

Elvira GUILAÑÁ I PALANQUES

***DE UNA CUESTIÓN PRELIMINAR A TODO
TRATAMIENTO POSIBLE DE LA PSICOSIS:
UNA LECTURA A TRAVÉS DEL CASO SCHREBER***

Tesis doctoral dirigida por el Dr. Jordi BACHS I COMAS

Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia social

Facultat de Psicologia

Universitat Autònoma de Barcelona

1997

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. COORDENADAS HISTÓRICAS	13
DE LA LOCURA A LA ENFERMEDAD MENTAL: CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	15
1. CLÍNICA SINCRÓNICA	18
1.1. CLÍNICA FRANCESA: LOS DELIRIOS PARCIALES	19
1.2. CLÍNICA ALEMANA: "PSYCHIKER" Y "SOMATIKER"	23
1.2.1. W. GRIESINGER Y EL MODELO DE PSICOSIS ÚNICA	26
1.2.2. Th.MEYNERT: LA AMENCIA	30
2. CLÍNICA DIACRÓNICA: DE LA HOMOGENEIZACIÓN A LA ATOMIZACIÓN	34
2.1. J.P. FALRET: ENTIDADES CLÍNICAS AUTÓNOMAS	34
2.2. PARANOIA: LA REINA DE LAS LOCURAS	37
2.3. E.KRAEPELIN: EL OCASO DE LA PARANOIA	41
3. EL CARÁCTER PARANOICO Y LA CONFUSIÓN MENTAL EN LA CLÍNICA FRANCESA	45
II. MEMORIAS DE UN NEURÓPATA	48
LAS MEMORIAS: EFECTOS DE LECTURA	51
1. LOS SCHREBER: CONSTELACIÓN FAMILIAR	53
1.1. LOS ORÍGENES: POR LA ESCRITURA A LA REGENERACIÓN MORAL	54
1.2. D.G.MORITZ SCHREBER: LA GIMNASIA ORTOPÉDICA COMO PANACEA UNIVERSAL	56
1.3. EL OTRO MATERNO Y LA FRATRIA	63
– Daniel Gustav Schreber	65
– Anna Schreber	66
– Klara y Sidonie Schreber	67
1.4. ÁRBOL GENEALÓGICO DE LA FAMILIA SCHREBER	68

2. DANIEL PAUL SCHREBER	69
2.1. PRIMERA ENFERMEDAD, PRIMER INGRESO EN LA CLÍNICA DE LEIPZIG: DEL 8 DE DICIEMBRE DE 1884 AL 1 DE JUNIO DE 1885	71
2.1.1. ENCUENTRO CON P.FLECHSIG	72
2.2. PERIODO DE APACIGUAMIENTO: OCHO AÑOS DE FELICIDAD	73
2.3. SEGUNDA ENFERMEDAD; EL DESENCADENAMIENTO	74
2.3.1. REENCUENTRO CON FLECHSIG	75
2.3.2. SEGUNDO INGRESO EN LA CLÍNICA DE LEIPZIG DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 1893 AL 15 DE JUNIO DE 1894	76
2.4. PRIMERAS MANIFESTACIONES SOBRENATURALES: TIEMPO SAGRADO .	78
2.4.1. UNA CRISIS EN EL ORDEN DEL UNIVERSO: EL ASESINATO DEL ALMA (SEELENMORD)	79
2.4.2. AXIOMAS SOBRE LAS ALMAS Y DIOS	81
2.4.2.1. SOBRE EL ALMA	82
2.4.2.2. SOBRE UN DIOS DE LENGUAJE	83
– Ser dejado plantado (<i>liegen-lasen</i>) y juego continuo del pensamiento	84
– El lenguaje fundamental	86
– Los reinos de Dios	86
2.4.3. INGRESO EN LA CLÍNICA DEL DR. PIERSON: DEL 15 DE JUNIO DE 1894 AL 28 DE JUNIO DE 1894	87
2.4.3.1.VICISITUDES Y PERTURBACIONES EN LA "COCINA DEL DIABLO"	89
– Los hombrecitos (homúnculos)	90
2.4.4. INGRESO EN SONNENSTEIN: DEL 29 DE JUNIO DE 1894 AL 20 DE DICIEMBRE DE 1902	91
2.4.4.1.PRIMER PERIODO EN SONNENSTEIN	91
2.4.4.1.1.1. EL AMARRE A LAS TIERRAS	92
2.4.4.1.1.2. EFECTOS DEL FRACASO DEL AMARRE A LAS TIERRAS	94
2.4.4.1.1.3. DEGRADACIÓN DE LA INTEGRIDAD CORPORAL POR VÍA DE MILAGROS	95
2.4.4.1.1.4. MOLDEADO DEL HUMOR	97
2.4.4.2.SEGUNDO PERIODO EN SONNENSTEIN: LA RECONCILIACIÓN (<i>VERSÖHNUNG</i>)	100
2.4.4.2.1. LA ETERNIDAD	103
2.5. RECURSOS AL TRIBUNAL	104
2.6. ÚLTIMO INGRESO Y MUERTE DE D.P. SCREBER: CONSIDERACIONES FINALES	106

III. APORTACIONES DE FREUD A LA CLÍNICA DE LA PSICOSIS 109

LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS: SOBRE LA CAUSALIDAD 111

1. PRIMERA ELABORACIÓN DE UNA ETIOLOGÍA DE LAS PSICONEUROSIS: ESBOZO MECANICISTA	114
1.1. EL CONCEPTO DE DEFENSA Y SU ARTICULACIÓN CON LA PULSIÓN: UNA CLÍNICA DE EVACUACIÓN DE GOCE	118
1.2. LA DEFENSA EN LAS NEUROSIS	121
1.2.1. EN LA HISTERIA	123
1.2.2. EN LA NEUROSIS OBSESIVA	123
1.3. LA DEFENSA EN LAS PSICOSIS	124
1.3.1. PSICOSIS ALUCINATORIA	125
1.3.2. PARANOIA	127
1.4. TRAUMA Y FANTASMA: CAUSA Y SENTIDO	129
2. LOS AVATARES DE LA LIBIDO: DESARROLLO Y ESTADIOS	132
2.1. FREUD Y LA ESCUELA DE ZURICH	138
2.2. E. BLEULER: UNA APROXIMACIÓN PSICODINÁMICA	142
2.2.1. EL ASOCIACIONISMO Y LA OBRA DE H.JACKSON: SU INFLUENCIA EN LAS TEORIAS DE E. BLEULER	144
2.2.2. EL GRUPO DE LAS ESQUIZOFRENIAS: UN EJEMPLO DE ECLECTICISMO	147
2.3. C.G.JUNG: DE BLEULER A FREUD	153
2.4. JUNG CON FREUD: DEBATE SOBRE LA LIBIDO BAJO EL ENTRAMADO DE LA CORRESPONDENCIA	157
2.4.1. SOBRE LA LIBIDO: ETIOLOGÍA Y CLÍNICA DIFERENCIAL	157
2.4.2. LA PARANOIA, UNA DEFENSA FRACASADA: REPRESIÓN-PROYECCIÓN	159
2.4.3. JUNG: DESACUERDOS Y POSTERIORES ELABORACIONES	168
2.5. OTRAS APORTACIONES AL DEBATE: O.GROSS Y LA DEMENCIA SEJUNTIVA	173
2.6. CONCLUSIONES FREUDIANAS FRENTE A LOS PLANTEAMIENTOS DE BLEULER Y JUNG	180

3. FREUD: LECTOR DE SCHREBER	182
3.1. EL CASO SCHREBER EN LA CORRESPONDENCIA FREUD-JUNG	183
3.2. PUNTUALIZACIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE UN CASO DE PARANOIA (DEMENTIA PARANOIDES) AUTOBIOGRÁFICAMENTE DESCRITO	186
3.2.1. SOBRE LA IRRUPCIÓN DE LA PSICOSIS	188
3.2.2. SOBRE LA TRANSFERENCIA	190
3.2.3. UNA GRAMATICA DE LAS PULSIONES	195
3.2.4. EL NARCISISMO, EL YO Y LA ESTRUCTURA DE LA PARANOIA EN EL CASO SCHREBER	200
3.2.5. SOBRE LA CLÍNICA DIFERENCIAL	200
4. FREUD DESPUÉS DE SCHREBER: INTRODUCCIÓN DEL NARCSISMO	205
4.1. SUBLIMACIÓN E IDEALIZACIÓN	208
4.2. NEUROSIS Y PSICOSIS: LA PÉRDIDA DE REALIDAD	210
IV. LECTURAS DEL CASO SCHREBER A PARTIR DE LAS TESIS FREUDIANAS: APORTACIONES, CONSTATAIONES Y DIVERGENCIAS	215
1. LOS ALUMNOS DE FREUD	217
1.1. K. ABRAHAM: ESTADIOS LIBIDINALES	218
1.2. S.FERENCZI: CONSTATACIÓN DE LAS TESIS FREUDIANAS	223
1.3. V. TAUSK: LA MÁQUINA DE INFLUIR	230
2. SEGUNDA LECTURA: APORTACIONES BIOGRÁFICAS Y ELABORACIONES .	237
2.1. M.KATAN: PULSIÓN CONSTITUCIONAL HACIA LA FEMINEIDAD Y FASE PREPSICÓTICA	237
2.2. W.G. NIEDERLAND: CONSTRUCCIÓN Y REALIDAD	242
2.3. F. BAUMEYER: NUEVAS APORTACIONES	248
3. EL CASO SCHREBER DESDE LAS DIFERENTES CORRIENTES PSICOANALÍTICAS	250
3.1. APORTACIONES AL CASO SCHREBER DESDE LAS TEORÍAS DE M. KLEIN	253
3.1.1. H. ROSENFELD	260

3.2. DESDE EL <i>MIDDLE GROUP</i> : W.FAIRBAIN, LA INCIDENCIA PATÓGENA DE LA ESCENA PRIMITIVA	263
3.3. LA PSICOLOGÍA DEL YO: DE FREUD A HARTMANN	266
3.3.1. I. MACALPINE: UNA PARTICULAR LECTURA DEL CASO SCHREBER	269
3.4. ENCUENTRO DE ATLANTIC CITY: REFORMULACIONES SOBRE EL CASO SCHREBER A PARTIR DE LA PSICOLOGÍA DEL YO	274
3.4.1. R.B. WHITE: DE LAS PULSIONES ORALES A LOS ESTADIOS PSICOEVOLUTIVOS	282
3.4.2. J. NYDES: EL MASOQUISMO PARANOIDE	282
3.4.3. A.S.CARR: HOMOSEXUALIDAD MANIFIESTA Y HOMOSEXUALIDAD LATENTE	285
3.5. EL CASO SCHREBER EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA FRANCESA DE LA RELACIÓN DE OBJETO	289
4. M. SCHATZMAN: UNA LECTURA DESDE LA ANTIPSIQUIATRÍA Y LA TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO	297
V. DE UNA CUESTIÓN PRELIMINAR A TODO TRATAMIENTO POSIBLE DE LA PSICOSIS. JACQUES LACAN: LECTOR DE FREUD, LECTOR DE SCHREBER	303
SOBRE LA ENSEÑANZA DE LACAN EN LA CLÍNICA DE LA PSICOSIS	305
1. LACAN PSIQUIATRA: DE LA PSICOSIS PARANOICA EN SUS RELACIONES CON LA PERSONALIDAD	308
1.1. DE LA BÚSQUEDA DE UN SENTIDO: PSIQUIATRÍA FENOMENOLÓGICA Y PSIQUIATRÍA EXISTENCIAL	311
1.1.1. K. JASPERS: EL BINOMIO CAUSA-SENTIDO	314
1.1.2. REFERENCIAS EN LA OBRA PSIQUIÁTRICA DE K.JASPERS A LA OBRA FREUDIANA Y AL CASO SCHREBER	322
1.2. LACAN CON JASPERS	329
1.3. RUPTURA CON JASPERS	329
1.4. DEBATE DE J.LACAN CON H. EY: SOBRE LA LOCURA	331
2. EL INCONSCIENTE ESTRUCTURADO COMO UN LENGUAJE: LINGÜÍSTICA Y ESTRUCTURA	338
2.1. FUNCIÓN DE LA PALABRA EN EL CAMPO DEL LENGUAJE	340
2.1.1. LA PSICOSIS EN EL CORRELATO DE LA PALABRA	347

2.2. EL ORDEN SIMBÓLICO: LA AUTONOMÍA DEL SIGNIFICANTE	349
2.2.1. G.G. DE CLÉRAMBAULT	355
2.2.1.1. "SÍNDROME S": AUTOMATISMO MENTAL	358
2.2.1.2. CLÍNICA DIFERENCIAL	363
2.3. EL SUJETO COMO EFECTO DE LA CADENA SIGNIFICANTE	367
3. DE UNA CUESTIÓN PRELIMINAR A TODO TRATAMIENTO POSIBLE DE LA PSICOSIS	371
3.1. FENÓMENOS PERCEPTIVOS DELSUJETO	374
3.1.1. <i>STATU QUO ANTE</i> : LA ALUCINACIÓN CONSIDERADA COMO UNA PERCEPCIÓN SIN OBJETO	375
3.1.2. DESDE LA FENOMENOLOGÍA: LA ALUCINACIÓN COMO FALSA PERCEPCIÓN	379
3.1.3. LA PERCEPCIÓN ESTRUCTURADA POR EL SIGNIFICANTE	381
3.1.4. FENÓMENOS DE CÓDIGO Y FENÓMENOS DE MENSAJE: LAS ALUCINACIONES EN EL CASO SCHREBER	388
3.1.4.1.FENÓMENOS DE CÓDIGO	389
3.1.4.2.FENÓMENOS DE MENSAJE	393
3.2. DESPUÉS DE FREUD: LA RECAÍDA	396
3.3. LA METÁFORA PATERNA COMO MATEMA DEL EDIPO FREUDIANO	398
3.4. EN LA PSICOSIS: FORCLUSIÓN DE UN SIGNIFICANTE PRIMORDIAL Y AUSENCIA DE SIGNIFICACIÓN FÁLICA	404
3.5. LECTURA DEL PROCESO PSICÓTICO A PARTIR DE LAS MEMORIAS: DEL DESENCADENAMIENTO A LA ESTABILIZACIÓN	414
3.5.1. DESENCADENAMIENTO	415
3.5.2. DISOLUCIÓN IMAGINARIA: REGRESIÓN TÓPICA AL ESTADIO DEL ESPEJO	417
3.5.3. DE LA INDIGNACIÓN AL "COMPROMISO RAZONABLE" (<i>VERSÖHNUNG</i>)	423
3.5.4. ¿CÓMO ENTENDER EL CAMBIO DE POSICIÓN DE SCHREBER?	427
3.5.5. EL EMPUJE A LA MUJER COMO UN SÍNTOMA VINCULADO A LA ESTRUCTURA	430
3.5.6. ESTRUCTURA DEL SUJETO AL TÉRMINO DEL PROCESO PSICÓTICO: UNA SOLUCIÓN ELEGANTE	438
3.5.7. EL OTRO DEL GOCE EN LA PSICOSIS: DEL CREADOR, DE LA CRIATURA, DE LO CREADO	444

3.5.8. CUESTIONES ABIERTAS: EL CONCEPTO DE ACTO Y LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS	449
3.5.9. OTRA VÍA EN LA CLÍNICA DE LA PSICOSIS: LA FUNCIÓN DE LO ESCRITO	451
3.5.9.1.FUNCIÓN DE LO ESCRITO EN EL CASO SCHREBER: LA PUBLICACIÓN	456
CONCLUSIONES	461
BIBLIOGRAFÍA	481

UNA CONSTRUCCIÓN EN SUMO DECISIVA

"C'est à vous d'être lacaniens, si vous voulez.
Moi je suis freudien"

Seminario de Caracas. Jacques Lacan

La obra y la enseñanza de Jacques Lacan (1901-1981) en torno al psicoanálisis se sostiene a lo largo de casi cuatro décadas. Formado como psiquiatra en la más pura tradición de la clínica francesa, alumno de G. Dumas, H. Claude y G.G. De Clérambault, reconoce a este último como "su único maestro en psiquiatría". Lacan presenta en 1932 su tesis : **De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad** considerada como una de las últimas grandes tesis que aportan algo novedoso a la clínica psiquiátrica francesa: la paranoia de autopunición.

Su enseñanza propiamente psicoanalítica es balizada por él mismo por un texto: **Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis**. Lacan en **Función y campo**, enumera los problemas con los que el psicoanálisis se confronta a principios de los años cincuenta y los refiere a un mismo punto: la tendencia de los psicoanalistas a abandonar el fundamento de la palabra. La prevalencia de lo imaginario, las relaciones libidinales de objeto, la contratransferencia son tres de los puntos en que Lacan situará un relegamiento de lo simbólico.

El texto al que dedicamos nuestro estudio ***De una Cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*** cabe situarlo en este contexto, que el propio Lacan nombró como su retorno a Freud.

De una cuestión preliminar fue redactado entre diciembre de 1957 y enero de 1958 y publicado en 1959 en ***La psychanalyse***. Posteriormente, en 1966, se integró en la edición de los ***Escritos***.

De una cuestión preliminar es considerado por Lacan (1991b, p.28) como un texto que aporta "una construcción en sumo decisiva para lo que vendría después". En el mismo, Lacan efectúa una lectura sobre la obra freudiana en torno a la psicosis y a la vez realiza, como producto de esta lectura, sus propias elaboraciones.

Lacan imparte una enseñanza desde el psicoanálisis y en lo que nos atañe en el presente estudio, en torno a la psicosis, que podemos calificar de clarificadora e innovadora.

