LA LOCURA LÚCIDA

Ulysse TRÉLAT

La Biblioteca de los
ALIENISTAS DEL PISUERGA

Ulysse TRÉLAT

LA LOCURA LÚCIDA

Traducción de
Sara Vega González

Edición de
Alienistas del Pisuerga

Madrid
2014

Original: *La Folie lucide, étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*, París, Delahaye, 1861
Traducción: Sara Vega González

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 sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2014 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-15950-44-8
Depósito Legal: M-3399-2014

ÍNDICE GENERAL

Presentación de *La locura lúcida* de Ulysse Trélat XV

LA LOCURA LÚCIDA

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE VOLUMEN
CON INDICACIÓN
de la edad de los enfermos, de su estado civil
y de sus circunstancias hereditarias

PRÓLOGO
I 3
II 5

INTRODUCCIÓN
I. – Alienados fáciles de reconocer 9
II. – Alienados más difíciles de reconocer. 13

CAPÍTULO I. – Imbéciles y débiles mentales 19
Caso I. – 45 años. – No casado. – Abuelo y tío alienados 22
Caso II. – 44 años. – Casada. – Abuelo alienado y madre histérica 23
Caso III. – 60 años. – Casada. – Un hermano de inteligencia débil. 23
Caso IV. – 40 años. – Casada. – Dos alienados en la familia. 24
Caso V. – 21 años. – No casada. – Un tío extraño, se quedó muy sordo
cuando todavía era muy joven 26
Caso VI. – 22 años. – No casada. 28
Caso VII. – 20 años. – No casada. 30
Caso VIII. – 14 años. – No casada. – Una tía idiota 32
Caso IX. – 30 años. – No casada. 33

CAPÍTULO II. – Sátiros y ninfómanas 37
Caso X. – 22 años. – No casada 38
Caso XI. – 28 años. – Casada. – Opulencia. – Varios epilépticos en la familia. . 40
Caso XII. – 36 años. – Casada. – Opulencia. – Una tía melancólica y
un hermano despilfarrador. 41
Caso XIII. – 25 años. – Casada. 42
Reflexiones 43

Caso XIV. – 69 años. – Casada 44
Caso XV. – 32 años. – Casada. – Varios alienados en la familia. 46
Caso XVI. – 27 años. – Casada 47
Reflexiones 52

CAPÍTULO III. – Monómanos 53
Caso XVII. – 38 años. – No casada. – Padre alienado 54
Caso XVIII. – 46 años. – No casada. – Madre hipocondriaca. 55
Caso XIX. – 35 años. – Casada. – Un abuelo y un tío alienados 56
Caso XX. – 31 años. – Casada. – Madre muy exaltada 58
Reflexiones 67
Caso XXI. – 46 años. – No casada 68
Reflexiones 75
Caso XXII. – 73 años. – Casada 76
Caso XXIII. – 28 años. – No casada. – Varios alienados en la familia 77
Caso XXIV – 55 años. – Casada 81
Caso XXV. – 45 años. – No casada 83
Reflexiones 84
Caso XXVI. – 43 años. – No casada 84
Caso XXVII. – 60 años. – Casada. – Opulencia. – Cuatro generaciones de hijas únicas 85
Caso XXVIII. – 45 años. – Casado 87
Monómanos inventores. 88
Caso XXIX. – 50 años. – Casado. – Padre muy exaltado. 88
Dos casos resumidos y reflexiones sobre los alienados inventores 90

CAPÍTULO IV. – Erotómanos 93
Erotomanía sintomática 94
Caso XXX. – 40 años. – Casada. – Varios alienados en su familia. 94
Caso XXXI. – 23 años. – No casado 97
Erotomanía esencial. – Un caso de Esquirol 100
Caso XXXII. – 40 años. – Casada. – Madre exaltada. Dos hermanas muertas de convulsiones. 100
Caso XXXIII. – 39 años. – Casada. Abuelo alienado, hijo sordomudo. 103

CAPÍTULO V. – Celosos 105
Caso XXXIV. – 30 años. – Casado. – Dos alienados en la familia 105
Caso XXXV. – 50 años. – Casada. – Madre alienada 107
Caso XXXVI. – 32 años. – Casada. – Alienados en la familia 108
Caso XXXVII. – 22 años. – Casada. – Dos alienados en la familia 110
Caso XXXVIII. – 50 años. – Casada. 113
Caso XXXIX. – 52 años. – Casada. – Varios alienados. 114

CAPÍTULO VI. – Dipsómanos. – Distinción entre borrachos y dipsómanos 115
Caso XL. – 50 años. – No casado. – Un hermano muerto de hemorragia cerebral, otro hermano muerto de una afección orgánica del corazón, una hermana epiléptica 116
Caso XLI. – 27 años. – No casado 119
Caso XLII, numerada por error como LXII. – 68 años. – Casada. – Madre y tío dipsómanos 121
Caso XLIII. – 40 años. – Casada 122
Caso XLIV. – 36 años. – Casada. – Hermana despilfarradora que murió paralítica 122
Reflexiones y dos casos resumidos 123

CAPÍTULO VII. – Despilfarradores y aventureros 125
Caso XLV. – 25 años. – Casada. – Hermana dipsómana 126
Caso XLVI. – 48 años. – No casada 128
Caso XLVII. – 25 años. – Casada 129
Caso XLVIII. – 50 años. – Casado. – Varios alienados en la familia 130

CAPÍTULO VIII. – Orgullosos. 135
Dos casos resumidos 135
Caso XLIX. – 36 años. – Casado 136
Caso L. – 40 años. – No casada 138
Reflexiones 140
Caso LI. – 39 años. – Casada. – Varios alienados en la familia 140
Caso LII. – 35 años. – Casada 144
Caso LIII. – 29 años. – Casada 146
Caso LIV. – 30 años. – Casada. – Hermano vehemente, poco sociable 148
Caso LV. – 58 años. – No casada 151
Reflexiones 152
Caso LVI. – 32 años. – No casada 152
Reflexiones 157
Caso LVII. – 32 años. – Casada. – Tiene un hijo cataléptico 158
Caso LVIII. – 24 años. – Casada. – Hija única. – Padre extraño 163
Reflexiones 164
Caso LIX. – 30 años. – Casada. – Madre con demencia. Varios alienados en la familia 165
Conclusión del capítulo 166

CAPÍTULO IX. – Malvados 167
Caso LX. – 53 años. – Casada. – Padre y abuelo alienados 167
Hija de esa enferma y reflexiones 172

Caso LXI. – 50 años. – Casada. – Padre alienado (calamidades terribles) 173
Caso LXII. – 65 años. – Casada 175
Reflexiones 177
Reflexiones sobre el matrimonio 177
Caso LXIII. – 63 años. – Casada 178
Reflexiones 191

CAPÍTULO X. – Cleptómanos 193
Cleptomanía en los niños 193
– en los imbéciles 194
– en los enfermos que sufren parálisis general 194
Caso LXIV. – 56 años. – No casado. – Dos hermanos mayores muertos de convulsiones. – Tío hipocondriaco 195
Caso LXV. – .... – Casada 196
Varios datos resumidos 197

CAPÍTULO XI. – Suicidas 199
Casos de Esquirol 200
– del doctor Cazauvieilh 202
– de Hufeland 204
Reflexiones 205
Caso LXVI. – 30 años. – Casado. – Dos suicidas en su familia 206
Caso LXVII. – 44 años. – Casado. – Otros tres suicidas y un intento de suicidio en la familia 207
Reflexiones 209

