En concreto, sobre el automatismo mental puede consultarse la traducción española parcial: *El automatismo mental*, Madrid, Dor-Eolia, 1995.

40. Las cuestiones aquí apuntadas pueden leerse desarrolladas en: José María ÁLVAREZ y Fernando COLINA, «Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia», *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 2007, n° 6, pp. 4-12; y en su continuación: «Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad», *Frenia*, 2011, Vol. XI, pp. 7-26.

El cuerpo, por su parte, presente como protagonista principal en el origen de todas las manifestaciones psicóticas, padece un automatismo carnal que reúne un cortejo de inquietantes experiencias<sup>41</sup>. El «lenguaje de órgano» al que aludía Freud, para referirse a este problema, nos deja en la práctica un florilegio espectacular de síntomas que lo involucran directamente: desaparición y multiplicación de órganos, vísceras manipuladas, fragmentadas y deformadas, posesiones e influencias somáticas, disociaciones, etc.

Con estos materiales verbales y corporales el psicótico intenta construir el edificio de la alucinación y el delirio a fuerza de forjar un significado que, aunque rudimentario, pues no sirve para hacerse entender y establecer la relación social que el lenguaje ordinario garantiza, basta en cambio para dar un sentido, aunque sea apurado y frágil, a la realidad. Esta primera significación es principalmente autorreferencial y trata de evitar la angustia irrepresentable que le asalta, esa angustia que se presenta al modo de «las ráfagas de nada» a las que con altivo temor se refería Artaud. Un sentido que, desde el ángulo significante de la alucinación, encarnan inicialmente las «voces» alucinatorias y los cambios corporales, mientras que desde el del delirio se reúnen más tarde en los significados de persecución, las manipulaciones físicas intencionadas, la vivencia de imposición, el robo del pensamiento o las ideas de perjuicio.

Ahora bien, si se nos permite una última e inquietante reflexión, cabe advertir que no se sabe bien si por efectos de los tratamientos, de una mejor asistencia o de la evolución histórica de la subjetividad, pues los factores causantes pueden ser heterogéneos y abigarrados, cada vez son más frecuentes los casos, antes excepcionales, en que las voces se acompañan de una clara impresión de anormalidad y de falta de delirio. De ser esto cierto, su existencia pondría en jaque la idea de que todas las alucinaciones son delirantes. Sucede que algunos de los nuevos psicóticos no dudan en reconocer como patológicas, como «inverosímiles» o «producto de la imaginación» gran parte de sus contenidos alucinatorios, aunque siempre es difícil que lo hagan de la totalidad y no distingan finalmente dos tipos de voz, la que aceptan como anómala, siguiendo este criterio, y la que alojan en el ámbito de la verdad delirante. Sin embargo, es evidente que no deliran con facilidad aunque muestran con toda su intensidad los aspectos negativos de la psicosis, el autismo en especial.

Estas voces «criticadas» no se organizan en delirio. Al carecer apenas de significado, al detenerse en el automatismo sin construcción delirante, no consiguen embragarse con la idea de referencia, de perjuicio y omnipotencia que definen

---

41. Sobre el automatismo carnal seguimos las consideraciones de F. COLINA, *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001.

al delirio, al tiempo que apenas funcionan como defensa. Ésta es su nueva circunstancia.

Las alucinaciones, como cualquier otro síntoma psicótico, en especial los conocidos como positivos, son maleables y cambian con el tiempo, las épocas y el trabajo personal del psicótico. El libro que prologamos es un buen ejemplo de estas diferencias, a la vez que constituye un estímulo tentador para aprovechar no sólo las lecciones del propio Séglas, sino también las proporcionadas por sus enfermos que, entonces y siempre, pueden acabar cambiando radicalmente nuestras ideas aunque sea al final de una carrera fecunda y excepcional.

José María Álvarez  
Fernando Colina  
Ramón Esteban