Clarificadora en tanto propone y realiza una relectura de los textos freudianos e innovadora porque apuesta no sólo por un "retorno a Freud" sino por "volver a tomar el proyecto freudiano al revés" (Lacan, 1970, p.10). Es una lectura que: "No es simplemente retornar a Freud para quedarse a su lado; la fórmula traduce una operación de Lacan sobre Freud" (Miller, 1991, p.17).

La enseñanza de Lacan, rigurosa y abierta a la vez, mantiene una constante puesta en cuestión de sus propios planteamientos. Es así que vemos como Lacan sostiene inicialmente las tesis jasperianas y objeta y rebate posteriormente la denominada "psicología de la comprensión" a la que

considera precursora de la "psicología del yo". Esta posición de constante cuestionamiento de sus propios planteamientos fue la que también mantuvo Freud a lo largo de su vida en su elaboración de la práctica psicoanalítica y es la que le permite a Lacan pensar el texto ***De una cuestión preliminar***, ya desde la perspectiva de casi diez años, en su presentación de las ***Memorias*** en su traducción francesa, como un texto esencial para las elaboraciones que vendrán posteriormente.

El título de nuestro estudio: ***De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis: una lectura a través del caso Schreber***, incide sobre esta operación de lectura que toma como inicio, aunque no como centro, el texto de Sigmund Freud (1911) ***Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente***, dedicado al estudio del caso Schreber.

Freud construye, a través de la lectura de un texto autobiográfico, publicado en 1903, bajo el título ***Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken***, (traducido en su versión castellana como ***Memorias de un neurópata***, aunque la traducción más adecuada sería ***Legado de un enfermo de los nervios***), los fundamentos de su teoría de la psicosis.

El autor de las ***Memorias***, Daniel Paul Schreber, respetable ciudadano y jurista de prestigio, redacta las ***Memorias*** en el transcurso de un proceso delirante que lo llevó a ser ingresado en diversos asilos de alienados. Las ***Memorias*** se publican en 1903, un año después de haber sido dado de alta.

Cabe destacar que Freud no conoció personalmente ni estableció, por tanto, ningún tipo de relación transferencial con tan ilustre juez y que ello no le privó de estudiar e intentar buscar un sentido al texto, considerando que el contenido de las **Memorias** podía guiarle en su investigación de una clínica de la psicosis.

Lacan (1984a, p.21) se refiere al encuentro de Freud con las **Memorias** de Schreber como el "encuentro excepcional entre el genio de Freud y un libro único". La genialidad de Freud es equiparada por Lacan a la genialidad del lingüista; Freud lee el texto de Schreber como si escuchara en el dispositivo analítico, al pie de la letra.

Este procedimiento nos indica una nueva vía de abordaje específica: el psicoanalista puede situarse como lector de la producción escrita del sujeto psicótico, al estar el inconsciente, en la psicosis, al descubierto. Tal como Freud (1990e, p.11) afirma en su estudio sobre Schreber:

"La investigación psicoanalítica de la paranoia sería totalmente imposible si los enfermos no presentaran la peculiaridad de revelar espontáneamente, aunque alterado por la deformación, aquello que los demás neuróticos ocultan como su más íntimo secreto. Dado que los paranoicos no pueden ser obligados a vencer sus resistencias internas y sólo dicen lo que quieren decir, resulta factible sustituir en esta enfermedad el conocimiento personal del enfermo por la descripción escrita o impresa de su historial patológico. No creo por tanto inadecuado enlazar interpretaciones analíticas al historial patológico de un paranoico (*dementia paranoides*) al que jamás he visto, pero que ha escrito y publicado la historia de su enfermedad". (Freud, 1911, p.11).

Lacan sigue los pasos del sendero abierto por Freud y se sitúa como lector de las **Memorias**, considerando el "caso Schreber" como un caso paradigmático, en cuanto nos guía en la estructura de la psicosis.

Metodológicamente hemos orientado nuestro estudio como un análisis diacrónico de **De una cuestión preliminar para todo tratamiento posible de la psicosis** manteniendo la referencia al "caso Schreber".

Lacan inicia **De una cuestión preliminar para todo tratamiento posible de la psicosis** (1988a) con una frase que no sólo introduce el texto sino que también lo ordena: " Medio siglo de freudismo aplicado a la psicosis deja su problema por pensarse de nuevo, dicho de otro modo en el *statu quo ante*" (op.cit.p.513). En esta referencia escolástica hemos organizado el presente estudio en cinco partes.

Lo iniciamos con el estudio de la clínica psiquiátrica, y nos centramos especialmente en sus coordenadas históricas y en la elaboración nosológica. Dedicamos especial atención a la clínica psiquiátrica contemporánea a la publicación de las **Memorias** (1903). Esta primera parte nos permite encuadrar los diferentes diagnósticos realizados desde la psiquiatría al caso Schreber y también nos permite valorar las posteriores aportaciones nosológicas de Freud al mismo.

La segunda parte la introducimos bajo el epígrafe de "Las **Memorias**: efectos de lectura", ya que es a partir de estos efectos que se han investigado y recopilado datos sobre Daniel Paul Schreber y el entorno simbólico que le ha precedido en su llegada al mundo. Cierra esta parte, la descripción del

proceso seguido por la "enfermedad de los nervios", los momentos anteriores al desencadenamiento y la evolución final. Para ello hemos destacado los conceptos y la temática delirante que Schreber describe en las **Memorias**, en la orientación que nos aportan las elaboraciones de Freud y Lacan.

En la tercera parte, desarrollamos el estudio de la obra freudiana, en sus aportaciones a la clínica de la psicosis a partir de tres ejes conceptuales:

Primero: la búsqueda freudiana de una causalidad de la psicosis, enmarcada en la metodología de las ciencias de la naturaleza, y construida a partir del modelo de las neurosis, diferenciando un mecanismo particular, la desestimación (*Verwerfung*).

Segundo: el abordaje de la psicosis por la vía de la producción y no del déficit. En la consideración de dar primacía no a la pérdida de realidad sino a lo que se restituye en la misma, Freud aborda la producción delirante como una producción susceptible de interpretación, como una formación del inconsciente, en el eje del sentido. En esta consideración, Freud (1990e, p.18) diferencia la posición de la psiquiatría y del psicoanálisis afirmando que el interés del psiquiatra suele desaparecer tras la ubicación del delirio y de la manera en que éste afecta a la vida del paciente y concluyendo que "el asombro del psiquiatra no es el comienzo de su entendimiento". En este abordaje se sitúa la afirmación de Freud de orientarse hacia la parte paranoica de la demencia.

Tercero: la referencia constante al complejo de Edipo y al padre.

En el primer capítulo abordamos la búsqueda de una etiología. En el segundo destacamos la relación epistolar con los representantes de la

escuela de Zurich en especial con E.Bleuler y C.G.Jung y el debate que llevaron a cabo sobre la etiología de la psicosis y en torno a la clínica diferencial paranoia-esquizofrenia.

La lectura freudiana de las **Memorias** y la tesis de la irrupción de la psicosis como una defensa contra un avance de libido homosexual desarrollada en **Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente** conformarán el capítulo tercero de esta tercera parte en el cual se incidirá especialmente en la lectura e interpretación del texto (Freud titulará el segundo apartado de su texto sobre Schreber: "Intento de interpretación") y en la elaboración de una clínica diferencial, en la ya constituida nosología de la esquizofrenia, así como la aportación nosológica de Freud del término parafrenia, que fue posteriormente utilizado por Kraepelin en 1912, en el Congreso de Alienistas de Baviera, con distintas connotaciones.

Este desarrollo nos permitirá sostener la primera hipótesis de nuestra investigación: La lectura que realiza Freud de las **Memorias** en **Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente** cabe situarla en el marco de un intenso debate, etiológico y nosológico, en torno a la psicosis, en el cual podemos ver la influencia de la teoría psicoanalítica en la construcción del grupo de las esquizofrenias, efecto de la particular lectura que de la misma hace E.Bleuler. Ante la tendencia de E.Kraepelin de ir arrinconando la paranoia y generalizando la demencia precoz y confrontado al nuevo cuadro clínico de esquizofrenia

propuesto por E. Bleuler, Freud incluirá en el título de su estudio sobre Schreber, el diagnóstico de "*Dementia paranoides*", manteniendo a lo largo de su obra una orientación firme: se trata de explicar la parte paranoica de la demencia, en cuanto su enfoque se dirige a la interpretación y a la búsqueda de sentido.

De las últimas elaboraciones de Freud que se inician con su texto ***Introducción del narcisismo*** y que concluyen en sus últimos textos sobre ***Neurosis y psicosis*** (1924), ***La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis*** (1924), ***La negación*** (1925), ***Fetichismo*** (1927) y ***La escisión del yo en el proceso defensivo*** (1938), daremos cuenta en el cuarto capítulo.

Dedicamos la cuarta parte del presente estudio a algunas de las numerosas investigaciones que, desde el psicoanálisis y a partir de la lectura freudiana, se realizaron sobre las ***Memorias*** y sobre la historia de Daniel Paul Schreber. Las aportaciones de los alumnos más cercanos a Freud, Abraham y Ferenczi, y la particular elaboración de Tausk se desarrollarán en el capítulo primero. Dedicamos el segundo capítulo a las numerosas investigaciones que, desde el psicoanálisis y a partir de la lectura freudiana, se realizaron sobre la historia familiar y los informes clínicos de Schreber. El tercer capítulo se centrará en las aportaciones teóricas de las distintas corrientes psicoanalíticas. Dedicamos un apartado a M. Klein y sus alumnos, en especial Rosenfeld, los cuales, si bien abrieron el camino hacia un tratamiento, hacia una clínica psicoanalítica de la psicosis, más allá de los postulados freudianos en cuanto a la transferencia, establecieron una orientación basada en la

primacía de la relación madre-hijo. Este relegamiento del abordaje freudiano a partir del complejo de Edipo y del complejo de castración, orienta la clínica hacia la reparación con una fuerte consistencia de lo imaginario. También dedicamos un apartado a la vertiente de la "psicología del yo", dando especial relevancia a las ponencias y artículos publicados a raíz del encuentro sobre Schreber, celebrado en 1962, en Atlantic City. La clínica psicoanalítica francesa de la "relación de objeto", en sus elaboraciones contemporáneas a **De una cuestión preliminar** y un apartado dedicado a otras elaboraciones desde la antipsiquiatría y la Escuela de Palo Alto cierran la IV parte del presente estudio.

Es en este punto que formularemos nuestra segunda hipótesis: Si bien el camino abierto por Freud fue seguido por sus alumnos más directos, posteriormente, la lectura del caso Schreber ha sido orientada por las distintas corrientes teóricas, tanto desde la psiquiatría como desde el psicoanálisis, en detrimento de las referencias freudianas al complejo de Edipo y de la función del padre en aras de una clínica de la frustración y el maternaje, en la cual predomina el eje imaginario.

Dedicaremos la quinta parte de nuestro estudio a la lectura que Lacan realiza del caso Schreber a partir de las elaboraciones teóricas sobre la psicosis incluidas en **De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis**.

Si bien Lacan (1932) ya se refiere al "caso Schreber" en **La psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad** siguiendo el desarrollo freudiano de **Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia**

(Dementia paranoides) descrito autobiográficamente, retomará el caso Schreber en su seminario sobre **Las psicosis** (1955-1956), relanzando el interés por éste y por la traducción de las **Memorias** en francés, publicadas en 1966 con el título de **Mémoires d'un névropathe**. De este interés encontramos eco en la rapidez de traducción de las **Memorias** al inglés, **Memoirs of my nervous illness** realizada por I. Macalpine y R. Hunter en 1955.

Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis (1953) y los seminarios **Las psicosis** y **La relación de objeto**, impartidos en los cursos 1955-1956 y 1956-1957 respectivamente, así como dos textos esenciales: **La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud** (1957) y la **Significación del falo** (1958), contemporáneos a **De una cuestión preliminar** delimitarán el eje conceptual de nuestro estudio.

Consideramos **De una cuestión preliminar** como un trabajo de análisis fundamental que da respuesta tanto a las teorías psiquiátricas y filosóficas del momento como a la elaboración teórica del psicoanálisis post-freudiano.

La concepción lacaniana de sujeto, entendido como el sujeto del inconsciente, en cuanto articulado en la cadena significante, la referencia a la causalidad significante de la psicosis y el recurso a los planteamientos freudianos en relación al complejo de Edipo y al complejo de castración le permitirán el cuestionamiento de las tesis órgano-dinámicas de H.Ey, el debate con la psiquiatría fenomenológica, concretamente con Maurice Merleau-Ponty, el rechazo de la psicología de la comprensión propugnada por Jaspers, la crítica a la neurología globalista inspirada en concepciones gestaltistas

como las de K. Goldstein y H. Hecaen. Para seguir estos debates y elaboraciones hemos dedicado el primer capítulo a lo que Lacan nombraba como "De nuestros antecentes" haciendo especial hincapié en su aproximación a las tesis de Jaspers y el posterior distanciamiento de las mismas. Igualmente dedicaremos un apartado a su debate con H.Ey.

En el segundo capítulo nos referiremos al inicio de su enseñanza psicoanalítica con el axioma: "el inconsciente está estructurado como un lenguaje" y en la articulación de la función de la palabra y las leyes del lenguaje. El tercer capítulo se organiza a partir del texto que centra nuestro estudio ***De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis***. En el eje del sujeto como efecto de la cadena significante dedicaremos un apartado a abordar los fenómenos perceptivos del sujeto. La hipótesis causal de la forclusión de un significante primordial en la psicosis y la articulación de la función del padre y del falo en la Metáfora Paterna ordenarán los siguientes apartados. De los efectos de ésta, en su ausencia de significación fálica, daremos cuenta a partir de la lectura del caso Schreber siguiendo los ejes marcados por Lacan, en el proceso que transcurre desde el desencadenamiento a la estabilización. Dedicaremos el último capítulo a la función de lo escrito en la psicosis, cuestión que elaboramos de manera sucinta y a la vez abierta como posible vía de posteriores investigaciones.

En este desarrollo enunciaremos nuestra tercera hipótesis: Lacan aporta en ***De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis***, nociones que consideramos centrales en la clínica de la psicosis. De la misma

intentaremos dar cuenta en nuestro estudio a través de los siguientes puntos:

1. La delimitación del complejo de castración y la función operativa de éste último como valor pivote del complejo de Edipo, a partir de la conceptualización del falo en lo imaginario y en lo simbólico.
2. El concepto del significante Nombre del Padre, del padre como significante, inmerso en la ley del significante, que articula el Otro de la ley y el Otro del significante.
3. La ausencia (forclusión) de este significante primordial en la psicosis.
4. La articulación de la forclusión con la regresión tópica al estadio del espejo.
5. La correlación de la forclusión de un significante primordial, Nombre del Padre, y la ausencia de significación fálica.
6. A partir de esta correlación, el distanciamiento de la tesis freudiana en torno a la psicosis como una defensa contra la homosexualidad y la conceptualización de la misma como un síntoma vinculado a la estructura, tal como posteriormente aislará en *L'Etourdit* como "empuje a la mujer".

Concluiremos nuestro estudio con una hipótesis que abre otras vías de investigación: las tesis sostenidas por Lacan en *De una cuestión preliminar* y la lectura que realiza a partir de las mismas sobre el caso Schreber, conforman el pivote fundamental con el cual Lacan conceptualizará, una vez elaborado el concepto de Otro barrado en 1960 en *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano* y el concepto de objeto a, su aportación a una clínica de las suplencias: el desplazamiento del Nombre del padre a los Nombres del Padre.

DE UNA CUESTIÓN PRELIMINAR A TODO TRATAMIENTO POSIBLE DE LA PSICOSIS: UNA LECTURA A TRAVÉS DEL CASO SCHREBER

Elvira Guilañá

Introducción	1
I Coordinadas históricas	13
De la locura a la enfermedad mental: clínica psiquiátrica	15
II Memorias de un neurópata	48
III Aportaciones de Freud a la clínica de la psicosis	109
1. Primera elaboración de una etiología de las psiconeurosis: esbozo mecanicista	114
2. Los avatares de la libido: desarrollo y estadios	132
3. Freud: lector de Schreber	182
4. Freud después de Schreber: introducción al narcisismo	205
IV Lecturas del caso Schreber a partir de las tesis freudianas. Aportaciones, constataciones, divergencias	215
1. Los alumnos de Freud	
2. Segunda lectura: aportaciones biográficas y elaboraciones	
3. El caso Schreber desde las diferentes corrientes psicoanalíticas	250
4. M.Schatzman: una lectura desde la antipsiquiatría y la teoría del doble vínculo	297
V De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Jacques Lacan: lector de Freud, lector de Schreber	303
Sobre la enseñanza de Lacan en la clínica de la psicosis	305
1. Lacan psiquiatra: de la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad	308
2. El inconsciente estructurado como un lenguaje:	
3. lingüística y estructura	338
4. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis	371
Conclusiones	461
Bibliografía	481

I. COORDENADAS HISTÓRICAS

DE LA LOCURA A LA ENFERMEDAD MENTAL: CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

“ Puede ocurrir que unos conceptos o una cierta pretensión de saber recubran de manera superficial esta primera dispersión: testigo, el esfuerzo que hace el mundo moderno para no hablar de la *locura* más que en los términos serenos y objetivos de la *enfermedad mental*, y para dejar en las sombras los valores patéticos en los significados mixtos de la *patología* y la *filantropía*”

Historia de la locura en la época clásica
M.Foucault

M.Foucault (1967) en ***Historia de la locura en la época clásica*** sitúa los inicios de la clínica psiquiátrica en la brecha que produce el desplazamiento de la locura -a la que considera heredera de la lepra en cuanto a enfermedad de la exclusión y de la crítica moral- por la enfermedad mental. El ocaso del siglo XIX y los albores del siglo XX marcan una apertura hacia una conciencia analítica asentada en el ideal de un saber objetivo sobre la locura. Este saber objetivo se cerniría, al estilo de Aquiles y la tortuga, a través de una clasificación exhaustiva de sus fenómenos y de la localización causal en la anatomía corporal. Los cimientos del desplazamiento de la locura a la enfermedad mental los encontramos ya en el S.XVII con la elaboración del concepto de entidad morbosa o nosológica por Th. Sydenham ¹.