CAPÍTULO XII. – Inertes. Inercia aguda. – Inercia crónica. – Inercia primitiva. – Inercia consecutiva 211
Caso LXVIII. – 52 años. – No casada. – Padre epiléptico 212
Caso LXIX. – 40 años. – Casada. 212

CAPÍTULO XIII. – Maniacos lúcidos 215
Caso LXX. – Manía simple, como término de comparación. – 45 años. – No casado 216
Reflexiones 219
Caso LXXI. – 18 años. – Casada. – Una tía maniaca y otra idiota 219
Caso LXXII. – 40 años. – No casada 220
Reflexiones 221
Caso LXXIII. – 35 años. – Casada 221
Caso LXXIV. – 56 años 223
Caso LXXV. – 36 años. – Casada. – Madre alienada 224
Caso LXXVI. – 38 años. – Casada. – Alienados en la familia 226

Caso LXXVII. – 30 años. – No casada. – Madre histérica que murió hemipléjica 227
Un caso resumido 230

CAPÍTULO XIV. – Resumen y conclusión 233
En 77 observaciones, 43 casos de transmisión. – En 77 alienados observados, 51 casados. – Herencia, – un hecho curioso. – Conservación, mejora y deterioro de las razas. – El matrimonio, la institución más elevada y más santa de todas las instituciones humanas. – Progreso de las costumbres y la razón, – acción de la ley. – Alejarse de las familias de alienados. – Matrimonio con el maniaco. – Matrimonio con el maniaco y el melancólica. – Ejemplos. – Matrimonio con locos lúcidos. – Necesidad de intervención de la ley. – Emancipar a los fuertes, – proteger a los débiles. – La libertad de los incapaces es un peligro para todos

APÉNDICE 243
La medicina legal tiene que ocuparse a menudo de los alienados lúcidos. – Reflexión sobre un caso de testamento. – Enfermos con parálisis general que permanecen a veces lúcidos. – Especulaciones azarosas, adquisiciones ruinosas, actos deshonrosos durante el período de incubación de la enfermedad. – Hechos varios. – Proceso criminal seguido de condena. – La ley de 1838 sobre los alienados ha supuesto un avance rápido para la observación. – El número de alienados pareció que había aumentado porque hemos aprendido a verlos mejor. – A pesar de los avances realizados, no todo está resuelto. Qué hay que hacer para obtener mejores resultados

FIN DEL ÍNDICE

ULYSSE TRÉLAT
(1795-1879)

PRESENTACIÓN

La locura lúcida de Ulysse Trélat

I. MEDICINA MENTAL Y ORDEN BURGUÉS

Siguiendo a Dörner[1], puede afirmarse que desde la Revolución francesa y, sobre todo, desde la funcionalización del espíritu hecha por Cabanis y la aparición del método histórico-comparativo de Pinel, era casi obligado que las investigaciones médicas sobre perturbaciones mentales y su curación se extendiesen del individuo a la sociedad. En Francia en concreto, se quería dominar la anarquía social desatada por la Revolución, asegurando sin embargo los logros de la misma. Los sucesores de Pinel intentaron responder a la necesidad pública que buscaba afirmaciones científicas sobre los hechos políticos y sociales, y se conviertieron así en los *«chefs scientifiques»* del pueblo al lado de los *«chefs industriels»,* tal como Comte formuló en 1820[2].

Estas dos élites de «jefes» tienen que ocuparse del «pueblo», es decir, de la masa de pobres y de su integración. A sus fuentes filosóficas, desde Saint-Simon y sus discípulos hasta Comte, les interesa menos la solución de los problemas presentes –reconciliación de revolución y reforma, de progreso y orden, de sociedad y estado, o la modificación de las condiciones objetivas económicas o estatales– que la transformación del sujeto y de su actitud, la supresión de la anarquía espiritual y moral. Aun así, desean la armonización de las fuerzas activas del cuerpo social y sobre todo la buscan fomentando la educación (buenos modales, autocontrol) y la instrucción (conocimientos capacitantes para que el ciudadano pueda ganarse la vida y servir al estado).

De todas estas ideas y propósitos participan estrechamente los médicos alienistas, sobre todo desde que consideran positivistamente los fenómenos psíquicos e investigan a qué leyes propias pueden obedecer. Se multiplican las mutuas influencias entre psiquiatría y sociología, y en muchos casos for-

---

1. Klaus DÖRNER, *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid, Taurus, 1974, p. 199-231.

2. Aguste COMTE, «Sommaire appréciation de l'ensemble du passé moderne», en anexo al *Système de politique positive,* 4.°, Paris, Gallimard, 1972, p. 41.

man la base de una actividad política relativamente fuerte cual fue, como veremos, la de muchos alienistas franceses del siglo XIX, que se esforzaron por encontrar una solución científica a la crisis social, a la vez que trataban de llevar a la práctica sus ideas psiquiátricas. Los sucesores de Pinel vivieron el nacimiento de la crítica social del mundo burgués ya existente, concretándola en un plan de reforma por medio del análisis científico, con lo que los objetivos de los partidarios de la Restauración frecuentemente coincidieron con los de los liberales emancipadores.

Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840) llevó adelante el paradigma pineliano, tanto en la teoría como en la práctica, desde su tesis (1805) hasta el comienzo de la legislación sobre locos, iniciada por él (1838). Esquirol creó la organización de casi todos los establecimientos en los que se practicó la medicina mental de una forma científico-administrativa. Sus dos últimas aportaciones importantes para la institucionalización de la psiquiatría se sitúan en el año 1838. Una de ellas es su *Manual,* el más representativo desde Pinel. La otra es la promulgación en ese mismo año de la Ley de locos del Rey Ciudadano. Hay muchas ambivalencias en ella que son sintomáticas de la situación problemática de los locos en la sociedad burguesa. Sus intenciones son liberales y se apoyan en ideas de la Revolución. La ley de locos de 1838 aplica a los alienados el principio napoleónico del cuidado de la población en los aspectos social e higiénico: los hospitales son responsables del Département para locos, tanto para cuidarlos como para defender al público de las perturbaciones que de ellos proceden. Se garantiza la integridad de los locos como ciudadanos libres. Pero sólo hay libertad donde hay orden político. Por eso el auténtico vencedor en esta ley es la Administración: sólo pueden ser admitidos en los asilos estatales aquellos locos que representan un peligro para el orden público o para la seguridad de otras personas; la admisión y el alta dependen del prefecto de policía de París, o de los prefectos de provincias, independientemente o aun en contra del informe médico. No se toman en cuenta en la ley los conceptos de tratamiento ni de curación, y la irracionalidad de los locos se concibe solamente como perturbación del orden y de la seguridad, que es lo que preocupa al estado. La libertad de movimientos y las competencias de los médicos se vieron dañadas por este centralismo administrativo.

En lugar del concepto *aliénation*, la locura se convierte más claramente en enfermedad corporal localizada en el cerebro, y vuelven a adquirir mayor importancia la razón y sus perturbaciones. Pero, por otra parte, el auténtico sustrato de la psiquiatría es menos corporal, pues lo que se ofrece ante todo a las observaciones clínicas son fenómenos psíquicos y morales. La pregunta por las causas últimas pasa a segundo plano, desplazada por el análisis de los

condicionamientos psíquicos y sociales, tanto internos como externos, aun cuando la enfermedad, en su esencia, se siga considerando corporal (cerebral).