La clínica psiquiátrica construye sus cimientos en el intento de encauzar

(1) ***Observationes medicae*** (1676). Citado por J.M.López Piñero en "**Los nacimientos de la clínica**" (1994).

la locura clásica en la metodología propia de las "ciencias de la naturaleza".

Volver la locura accesible a la percepción científica es el ideal que rige el estudio y clasificación de la "sin razón". Y en esta búsqueda la clínica de las monomanías, ya apuntada por Pinel pero construida por Esquirol, introduce un debate, que se mantiene en la actualidad, en relación a la responsabilidad del sujeto psicótico. Delimitada en una sola particularidad delirante y sosteniendo el sujeto una relación con el mundo que puede considerarse como razonable, ¿ qué explicación dar a un acto homicida que no se rige por el interés ni la pasión, al que no se encuentra, más allá de su delirio, causalidad razonable (Foucault, 1967, p.265).

Ubicar la locura en una lesión cerebral, en el efecto de tal o cual toxina, es la monomanía particular de la escuela anatomopatológica. Arropada en las investigaciones de los trastornos del lenguaje, mantiene una febril actividad en Francia y Alemania (Hécaen y Dubois, 1983).

En Francia Pinel contrarrestará el reduccionismo propio de la misma, orientando la clínica psiquiátrica francesa en la observación y descripción del fenómeno, alejándola, inicialmente, de preocupaciones etiopatogénicas.

En Alemania la evolución discurre por otros derroteros, ya que dos concepciones psiquiátricas opuestas, *Psychiker* y *Somatiker* entablan dura lid en pos de maneras distintas de entender la clínica.

Para analizar este recorrido nos orientaremos en los dos grandes periodos de la clínica psiquiátrica establecidos por P. Bercherie (1986); un primer periodo entre 1800 y 1850 definido por la particularidad de ser una clínica basada en la

observación, en la mirada entendida como clínica del momento, como una clínica “sincrónica” un segundo periodo, a partir de 1850 y casi coincidiendo con el descubrimiento de la parálisis general, cuya característica es la apreciación de la evolución, entendida como una clínica “diacrónica”.

En estos avatares, la "psicosis", como entidad clínica, ha experimentado diversas modificaciones a lo largo de su historia. Tal como mencionan I. Macalpine y R. Hunter (1993) en la introducción a la edición inglesa de las **Memorias** y también S. Zizek (1988), el término psicosis es utilizado por primera vez en 1845 por el médico berlinés E. Von Feuchtersleben; inicialmente, el término psicosis, abarcó las enfermedades del alma, en la consideración más romántica de la acepción. A la par, con el término "neurosis" se designaban las enfermedades producidas por lesiones en el sistema nervioso siguiendo la más depurada psicología inglesa, preconizada por Cullen (Lopez Piñero, 1985). Será a partir de la enseñanza de Charcot y posteriormente de la extensión del psicoanálisis que se invertirán los términos y la neurosis designará las patologías no afectas de disfunciones en el sistema nervioso. Paralelamente la psicosis, en la perspectiva de las diferentes escuelas, es contemplada en un amplio abanico etiológico y nosográfico. De la consideración de una posible lesión cerebral defendida por la escuela anatomopatológica francesa a la idea de una toxina causante de la sintomatología secundaria pensada por Bleuler, hasta la idea de una predisposición o, en términos contemporáneos, de una vulnerabilidad a la psicosis preconizada por J. Zubin (1977 y 1983), hay todo un trecho. No vamos a extendernos en una enumeración exhaustiva de las diferentes escuelas ya que

este no es el objetivo del presente estudio². No obstante creemos necesario considerar los momentos decisivos en la evolución de la clínica psiquiátrica y concretamente del concepto de paranoia y su posterior relegamiento por la demencia precoz de Kraepelin y más adelante por la esquizofrenia propugnada por Bleuler. Con ello podemos apreciar las coordenadas teóricas que nos permitirán situar las aportaciones de Freud a la clínica de las psicosis, con su estudio del caso Schreber - al que siempre consideró como su trabajo de la paranoia.

1 CLÍNICA SINCRÓNICA

La clínica sincrónica, es la clínica del momento, del instante, sin tener en cuenta la evolución. Se caracteriza por concebir la locura (*Folie*) como un género homogéneo. Esta modalidad de abordaje de la psicosis fue defendida en Francia por Pinel y Esquirol y en Alemania por Griesinger y su tesis de la psicosis única (*Einheitspsychose*). Nos centraremos, en el estudio de esta primera época, en las diferentes concepciones teóricas que surgen en la clínica alemana ya que encontramos múltiples referencias a la misma en la obra freudiana. Abordaremos la clínica francesa en las puntuaciones y matices que creemos necesarios para seguir la elaboración freudiana de la clínica de la psicosis.

(2) Un estudio exhaustivo sobre el tema y concretamente sobre la evolución del concepto de paranoia lo podemos encontrar en la tesis doctoral de J.M.Álvarez (1992) ***La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica Franco- alemana 1800-1932***, presentada en la Universidad Autónoma de Barcelona en 1992 y dirigida por el Dr. J. Bachs.

1.1 CLÍNICA FRANCESA: LOS DELIRIOS PARCIALES

Ph.Pinel (1745-1826), profesor de la facultad de medicina de París, aportará una metodología que será el fundamento de la sistematización de la incipiente clínica psiquiátrica. Vinculado al grupo de los Ideólogos, sostuvo sus mismas tesis: el conocimiento basado en la observación empírica de los fenómenos que constituyen la realidad. El científico debe saber agrupar y clasificar estos fenómenos percibidos en función de sus analogías y diferencias. De esta manera, en su ***Nosografía filosófica o aplicación del método analítico a la medicina***, escrita en 1798, sistematiza los fenómenos observables de la enfermedad, los síntomas. Para Pinel los síntomas son el signo de una disfunción que no tiene porque coincidir con una lesión cerebral, por lo cual es factible un tratamiento moral. En la ***Nosografía*** construye un catálogo de patologías en el que incluye en el grupo cuarto, las neurosis consideradas como afecciones del Sistema Nervioso sin lesión orgánica, sin fiebre, sin inflamación y sin lesión de estructura. En el campo de las neurosis sitúa las vesanías y dentro de éstas a la hipocondría, la melancolía, la manía, y el histerismo. Esta clasificación se basa en la definición de neurosis que Cullen³ aporta en sus ***Elementos de medicina práctica***, traducidos al francés por el mismo Pinel.

La manía y la melancolía las retoma en 1801, en su ***Tratado médico***

(3) Cullen acuñó en 1769 el neologismo de neurosis con la siguiente definición: " Me propongo aquí comprender bajo el término de neurosis a todas las enfermedades del sentido y del movimiento, en las que la pirexia no constituye una parte de la enfermedad primitiva; y a todas las que no dependen de una afección local de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso y de las potencias de donde dependen más especialmente el sentido y el movimiento" (citado por J.M.López Piñero, 1985, p.33)

filosófico de la enagenación mental o la manía considerado como el primer texto científico de la psiquiatría. En el **Tratado** Pinel se opone a las concepciones anatomopatológicas en boga afirmando, ya taxativamente, que no encuentra ninguna lesión cerebral en la locura, afirmación que sustenta con la práctica de numerosas autopsias. Por otra parte dará más importancia al cuadro de manía, considerada de mejor pronóstico que otras afecciones, rebatiendo la tendencia a pensar la locura como incurable y terminal. Pinel construye cuatro agrupaciones de síndromes:

1. Manía: El término manía, con o sin delirio, será asociado a la agitación y al paroxismo. La manía con delirio cursa brusca o gradualmente, con estados de agitación violenta y con perturbación de múltiples funciones del entendimiento (percepción, memoria, juicio). La disminución del paroxismo es progresiva e indefinida. La manía sin delirio se convertirá, en la 2ª edición del **Tratado**, en la "manía razonante", en la cual las funciones del entendimiento se mantienen intactas aunque hay excitación y alteración de la afectividad. De este tipo de manía destaca la compulsión a cometer, sin dar ningún tipo de signo previo, pasajes al acto violentos.
2. Melancolía: El delirio está limitado a un objeto o a una serie muy particular de objetos. Las facultades mentales permanecen intactas y las conductas dentro de la normalidad excepto en lo que atañe al "núcleo delirante". Pinel (1988, p.321) describe la melancolía a partir de la insistencia de pensamientos: "La melancolía consiste en la extremada intensidad de una idea exclusiva, que absorbe todas las facultades del entendimiento, y de aquí nace la dificultad

de destruirla".

Destaca dos formas opuestas de melancolía, una con delirio y megalomanía y otra con gran depresión de espíritu y sentimientos de desesperación. Estas dos formas pueden alternarse.

3. Demencia o abolición del pensamiento: cursa con incoherencia en la manifestación de las facultades mentales, todo ello con afectividad descontrolada.
4. El idiotismo: congénito o adquirido manifiesta la supresión más o menos completa de la actividad mental.

Cabe destacar que la diferencia establecida entre manía y melancolía tendrá sus efectos en la clínica en relación a la psicosis maníaco depresiva o psicosis bipolar.

Podemos referirnos como conclusión de este apartado al resumen que hace P.Bercherie (1986a, p.19) en relación a las críticas hacia Pinel por dejar de lado la paranoia o por su confusión sobre la esquizofrenia e idiotez:

"Pinel, naturalmente, vió todo, pero no con nuestra mirada; su nosología apunta a crear grandes clases fenoménicas, de comportamientos, persuadido como está de que esas grandes divisiones recubren algo de la esencia de lo real"

Pinel observa los fenómenos y no los pequeños signos tal como sería la modalidad actual. Así pues, a partir del fenómeno de la agitación, puede incluir en la manía lo que en la clínica actual se clasificaría como epilepsia, histeria etc.

Estas cuatro agrupaciones de síndromes serán reformuladas por su discípulo Esquirol (1838) en el ***Tratado completo de las enajenaciones mentales consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal***

Esquirol mantiene nosográficamente los planteamientos de Pinel aunque divergirá en un punto: la existencia de un único género de locura en el que las variedades pueden desplazarse y combinarse.

Entre las modificaciones a la obra de Pinel encontramos la construcción de una nueva categoría, las monomanías, en las que agrupa todas las afecciones mentales que inciden parcialmente en la mente dejando intactas las facultades.

Distinguirá tres grupos de monomanías, las intelectuales, las afectivas y las instintivas o sin delirio. La división está basada en trastornos de la inteligencia, de la afectividad y de la voluntad. Las monomanías tomarán su nombre del objeto del delirio en el que se sitúa todo el afecto o pensamiento, así las variedades son múltiples. A destacar la monomanía erótica o erotomanía, entendida como delirio parcial amoroso.

La aportación nosográfica de Esquirol, en la cual ya se diferencian los trastornos de la afectividad de los trastornos del pensamiento, puede resumirse en:

1. Manía
2. Demencia: Aguda/ Senil/ Crónica
3. Idiotismo o Imbecilidad
4. Monomanías: Intelectuales/ Afectivas o Razonantes/ Instintivas o sin delirio.

1.2 CLÍNICA ALEMANA: "*PSYCHIKER*" Y "*SOMATIKER*"

La clínica alemana, por tradición filosófica y médica, mantiene su particularidad frente al resto de la clínica europea. Dos escuelas la "*Psychiker*" y la "*Somatiker*", con planteamientos totalmente contrapuestos, aunque ambas inmersas en el romanticismo alemán y en la "*Naturphilosophie*", configuran la clínica alemana de principios del S.XIX. La "*Naturphilosophie*", filosofía de la naturaleza, se cobija en las tesis de F. Schelling, según las cuales tanto la naturaleza como el espíritu surgen de la unidad absoluta, constituida e indisoluble de la cual la naturaleza es espíritu visible y el espíritu es naturaleza invisible.

Schelling da prevalencia a la intuición, a la fantasía creadora, al instinto y a lo irracional. Contrario al idealismo especulativo y a la vez detractor del materialismo mecanicista, su lema "El cuerpo como expresión del alma", atraería a una serie de médicos y científicos alemanes inscritos en este movimiento. En su exaltación de la preponderancia del Yo y de la experiencia subjetiva Schelling puede considerarse como el precursor de la tesis de Griesinger sobre el sueño como deseo realizado, y de la tesis de Heinroth sobre la división del sujeto entre un nivel inferior que busca el placer y el Yo que se ocupa de la vinculación con el exterior y el super-nosotros como la voz de Dios, como la conciencia (Zizek, 1988).

F.Schelling es citado por Freud de manera poco alentadora⁴ En su intento de insertar su obra en las ciencias de la naturaleza, ésta hace mención del período infecundo que se produjo en el estudio de lo psíquico al mantener la referencia con la "filosofía de la naturaleza" preconizada por Schelling. No obstante, en **Lo ominoso**, Freud (1988f, p.224) retomará la definición de "*Unheimliche*", acuñada por Schelling y la vinculará a la represión: "Se llama *unheimlich* a todo lo que estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto ha salido a la luz".

En la corriente "*Psychique*" se incluyen E.V. Feuchtersleben, el cual en su **Tratado de la ciencia médica del alma**⁵ defiende la unidad del organismo en su vinculación cuerpo-alma e introduce el concepto de "afecciones de la personalidad" a la enfermedad mental; J.C. Reil creador del término de "psiquiatría", que elaboró en su libro **Consideraciones sobre la aplicación de la cura psíquica a los trastornos mentales**, todo un programa de atención psicológica de las enfermedades mentales⁶ y Heinroth el cual sostiene que el origen de la alienación, como enfermedad del alma, radica en el vicio y la depravación. A destacar en Heinroth lo que hemos referido anteriormente, la concepción de una conciencia moral "*Gewissen*" como causa de un superno, "*Über-Uns*". Algunos autores ven en esta configuración los precursores de la

(4) Freud cita a Schelling ya en **La interpretación de los sueños** "La valoración dada a la vida onírica por algunas escuelas filosóficas -así, la de Schelling- es un claro eco del origen divino que en la antigüedad se reconocía a los sueños" (1990b, p.115).

(5) **Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde** 1845. Citado por H.F.Elleberger en **El descubrimiento del inconsciente**

(6) **Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen**, 1803. Citado por H.F.Elleberger en **El descubrimiento del inconsciente**

conciencia moral y del super-yo freudianos (Ellenberger, 1976).

Heinroth diferenció, siguiendo a la escuela francesa, aquellos trastornos que lesionaban la afectividad y los sentimientos de los que afectaban exclusivamente a la inteligencia. Para los primeros, siguiendo la enseñanza de Pinel y Esquirol, se comenzaron a usar los términos "manía" y "melancolía"; para los segundos, en Alemania, se usó generalmente el término paranoia, el cual apuntaba, ya desde su origen, a un trastorno intelectual, una patología de las ideas, en el sentido más generalizado de locura y cuya expresión *princeps* es el delirio. Esta distinción entre afectividad y razonamiento, se instauraría en el devenir de la clínica: psicosis afectivas (manía- melancolía) versus paranoia y esquizofrenia⁷.

En cuanto a los "*somatiker*" imbuidos en los mismos postulados que sus colegas "*psychiker*", sostenían que el alma no podía ser objeto de enfermedad por su cualidad de sustancia pura. Así las causas debían referirse al sistema nervioso y en concreto a su órgano, el cerebro. El descubrimiento de la etiología de la parálisis general por Bayle, en 1822, contribuyó a un reforzamiento de las tesis anatomoclínicas y a un relegamiento de las tesis "*Psychiquer*".

En Alemania W.Griesinger (1817-1868) aunará las posiciones "*Psychiquer*" y "*Somatiker*" dando preponderancia a la causalidad orgánica sin dejar de considerar los procesos psicológicos.

(7) "**Schreber et le probleme de la paranoia dans la tradition psychiatrique**", (Álvarez, Bachs, Guilañá, 1993)

1. 2.1 W.GRIESINGER Y EL MODELO DE PSICOSIS ÚNICA

Griesinger, profesor de Tubinga, Zurich y Berlin sucesivamente, tal como refiere J. Vallejo (1980, p.10) fue, en 1860, en el primer director del Burgzhölzi. Considerado como el fundador de la psiquiatría alemana moderna publica en 1845 su ***Patología y terapia de las enfermedades psíquicas para médicos y estudiantes***⁸ cuya segunda edición ampliada se convierte en referencia de la psiquiatría de la época.

Griesinger toma como referencia en la elaboración de sus teorías a las tesis asociacionistas: las sensaciones captadas por los órganos de los sentidos, se organizan, mediante la inteligencia asociativa, en complejos, que entran en competición para llegar a la conciencia, formando así la personalidad, el yo. La enfermedad creará pseudo-complejos patológicos que entran en lucha con el yo. Griesinger hará del modelo de la parálisis general de Bayle, el prototipo de las enfermedades mentales. Consecuentemente, las enfermedades mentales serán diferentes momentos de un único proceso mórbido de origen orgánico.