Pero esto es sólo una faceta. Hay que tener muy en cuenta que, aunque la locura se había convertido en algo externo al hombre, en una enfermedad corporal, también se había hecho de ella, concretamente en el caso de la monomanía y semejantes, algo más profundamente anclado en el hombre como herencia, dotación, constitución o traumatización infantil. Lo que por un lado había sido separado del hombre como enfermedad, fue convertido por otro en una anormalidad identificada con él.

El consiguiente riesgo de nihilismo terapéutico se intentó conjurar por tres caminos. Por una parte se robustecieron y sistematizaron las medidas higiénicas. Ferrus realizó en 1833 el sueño de Pinel y creó una especie de empresa agrícola en el manicomio de SainteAnne, modelo que fue frecuentemente imitado: trabajo regular, plan de horas laborales, ordenación minuciosa de toda la jornada, comidas comunes, determinación de la dieta, regulación del sueño, visita médica a los encamados, gimnasia, juegos al aire libre, limpieza general, etc. Pero todas estas prácticas ya no tenían como objetivo la moralización de los locos, sino crearles un ambiente general y envolvente de orden que a la larga crease equilibrio y armonía en su perturbado organismo. El segundo camino era la educación. Aquí trabajaron sobre todo Buchez, Trélat y Cerise. La tercera vía, la eugenesia, fue la tesis nuclear defendida por Trélat en *La locura lúcida*, y vertebró a su vez el pensamiento degeneracionista.

Otros psiquiatras confiaron más bien en la fuerza mental del lenguaje y de las instituciones que pueden cambiar las disposiciones corporales y aun modificar su dotación hereditaria. Enseñar al paciente una actividad es lo mismo que ponerle en contacto con la realidad social por medio de la palabra y hasta cambiar a la larga sus disposiciones corporales. L. Cerise, que luchó por las asociaciones de trabajadores y por las comunidades de producción, puso el acento en el valor terapéutico, tanto individual como social, del trabajo común. Ph. J. Buchez editó en 1825, junto con Trélat, un libro sobre higiene, elaboró una doctrina evolucionista sobre el progreso y escribió unos *Estudios sobre el desarrollo de la locura.* Creía que el cerebro es el órgano de estos signos y de la fecundidad de la mente humana. La locura nace gradualmente por la pérdida del autodominio del alma ocasionado por alguna lesión orgánica, idea que parece enraizada en el mismo Hipócrates, y cuya pervivencia señala el insoslayable límite de la contradicción dualista. Por otro lado, la terapia para Buchez consiste, además de las medidas higiénicas, en una reeducación: se ha de enganchar con las ideas que todavía están sanas, para poder influir en las enfermas. Las falsas imágenes deben ser confrontadas con las correctas

para que se active la capacidad comparativa; es una técnica de reorganización que puede llegar hasta la domesticación.

El período de nacimiento de la psiquiatría en Francia, que comenzó con la Revolución y partió de la fe en el poder de la ciencia para modificar la sociedad, puede considerarse finalizado con la aparición de la primera revista psiquiátrica nacional, los *Annales médico-psychologiques* (1843), en los que participaron Cerise y Trélat, y con la fundación de la «Société médico-psychologique» (1847), en la que los alienistas, más tarde psiquiatras, consolidaron su identidad específica como especialidad médica positivista.

II. ULYSSE TRÉLAT: DE TROYA A ITACA, DE IZQUIERDA A DERECHA

Ulysse Trélat nació el 13 de noviembre de 1795 en Montargis (Loiret), donde su padre, notario, le educó en las ideas de la Ilustración[3]. Empieza a estudiar medicina en plenas guerras napoleónicas, es movilizado y contrae el tifus en 1813 en el hospital militar de Metz. Se licencia del ejército en 1814 para proseguir su carrera, pero un año después reanuda la vida militar y se adhiere a Napoleón a su regreso de la isla de Elba. Restablecida la paz, retoma los estudios y es alumno de Esquirol en La Salpêtrière, donde establece sólida amistad con Falret padre, Voisin, Georget, Leuret y Foville, antes de obtener una plaza en el servicio de Royer-Collard[4] en Charenton. Defendió su tesis de licenciatura en 1821[5] y abrió consulta particular, pero a partir de esa época manifiesta un intenso compromiso político que le aleja en parte de la medicina y que tendrá gran influencia en su vida.

Trélat comparte su aventura política con hombres como Royer-Collard, Cerise, Buchez[6] o Leuret, por citar sólo a los médicos; pertenece al grupo

3. Nuestras fuentes principales en cuanto a datos biográficos de Trélat han sido Pierre MOREL (*Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1995, p. 236) y Jacques POSTEL (*La psychiatrie*, París, Larousse, 1994, pp. 113-114). Puede también consultarse: Joseph BIEDER, «L'Odyssée d'Ulysse Trélat», *Annales médico-psychologiques*, 1984, 142, 1, 128-141.

4. Pierre-Paul ROYER-COLLARD (1763-1845), médico del asilo Charenton. Tuvo una intensa vida política, como funcionario liberal y presidente de la Cámara (1828), y se opuso vehementemente a la clericalización de la enseñanza.

5. *Sobre el régimen*, dirigida por Royer-Collard y leída el 14 de junio de 1821.

6. Philippe Joseph Benjamin BUCHEZ (1796-1865), doctor en medicina, político, historiador y sociólogo français, fundador del periódico *L'Atelier* [*El taller*]. Presidente de la Asamblea Nacional de 1848 y teórico de la Comuna. Discípulo de Esquirol, editó en 1825 junto con Trélat un *Manual elemental de higiene*, elaboró una doctrina evolucionista sobre el progreso y escribió unos *Estudios sobre el desarrollo de la locura* en los que privilegiaba el cerebro y sus lesiones como causa de enfermedades mentales, pero tuvo también en cuenta los fundamentos de la simbolización del lenguaje.

de los intelectuales de extrema izquierda que se opusieron a la Restauración y a la Monarquía de Julio, y fue de los que mostraron una oposición obstinadamente activa[7]. Desde 1820 formó parte de la liga masónica disidente «Los Amigos de la Verdad», que se constituyó en «Compañía franca de las Escuelas» entrenándose para la agitación armada. Al año siguiente Trélat se adhiere a la Carbonería francesa[8], llega a ser diputado de la Venta Central y después miembro de la Alta Venta de París, que le delega como comisario general ante las Ventas departamentales para organizar el movimiento en provincias. Se ve implicado en el complot del general Berton, y después en el de los Cuatro Sargentos de La Rochelle, que son ejecutados ante sus propios ojos. Intenta en 1827 lanzar con antiguos *carbonari* la sociedad «Ayúdate-y-el-cielo-te-ayudará», conspira de nuevo contra el gobierno y llega a combatir a tiros contra las tropas reales junto a Raspail y Litré en el curso de las Tres Gloriosas[9]. Incluso con el nuevo gobierno sus ideas radicales le hacen reo de delitos de opinión, comparece ante el Tribunal del Sena en el proceso de los Quince el año siguiente y es absuelto, pero resulta condenado en 1835 a tres años de prisión por haber publicado en *La Tribuna* y *El Reformador* una carta considerada injuriosa para el poder. Encarcelado en Clarivaux, su viejo amigo Leuret, con la ayuda del cantante Beranger, consigue que le transfieran a Troyes alegando razones de salud, y queda en arresto domiciliario bajo palabra hasta la amnistía de 1837.

Ya en libertad para ejercer, se presenta en 1840 al concurso de médico de los pabellones de alienados de los hospicios, saca el primer puesto *ex aequo* con Baillarger y ocupa una plaza en La Salpêtrière. Se retira definitivamente de la política en 1848 después de un breve y poco glorioso paso por el ministerio de Comercio y de Trabajos Públicos, etapa que hace virar casi totalmente su opinión y le lleva defender posiciones cada vez más conservadoras. Paradoja postrera de su trayectoria política, este exmilitante de izquierda tendrá en 1871 que oponerse por la fuerza a la entrada de un grupo de comuneros en su servicio de La Salpêtrière, cuya jefatura no dejará hasta jubilarse en 1875.

---

7. Los principios políticos que movieron a dos o tres generaciones de médicos franceses en aquella época pueden verse en: Klaus DÖRNER, *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, ob. cit., pp. 199-231.

8. Inspirada en los *carbonari* italianos, la *Charbonnerie* se extendió por Francia hacia 1818. De ideas próximas a los masones y con simbología secreta tomada de los antiguos gremios medievales de los carboneros, reunió a republicanos, bonapartistas y descontentos en general opuestos a la Restauración de la monarquía. Se organizaba en grupos llamados «ventas», de estructura local y departamental.

9. Jornadas revolucionarias de los días 27, 28 y 29 de julio de 1830, en que se derrocó a Carlos X y se puso fin a la Restauración.

Fallecido en Menton el 29 de enero de 1879, sus exequias tuvieron lugar en La Salpêtrière, como él había deseado.

Su tendencia a la militancia se manifestó también en el movimiento alienista. Cercano al grupo fundador de la famosa revista *Annales médico-psychologiques* (Baillarger, Longet y Cerise, en 1843), fue miembro temprano de la Société médico-psychologique desde su constitución en 1852, y la presidió durante el bienio 1859-60[10].

Algunos divulgadores de historias médicas suelen confundirle con su hijo Ulysse Trélat (París, 1828-1890), portador también de tan mítico nombre pero que no siguió casi ninguno de sus pasos: se mantuvo al margen de la política, hizo carrera como cirujano y llegó a ser honrado con el ingreso en la Academia de Medicina[11].

III. TODO PARA EL LOCO PERO SIN EL LOCO

Tras un *Manual elemental de higiene* redactado en 1825 con la colaboración de Buchez, Trélat publicó en 1827 las *Investigaciones históricas sobre la locura*[12]. Para él, la herencia es «la causa de las causas» de la alienación mental, y también desde esta perspectiva publicará en 1861 su obra sin duda más conocida, *Sobre la locura lúcida estudiada y considerada desde el punto de vista de la familia y de la sociedad*[13], destinada a la identificación de unos enfermos «hábiles para hacer el mal, nada más que el mal», cuya sinrazón a menudo «no se manifiesta ni se descubre más que en la vida privada», y con los cuales las familias «decentes» deben evitar establecer matrimonio pues tales lazos estarán abocados al desastre forzoso.

El alienista de La Salpêtrière desarrollaba allí las ideas iniciadas en un artículo de 1856 sobre «las causas de la locura», muy inspirado por el cé-

---

10. Ver: Serge NICOLAS, «Les Annales médico-psychologiques. Abregé d'histoire de la première revue française de psychiatrie», BiuSanté, Histoire de la santé, Bibliothèque numérique Medic@ (nov-2013). http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/anmedpsy.htm

11. Y no es la única confusión que persigue a este joven Ulises: a veces se atribuye al padre el «signo de Trélat» (pequeñas manchas amarillentas que aparecen junto a las úlceras de etiología tuberculosa, especialmente en las mucosas; *Gran Enciclopedia Larousse*, Barcelona, Planeta 1976); y otras, *ex aequo* con el alemán Edmund Leser (1853-1916), otro distinto «signo de Leser-Trélat» (asociación de queratosis seborreica eruptiva múltiple con diversas neoplasias malignas internas; aunque son frecuentes las descripciones de esta asociación, las pruebas de que sea significativa resultan insuficientes; *Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid, Panamericana, 2012).

12. Ulysse TRÉLAT, *Recherches historiques sur la folie*, París, Baillière, 1839. Hay una reimpresión en Éditions Frénesie, París, 1988, con una interesante presentación de Pierre Morel.

13. Ulysse TRÉLAT, *La folie lucide: étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*, París, Delahaye, 1861.

lebre *Tratado filosófico y fisiológico de la herencia natural en los estados de salud y enfermedad del sistema nervioso*, de Prosper Lucas (1847-1850, dos vols.). Esa es también la tesis del famoso *Tratado de las degeneraciones* […] de Bénédict-Augustin Morel, amigo de Buchez y Cerise, aparecido en 1857. Estaban entonces muy en boga la morbilidad mental hereditaria y las consecuencias eugenésicas que presuntamente implicaba.

Trélat no vacila al escribir que era necesario proteger a las familias sanas de cualquier contaminación por vía matrimonial con las de los enfermos mentales: «Para vuestros matrimonios, alejaos de las familias de alienados. […] Rehuidles. Es más que un derecho, es un deber […]. Pedimos al legislador que prohíba formal y firmemente el matrimonio a los incapaces. […] Es preciso, por el bien común, que la sociedad se proteja y sea protegida».

Para él, el papel del alienista era prevenir la locura identificando y aislando a las familias de alienados, incluso cuando sus trastornos fuesen inaparentes a los ojos del vulgo, cuando se mantenía «lúcida». Estos enfermos están más bien «locos en sus actos antes que sus palabras», y «no parecen locos porque se expresan con lucidez». De la «manía sin delirio» de Pinel a la «monomanía razonante» de Esquirol, de la «depravación moral innata» de Rush a la «locura moral» de Pritchard, el autor estudia una gran parte de la patología mental aportando numerosos casos clínicos clasificados según criterios nosográficos que muchas veces ya están en desuso. A través de este abundante material clínico Trélat intenta sin cesar demostrar y predecir la pesada, la implacable herencia morbosa, a veces real pero más frecuentemente una mera suposición. Zola no lo olvidó al escribir los Rougon-Macquart, algunos años más tarde, dando una dimensión literaria imponente a esta noción etiológica, que entra así en las grandes mitologías médico-filosóficas de la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX.

IV. LAS FRONTERAS DE LA LOCURA

La diferenciación de la locura y la cordura tiene de por sí algo de imposible. Lo ha tenido, lo tiene y lo tendrá. Y es así porque en nuestro auxilio no podemos echar mano de criterios del todo fiables ni menos aún de biomarcadores de no se sabe qué. Ni el laboratorio ni la psicometría ni la radiología pueden desplazar a la clínica, único referente en el diagnóstico psíquico. Cuando se trabaja en la trastienda del alma, lo mejor es acostumbrarse a cierta inseguridad y aquietar la soberbia. Pues no sólo el diagnóstico tiene algo de incierto, sino que nuestras clasificaciones son artificiales y las categorías nosológicas que usamos están más cerca de las construcciones discursivas que de los hechos probados. Si gracias al lenguaje –parafraseando a Wittgenstein– conocemos

el mundo, también debemos reconocer que la propia estructura binaria del lenguaje introduce ahí un cierto límite, más acusado aún cuando se trata de la locura, ese mundo de palabras rotas.

La locura es un tipo de experiencia solitaria e inefable. Aunque difieran en muchos aspectos e intensidades de las del hombre reputado de normal, algunas vivencias de la locura nos resultan conocidas y próximas por el mero hecho de ser genuinas de la condición humana. El caso es que para acercarse a la locura y tratar con el loco, el clínico debe acudir a la cita medio desnudo, apenas protegido con su deseo, sus rudimentos teóricos y la experiencia acumulada. Desprendido de protocolos y taxonomías, momentáneamente eximido de su función sanitaria y social, ahí, a la intemperie, es donde se encuentra con el loco. Bajo el mismo sol, sucede en ocasiones que algunas diferencias se difuminan.