En este modelo único, "*Einheitspsychose*", diferenciará cuatro fases, al estilo de la parálisis general, que se encadenan unas a otras en una sucesión sin rupturas:

(8) ***Die Psychopathologie und therapie des psychischen Krankheiten***, 1845 (1ª edición). La segunda edición, ampliada, es publicada en 1867. Nos referiremos en nuestros comentarios a la 2ª edición francesa ***Traité des maladies mentales***, 1867.

1. Fase prodómica, anterior a la enfermedad.
2. Fase inicial que se caracterizaría por alteraciones afectivas. Esta primera fase correspondería al cuadro de manía (*schwermuth*) y de melancolía (*tolheit*). Considerada como un trastorno afectivo primario mantiene un buen pronóstico de curación.
3. Fase de estado, se configura una locura sistematizada: paranoia (*Verrücktheit*), marcada por el delirio sistematizado en el que se incluye el delirio megalomaniaco. En esta fase los pseudo-complejos patológicos han desplazado parcialmente al yo: "*Ver-rückt*", es la demencia parcial.
4. Si la cronificación se intensifica, con un desplazamiento total del yo, se cursa demencia, (*blödsinn*).

Tal como vemos, la concepción de psicosis unitaria conlleva la idea de incurabilidad con evolución hacia la demencia irreversible. Vemos también que la paranoia es considerada como un trastorno secundario, camino intermedio hacia la demencia. De los avatares que sufrirá este concepto de "psicosis única" surgirá el concepto de Demencia precoz en Kraepelin.

Cabe destacar las referencias de Freud a la obra de Griesinger y que han sido explicitadas en el estudio que F.Kaltenbeck (1990) ha realizado sobre **Freud y la psiquiatría alemana** :

- En el concepto de psicosis única, las formas secundarias son el resultado de cierta adaptación terminal al nuevo mundo y al nuevo yo que ha generado la enfermedad, en un trabajo de compromiso, de asimilación de los elementos delirantes.

- Las relaciones entre sueño y locura: en el capítulo I de **La interpretación de los sueños**, en el apartado sobre "las relaciones del sueño y las enfermedades mentales" dirá que la teoría médica de la vida onírica se sustenta en la coincidencia entre sueño y perturbación mental considerando que el sueño no es más que "un proceso inútil y perturbador y la manifestación de una actividad anímica deprimida" (Freud, 1990b, p.114). En este punto destacará entre las teorías psiquiátricas la propuesta de Griesinger de considerar la realización de deseo como el punto en común entre sueño y psicosis. La posición de Freud es que si bien las perturbaciones mentales poca cosa pueden aportar a la explicación de los sueños, un entendimiento de la actividad onírica puede aportar nuevas ideas en cuanto al mecanismo interno de las perturbaciones mentales. Así, afirmará que

"al esforzarnos en esclarecer el enigma de los sueños laboramos también en el esclarecimiento de las psicosis" (ibid.).

- Sobre las psicosis alucinatorias crónicas: en **Formulaciones de los dos principios del acaecer psíquico** Freud (1990d, p.223) vuelve a referirse a Griesinger en la primera página del texto:

"El introducir el proceso de represión (esfuerzo de desalojo y suplantación) en la génesis de la neurosis nos ha permitido discernir ese nexo. El neurótico se extraña de la realidad efectiva porque la encuentra -en su totalidad o en alguna de sus partes- insoportable. El tipo más extremo de este extrañamiento de la realidad objetiva nos lo muestran ciertos casos de psicosis alucinatoria en los que debe ser desmentido el acontecimiento que provocó la insania (Griesinger)".

- Sobre el acto reflejo: Griesinger entiende el psiquismo como un esquema de acciones reflejas.

- Sobre el dolor y el placer y el concepto de exceso: las sensaciones y las representaciones se acompañan de dolor o placer. El dolor psíquico es el estado fundamental de la locura. El dolor o el placer, en las sensaciones y en las representaciones, funcionan como un "juicio oscuro" que cae sobre el yo.

F.Kaltenbeck aclara este punto:

"...en el caso del placer, el yo está sostenido, en el caso del dolor, el yo está limitado(*eingeschränkt*) y éste es un término que Freud toma directamente de Griesinger. Un exceso o una falta de excitación psíquica puede producir el dolor" (Kaltenbeck,1990,p.29).

Cabe destacar la proximidad entre la idea de Griesinger de que cuando el campo de mira del espíritu se estrecha el dolor deviene el único objeto y la de Freud, en la elaboración que hace de la hipocondría en 1914, en ***Introducción del narcisismo***.

Entre los seguidores de las teorías de W.Griesinger podemos contar a Westphal, Meynert y Wernicke, los cuales se decantaron por la vertiente orgánica manteniendo la ya famosa afirmación de Griesinger de que las enfermedades psíquicas son enfermedades del cerebro y olvidándose de su enseñanza dinámica. La obra de Griesinger, tal como destaca L.Binswanger mantiene un sutil equilibrio entre una concepción psicológica y anatómica (Binswanger,1973). Será necesario esperar a E.Bleuler para que vuelvan a conjuntarse las dos vertientes.

1.2.2 Th.MEYNERT: LA AMENCIA

Mención especial merece Th.Meynert (1833-1892), anatomista cerebral y psiquiatra, miembro de la Escuela de Medicina de Viena y maestro de S.Freud en sus años de formación. Th.Meynert estaba considerado junto con P. Flechsig, el médico que atendió a Schreber, como uno de los más brillantes especialistas en anatomía cerebral. Junto con C.Wernicke intentó la construcción de una psiquiatría orgánica y mecanicista sustentada en la anatomía cerebral, a la que se calificó de mitología del cerebro, ("*Hirnmythologie*"). Meynert mantiene sus tesis inmerso en el debate entre psiquiatras universitarios y psiquiatras de práctica hospitalaria. Estos últimos defienden el origen emocional de las enfermedades mentales en contraposición a las tesis de Meynert de considerarlas como enfermedades del cerebro. Freud trabajó con Meynert en el departamento de Meynert un periodo de cinco meses hasta que pasó a colaborar en la División médica dirigida por Scholt, atendiendo pacientes neurológicos. De esta época cabe destacar el intervalo de la beca que le permitió seguir las enseñanzas de Charcot durante seis meses, de octubre de 1885 a febrero de 1886. Considerado por Freud como el genio más brillante que jamás encontró por sus dotes como anatomopatólogo y como orador, Meynert fue menos reconocido por éste como psiquiatra (E.Jones, 1979). Sus relaciones se fueron deteriorando a partir de la interpelación de Meynert a su exposición ***Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico*** impartida en la Sociedad de Medicina de Viena, en 1886. En esta presentación Freud se refiere a Meynert aún como maestro y consejero.

En su **Presentación autobiográfica** describe este momento, en el que se le cerró el acceso al laboratorio de anatomía cerebral y se retiró de la vida académica de la Sociedad de medicina como el inicio de la ruptura definitiva con Meynert.

Posteriormente, en 1889, Meynert critica a Charcot a partir de un trabajo sobre las neurosis traumáticas y a la vez, en una nota a pie de página, añade que las opiniones de Freud eran más dogmáticas que científicas y que contradecían los planteamientos del mismo Charcot (Elleberger,1976). En 1890 en las **Lecciones clínicas de psiquiatría** Meynert se sitúa en la línea de Esquirol y de las innovaciones y elaboraciones que realizará Griesinger.

En cuanto a Freud, podemos considerar que su libro sobre **La afasia**, escrito en 1861, es una abierta crítica a las posiciones del que fue uno de sus maestros, aunque, por otra parte, Freud utiliza a lo largo de su obra el término "amencia de Meynert", para designar la confusión alucinatoria de las psicosis alucinatorias crónicas⁹.

Seguidor de las teorías de Herbart, Meynert aplicó las tesis asociacionistas (Stuart Mill) pero las redujo a una neurología de los reflejos. Concibe el sistema nervioso como una red de haces de asociaciones que interrelacionan las células nerviosas y a la vez transmiten la excitación. Distinguirá dos tipos de respuestas reflejas, las determinadas desde el nacimiento, que siguen caminos subcorticales y las adquiridas que van por vías

(9) En referencia a su texto sobre **Las afasias** Freud escribe a Fliess: "En él me he mostrado muy descarado, cruzando lanzas con su amigo Wernicke, así como con Lichtheim y Grashey, y hasta he llegado a arañar al alto y poderoso ídolo Meynert" (carta del 2-5-1891).

corticales. La corteza cerebral es un sistema de centros de imágenes, inicialmente en blanco, en el cual se van inscribiendo las huellas de las sensaciones y sus correspondientes asociaciones. Meynert partirá de la idea de un yo-primario constituido por las sensaciones internas del cuerpo al que se van sumando sensaciones provenientes del exterior y de las asociaciones que se van estructurando organizándose el yo-secundario en el que se sustentan las funciones de auto-conservación y socialización.

Así, el instinto será una modalidad de la actividad refleja construida a partir de una primera experiencia de satisfacción y de las asociaciones de sensaciones conexas. Para explicar los estados fisiológicos del dormir, el soñar, los estados de confusión mental o los delirios oníricos, que denominará amencia, se servirá de la teoría del umbral de Herbart-Fechner. La amencia es descrita como la condición mental caracterizada por alucinaciones y delirios incoherentes que reproduce un estado de confusión fuera del alcance del control del yo secundario. En la amencia, Meynert incluye paralelamente a la forma estuporosa, una forma delirante que recubre tanto el onirismo como las psicosis delirantes agudas. En su tratado de 1890 consagra a la amencia todo un capítulo de su tratado de 1890. Años antes, en 1881, imparte una conferencia en la Sociedad Vienesa de Medicina sobre las "formas agudas (alucinatorias) del delirio y su desarrollo"¹⁰. En esta conferencia refiriéndose a una comunicación de Westphal sobre la locura primaria, a la que considera una forma diluida de contenido esencialmente alucinatorio, con un pronóstico más favorable que otros

(10) Publicada en los *Anales de Psiquiatría* el mismo año.

cuadros clínicos, Meynert propone denominar a este cuadro "confusión alucinatoria aguda", cuyo eje central serán las alucinaciones causantes del estupor, de la desorientación, de las ideas insistentes e incoherentes y de los cambios de humor según la temática de la alucinación. Esta forma aguda puede evolucionar hacia el estupor o hacia la manía. En este artículo también dedicará su atención a los delirios de grandeza y de persecución entendiéndolos bien como la reviviscencia de situaciones psíquicas primarias de omnipotencia, bien como la angustia y el desamparo infantiles, y no los planteará como creados por los procesos mórbidos. C.Levy-Friesacher (1983, p.40) destacará en su estudio sobre la obra de Meynert que esta manera de enfocar los delirios

"...merece ser destacada en la medida en que introduce la noción de historización del sujeto, siendo un tipo de reflexión poco habitual en Meynert y que augura el pensamiento freudiano".

Si Meynert apoya sus teorías sobre los trastornos psíquicos a partir de una neuro-anatomización de los procesos, Freud en el ***Proyecto de psicología***¹¹, construirá un aparato psíquico sin pretender que éste represente al sistema nervioso (Kaltenbeck, 1990).

La superación de la mitología cerebral vendrá de la mano de Kraepelin en su amplia aproximación a la psiquiatría.

(11) Traducido en la edición de Biblioteca Nueva con el título: ***Proyecto de una psicología para neurólogos***

2 CLÍNICA DIACRÓNICA: DE LA HOMOGENEIZACIÓN A LA ATOMIZACIÓN

Serán sendas enseñanzas, la de J.P.Falret (1794-1870) en Francia y la de L.Kahlbaum (1828-1899) en Alemania, las que darán paso a una nueva manera de entender la clínica, la "clínica diacrónica", en la que primará la consideración de la evolución y la determinación de secuencias mórbidas.

2.1 J.P.FALRET: ENTIDADES CLÍNICAS AUTÓNOMAS

J.P.Falret acogiéndose al modelo de la parálisis general, se interesó por el curso y la evolución del delirio y sus manifestaciones. Con planteamientos muy próximos a Griesinger, en cuanto al origen de las enfermedades mentales, se opondrá, no obstante, a la concepción unitaria de la psicosis, concretamente a las monomanías preconizadas por Esquirol (Falret, 1864) y defenderá la descripción de entidades clínicas autónomas. En esta referencia se organizará la nueva clínica francesa en la que destacarán el "delirio de persecución" aislado por Ch. Lasègue como forma específica de alienación parcial y el "delirio crónico de evolución sistemática" de Magnan ante el cual no podían encontrarse casos clínicos que pudieran amoldarse al esquema¹², surgiendo las descripciones que privilegian el síntoma más destacado del cuadro clínico: "delirio de reivindicación" y "delirio de interpretación" de Sérieux y Capgras, "delirio de imaginación" de Dupré, "psicosis alucinatoria crónica" de Ballet.

(12) Surgido como respuesta a una excesiva limitación temática de Lasègue.

En la misma línea, siguiendo a su maestro Falret, en su confrontación con las monomanías de Esquirol pero centrado en su teoría de la degeneración, B.A. Morel (1809-1873) ejerció gran influencia en la psiquiatría de la segunda mitad del S.XIX. Tuvo tal acogida en Francia que llegó un momento en que gran parte de los certificados médicos de los hospitales mentales empezaban con la siguiente frase: "degeneración mental con..." tras lo cual añadían los síntomas presentados. La teoría de la degeneración fue popularizada por las novelas de Zola y la corriente naturalista (Ellenberger, 1976).

Morel agrupó casi todas las enfermedades crónicas bajo el epígrafe "degeneración mental". Asumiendo la noción de transmisión hereditaria de las enfermedades mentales y apoyándose en el pensamiento evolucionista plantea su tesis fundamental: los trastornos psíquicos -y en general todas las anomalías del comportamiento humano- son expresión de la constitución anormal del organismo de los sujetos que las presentan, a cada enfermedad corresponde una expresión típica que es la manifestación más palpable de una lesión funcional (Morel, 1860).

Distinguirá dos tipos de causalidad: una hereditaria, predisponente y otra determinante. La conjunción de ambas es necesaria para que se desarrolle la locura.

Será Morel el que, en 1852, acuñará el término "demencia precoz" para referirse a los pacientes que sufrían una grave afección mental al poco tiempo de irrumpir la enfermedad (op.cit). Posteriormente se desplazó el significado de "Demencia precoz" al de demencia en edad temprana.

Bercherie (1984, p.74) describe así la confusión del término:

"señalemos en este sentido que la atribución a Morel de la primera individualización de la demencia precoz de Kraepelin, por los alienistas franceses de principios del S.XX, no reposa más que en una homonimia (y un sólido chauvinismo): Morel habla de una demencia de aparición precoz que acecha a hereditarios e histéricos, y no de entidad mórbida que, por otra parte, no figura en su nosología"

Morel también acuñó el término "delirio emotivo" en referencia a las monomanías. Los fenómenos obsesivos que incluirá en este término Legrand de Saule los denominará, en 1871, "delirio de tocar" y "locura de duda" para recalcar en las fobias con sus correspondientes síntomas; agarofobia, claustrofobia etc. incluyéndolas en las neurastenias.

Freud retoma de la obra de Morel el concepto de "estado neurótico basal" anterior a la eclosión o desencadenamiento: una serie de trastornos constitucionales eclosionan en trastornos mentales bajo circunstancias particulares. Esta influencia, patente en sus primeras elaboraciones clínicas, se desdibuja muy rápida y claramente a medida que avanza en su obra. De este modo, en su correspondencia con Fliess, Freud (1986^a, p.235) se refiere a "lastre hereditario", "predisposición psíquica", por ejemplo en el caso del Sr. K descrito en la recopilación del **Manuscrito F**:

"Si uno intenta interpretar el caso K., una cosa se impone ante todo. El hombre es un predispuesto hereditario; su padre tiene una melancolía, quizás una melancolía de angustia; su hermana, una neurosis de angustia típica de la que tengo exacta noticia, y que en otro caso yo habría definido sin duda como adquirida. Esto da que pensar sobre la herencia. Es probable que en la familia K. sólo esté presente la <<predisposición>>, la aptitud para enfermar con más y más gravedad a raíz de la etiología típica, no la <<degeneración>>....El hombre es, en efecto, un hereditario: lo que en él se puede descubrir de etiología, aunque cualitativamente importante, sería tolerado como inofensivo por una persona sana (o sea, fuerte)".

De esta idea se desprende una jerarquía de trastornos de menos a más: los fenómenos somáticos de las neurosis, las neuropsicosis y las psicosis propiamente dichas como estrato más agudo del trastorno mental. Esta concepción también la sostendrá R. Von Krafft-Ebing distinguiendo los problemas mentales constantes, perturbaciones caracteriales y afectivas de los neuróticos, las neuropsicosis y los estados histéricos, de las psicosis que tienen como base las neurosis pero que no se diferencian más que por algunos detalles de las psicosis autónomas: paranoia, temas erótico-místicos y de persecución.

Por otra parte, ya en 1886, Freud rebate de manera contundente la sobreestimación de la causalidad hereditaria tal como lo expresa en las notas añadidas a la traducción de las obras de Charcot y también la concepción de "familia neuropática" :

"La concepción de la "*famille névrophatique*" -que, por lo demás, incluye casi todo lo que conocemos en materia de enfermedades nerviosas orgánicas y funcionales, sistemáticas y accidentales- difícilmente resista una crítica seria" (Freud,1886a,p 177).