La historia de la psicopatología moderna es la historia interminable de la oposición entre razón y locura. Sin esta confrontación inicial, a menudo forzada en sus términos y falseada en sus argumentos, la psiquiatría de las enfermedades mentales no hubiera existido. Ese antagonismo se ha fundamentado mediante el establecimiento de contrastes y la acentuación de diferencias. Toda la semiología clínica, elaborada durante la segunda mitad del siglo XIX y primeras décadas del XX, consiste precisamente en distinguir determinados signos morbosos y adscribirlos a categorías clínicas diferenciables[14]. Sea a través de las desemejanzas y matices aportados por la semiología, del realce de las formas evolutivas y terminales de las enfermedades, de subrayar las manifestaciones más llamativas durante el periodo de estado o de determinar los mecanismos específicos que organizan las estructuras clínicas, sea por una u otra de estas vías, lo cierto es que se ha trazado una frontera artificial entre el amplificado territorio de la patología mental y el de la normalidad, cada vez más reducido. A medida que se adensaba esa separación entre patológico y normal, entre locura y razón, a medida que lo enfermo colonizaba nuevos espacios, un creciente silencio se adueñaba de la relación clínico-paciente. Da la impresión, desde este punto de vista, de que el porfiado empeño en arrinconar la locura y convertirla en mera enfermedad ha convertido la psiquiatría moderna y la psicología cognitiva en un raquítico catálogo de conocimientos al servicio de intereses muy alejados del cometido clínico.

---

14. Véase al respecto nuestra «Presentación. *Manual de semiología de las enfermedades mentales* de Enrico A. Morselli», en E. MORSELLI, *Manual de semiología de las enfermedades mentales. Guía de las diagnosis de la locura para uso de los médicos (Selección)*, Madrid, Ergon. La Biblioteca de Alienistas del Pisuerga, 2011, pp. XI–XXVII.

Si el anhelo de la psicopatología psiquiátrica consiste en determinar y precisar los caracteres propios de la patología mental, si su sueño es afianzar sus límites y acentuar sus contrastes, a su paso le sale un problema de difícil solución. Mejor dicho, de imposible solución puesto que es consustancial a los fines que se propone. A ese obstáculo, tan brumoso como potencialmente esquivo, le llamamos las formas discretas y normalizadas de la locura, un asunto siempre presente –por diversas razones– en la historia de la clínica mental[15].

A muchos les resulta sorprendente, incluso inquietante, este singular oxímoron según el cual la locura pueda ser razonante, lúcida, parcial, normalizada o discreta. En definitiva, que pueda haber locos que no lo parecen[16], psicóticos con traje de neuróticos[17] o territorios en los que la locura se da la mano con la cordura. Esta problemática se suscitó hace dos siglos. Surgió a la par que se asentaba el primer modelo psicopatológico moderno, el modelo de la alienación mental de Pinel. Con escasos rudimentos semiológicos, aunque con una admirable cercanía a la locura y a cada caso particular, Pinel elaboró una visión unitaria de la antigua locura a la que llamó *aliénation*. A los alienados o locos de entonces se les reconocía por cosas muy superficiales: el comportamiento estrafalario, desentonado, a veces peligroso consigo mismo o con los otros; los dichos raros, tercos e increíbles; el sentir y percibir cosas que no existen; las explosiones de euforia o la hondura de la tristeza; el entregarse a causas perdidas que, en apariencia, no servían para nada; y, en algunos casos, la debilidad de la inteligencia. Amante y buen conocedor del mundo clásico, Pinel –también su alumno Esquirol– creía en la parcialidad de la locura, es decir, consideraba que los alienados no estaban completamente locos. Ni siquiera los maniacos, representantes por excelencia de lo que por entonces se llamaba la locura general.

De la mano de la locura parcial se introduce en la futura psiquiatría de las enfermedades mentales una problemática definitivamente irresoluble. ¿Cómo podía ser que un loco no lo estuviera del todo, es decir, que razonara, pareciera normal e incluso se mostrara lúcido? Como tal, esta cuestión apenas interesó a la psicopatología anterior al cientificismo, pues razón y sinrazón no se excluían

15. Continuamos aquí la línea argumental esbozada en algunas de las obras publicadas en esta colección, en especial en los volúmenes dedicados a la locura razonante (P. SERIEUX y J. CAPGRAS, *Las locuras razonantes. El delirio de la interpretación*, Madrid, Ergon. La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2007) y la melancolía (J. COTARD y J. SÉGLAS, *Delirios melancólicos: negación y enormidad*, Madrid, Ergon. La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2008).

16. *Cf.* J. M.ª ESQUERDO, *Locos que no lo parecen. Garayo el Sacamantecas*, Madrid, El liberal, 1881.

17. La expresión es de J.-P. DEFFIEUX, «Un caso no tan raro», en J.-A. MILLER *et al.*, *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999, pp. 201-207.

con la misma fuerza que ahora; de ahí que, en la melancolía, la gran locura antigua, ambos extremos no sólo cohabitaban, sino que contribuían al genio creativo. Al mismo tiempo que la ideología de las enfermedades mentales se tornó hegemónica, Jean-Pierre Falret y otros psiquiatras mostraron su desacuerdo con esa supuesta alienación a medias, que ni es locura ni parcial, sino una «enfermedad mental».

La transformación de la medicina mental antigua y del alienismo en una psiquiatría de aspiraciones científicas, a la que contribuyeron de forma especial J.-F. Falret, Griesinger y Kahlbaum, hubo de vérselas con el escollo de estos locos parciales, llamados monomaniacos, seudomonomaniacos, locos morales, locos razonantes y lúcidos, y, especialmente en los países de lengua alemana, paranoicos. El caso es que los médicos tenían la impresión de que había más locos de los que parecía. Muchos más, desde luego, de los que les consultaban o estaban ingresados. Guislain, pionero de la medicina mental belga, dejó dicho que «el monomaniaco tiene la máscara y todas las apariencias del hombre cuerdo». También nosotros tenemos esa impresión. Y no es caprichosa, puesto que, en ocasiones, algunos de esos pacientes un tanto raros aunque discretos y acomodados en la realidad común, de pronto enloquecen y manifiestan las características propias de la psicosis. A afianzar esa impresión contribuyen asimismo ciertos episodios que nos refieren algunos sujetos de vida normalizada, episodios que, pese a su brevedad y atenuadas consecuencias, tienen la impronta de la locura *stricto sensu*. Pero la clínica no puede limitarse a impresiones. La cuestión es cómo iluminar un territorio de por sí oscuro y evanescente.

V. «SEMIALIENADOS» Y «TODOS DELIRANTES»

A este agujero en el saber psicopatológico se sumaba la necesidad de dar respuesta a las consecuencias sociales y de orden público ocasionadas por la locura. Es por ello que muchos de los primeros alienistas o frenópatas mostraran una especial inclinación por este tipo de locos. Esa cuestión les comprometía sobre todo por tres motivos: primero, ampliar el conocimiento de la patología mental para así afianzar un ámbito del saber y circunscribir una práctica específica; segundo, descubrir a este tipo de chalados, controlarlos y aplicarles ciertas medidas correctoras que contribuyeran al buen funcionamiento familiar y social; tercero, en caso de que cometieran algún desmán, considerarlos irresponsables como al resto de locos.