2.2 PARANOIA : LA REINA DE LAS LOCURAS

En cuanto a la clínica alemana la referencia más importante será la paranoia. El término paranoia, utilizado como sinónimo de locura que reunía indistintamente los términos "*Verrücktheit*" y "*Wahnsinn*" reaparece en el lenguaje médico del siglo XIX en el libro de J. Ch.Heinroth titulado ***Tratado de los***

trastornos de la vida psíquica, publicado en 1818.¹³

En Griesinger el término "paranoia" no aparece como tal, desdibujándose entre los estados de monomanía exaltada (*Wahnsinn*) y la locura sistematizada (*Verrücktheit*). La obra de Kahlbaum (1828-1899) en su oposición a la *einheitspsychose* prepara el advenimiento de la nosografía kraepeliniana. Se debe a Kahlbaum, en 1863, el primer uso del término "paranoia" en su aplicación más psiquiátrica, describiéndola como un delirio sistematizado primitivo que no se acompaña de trastornos en las funciones mentales. La división que realiza de las "enfermedades mentales verdaderas" en enfermedades de evolución cíclica con estados secundarios de debilitamiento cuyo modelo es la parálisis general de Bayle y las enfermedades mentales que permanecen parciales, fijas, sin debilitamiento secundario permitirá la distinción entre la *Verrücktheit* secundaria de Griesinger, en la cual la disociación está netamente marcada, del delirio sistematizado primitivo o paranoia¹⁴ (Bercherie, 1986,p.80). Posteriormente Snell en 1865 delimitará con la acepción de *Wahnsinn*, un estado delirante y alucinatorio que define como primitivo, en el que el tema de persecución precede al delirio de grandeza¹⁵ y que normalmente no cursa en demencia o lo hace tardíamente.

En 1876 Westphal agrupará bajo el cuadro de *Verrücktheit*:

- La forma originaria de Sander y la forma tardía de Snell.

(13) *Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens*

(14)Esta subdivisión la retomará Kraepelin.

(15)Ver los planteamientos de Abraham y Freud sobre la vinculación delirio de persecución y delirio de grandeza.

- Una forma aguda caracterizada por la irrupción de alucinaciones y de ideas delirantes diversas con obnubilación de la conciencia que puede llegar a la confusión verdadera en las formas muy alucinatorias.
- Una forma "abortiva" que corresponde a las obsesiones entendidas como una invasión de la conciencia con compulsiones idéicas y en ocasiones alucinatorias.

La paranoia en su época de "reina de las locuras" abarca el conjunto de estados delirantes, agudos o crónicos, alucinatorios o sin alucinaciones, que hace patente una predisposición marcada o cierta disposición, con disociación o manteniendo intacta la síntesis personal, primitiva o secundaria a una forma aguda: manía, melancolía, confusión mental. (Bercherie 1986). La paranoia llega a tener tal amplitud de campo que el propio Kraepelin comenta en su 8ª edición que entre un 70 y un 80 por ciento de los enfermos asilados, eran catalogados en este período de paranoicos.

La dificultad en su delimitación afectará a otras dos entidades clínicas : la neurosis obsesiva y la confusión mental. La neurosis obsesiva es considerada por algunos autores como Westphall, tal como hemos visto, como una forma rudimentaria como una paranoia abortada. R. Von Krafft-Ebing y numerosos autores, seguirán a C. Westphall en estos planteamientos, de los cuales Freud se hace eco en el *Manuscrito H* (1986ª, p.246):

"La idea delirante se encuentra situada en psiquiatría junto a las ideas obsesivas, como trastorno puramente intelectual, y la paranoia se encuentra junto a la insania obsesiva, en su calidad de psicosis intelectual".

Por otra parte, la paranoia aguda es entendida como una forma de confusión onírica en que las alucinaciones y el delirio hacen pasar a segundo plano la obtusión mental, como por ejemplo la ya comentada amencia de Meynert o en la obra de Neisser las formas agudas de paranoia, explosión súbita de alucinaciones que cursaba con ideas de persecución y que curaba rápidamente.

La obra de Krafft-Ebing (1840-1903)- Alumno de Griesinger en el Burghölzli, Director del asilo de Bade y catedrático en la universidad de Viena en la época en que Freud se formaba en neurología- aparece en este momento de completud de la paranoia. A cobijo de las tesis de Krafft-Ebing y la Escuela de Illenau se elaborarán las conceptualizaciones que llegarán a Freud.

En su ***Tratado clínico de psiquiatría*** de 1897, Krafft-Ebing propone reservar el término de paranoia para los delirios crónicos, con o sin alucinaciones y utilizar el término de "*Wahnssin*" para los delirios alucinatorios agudos que cursan con confusión, denominados "paranoias agudas" o amencias en la terminología de Meynert.

Vemos que Freud en sus textos sobre las psiconeurosis de defensa y en la correspondencia con Fliess apelará a esta diferenciación sin tomar en cuenta las alucinaciones como criterio diferencial.

2.3 E.KRAEPELIN: EL OCASO DE LA PARANOIA

E. Kraepelin es considerado como el fundador de la nosografía actual sobre la cual reposa el D.S.M. en sus múltiples versiones y la clasificación de las enfermedades mentales de la O.M.S. Estudiante con Wundt y Von Gudden obtiene una cátedra en la universidad de Munich en 1903 y al año siguiente inaugura la *Königliche Psychiatrische Klinik* que fue completada en 1908 por el *Kaiser Wilhem Institute*. En este centro sigue su enseñanza e investigación hasta su muerte.

La nosografía de Kraepelin se desarrolla en las ocho ediciones sucesivas de su tratado de psiquiatría¹⁶ en las que vemos aparecer, sucesivamente, la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva, pudiendo constatar la importancia que va tomando el tratado a medida que va sistematizando su nosografía.

En la primera edición (1883) su clasificación mantiene un cariz psicologista, muy próximo a las tesis de Esquirol, que será el que le permitirá cierta ruptura con las tesis anatomopatológicas.

En la 2ª edición (1887) se dará más importancia a la evolución de la enfermedad como elemento de valoración de pronóstico. Así, la melancolía, la manía, los estados agudos delirantes tienen un pronóstico de curación al contrario de las locuras periódicas o circulares y el delirio cronificado ("*verrücktheit*"), que en este momento corresponde más a la locura sistematizada

(16)Hubo una 9ª edición, editada póstumamente, pero casi idéntica a la octava.

con demencia, que a la simple paranoia¹⁷.

En la 4ª edición (1893) aparece el grupo de los "procesos degenerativos físicos" que comprende: la demencia precoz, la catatonía y la demencia paranoide. En la 5ª edición (1896) se convierten en el grupo de los "procesos demenciales".

Mención especial merece la 6ª edición (1899) en la que el grupo de demencias pasará a denominarse grupo de la "demencia precoz" en el que se incluirán las formas hebefrenia, catatonía y paranoia, esta última incluirá la demencia paranoide y "*phantastische verrücktheit*" (que será el núcleo de las futuras parafrenias de 1913). En esta edición definirá la paranoia como una enfermedad de desarrollo insidioso, que depende de causas internas, y en la que la evolución del sistema delirante es inexorable, a pesar de la conservación completa de la claridad y orden en el pensamiento, el querer y la acción. Cabe destacar la importancia dada a la ausencia de alucinaciones a las que sitúa del lado de las demencias. Lacan (1984a, p.31) en su seminario sobre Las psicosis, mostrará su sorpresa ante esta definición:

"Esta definición fruto de la pluma de un clínico eminente tiene algo llamativo, y es que contradice punto por punto todos los datos de la clínica. Nada de ella es cierto"

Los casos que no se amoldan a esta versión tan restringida englosarán la forma paranoide de la demencia precoz, la "*dementia paranoides*". Se incluyen en ella dos sub-grupos: los delirios masivos e incoherentes asociados a excitación, y los antiguos delirios alucinatorios de la paranoia por su supuesta

(17) En relación a la evolución del concepto de paranoia J.M.Álvarez(1992) ha realizado un amplio estudio en *La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana*,

terminación demencial.

Ya en 1913 retomando la constatación crítica de que las alucinaciones no siempre son signos de demencia Kraepelin construirá la categoría de las parafrenias, en las que incluirá los delirios alucinatorios menos sistematizados que la paranoia, pero más que la demencia paranoide.

En la 8ª edición se añade el apartado de las "afecciones endógenas" que cursan con evolución terminal, en el que se incluyen la demencia precoz y sus diferentes formas y las parafrenias. En otro grupo se reúnen todas las formas de las psicosis maníaco-depresivas a las que también considera como endógenas, así como la histeria y la paranoia que aparecen en solitario.

Kraepelin opone a las enfermedades mentales exógenas, adquiridas, las enfermedades mentales de origen endógeno. En este segundo grupo situará las supuestas lesiones cerebrales. En la demencia precoz es la terminación deficitaria la que hace sospechar la existencia de lesiones cerebrales, las cuales al no ser demostrables se refieren a factores de tóxicos, concretamente de tipo metabólico (Bercherie, 1986).

Tal como plantea J.M.Álvarez (1992), cabe preguntarse porqué la "*Verrückheit*" que de inicio se presenta como una "locura sistematizada demencial" deviene progresivamente una afección vecina a las afecciones psicógenas o a la histeria.

Una posible respuesta sería la necesidad de Kraepelin de aislar las que considera, siguiendo el modelo de Bayle, "verdaderas enfermedades mentales", que serían aquellas en que el mismo proceso mórbido se presentará en distintas

fenomenologías.

Siguiendo este modelo considerará verdaderas enfermedades, la "locura de circular " de Falret o de doble forma de Baillarger, transformada por Kraepelin en locura maniaco-depresiva, y la catatonía de Kahlbaum. Para Kraepelin, Kahlbaum tiene el mérito de haber establecido, de manera sistemática, la diferencia entre un cuadro mórbido y una enfermedad mental verdadera.

Reconocer la enfermedad mental subyacente y preveer la evolución serían los puntales de lo que O.Mannoni (1973) denomina como "una nosología de difuntos", ya que Kraepelin sostiene que toda psicosis evoluciona hacia la demencia profunda. De esta manera se crea el cuadro, cada vez más amplio, de la "demencia precoz".

Este planteamiento tendrá su importancia en un episodio de la vida de Schreber, a saber el traslado de Schreber a la clínica del Dr. Pierson.

El trabajo nosográfico de Kraepelin puede resumirse en tres frases: delimitación precisa de la psicosis maníaco-depresiva, reducción "*ad minimum*" de la paranoia, y generalización de la demencia precoz.

3 EL CARÁCTER PARANOICO Y LA CONFUSIÓN MENTAL EN LA CLÍNICA FRANCESA

Si en una primera época la paranoia se consolida como "reina de las locuras", posteriormente, a raíz de la depuración nosográfica de Kraepelin, la paranoia se extingue en beneficio de la demencia precoz.

En la clínica francesa, por el contrario, el término paranoia es muy tardío y su uso se relaciona, fundamentalmente, con determinados rasgos del carácter: "carácter paranoico" (Montassut, 1924) o "constitución paranoica" (Génil-Perrin, 1926). A este "carácter paranoico" Lacan (1984a, p.13) se referirá en el Seminario sobre **Las psicosis**:

"Un paranoico -por lo menos antes de que la tesis de cierto Jacques Lacan intentara crear un gran alboroto que se limitó a un pequeño círculo, al pequeño círculo que conviene, lo que hace que hoy ya no se habla de los paranoicos como antes un paranoico era un malvado, un intolerante, un tipo con mal humor, orgullo, desconfianza, susceptibilidad, sobreestimación de si mismo. Esta característica era el fundamento de la paranoia; cuando el paranoico era demasiado paranoico, llegaba a delirar. Se trataba menos de una concepción que de una clínica, por otra parte muy sutil".

Por otra parte hay que destacar los esfuerzos nosológicos de P. Chaslin, plasmados en **La confusion mentale primitive** (1895). En ese texto aporta el término de "confusión mental" y sustituye el término "demencia" por el de "discordancia". Aunque conceptualmente abre camino a la esquizofrenia de Bleuler, la nomenclatura propuesta por Chaslin queda desplazada por la de esquizofrenia.

En textos posteriores incluirá bajo la "locura discordante" a la esquizofrenia, y paralelamente empleará el término "locura discordante verbal"

a la "esquizoafasia" propugnada por Kraepelin. Para definir las disfunciones del lenguaje en la esquizofrenia, Chaslin empleará la expresión "locura verbal discordante". En 1912, año de la publicación del estudio de Freud sobre Schreber, publicará ***Elements de semiologie et clinique mentales*** dedicando todo un capítulo a los trastornos del lenguaje.

Recordemos que Freud estudió la clínica francesa y la conoció en su estancia en *La Salpêtrière*. En su ***Informe sobre mis estudios en París y Berlín*** realizado en 1886, y más concretamente, en su prólogo a la traducción alemana de la "*Leçons du mardi de la Salpêtrière*" (1887-1888) impartidas por Charcot, nos orienta en la encrucijada clínica de inicios del S.XX:

"El cuadro clínico, la "*entite morbide*" sigue siendo la base de todo el abordaje; pero el cuadro clínico consta de una serie de fenómenos, a menudo una serie que se ramifica en direcciones múltiples. La apreciación clínica del caso consiste en asignarle su sitio dentro de esta serie. En mitad de la serie se encuentra el "*type*", la forma extrema del cuadro clínico, esquematizada de manera consciente y deliberada; o bien se pueden establecer varios de estos tipos, conectados entre si por formas de transición. Por cierto que es posible toparse con el "*type*", la plasmación completa y característica del cuadro clínico; no obstante, las más de las veces los casos efectivamente observados divergen del tipo, han borrado del cuadro tal o cual rasgo, se ordenan en una o varias series que se van apartando del tipo y que en último término acaban en unas formas rudimentarias, completamente nebulosas (*formes frustres*) en las que sólo el experto es capaz de discernir todavía unas copias del tipo. Mientras que la nosografía tiene por objeto describir los cuadros clínicos, es tarea de la clínica pasar a la plasmación individual de los casos y a la combinación de los síntomas.

He puesto de relieve aquí los conceptos de "*entite morbide*", de serie, de tipo y de "*forme frustés*" porque en su empleo reside un rasgo capital de la manera francesa de hacer clínica. La manera alemana es en verdad ajena a este abordaje; en ella el cuadro clínico, el tipo, no desempeña ningún papel rector, y en cambio se destaca otro rasgo que tiene su explicación en la historia de la medicina alemana: la tendencia a interpretar fisiológicamente el estado patológico y el nexo entre los síntomas. Es indudable que al empujar a un segundo plano los puntos de vista fisiológicos, la observación clínica de los franceses gana en autonomía. Ahora bien, tal vez se deba en lo esencial a esta ausencia de consideraciones fisiológicas la impresión extraña que la clínica francesa produce en el no iniciado. Por lo demás ella no supone ninguna omisión, sino una exclusión deliberada, que se juzga conveniente. He oído decir a Charcot: Hago morfología patológica, hago

incluso un poco de anatomía patológica, pero no hago fisiología patológica; espero que la haga algún otro" (Freud, 1986d, p.169).

En esta cita Freud incidirá en las funciones de la clínica más allá de la clasificación nosográfica alrededor de dos ejes: "la plasmación individual de los casos", es decir en la vía de lo particular del sujeto y "la combinación de los síntomas", en la vía de la interpretación, de la búsqueda del sentido de los mismos, incluido en los decires del sujeto.

II. MEMORIAS DE UN NEURÓPATA

LAS MEMORIAS: EFECTOS DE LECTURA

"Sencillamente vamos a abrir el libro de Schreber, las

Memorias de un neurópata"

Las psicosis. Jacques Lacan,

Las ***Memorias***, que se publican junto con una serie de "***Complementos***" y "***Cartas***" en 1903, tienen objetivo dar a conocer a la ciencia y al mundo experiencias que "encierran una verdad objetiva que no puede ser reconocida por los demás" (Schreber, 1978, p.346), así como convencer al tribunal encargado de sentenciar sobre su posible alta médica, de que no pertenece a los dos grupos de enfermos que, según la ley, deben ser reclusos: los que "como consecuencia de su enfermedad pueden implicar un peligro para ellos mismos o para los que los rodean" (Ibid.) y los que en su estado de debilidad profunda provocan "el horror con su sola presencia" (Ibid.); por consiguiente, Schreber intenta demostrar que está capacitado para asumir responsabilidades y recobrar sus derechos de ciudadano.

Mantiene con firmeza que las construcciones sobre el *Orden del Universo* que ha ido relatando en las ***Memorias***, si bien pueden contener errores en lo que respecta a Dios y a sus atributos, son de alcance universal y permanente, ofreciendo su cuerpo a la ciencia con el fin de que puedan verificarse las

vicisitudes que ha sufrido.

Han transcurrido más de nueve décadas desde la publicación de la primera edición de las **Memorias** y el deseo del autor de dar a conocer a la ciencia y al mundo sus experiencias ha sido ampliamente cumplido, aún cuando uno de los capítulos y algunos párrafos con referencias familiares fueran censurados por orden judicial. En cuanto al segundo objetivo, concerniente al alta médica, también lo alcanzó, aunque por un período de tiempo no muy largo, ya que fue ingresado definitivamente en un estado de demencia irreversible en 1907.

A partir del estudio de Freud sobre las **Memorias** y de la relectura que Lacan impulsa a partir de 1955, Schreber se ha convertido, tal como afirman sus traductores al inglés, I.Macalpine y R.Hunter (1993, p.8) en el "paciente más citado en psiquiatría" así como el más estudiado en relación a la clínica de la psicosis. Psiquiatras, antipsiquiatras, psiconalistas, escritores, ensayistas, se han dirigido a este texto a lo largo de varias décadas, considerándolo como un testimonio que, por su rigor, ejemplifica puntos importantes de la estructura de la psicosis más allá de la fenomenología.

Entre los estudiosos del material clínico se encuentra F.Baumeyer, médico jefe del hospital del condado de Arnisdorf, durante los años 1946 a 1949. Baumeyer descubre, en el almacén del hospital, fragmentos de las historias clínicas de Schreber pertenecientes a sus sucesivos ingresos en la Clínica Universitaria de Enfermedades Nerviosas de la Universidad de Leipzig y accede a copias del historial clínico referente al último internamiento de Schreber, que cubre el período del 27 de noviembre de 1907 hasta su muerte acaecida el 14 de

abril de 1911.

W.Niederland también trabajó referencias biográficas, en especial sobre el padre de Schreber, en varios artículos publicados sucesivamente entre los años 1951-1968.

El estudio más exhaustivo en cuanto a datos biográficos y recopilación de estudios sobre Schreber es la tesis realizada por H.Israëls, publicada en 1981, con el título de **Schreber: père et fils**. Este mismo autor junto con D.Devreese y J.Quackelbee, publica en 1986, **Schreber inédit**, una recopilación comentada de poemas y escritos de Schreber, así como nuevos datos biográficos, que permiten acceder a la última etapa de la vida de Schreber, desde su salida del asilo de Sonnenstein hasta su muerte en el asilo de Leipzig-Dösen en abril de 1911.

A estos autores, entre otros, nos iremos refiriendo a lo largo de este resumen biográfico, en particular a la genealogía de los Schreber descrita por A.Tabouret-Keller (1973), complementándola con los datos que incorpora H. Israëls (1986b, pp.20-21) basándose en el árbol genealógico inédito cedido por Günther Friedrich, hijo de la hermana de Schreber, Anna Paula Jung (ver árbol genealógico del presente estudio).

1 LOS SCHREBER: CONSTELACIÓN FAMILIAR

El material aportado por los autores que han estudiado el tema es de tal envergadura que hemos privilegiado aquellos datos que nos ayuden a dar una

visión general de la red simbólica que acogió la llegada al mundo de Schreber y que lo acompañaron en su construcción delirante.

Para ello mantenemos la prevalencia de dos vertientes temáticas que se van repitiendo en varias generaciones: la escritura y el proyecto de aportar al mundo un sólido discurso moral.

La escritura y la publicación de ensayos, artículos y textos autobiográficos se evidencia como una actividad común tanto en los varones de la familia como en algunas de las mujeres: la madre y hermanas de Schreber.

1.1 LOS ORÍGENES: POR LA ESCRITURA A LA REGENERACIÓN MORAL

La historia familiar de Schreber se circunscribe, casi enteramente, en el ámbito del Reino de Sajonia. Durante los siglos XVII y XVIII los Schreber pertenecen a la alta burguesía intelectual (Israëls, 1986a).

El padre de su bisabuelo Juan David Schreber publica tres obras, de las cuales dos mantienen un claro contenido apologético. La primera, editada en 1688, lleva por título **Los libros obscenos**¹. En esta obra critica la publicación de los libros cuyos autores relatan cosas lascivas en forma abierta y hablan con petulancia de las partes que permiten establecer la diferencia de los sexos. Tan solo la ciencia, representada por el médico y el naturalista, queda fuera de la interdicción.

El segundo libro, siempre siguiendo las referencias de A.Tabouret-Keller (1973), es un estudio autobiográfico, editado en 1717.

(1) *De libris obscoenis*

En el tercer libro, ***Caminos de la doctrina de la fe***², publicado en 1736, mantiene el tono apologético del primero en relación a la pedagogía y a la moral cristiana, destacando en especial el capítulo XXI dedicado al matrimonio cuya finalidad es el engendramiento y la ayuda mutua.

El bisabuelo de D.P.Schreber, Daniel Gottfried, jurista y economista, también publica varias obras-ocho volúmenes que incluyen cuarenta textos cada uno de los cuales "llama la atención la vivacidad del estilo y la variedad de temas considerados" (Tabouret-Keller, 1973, p.291). En la introducción, expresa su deseo de abarcar el máximo campo posible de temas relacionados con la ciencia económica, sin dejar ninguna fisura. Chatel (1994) destaca el lema que preside su lección inaugural como profesor de economía en la universidad de Leipzig: "nosotros trabajamos para la posteridad", y plantea la hipótesis de que este lema, en sus significaciones en torno a la publicación y la posteridad representada por la descendencia, incide sobre toda la línea masculina de la familia incluido D.P.Schreber.

El hijo mayor de Daniel Gottfried -Johan Christian Daniel- colaborador en la obra de su padre desde muy joven, escribe artículos desde los dieciséis años, siendo un naturalista muy reputado. De su obra prevalece la descripción de plantas. Socialmente retraído, "...sus contemporáneos lo describen como un personaje lejano que con la edad se encierra cada vez más en sus estudios y pasa mayor número de horas en su gabinete de ciencias naturales que en

(2) *Lineas doctrinae fidei*

cualquier otra parte" (Tabouret-Keller, 1973, p.294) ³.

El abuelo de Schreber -Gotthilf Schreber- fue el miembro de la familia menos relevante socialmente. No obstante, escribió, al igual que su bisabuelo (Daniel Gottfried), un escrito autobiográfico, tal como nos menciona H.Israëls (1986a), titulado **Breve historia de mi vida**⁴ y en el cual incluye una larga enumeración de sus malestares físicos.

1.2 D.G. MORITZ SCHREBER: LA GIMNASIA ORTOPÉDICA COMO PANACEA UNIVERSAL

Moritz Schreber (1808-1861), padre de D.P.Schreber, fue un reconocido médico-pedagogo. Director de una clínica de ortopedia, inventó una serie de artilugios destinados a prevenir deformaciones óseas. Autor de numerosas obras relacionadas con la gimnasia y la educación infantil, mantiene el aserto de que una buena educación física en edades tempranas evita posteriores daños tanto físicos como morales. En el curso de los años esta afirmación va adquiriendo el valor de un postulado de aplicación universal.

W.Niederland inicia su artículo "**El padre de Schreber**" con una sucinta y a la vez muy completa descripción social de Moritz Schreber: "...Eminente médico y ortopedista, era también un prolífico escritor además de conferenciante,

(3) J.Lacan se referirá a Johann Christian autor de la *Novae species insectorum* cuando comenta lo creado y las criaturas en **De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis** (Lacan, 1959, p. 544), y en **Las psicosis** cuando comenta los pájaros cantores de las **Memorias**, creados especialmente para Schreber por la omnipotencia de la palabra divina (Lacan, 1984a,p.203).

(4) **Kurze Geschichte meines Lebens**

educador e inventor" (Niederland, 1984d, p.197). Un poco más adelante añadirá a la condición de médico y escritor, dos rasgos esenciales en la personalidad del padre de D.P.Schreber: "Un reformador con entusiasmo de misionero, dedicado total, y quizá fanáticamente, a sus objetivos en el campo de la cultura y de la salud físicas" y "Una personalidad de enorme y perdurable influencia, como ya lo dijo Freud, así como el fundador de un movimiento cultista que sobrevive hasta nuestros días" (Niederland, 1984d, p. 198).

En cuanto al estado mental se referirá a M.Schreber como "un hombre enfermo", apoyándose en los informes realizados a su hijo en el Asilo de Sonnenstein. En estos informes se incluye lo siguiente: "El padre (fundador de los jardines Schreber de Leipzig) sufría de manifestaciones compulsivas con impulsos asesinos" (ibid.). La biografía sobre Moritz Schreber realizada por A.Ritter en 1936 apunta hacia una posible enfermedad mental, en los últimos años de su vida, ocasionada por una herida en la cabeza.

En cuanto a su entorno familiar, era el primogénito, de un abogado de Leipzig. W.Niederland (1984d) lo sitúa como segundo hijo, no obstante H.Israëls (1986 a) y A.Tabouret-Keller (1973) indican su fecha de nacimiento en 1808, cuatro años anterior al nacimiento de su hermano Gustav. Éste muere a la edad de tres años, en abril de 1816, cuando Moritz Schreber tiene siete años. Después de finalizar estudios secundarios se inscribe en la Universidad de Leipzig, encontrándose entre sus tutores su futuro suegro, W.A.Haase. En 1831 recibe el título de médico y en 1833 presenta su tesis sobre un remedio antiinflamatorio

para los bronquios.

En su época universitaria es descrito por su compañero C.H.Schildbach como físicamente endeble, cuestión que resuelve mediante ejercicios intensivos de gimnasia, convirtiéndose en "...uno de los mejores y más elegantes atletas de su tiempo... Éste fue el punto inicial de sus escritos y de su preocupación por los demás en el campo de la cultura física" (Niederland, 1984d, p.199).

Una vez concluida su tesis se emplea como médico personal de un aristócrata ruso con el cual recorre gran parte de Rusia y Alemania, llevando una vida sin ningún aliciente profesional. Este período de la vida de Moritz Schreber se aleja del ideal de hombre infatigable y disciplinado que se forjaría posteriormente. En esta época mantiene una intensa correspondencia familiar, de la cual cabe resaltar sus continuas quejas en relación a sus malestares físicos⁵.

Moritz Schreber retorna a Leipzig en otoño de 1836, siendo contratado como *Privatdozent* en la facultad de medicina de 1836 a 1854. En 1838 se casa con Pauline Haase con la cual tiene cinco hijos, a los que nos referiremos en un apartado posterior. A partir de 1844 dedica toda su actividad a la clínica ortopédica del Dr. E.A.Carus, profesor extraordinario en la facultad de medicina de Leipzig que poseía un dispensario quirúrgico en el que había instalado una clínica ortopédica. Ese mismo año el Dr.Carus es nombrado Profesor titular en Dopart (Estonia) y Moritz Schreber se hace cargo de la clínica.

En 1847, M.Schreber y su familia se trasladan a un gran caserón que han

(5) H.Israëls nos aporta una carta del futuro socio de Schreber y antiguo colega de Universidad que resume muy bien esta época. (Israëls, 1986a, pp.38-39)

mandado construir, instalando la clínica en una de sus dependencias. En esta casa Moritz Schreber vivirá hasta el fin de sus días, escribiendo en ella gran parte de sus obras. Su hijo, Daniel Paul, que tenía cuatro años cuando se instalaron, la recuerda en varios poemas escritos en 1905, dos años después de la publicación de las **Memorias**, y en concreto en el poema escrito en homenaje al aniversario de su madre. D.P.Schreber rememora, en tono marcadamente épico, la construcción de la mansión y la clínica.

En cuanto a la actividad literaria del padre parece ser que se inicia de manera sistemática a partir de la publicación, en 1838-1839, de **El libro de la salud**⁶, en el que cabe destacar el fragmento de lo que podríamos considerar un "caso clínico" bajo el epígrafe de "confesión de un anciano delirante". W.Niederland (1984d) apuntará hacia un contenido autobiográfico del relato, mientras que H.Israëls (1986a) incide más sobre la idea de una "confesión" autobiográfica.

Se trata de un anciano con una tendencia congénita a la melancolía. Nacido en una familia íntegra y a pesar de una severa educación, no consigue sustraerse de determinados pensamientos y conductas. Desde los 12 años es torturado por una serie de ideas fijas cuya naturaleza no se precisa. Hacia los dieciséis años irrumpen crisis de melancolía junto con compulsiones homicidas, que se contraponen a sus tendencias naturales. A raíz de estas crisis descuida su trabajo, se muestra intransigente con los demás y sufre de fuertes remordimientos. La locura entra a través de su cerebro, los dolores de cabeza

(6) **Das Buch der Gesundheit**

y las compulsiones se multiplican reavivando las tendencias agresivas. Este estado se mantiene durante dos años. El anciano reúne sus últimos vestigios de energía espiritual y con un gran esfuerzo de voluntad, reprime cualquier mal pensamiento poniéndose en paz con Dios.

M.Schreber extraerá la siguiente enseñanza del caso: las malas tendencias deben ser reprimidas en *status nascendi* aunque el hombre consiga grandes cosas a fuerza de voluntad.

En 1843 publica un opúsculo titulado ***La gimnasia desde el punto de vista médico presentado al mismo tiempo como un asunto de Estado***⁷ en el cual expone las ventajas de salud que aporta la gimnasia y defiende la instauración de medidas para hacer obligatoria la misma en las escuelas.

Estos escritos abren una década de intensa actividad profesional dedicada a la propagación de sus ideas, enfrentándose a la desconfianza y oposición de los gobernantes, poco favorables a teorías tan independientes.

En 1855 publica, por cuenta propia, la que será su obra más conocida ***Gimnasia médica casera***⁸, que cuatro años más tarde, en 1859, contaba ya con seis ediciones, siendo traducida en 1860 a cinco idiomas.

Freud (1990e, p.48), en su texto sobre Schreber, se refiere a la "gran reputación" del padre como fundador de la gimnasia terapéutica en Alemania, mencionando, con detalle, sus múltiples actividades en el campo de la cultura física; destacará la amplia difusión de la ***Gimnasia médica casera*** que, en 1911,

(7) ***Das Turnen vom ärztlichen Standpunkte aus, zugleich als eine Staatsangelegenheit dargestellt***

(8) ***Ärztliche Zimmergymnastik***

ya había sobrepasado las veintiséis ediciones.

A medida que M.Schreber va avanzando en su obra, se va haciendo más patente el carácter didáctico y la persistente insistencia a padres y educadores de colaborar en la implantación generalizada de su postulado: el equilibrio del espíritu considerado como finalidad vital se consigue a partir de la coerción y educación de los impulsos físicos. Esta lucha sin cuartel, iniciada ya en los primeros años de vida, debe mantenerse en constante alerta.

La ortopedia del alma debe apoyarse en la ortopedia del cuerpo. Un tema recurrente en todos los textos de Moritz Schreber es su interés por la columna vertebral y sus deformaciones, en claro paralelismo con las deformidades del espíritu. En el libro de ejercicios al que nos hemos referido, describe una serie de posturas destinadas a mantener la espalda del niño totalmente recta. Para ello inventa un sistema de correajes y aparatos que denomina *Geradehalter* cuya función es hacer que el niño mantenga la columna recta en cualquier posición, ya sea andando, sentado o estirado.

En 1851 M.Schreber sufre un fuerte golpe en la cabeza al caérsele encima una escalera de hierro. Meses más tarde irrumpen fuertes dolores de cabeza imputados por sus familiares al golpe en cuestión. No obstante, parece que también se podrían referir al estado depresivo anterior al accidente. Sea como fuere, lo cierto es que a partir de la aparición de estos dolores dimite de todas sus funciones oficiales y se retira de la vida pública, restringiendo a su vez la actividad médica y rechazando la compañía familiar. (Israëls, 1986a).

Podemos relacionar estos dolores de cabeza que lo aíslan del mundo,

pero que no le impiden producir intelectualmente, ya que la mayor parte de su obra la escribe en este periodo de su vida, con las ideas obsesivas y las compulsiones homicidas a las que se refiere el informe clínico que cita F.Baumeyer (1984a) y que se recogen en el caso del "anciano delirante".

A partir de 1859 C.H.Schildbach, director adjunto, toma a su cargo la dirección de la clínica manteniendo M.Schreber la representación en el exterior y dedicándose, cada vez con más insistencia, a la propagación e implantación de sus ideas en el sistema escolar y educativo, hasta el punto de querer vender la clínica para financiar su proyecto.

En 1858 publica ***Kallipedia o educación para la belleza***⁹, y tres años más tarde edita un opúsculo abreviado del mismo. Este opúsculo es enviado a políticos, ministros y hasta al monarca prusiano al cual anuncia su segundo escrito sobre la educación del pueblo. El proyecto es recibido con indiferencia por las autoridades alemanas.

Paralelamente imparte conferencias en las reuniones de la Sociedad Pedagógica de Viena fundada el mismo año de su muerte, en 1861, acaecida a raíz de una perforación intestinal.

En 1862 se reedita postumamente ***ePangymnastikony*** en 1891 el ***Libro de los ejercicios para el cuerpo y el alma***, dedicado a "la bendición de las futuras generaciones".

En cuanto a su fallecimiento, H.Israëls (1986a) recogerá una confesión de la hija de M.Schreber, Anna, a su biógrafo oficial, G.Richter: la esposa de

(9) ***Kallipädie oder Erziehung zur Schönheit***

M.Schreber destruyó todo lo que podía recordarle a su marido. Israëls utilizará esta anécdota para ejemplificar la dificultad en situarse imparcialmente ante la biografía del padre de D.P. Schreber, ya que, según sea interpretada por detractores o defensores, se puede convertir en un gesto de agresividad o en un gesto de fuerte aflicción. Sus biógrafos pueden pasar de la idealización extrema, el *pater familias*, fundador de los jardines Schreber, ciudadano honorable, al padre déspota y tirano tal como nos lo describe M.Schatzman (1971). En su artículo sobre el padre de Schreber, Niederland (1984d) indica que, en algunos párrafos de la obra de éste, se puede entrever que aplicaba a sus hijos varones los artilugios ortopédicos que diseñaba. Esta proliferación de figuras del padre nos recuerdan la puntuación de J.Lacan en ***De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*** de un amplio reparto que va desde el padre bonachón, al padre todopoderoso, al padre humillado, engolado, irrisorio, casero, hasta el padre de picos pardos, todos ellos tributarios de una carencia fundamental, la del significante Nombre del Padre (Lacan, 1988a ,pp.559-560).

1.3 EL OTRO MATERNO Y LA FRATRIA

Pauline Haase, madre de Schreber, era la hija menor de uno de los maestros de D.P.Schreber, Wilhelm Andreas Haase, rector magnífico de la Universidad de Leipzig. La madre de Pauline provenía de una familia adinerada

y de fuerte raigambre cultural¹⁰, albergando en su casa a Goethe en su primera época de estudiante, y era visitada frecuentemente por intelectuales y artistas de la época, entre los que destacan: Heinroth, Mendelssohn y Wächter¹¹.