En este contexto Ulysse Trélat acomete el estudio de estos lunáticos de apariencia más o menos común. De resultas de su investigación, en 1867 publica una monografía de hermoso título, *La folie lucide*, obra que contribuye al debate sobre esa contradicción interna en la que se asienta la psi-

copatología psiquiátrica. Es de lamentar, sin embargo, que sus aportaciones a la psicopatología sean más bien escasas. A la vista de las setenta y siete observaciones clínicas publicadas y de los argumentos hilvanados, se advierte de entrada hasta qué punto el autor asocia la locura y la malignidad. Desde su punto de vista la maldad y la peligrosidad se funden con la locura, como si estuvieran hechas de la misma pasta. Tanto es así que, a juicio de Trélat, la «ingratitud» y el rechazo de todo consejo constituyen las dos «características patognomónicas» de la locura lúcida[18]. De ahí que el médico, por tener «las almas a su cargo»[19], deba velar por el bien de las familias y de la sociedad desenmascarando lo invisible de la locura y poniendo al loco a buen recaudo.

Ya se trate de imbéciles, sátiros, ninfómanos, monomaniacos, eróticos, celosos, malvados, dipsómanos, despilfarradores, orgullosos, cleptómanos, suicidas, abúlicos o maniacos, todos ellos, en mayor o menor medida, son sujetos lúcidos e incurables en su gran mayoría. Proporcional a su lucidez es la peligrosidad y capacidad de hacer daño, pues un cierto número de estos alienados están dotados de una gran voluntad, mantienen su espontaneidad, su capacidad de acción y su influencia. Conforme a esta visión de la locura, Trélat arenga a sus lectores: «Es necesario que quienes están dotados de razón los reconozcan para no comprometerse en matrimonio ni mantener relaciones con ellos»[20]. De tanto enfatizar la negatividad de la locura, el propio autor, por fuerza consciente de ese sesgo peyorativo que adquieren sus palabras, se ve llamado a aclarar: «De ningún modo [este libro] está escrito como manifestación de odio a los alienados, pero sí menos centrado en su interés que en el de sus allegados, y realmente con vistas a ilustrar un campo peligroso, a reducir en lo posible las uniones desgraciadas»[21].

Echando mano de una semiología simple y sin contar con el repertorio clínico que habría de aportar la psicología patológica de Freud, Trélat y sus coetáneos tenían apenas impresiones o intuiciones más o menos fundadas, aunque difíciles de probar. Sabedor de que caminaba a tientas por una habitación oscura, Guislain, por citar a uno de los pioneros, se interesó en las cartas escritas por los alienados e hizo de ellas la prueba más fiable para establecer el diagnóstico: «Mientras que todos sus actos y su palabra no predicen un

18. Ulysse TRÉLAT, *La folie lucide: étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*, ob. cit., pp. 314-329.

19. *Ídem*, p. 350

20. *Ídem*, p. 15

21. *Ídem*, p. IX

estado mórbido, la palabra escrita descubre frecuentemente este estado»[22]. Acostumbrados a la gran locura merced a su práctica manicomial, a ojos de aquellos médicos, los locos lúcidos y discretos ni decían cosas tan raras ni se comportaban de forma estrafalaria, de ahí la dificultad de reconocerlos. Eran, como escribe Trélat, «locos en sus actos antes que en sus palabras»; en definitiva, locos que no lo parecen «porque se expresan con lucidez».

De sobra conocemos cómo la psiquiatría de las enfermedades mentales arrinconó este tipo de locura discreta y razonante, aspecto ejemplarmente mostrado por la desmembración de la paranoia hasta su casi total desaparición. Pero la transformación de la locura o paranoia en una forma de demencia precoz o esquizofrenia, compromiso que asumió primero Kraepelin y después Bleuler, no contribuiría ni a la solución del problema ni tampoco a su silenciamiento. Por esa razón, el problema de las formas discretas o normalizadas de la locura reaparece periódicamente y a menudo de forma intempestiva, siempre cuestionando los fundamentos nosológicos y nosográficos de todos los modelos psicopatológicos de corte categorial o estructural.

Además de este intento tenaz de deshacerse de las formas razonantes o lúcidas, es decir, de forzar todavía más la separación entre razón y locura, la psicopatología psiquiátrica se ha dado de bruces con este problema a través de una vía muy distinta, aunque inherente al propio desarrollo de las categorías clínicas. Séglas, Kraepelin o Bleuler, por citar a algunos de los más destacados constructores de las categorías o tipos clínicos, se guiaron en su quehacer por modelos de pacientes extremos, prototipos cuyo elevado grado de patología resaltaba más aún los contrastes. De ahí que, al leer las *Lecciones clínicas* de Séglas o la *Introducción a la clínica psiquiátrica* de Kraepelin nos resulte tan sencillo familiarizarnos con la descripción de las distintas enfermedades y de los perfiles psicopatológicos. Ahora bien, a medida que descendemos peldaños de gravedad y nos aproximamos a sujetos más cercanos a la normalidad, las cosas comienzan a complicarse y los retratos se difuminan o se vuelven grotescos. Esa sensación se tiene con la descripción de la locura maniaco-depresiva de Kraepelin, en donde se aprecian diferencias notorias entre los grandes enfermos melancólicos y los distímicos o meramente tristes[23]; o, en el caso de la esquizofrenia bleuleriana, la enorme distancia que separa la esquizofrenia paranoide, catatónica, hebefrénica, incluso la simple, de la llamada «esquizofrenia latente».

---

22. Joseph GUISLAIN: *Leçons orales sur les phrénopathies*, vol. I, París, 1852, p. 51. Lo mismo opina Trélat, quien escribe: «Hay alienados lúcidos que no se descubren más que escribiendo» (*Ídem*, p. XV)

23. *Cf.* E. KRAEPELIN, *La locura maniaco depresiva*, Madrid, Ergon. La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2012.

Como se acaba de apuntar, todo lo luminoso que tienen las descripciones de los tipos clínicos extremos, lo tienen de oscuro las formas más cercanas a la normalidad. Pues al retratista de la patología, acostumbrado a la caricatura, es decir, a resaltar los rasgos extravagantes, las actitudes chocantes y los decires peculiares, le tiembla el pulso cuando el modelo es discreto, lúcido, razonante y normalizado. ¿Qué decir de estos sujetos que pasan desapercibidos pero se tiene la impresión de que están locos? ¿Es posible apoyar la mera impresión en un dato semiológico? En lo tocante a la locura normalizada, las preguntas son más abundantes que las respuestas.

Al adentrarnos en el terreno de la locura lúcida, razonante, ordinaria y discreta, de inmediato la semiología clínica nos suelta de la mano y el referente de las categorías clínicas se desvanece. Esta sensación se tiene al leer las descripciones de los clásicos al respecto de algunas formas de paranoia, en especial las rudimentarias, las integradas en los delirios sensitivos y aquellas otras cuyo delirio es mínimo o coincide con la realidad; también en las formas locas de la melancolía simple (no delirante), en especial de las que describiera Krafft–Ebing, Tanzi y Séglas; por último y sobre todo, en los esquizofrénicos incluidos por Eugen Bleuler en los subtipos de esquizofrenia simple y latente.