En un poema escrito en conmemoración del ochenta aniversario de su madre, D.P.Schreber se refiere a la familia materna y a su propia infancia. Este poema de notable extensión fue redactado en junio de 1905 y junto con el poema dedicado a su mujer en su cincuenta aniversario, 1907, nos aportan información sobre el período anterior a su caída irreversible en la demencia.

En el poema dedicado a su madre se refiere a la mansión de la familia materna, conocida por el nombre de "*Feuerkugel*"¹² y al ambiente refinado de la misma, destacando que aunque su madre tuvo muchos pretendientes eligió a un "joven doctor".

Pauline tenía 27 años cuando se casó con el "joven doctor", profesor asociado de la Universidad y fue madre de cinco hijos: Daniel Gustav (1839-1877), Anna Jung (1840-1935), Daniel Paul (1842-1911), Sidonia (1846-1924) y Klara (1848-1917).

(10) En las *Memorias* aparecen tanto su abuela materna, Juliana Emilia Haase, y la abuela paterna, Frederike Grosse, bajo el nombre masculino de Julius Emil Haase y Frederik der Grosse, respectivamente (F.Croufer, 1970).

(11) En las *Memorias* D.P.Schreber incluirá a Wächter, eminente criminalista, situándolo como consejero privado que ocupa en el supuesto planeta Sirius un puesto de mando.

(12) La traducción al castellano podría ser "Bola de fuego" o "Bola de color de fuego, bola roja". H.Israels lo traduce en francés como "*Boule rouge*".

- **Daniel Gustav Schreber:** Reside con su madre y vive directamente la ocupación prusiana siendo simpatizante de la misma. Aunque regenta una empresa de productos químicos Gustav se orienta hacia una segunda profesión, inscribiéndose en 1867 en la facultad de Derecho y entrando en la Magistratura en 1869-1870. En 1877 es Consejero del Tribunal del distrito de Dresde en el distrito de Bauzen.

El día de su muerte escribe una carta a su madre diciéndole que irá a Leipzig el miércoles por la noche y puesto que llegará tarde le pide que le envíe antes la llave. Esa misma noche se suicida de un disparo en la cabeza. Una nota en un periódico local comenta su reciente nombramiento como Consejero de la Corte de distrito y su fuerte tendencia a la melancolía.

F.Baumeyer (1984a, p.13) se refiere a un apartado del historial clínico del Asilo de Leipzig-Dösen, donde se describen los antecedentes familiares refiriéndose al padre como afecto de "ideas obsesivas con tendencias homicidas", a una hermana como "histérica", al hermano como "paralítico general" y a una prima de la madre diagnosticada de "paranoia crónica".

También recoge, en el mismo artículo, una carta de su hermana Klara, al psiquiatra que lo atendía, en la que se sorprende de que Schreber no haya hablado del accidente del padre y de los trastornos mentales del hermano: "...Por ejemplo no menciona el incidente en el gimnasio, cuando una escalera de hierro cayó sobre la cabeza de nuestro padre, lo que puede haberle causado las peculiares quejas acerca de su cabeza que aparecieron pocos meses después; tampoco informa que la psicosis progresiva de nuestro querido hermano mayor

ya había sido reconocida en aquel momento, pero que el médico, que ya había pensado en internarlo en un hospicio, consideró que el pobre hombre no estaba todavía lo suficientemente enfermo...." (1984a, p.26).

H.Israëls (1986a, pp.172-173) en relación al suicidio añade una nota, advirtiendo que mantiene sus reservas en cuanto a la verificación de la misma, en la que vincula el acto suicida con la ascensión social y política de Gustav:

"Uno de mis más venerables informadores, Herr Troitzsch (nacido en 1888), escribió en 1974 una carta a Peter Heiligenthal y Reinhard Volk, editores, de una edición contemporánea de las Memorias de Paul Schreber, en la cual decía:"Pauline Schreber contó a mi madre que Gustav, (que era, como su hijo menor, un jurista de primer orden) en el momento de su suicidio, había sido nombrado para un alto cargo en Berlín". Lo que Troitzsch me dijo, es que le habían llegado rumores de contactos con Bismark - yo no lo hubiese tenido en cuenta si, a continuación, no hubiera descubierto unas invitaciones del Canciller Bismark y de su mujer invitando al Dr. Schreber, Asesor, a una serie de veladas... Las invitaciones se remontan seguramente al invierno de 1875-1876... en esa época Paul no era todavía asesor; por lo que concluyo que las invitaciones se dirigían a Gustav".

- **Anna Schreber:** Fue la primera en abandonar la casa materna al casarse en 1864, a la edad de 23 años, con C.Jung. Anna, madre de seis hijos, fue la única de los hermanos que tuvo descendencia. En 1870, se integró en la Asociación Schreber de Leipzig fundada en 1864 (Richter, 1939, p.58). Fue una prolífica escritora, animada por una profunda creencia religiosa. En su recorrido sobre la familia Schreber, Israëls (1986a) incide sobre la connotación religiosa y piadosa de la hermana mayor de Schreber, comentando que, si bien no hay

ninguna duda que el Dios del delirio schreberiano contiene múltiples rasgos del padre, también debe tenerse en cuenta la singular piedad de Anna.

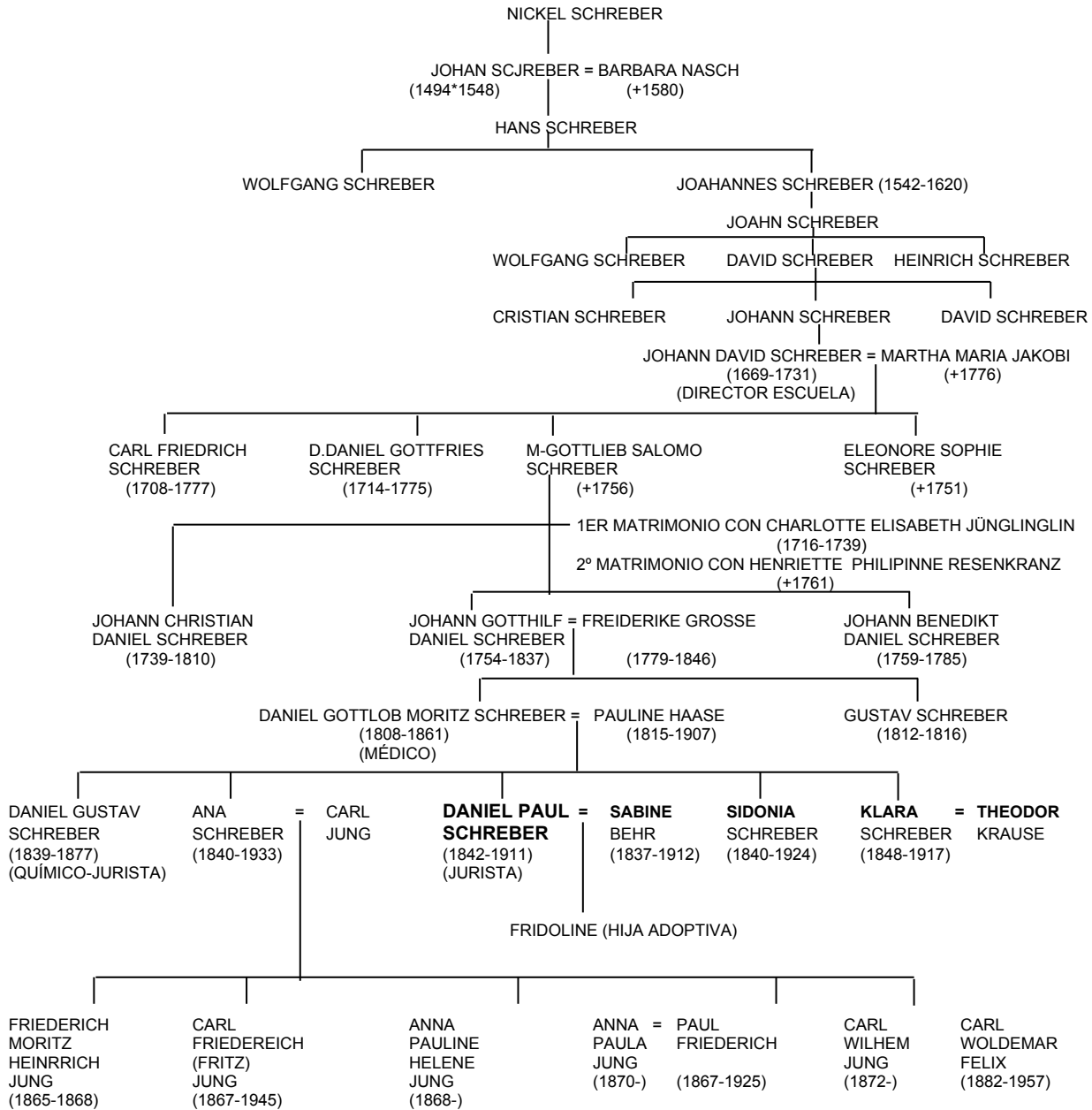
Su hija Paula, es la que recita el poema escrito por D.P.Schreber con motivo del veinticinco aniversario de la boda de Anna. El tema del mismo, es la fecundidad y la descendencia manifestando sufrimiento por su falta. El marido de Paula, Paul Friedrich, aparece fugazmente en las **Memorias**:

"Los pocos pacientes que, además de mí, aparecían a veces en el jardín, causaban todos una impresión más o menos extraña; un día creí reconocer en uno de ellos a uno de mis parientes, el marido de una de mis sobrinas, el actual profesor F. en K., el cual, temeroso, me miró sin pronunciar una palabra." (Schreber, 1978, p.102)

- **Klara y Sidonie Schreber**: A la muerte de su madre siguen viviendo en el hogar materno. No se sabe muy bien a que se dedicó Sidonie ni tampoco hay datos del diagnóstico de histeria encontrado en el dossier clínico de Schreber (Germond, 1994). Visita a menudo a su hermano Daniel-Paul durante su ingreso en Sonnenstein. Su salud se deteriora a raíz de la muerte de su hermana Klara, muriendo en 1924.

En cuanto a Klara, se casó con Th.Krause. De su biografía podemos destacar su afición a la pintura. Por otra parte Israëls (1986a, p.160), recoge un pequeño texto citado por Siegel (1909), en el que Klara, dieciocho meses después de la muerte de su padre, expresa su pesar por la pérdida de éste y por no haber podido recibir, ni ella ni su hermana Sidonie, las "palabras del padre" en el acto religioso de la confirmación.

1.4 ARBOL GENEALÓGICO DE LA FAMILIA SCHREBER



2 DANIEL PAUL SCHREBER

D.P. Schreber nace en Leipzig en 1842. Su infancia transcurre inmersa en la clínica ortopédica del padre y en sus postulados educativo-gimnásticos. En 1863, después de terminar los estudios de Derecho, inicia su actividad laboral como pasante en el gabinete de un abogado. Un año más tarde solicita el examen de práctica jurídica, y el tribunal de Leipzig le confía un proceso civil y una instrucción criminal con el fin de que redacte la disertación de fin de prácticas. En 1865 entra en la Magistratura.

Su carrera se desarrolla esencialmente en el reino de Sajonia. Después de varios destinos, obtiene el doctorado en octubre de 1869 en Leipzig y en enero de 1870 el diploma de Estado. Posteriormente ejerce funciones en la Administración Civil y como Juez de Instrucción en el Tribunal militar de Estrasburgo (Alsacia), durante y después de la guerra franco-prusiana, integrándose el recuerdo de ese período en su delirio tal cómo reflejan las **Memorias**¹³.

En 1872 se traslada a Leipzig, ejerce en la Audiencia territorial de la ciudad y accede a Juez consejero de la misma en 1877. Durante todo este tiempo vive en casa de su madre. A los treinta y cinco años, el 5 de febrero de 1878, se casa

(13) "...En este sentido tuve visiones según las cuales el profesor Flechsig se había matado de un tiro en Weissenburg (Alsacia) o en el puesto de policía de Leipzig..." (Schreber, 1978, p.96)
"Ciertas informaciones referentes a lo que ocurriría conmigo si se diera una transmigración de almas... Me destinaban a los roles sucesivos de "hiperbórea", de "novicio de los jesuitas en Osseg", de "burgomaestre de Klattau", de "joven alsaciana que tiene que defender su honor contra un oficial francés victorioso", finalmente de "príncipe mongol"..." (op.cit, p.98)

con Otilie Sabine, quince años más joven que él. Siguiendo la historia clínica de su ingreso en el Asilo de Leipzig-Dösen, parece que en esa época ya sufría síntomas hipocondríacos.

Sabine sufre seis abortos, y tiempo después, durante el ingreso de su marido, ésta acoge a una niña de trece años, Fridoline, que es adoptada por la pareja posteriormente, conviviendo con Schreber de 1903 a 1907. De esta relación Israëls destacará el comentario de Fridoline de que Schreber era una madre para ella.

En 1884, a los 42 años, Schreber, Presidente del Tribunal de Primera Instancia en Chemnitz, se presenta como candidato del Partido Nacional Liberal a la Cámara de Diputados. Pierde las elecciones y debe ser hospitalizado durante varios meses en un establecimiento psiquiátrico.

De este ingreso el mismo D.P.Schreber nos aporta información en el cap.IV de sus **Memorias**, titulado: "Vicisitudes personales durante la primera enfermedad de los nervios y a comienzos de la segunda". En este capítulo describe dos períodos de internamiento, en varias instituciones, designándolos como "primera y segunda enfermedad" y un lapso de ocho años de estabilidad que media entre el primero y el segundo. El desencadenamiento propiamente dicho y su progresiva producción delirante se produce en lo que él denomina "segunda enfermedad".

A partir del orden que marca Schreber en las **Memorias** y de los documentos recopilados por diversos autores sobre los períodos de internamiento, podemos seguir los diferentes avatares de la evolución de la psicosis.

2.1 PRIMERA ENFERMEDAD, PRIMER INGRESO EN LEIPZIG: DEL 8 DE DICIEMBRE DE 1884 AL 1 DE JUNIO DE 1885

Schreber inicia la descripción de este período con referencias al agotamiento intelectual producido por sus actividades políticas y profesionales. Después de la derrota en las elecciones, a finales de octubre de 1884, es hospitalizado en la clínica para enfermos nerviosos de la Universidad de Leipzig que dirige P.Flechsig, siendo dado de alta el 1 de junio de 1885.

Baumeyer (1984a, p.10) y posteriormente Israëls (1986a, p.184) destacan que, con anterioridad a este ingreso, inmediatamente después del día de las elecciones, Schreber partió hacia el asilo de Sonnenstein (según Baumeyer) o hacia Soneberg (según Israëls) donde estuvo ingresado unas semanas, sufriendo en este, podríamos decir, ingreso previo, dos intentos de suicidio y siéndole administradas grandes cantidades de morfina, hidrato de cloral y bromuro. A estas semanas de estancia en S., anteriores a lo que considera su primer ingreso, Schreber se referirá indirectamente en sus **Memorias** tal como veremos en el apartado dedicado al primer encuentro con Flechsig.

La historia clínica correspondiente a su estancia en Leipzig refleja que, en el momento del ingreso efectuado el 8 de diciembre de 1884, Schreber presenta retardo verbal y labilidad emocional, así como una grave hipocondría; manifiesta la convicción de "ser incurable".

En el historial clínico se describe la siguiente patología:

- Temores hipocondríacos: "está convencido de que va a morir de un ataque al corazón".
- Hipersensibilidad auditiva.
- Humor irritable y lábil.
- Un intento de suicidio (el 30 de enero de 1885)
- Obsesión por una imaginaria pérdida de peso.
- Malestar cardíaco.
- Insistencia en ser fotografiado seis veces el día 6 de abril. Insiste en fotografiarse por "última vez" el 26 de mayo.

Según D.P.Schreber (1978,p.52) la primera enfermedad transcurrió sin que:

"...sobreviniera ningún episodio con implicaciones sobrenaturales".

2.1.1 ENCUENTRO CON P.FLECHSIG

En este período de internamiento conoce al Profesor P.Flechsig, insigne neurólogo, ante el cual siente cierta reticencia y a la vez un profundo agradecimiento.

La reticencia se deja entrever en dos comentarios acerca de la consideración y confianza que le tenía como paciente. En el primero Schreber se refiere a las "mentiras piadosas" que todo psiquiatra emplea con sus enfermos, indicando que, en su caso, dado su elevado nivel intelectual, no las empleaba salvo para hacer pasar la causa de su anterior enfermedad como "una simple

intoxicación con bromuro, provocada por una receta del Dr.R. en S." (Schreber,1978, p.52). En el segundo le critica su método en relación a las ideas hipocondríacas, en concreto la de adelgazar, de la cual se habría liberado con mayor rapidez si le hubieran enseñado a servirse por sus propios medios de la balanza que utilizaban ¹⁴.

No obstante Schreber entiende que son detalles sin importancia, ya que "no puede pretenderse que el director de una gran casa de salud donde están internados cientos de enfermos mentales, profundice la conformación mental de uno solo de ellos y de manera muy especial" (ibid.).

También se referirá al agradecimiento de su esposa, la cual "... veneraba al que le había devuelto su marido, y durante años conservó sobre su mesa de trabajo el retrato del profesor." (op.cit. p.53)¹⁵.

P.Flechsigt diagnostica el cuadro clínico como una hipocondría.

2.2 PERIODO DE APACIGUAMIENTO: OCHO AÑOS DE FELICIDAD

Entre su primer y segundo ingreso transcurren ocho años, período que Schreber evoca como:

"Ocho años de felicidad en todo sentido, ocho años llenos de honores, oscurecidos solamente cada tanto por la frustración de la esperanza que teníamos de ver bendecida nuestra unión con el nacimiento de un hijo" (Schreber, 1978, p.53).