Sólo existen dos puntos de vista para investigar la psicología patológica: la perspectiva categorial o estructural y la continuista o elástica. Esos dos enfoques son cuestionados por la locura parcial, razonante, lúcida o normalizada, de ahí la utilidad de esta referencia para pensar el *pathos*. Si se asume una posición discontinua y estructural, la oscuridad se situará en la línea divisoria de la locura y la cordura o la psicosis y la neurosis. Se trata, en este caso, de un problema que atañe a los límites y las fronteras. Para solucionarlo se han creando categorías intermedias (en especial los *borderline* y los trastornos límite) y ampliado las formas mixtas, acercándose con ello a la perspectiva elástica o continuista. De esta forma los embrollos propios del modelo estructural se pretenden resolver aplicando la visión continuista. Cuando se asume este punto de vista dimensional, la dificultad que se suscita es distinguir al cuerdo del loco. De manera que el problema de las fronteras del *pathos* no se soluciona aboliéndolas ni tampoco edificándolas. La concepción categorial, estructural o nosológica aboca inevitablemente a la creación de espacios intermedios, como el de los «semialienados»[24] o locos normalizados, es decir, terrenos donde alojar a algunos sujetos que comparten locura y cordura. De esa hermandad parte el enfoque dimensional o elástico, cuyo argumento inicial

24. Ulysse TRÉLAT, *La folie lucide: étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*, ob. cit., p. 65.

es que «todos deliramos» o «estamos un poco locos». Este tipo de afirmaciones de corte universalista oscurecen de por sí lo genuino de la experiencia de la locura. Como se puede comprobar, el problema se desplaza de un polo al otro, siempre dependiendo del modelo que se aplique para aprehender ese real de la locura. De haber una solución, sin duda la más cabal es adoptar a la vez ambas perspectivas[25].

VI. RAZÓN Y LOCURA

El problema que suscita conocer la parte de razón que los locos pierden o conservan en el curso de su enfermedad, como se acaba de mencionar, ha cuestionado a la psiquiatría desde sus primeros pasos. El asunto se ha formulado a lo largo del tiempo desde distintas perspectivas. Unas veces se ha disputado sobre si la locura era total o parcial, es decir, si afectaba a la totalidad del intelecto o tan solo a algunas facetas aisladas. La inclinación a favor de una u otra respuesta fue en su momento decisiva para dirimir la responsabilidad legal de los enfermos y, por ende, la competencia de los psiquiatras. Si la razón se perdía de forma total, el enfermo quedaba exonerado de responsabilidad, pero si solo le afectaba parcialmente, todo lo más era eximido en algún grado a determinar. La toma de posición no solo interesaba al papel médico-legal del psiquiatra, terreno donde encontró el alienista el primer argumento para legitimar su profesión en el seno de la Medicina, sino que compromete también al saber psicopatológico sobre la locura. Es distinto dar por sentado que el loco desvaría en todos los sentidos y campos de conocimiento, que tratar de discriminar unos componentes enfermos de otros sanos e incluso plantearse qué relación guardan entre ellos.

Un segundo punto de vista plantea una cuestión temporal. Hay que decidir si enfermo pierde la razón durante un tiempo o siempre a perpetuidad. De hecho, la enajenación transitoria se convirtió en otro debate singular con ramificaciones también médico-legales y clínicas. La posibilidad de que alguien pudiera perder la cabeza unos momentos y recuperarse después condicionaba las penas judiciales de una manera determinante. Desde el punto de vista de la psicopatología el asunto estaba cargado igualmente de trascendencia, pues la existencia de psicosis breves, pasajeras o abortivas, casi siempre vinculadas a experiencias biográficas o condicionantes subjetivos, rompía con el criterio nosológico tradicional, inclinado a la degeneración, el deterioro y la cronicidad.

---

25. Véase J. M.ª ÁLVAREZ y F. COLINA, «Sustancia y fronteras de la enfermedad mental», en M. DESVIAT y A. MORENO (eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad*, Madrid, A.E.N., 2012, pp. 137-149.

La tercera perspectiva pasa por la apariencia, y es en la que se detiene especialmente Trélat. Un enfermo puede haber perdido la razón y no parecerlo. Para descubrirlo se necesita o bien de alguien perfectamente preparado que ejerza como perito, lo que nos devuelve de nuevo al terreno legal, o bien de un buen psicopatólogo que afine sobre síntomas delgados y casi transparentes, invisibles para el profano e incluso para el profesional. Cómo distinguir a un loco que no llega a estarlo, o a uno que oculta su locura con habilidad, es uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos de continuo.

Como vemos, las relaciones de la razón y la locura son peliagudas. No solo comprometen a la interpretación de los síntomas psicóticos sino que afectan a su prevención y a las modalidades de tratamiento. En cualquier caso, como afirmara ya Pinel, los locos «más o menos razonan todos». La cuestión a dirimir entonces es en qué se diferencia su razón de la nuestra, en caso de que esta pregunta sea pertinente, pues en nuestro recuerdo perviven las célebres palabras que Leuret escribió al final de su carrera: «No me ha sido posible, pese a mi esfuerzo, distinguir por su sola naturaleza una idea loca de una idea razonable. He buscado en Charenton, en Bicêtre, en La Salpêtrière, la idea que me parecía más loca; luego, cuando la he comparado a un buen número de ellas que encontramos en el mundo, me he quedado sorprendido y casi avergonzado de no ver la diferencia»[26].

Visto lo visto, incluso podemos llegar a pensar que es la enfermedad la que devuelve la razón a los enfermos, y que tras una aparente normalidad, algo escuálida en materia de razonamiento, es la locura la encargada de estimular la reflexión del sujeto. Nietzsche llegó a reconocer sobre sí mismo que «la enfermedad me puso en razón», aludiendo sin duda a este efecto benefactor de la locura. Esta condición tan a favor del pensamiento de los locos, en la línea de la conocida opinión de Chesterton, para quien el loco ha perdido todo menos la razón, nos anima a preguntarnos más en concreto por el pensamiento de los enfermos.

¿Qué le ha sucedido al psicótico para que de buenas a primeras se ponga a pensar lo que piensa y lo haga de forma insistente e intensa? Probablemente, algo que tiene que ver con su universo lingüístico. De súbito, una herida semiabierta y latente, que había permanecido callada, desgarra el lenguaje, rompe la cadena verbal y destroza el cuerpo de las palabras, sumiendo al esquizofrénico en una angustia inaudita. La indisociable unión de cosa y palabra, que hasta entonces había permitido la inclusión del sujeto en un mundo conocido y compartido, se interrumpe de repente. El lenguaje, entendido no

26. F. LEURET: *Fragments psychologiques sur la folie,* París, Crochart, 1834, p. 41-42.

como un instrumento que comunica sino como un medio en el que se está, es decir, como un componente inherente a la realidad, se desprende de las cosas y las despoja de cualquier posibilidad de ser nombradas o simbolizadas por la palabra. Desde ese momento, un mundo enigmático y desconocido se impone al enfermo, al que avasalla con su provocador silencio y sus fenómenos enigmáticos.

La descripción anterior evoca todo aquello que la psiquiatría ha denominado síntomas primarios o fenómenos elementales de la psicosis, hechos que persigue en esa búsqueda, tan genuina de la psicopatología, como es el aislamiento de los componentes más primitivos y originales de la locura. Tentación que nadie pasa por alto, ni puede hacerlo, a la hora de estudiar los síntomas psicóticos.

Pues bien, son precisamente estos sucesos primarios los que entendemos que convocan de urgencia al pensamiento. Y lo hacen por dos motivos distintos. Uno, para reparar lo antes posible la huida del lenguaje de la realidad, que antes le era inmanente y consustancial. Otro, para tratar de cicatrizar el hueco abierto en el mundo, un desgarro que no deja de apuntar al psicótico y desde el que se le observa y persigue de modo constante, como si sufriera ese castigo por haber descubierto la guarida de la verdad y del origen de los dioses.

Así las cosas, devolver el lenguaje a la realidad para revertir la crisis supone, primero, reconstruir la cadena del habla y reponer el carácter lineal del discurso. Es necesario que unas palabras sucedan a otras sin amontonarse de modo incomprensible o sin transformarse en ruidos mecánicos por efecto del roce material de los significantes, como le sucede al esquizofrénico. En segundo lugar, conlleva la capacidad para dejar espacio libre entre los significantes que, en condiciones normales, además de ordenarse linealmente lo hacen de modo discontinuo, con suficiente separación entre ellos como para hacerles identificables. Esos espacios en blanco son precisamente la puerta por donde mana la angustia en el caso del psicótico, que se resiente ante el descorrimiento lingüístico del mundo. El habla debe volver a demostrar la suficiente capacidad de unión con la realidad como para que las palabras se separen y distingan, de tal modo que el vacío que permite identificar unas palabras de otras no se convierta en una puesta en abismo de la identidad y en un riesgo enloquecedor.

Una vez que el psicótico ha conseguido reconstruir suficientemente el desperfecto y ha recuperado los movimientos verbales, tiene que cerrar la vía de agua que se ha abierto en su mundo, para lo que debe recurrir al intento de reparar el muro agrietado. Para ello dispone de tres recursos. Uno, amontonar significados en una única palabra para que se convierta en una suerte de barricada ortopédica que impida el encharcamiento de angustia. Lo intenta mediante

el uso de neologismo, holofrases o palabras hipersemánticas que adensan el sentido y sueldan los bordes de la herida al precio de interrumpir el significado convencional del discurso o de retornar de continuo de modo doloroso.

También, en segundo lugar, puede intentar cubrir la herida a fuerza de hablar, gritar o llenar el entorno de voces y sonidos para cubrir con una catarata verbal el desgarro producido. Así lo procura también Schreber en el capítulo quinto de su obra, cuando reconoce que su obligación principal es, *por supuesto*, pensar[27]. Pensar sin interrupción ni descanso. Pensar como modo de postular un ánimo más tranquilo y mejores materiales para su identidad. De este modo se procura una hipertrofia intelectual que el psicótico necesita para sujetar la mente en su sitio, que de otro modo no acierta a controlar.

En tercera opción, procura neutralizar el descosido concediendo a algunas palabras una certeza absoluta que bloquea, con su verdad solidificada, cualquier intento de desbordamiento. Certeza que, por otra parte, solicitará el apuntalamiento narrativo a través de la imaginación y la deducción lógica desde axioma construido. En eso consiste precisamente delirar y construir un delirio.

Durante este proceso el psicótico acumula representaciones, juega con ellas o sencillamente «descubre la verdad». Lo que no hace es investigar o deducir bajo un rigor formal. Más bien capta de un modo directo e inmediato. Ve lo que ve. De una vez y para siempre. Entiende lo que entiende, y enseguida le busca un motivo que recaerá obligatoriamente en la figura de un enemigo. Pero aunque poco a poco vaya atando cabos sobre el complot que urden, no cambia de idea ni busca otra que la remplace, como exige el pensamiento crítico. En su interior una idea única domina todo el paisaje, lo que veta la aplicación a su intelecto de ese principio hermenéutico esencial bajo cuyo dictado soberano se concibe que entender es entender siempre de otra manera. No hay, en efecto, otro fundamento más firme para la verdad que la crítica y el cambio ideas.

Sin embargo, sobre ese pilar racional tan inconsistente construye el psicótico su artificio, que si bien no le sirve para conocer objetivamente la realidad salva su alma de una escisión aún más terrible y dolorosa. Las frases que Kant dedicó a la locura resuenan para la ocasión con toda su grandeza: «Es, empero, admirable que las fuerzas del alma destrozada se coordinen, sin embargo, en un sistema, y la naturaleza tienda incluso en la sinrazón a introducir un principio que las una, a fin de que la facultad de pensar no permanezca ociosa»[28].

---

27. «Así, por ejemplo, a la pregunta antes planteada se daba esta respuesta: "En el orden cósmico debería ese", por supuesto (*scilicet*) "pensar"» (Daniel Paul SCHERBER: *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, traducción de Marciano Villanueva Salas, Madrid, A.E.N., 2003, p. 58).

28. I. KANT, *Antropología,* Madrid, Alianza, 1991, p. 137.

Hay que tener en cuenta también que el psicótico dispone a menudo de otro tipo de pensamiento desconcertante y hondo que brota del carácter inmediato y reflejo de su saber. Pero en esta ocasión no se limita a significar con urgencia para tapar las vías de agua de su lenguaje, sino que, como si se tratara de un efecto noble de su inmediatez, permite que ciertas verdades, normalmente inaccesibles para los demás, lleguen casi caprichosamente a su conciencia. Ningún filtro, ninguna cadena lógica se interpone entre el objeto y su conocimiento, lo que le facilita desarrollar su perspicacia para captar aspectos que a nosotros nos pasan normalmente desapercibidos. De este modo ejerce una suerte de deconstrucción máxima de los conceptos, un vaciamiento fomentado por la enfermedad que le permite ver las cosas desde su originalidad y su esencia. Se sitúa de este modo en ese terreno conflictivo y creador donde, en palabras de Nietzsche, «la falsedad de un juicio ya no es una objeción contra el mismo»[29]. Su genio no nace de la curiosidad ni de la decisión de conocer, sino que es producto exclusivo del punto de vista directo que le permite la locura.

Foucault nos advirtió acerca de que el hombre moderno se caracteriza porque la verdad ya no le salva, y en ese sentido podemos afirmar que el esquizofrénico es el más moderno de todos. Su verdad deja de ser una garantía y solo se muestra como un paliativo urgente contra su sufrimiento. Pese a todo, el loco lucha por su razón, defiende su punto de vista e intenta soliviantar el ajeno. Schreber se propone alcanzar «un resultado y sólo uno: el de despertar en los médicos la duda y el de hacerles trabajar un poco la cabeza»[30]. Aceptemos por lo tanto su provocación, hagamos balance y escuchemos sin perder detalle.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban

---

29. F. NIETZSCHE, *Más allá del bien y del mal*, Madrid, Alianza, 1979, p. 24 (5ª ed.)

30. D. P. SCHREBER, *Memorias de un neurópata (Legado de un enfermo de los nervios)*, traducción de Italo Manzi, Buenos Aires, Petrel, 1978, p. 142 (nota 63). En la traducción de Marciano Villanueva Salas, que generalmente preferimos, esta frase aparece más detallada: «Debería considerar como un gran triunfo de mi capacidad dialéctica que el presente trabajo, que está adquiriendo la naturaleza de tratado científico, sirviera al menos para que los médicos, meneando dubitativamente la cabeza, se preguntaran si no habrá algo de verdad en mis presuntas ideas delirantes y alucinaciones sensoriales. De haberse intentado una explicación de viva voz, difícilmente habría podido yo contar con que se tuviera la paciencia suficiente ya tan sólo para escuchar una exposición tan prolija, y menos aún con que se considerara que valía la pena tomarse la molestia de reflexionar sobre tales desvaríos». D. P. SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios,* Madrid, AEN, 2003, p. 115 (nota 63).