(14) O.Mannoni (1977, p.13) se referirá a este episodio y al agravamiento del cuadro hipocondríaco en su artículo "**Presidente Schreber, profesor Flechsigt**".

(15) S.Freud (1990e, p.40), se hace eco de esta cuestión en *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*.

En junio de 1893, a la edad de 51 años, le comunican su designación como Presidente del Senado de la Corte de Dresde, haciéndose cargo de sus funciones el 1 de octubre de 1893.

2.3 SEGUNDA ENFERMEDAD: EL DESENCADENAMIENTO

Coincidiendo con la notificación de su nombramiento como Presidente del Senado, y antes de acudir nuevamente a Flechsig, sueña en varias ocasiones que vuelve a recaer en su enfermedad nerviosa, aunque en ese momento encuentra alivio al despertar y comprobar que son sueños. Posteriormente, en su delirio, tendrá la idea de que estos sueños tuvieron relación con la conexión de nervios.

También en esta época irrumpirá en su mente el pensamiento de que:

"A pesar de todo, sería algo muy bello el hecho de ser una mujer en el momento en que es penetrada por el hombre"(op.cit.p.53).

Schreber sentirá esta idea de tal manera extraña a su naturaleza que debe aclarar que si se le hubiera ocurrido

"Estando plenamente consciente, la habría rechazado con indignación. Teniendo en cuenta las cosas que viví desde ese momento, no puedo descartar la posibilidad de que haya actuado una influencia exterior que me impuso esta representación" (ibid.).¹⁶

Este pensamiento, tendrá gran importancia en la construcción delirante ya que se mantendrá hasta el final del proceso, en su "transformación en mujer".

(16) J.Lacan (1988a, p.541) entenderá este momento como "La intrusión de un pensamiento hasta entonces impensable donde Schreber ve la prueba de que ha debido pasar algo que no viene de su mente".

Una vez superadas las tensiones provocadas por la incorporación a su nuevo cargo, Schreber sufre un estado de "agotamiento mental" acompañado de insomnio. En relación al mismo -hacia finales de octubre, primeros de noviembre- se produce un fenómeno que califica de notable:

"Durante varias noches de insomnio, un crujido que se repetía a intervalos más o menos largos, se hizo escuchar en la pared de nuestro dormitorio y me despertaba cada vez que estaba a punto de dormirme" (Schreber, 1978, p.54).

Posteriormente, ya en el delirio, los crujidos serán "interferencias" (*störungen*), provocadas por la acción del "poder milagroso":

"Desde el principio se manifestó la intención más o menos definida de impedir mi sueño, y más tarde de obstaculizar la curación de la enfermedad provocada por esa falta de sueño, con un objetivo que por ahora no puede ser explicado con más precisión" (op.cit. p.55).

Dado el empeoramiento de su estado, Schreber pide una semana de licencia y va a consultar al Dr. P.Flechsigg. Esa misma noche, en casa de su cuñada, sufre malestares cardíacos administrándosele morfina y cloral.

2.3.1 REENCUENTRO CON P.FLECHSIG

Ya en la consulta de P.Flechsigg queda impresionado por la elocuencia de éste:

"Hizo gala de una elocuencia notable, que no dejó de producirme una profunda impresión. Habló de los progresos realizados por la psiquiatría desde la época de mi primera enfermedad, de somníferos recién descubiertos, etc., y me dio la esperanza de que, bajo el efecto de un sueño profundo e ininterrumpido, que, dentro de lo posible debería durar desde las tres de la tarde hasta el día siguiente, mi enfermedad... (id.)¹⁷.

(17) El mandato de P.Flechsigg referido al dormir, enunciado desde la posición de alguien que ostenta un saber, tiene una influencia decisiva en la transferencia. J.Lacan destacará en *Las psicosis* la importancia de este "sueño fecundo" (op.cit. p.440).

Seguidamente Schreber se aloja en casa de su madre, acostándose, no a las tres como le conminó P. Flechsig, sino a las nueve, de acuerdo con una indicación secreta que Schreber dice haber recibido su esposa.

Es en casa de ésta, tal como destaca Lacan en ***De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis***, que surgen los "síntomas más inquietantes": sensaciones de frío y temblores. Ni el somnífero ni el cloral surten efecto. Esa misma noche Schreber realiza un intento de suicidio seguido de una gran depresión nerviosa:

"Durante esa misma noche abandoné mi lecho una vez para intentar suicidarme con una toalla u otro elemento parecido" (Schreber, 1978, p.56).

2.3.2 SEGUNDO INGRESO EN LA CLÍNICA DE LEIPZIG: DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 1893 AL 15 DE JUNIO DE 1894

Ante el estado del paciente el Dr. P. Flechsig decide su ingreso en la Clínica Universitaria de Leipzig. La historia clínica, según el extracto realizado por Baumeyer (1984a, p.11) destaca los accesos hipocondríacos y el intento de suicidio por ahorcamiento realizado el 24 de noviembre, así como que Schreber "sostiene ser una muchacha asustada por ataques indecentes". Los intentos de suicidio se repiten y Schreber sufre alucinaciones preguntando si no ha estado muerto durante mucho tiempo.

Durante los primeros días Schreber "...abrigaba casi exclusivamente pensamientos de muerte" (op.cit. p.57), viendo en los intentos de suicidio la única

solución "...que le quedaba a un hombre que jamás podría recuperar el sueño, ni siquiera con todos los recursos del arte médico" (op.cit. p.58).

Alternaba un estado de fuerte excitación nerviosa con una profunda depresión y debilidad iniciándose la irrupción de alucinaciones:

"Los rasgos descompuestos que creí ver en el rostro del guardián R. me produjeron una impresión particularmente horrorosa" (op.cit. p.59).

Al cabo de unos días, hacia el 15 de febrero de 1894, describe una agudización de la depresión nerviosa que coincide con la ausencia, por cuatro días, de su esposa. En su ausencia, destacará una noche decisiva en su derrumbe espiritual en la que tuvo

"un número inusitado de poluciones (sin duda media docena)" (Schreber, 1978, p.60).

A partir de esa noche empezarán "...las primeras manifestaciones de choques con fuerzas sobrenaturales" (ibid.), iniciándose la conexión de nervios con Flechsig, las "voces interiores" y el proceso de "eviración" (*Entmannung*) o "transformación en mujer" (*Verweiblichung*) (op.cit. p.61).

Flechsig será incluido en el delirio como perseguidor:

"Él hablaba por medio de mis nervios sin estar presente personalmente. También a partir de este momento sentí que las intenciones del profesor Flechsig para conmigo no eran puras" (op.cit. p.60).

Esta impresión queda confirmada cuando Flechsig ante la pregunta sobre si creía en la posibilidad de una curación, lo calma, pero, destaca Schreber,

"Ya no se atrevió a mirarme a los ojos" (op.cit. p.61).

2.4 PRIMERAS MANIFESTACIONES SOBRENATURALES: TIEMPO SAGRADO

Los meses siguientes, desde mediados de marzo hasta finales de mayo de 1894 serán a la vez el periodo más atroz y a la vez más sagrado de su vida :

"El tiempo durante el cual mi alma, exaltada por las cosas sobrenaturales que me invadían cada vez en mayor número en medio del rudo tratamiento que soportaba del exterior, estaba llena de las representaciones más sublimes sobre Dios y el orden del Universo" (op.cit. p.79).

Schreber se ve sorprendido por el matiz religioso de las representaciones que le invaden ya que no se consideraba

"Un verdadero creyente en el sentido de nuestra religión positiva" (ibid.).

Por otra parte, en los inicios de este periodo que siente como sagrado, Schreber leerá en el diario su propia esquela, entendiendo esta visión como la advertencia de que "jamás habría de retornar a la sociedad humana" (op.cit. p.96)¹⁸. También en esta época tiene la certeza de que su:

"Brusca desaparición habría provocado terror y espanto entre los hombres -puesto que mi personalidad era conocida entre un público bastante grande- habría socavado los fundamentos de la religión y causado la difusión de una nerviosidad e inmoralidad generales, tras lo cual varias epidemias devastadoras se habrían desencadenado sobre la humanidad" (op.cit. p.104).

Sintiendo en su propio cuerpo los signos mórbidos de la lepra y de la peste, se verá impulsado a pronunciar frases a modo de conjuro:

"Soy el primer cadáver leproso y llevo un cadáver leproso" (ibid.).

En esta hecatombe libidinal, siente que el mundo ha desaparecido y que

(18) En este episodio Lacan situará el anuncio de la "muerte del sujeto" (Lacan, 1988a, p.549).

está rodeado de "hombres hechos a la ligera" (*flüchtig hingemachte Männer*)¹⁹. Inmerso en el delirio, Schreber debe confiar en los recuerdos que le quedan sobre este momento de su vida ya que, con la certeza de que toda la humanidad había desaparecido, la escritura no tenía razón de ser.

Es una época en que lo onírico y la realidad se confunden a raíz de la "mezcla tan extraordinaria de eventos naturales y procesos sobrenaturales" (Schreber, 1978, p.80), en los que se halla inmerso, de tal manera que Schreber deja a la imaginación del lector la cacofonía en la que se hallaba sumido.

Inmerso en este "tiempo sagrado" elaborará los axiomas inherentes al orden del Universo.

2.4.1. UNA CRISIS EN EL ORDEN DEL UNIVERSO: EL ASESINATO DEL ALMA (SEELENMORD)

El orden del Universo es una "construcción prodigiosa" (*Wundervoller Aufbau*) que se mantiene en equilibrio. Éste se rompe mediante el "asesinato del alma", concepto que Schreber retomará de la temática del rapto o de la compra del alma, profusamente extendida en la cultura (Fausto de Goethe, Manfred de Byron).

En sus primeras relaciones con Dios (mediados de marzo de 1894) las voces denuncian la crisis desencadenada en los Reinos Divinos a raíz de un

(19) En la traducción francesa de las *Memorias* "hommes bâclés à la six-quatre deux" (Schreber, 1975, p.72).

"asesinato del alma". En el siglo pasado hubo un "asesinato del alma" entre las familias Flechsig-Schreber, y éste vuelve a intentarse, teniendo como instigador a Flechsig. Schreber (1978, p.41) plantea una hipótesis que al inicio del delirio tiene ya categoría de certeza:

"Supongamos ahora que alguien llamado Flechsig cualquier persona que llevara ese nombre- en una o en otra época llegó a usar indebidamente una conexión de nervios, favor divino que se le había otorgado para que recibiera la inspiración o con otros objetivos; es decir, que llegó a desviar el proceso para retener en sí mismo y arrogarse los rayos divinos" (op.cit. p.41).

Dios elegido a un neurólogo, Flechsig, para perpetrar el asesinato que atenta contra el Orden del Universo. Esta es una decisión que Schreber comprende, ya que Dios se interesa particularmente por los nervios del hombre, puesto que pueden suponer un peligro para él. Schreber pone a cargo de un antepasado de Flechsig, el primer asesinato del alma que atenta contra el orden del Universo. El propio Dr.Flechsig es descrito como un personaje "totalmente absorbido en la neurología-tal vez a expensas del ejercicio de otra profesión por su práctica de la neurología" (op.cit. p.42), el cual, en su ansia de saber, empezó a investigar.

Si bien al principio no tiene conciencia de su relación con Dios, Flechsig se va ejercitando en actuar sobre los nervios de la gente, oponiéndose al retiro de las conexiones nerviosas que Dios ha realizado en su persona o bien las retira en unas condiciones inaceptables para las almas, ya que estas consideran:

"Inconcebible que una conexión de nervios que favorezca a un ser humano único, pueda mantenerse indefinidamente" (op.cit. p.43).

Con este poder Flechsig establece pactos con algunas almas de los Reinos Divinos Anteriores y prepara una conjura contra el linaje de los Schreber,

bien para evitar a este linaje toda posteridad (cabe recordar los fracasos de Schreber en relación a su paternidad) bien para que ningún Schreber acceda a una ciencia, la neurología, que les permita un saber sobre los rayos.

Toda esta conjura se realiza a espaldas de Dios. Los conjurados establecen conexiones nerviosas con miembros de la familia Schreber en momentos en que su espíritu estaba distraído.

Vemos en este proceso como Flechsig a partir de su posición de saber, de maestro en neurología, queda incluido en el delirio como perseguidor, como inductor del "asesinato del alma".

Con este complot Dios, que debía regirse bajo el orden del Universo, había degradado el orden mismo, forzado por la fuerza de la inteligencia humana que aún subsistía en el alma de Flechsig.

En cuanto a Schreber, los nervios de Dios afectados por los de Flechsig le impedían conciliar el sueño, imposibilitándole el descanso, tan necesario para recuperar su salud. Schreber entenderá todo este proceso como una fatalidad en la que ni Dios ni él tienen ninguna responsabilidad moral.

2.4.2 AXIOMAS SOBRE LAS ALMAS Y DIOS

Schreber siente que su enfermedad le ha hecho mantener relaciones con Dios contrarias al orden del Universo. Este orden del Universo, que se mantiene como postulado a lo largo del delirio, se vertebra a partir de una serie de ase-
r-
ciones que son presentadas como axiomas, en el sentido de que no necesitan

pruebas.

2.4.2.1 SOBRE EL ALMA

El alma humana está contenida en los nervios del cuerpo y la vida espiritual del hombre reposa en la facultad de éstos de ser excitados desde el exterior. Si el cuerpo pierde su vitalidad los nervios pasan al estado de inconsciencia denominado muerte, manteniendo inscritas las impresiones. En el Universo en equilibrio, Dios establece contacto tan sólo con las almas de los cadáveres volviendo la conciencia en sí gracias a los rayos divinos.

El destino de los nervios puros es integrarse con Dios cómo "vestíbulos del cielo" (*Vorhöfe des Himmels*) (op.cit. p.30). Las almas que son llamadas a examen para la purificación se denominan "almas examinadas" en vez de "almas no examinadas", siguiendo el lenguaje fundamental, el lenguaje de Dios (Schreber, 1978, p.32).

Esta vida nueva es el "estado de beatitud" (op.cit. p.30) al que puede aspirar el alma humana una vez pasa por diversos estadios de purificación. La beatitud consiste en un goce ininterrumpido, asociado a la contemplación de Dios: "Esta ebriedad permanente en el goce y al mismo tiempo en el recuerdo de su pasado humano, representa en efecto para las almas la dicha suprema" (op.cit. p.35). Si bien la beatitud masculina es más elevada que la femenina, esta última es una sensación de voluptuosidad ininterrumpida.

2.4.2.2 SOBRE UN DIOS DE LENGUAJE

El Dios de Schreber está constituido únicamente de nervios, infinitos y eternos en los cuales reside el poder creador de Dios. Schreber distinguirá, además del habla humana, "una especie de lenguaje de nervios" del cual el ser humano no es consciente, comparándolo con las palabras "recitadas en silencio" (op.cit.p.64) empleadas al memorizar.

En la armonía del orden del Universo, Dios tan sólo establece relación con humanos excepcionalmente y esta relación la lleva a cabo a través de la "conexión de nervios" (*Nervenanhang*) (op.cit. p.29).

Será a raíz de la crisis provocada por el asesinato del alma que Dios establecerá "conexión" con Schreber. Esta conexión tan sólo depende de la voluntad de Dios: "La capacidad de maniobrar de tal manera los nervios de un ser humano es propia ante todo de los rayos divinos(*Gottesstrahlen*).." (op.cit. p.64) pudiendo provocar en alguien que duerma, sueños. La precisión que nos brinda Schreber nos permite entender la modalidad de las formaciones del inconsciente en la psicosis, como una irrupción proveniente del exterior y con una intencionalidad precisa.

En los rayos reside el poder creador de Dios, siendo la energía solar , generadora de vida, una manifestación indirecta del mismo que también decide sobre otros fenómenos atmosféricos, en particular el viento y la tempestad que aparecen cuando Dios se retira a una distancia mayor de la Tierra. La "conexión nerviosa" con los nervios de personas vivas tiene tal poder que Dios, sin poder

desprenderse de estos, se sentiría amenazado en su existencia.

- **Ser dejado plantado (*liegen lassen*) y juego continuo del pensamiento**

Cuando, a raíz del asesinato del alma, Dios siente el poder de atracción de los nervios de Schreber, intenta por todos los medios alejarse de él, dejándolo tirado, bien volviéndolo imbécil, bien mediante la eviración:

"Pensaban conseguirlo mediante la eviración y la venta de mi cuerpo en subasta como se suele hacer con una prostituta femenina; a veces se pensaba en matarme, y más tarde se pensó en la destrucción de mi inteligencia (tornarme imbécil)" (op.cit. p.106).

Este punto es particularmente importante en lo que Schreber describe como la necesidad de estar continuamente pensando para evitar "ser dejado plantado" (*liegen lassen*) por Dios. Schreber, que al final de su delirio, ya en los **"Complementos"** a las **Memorias**, calificará a este Dios de egoísta, lejano al Dios de amor absoluto y de absoluta moral (op.cit. p.338), se considerará el único ser humano que puede burlarse del mismo en el sentido que ha podido hacer frente por su constitución moral y espiritual a los intentos de éste de destruir su razón.

En su continua lucha para no ser "dejado tirado" por Dios Schreber sufrirá la "coacción al juego continuo (forzado) del pensamiento". La irrupción de la pregunta ¿en que piensa, en este mismo instante? , que cubre una amplia gama de respuestas desde "no pensar en nada, o pensar mil cosas a la vez", obliga a Schreber a recurrir, para no ser sorprendido en "no pensar en nada" y ser "dejado

tirado" por Dios como un imbécil, a lo que denomina un "sistema de falsificación de pensamiento", respondiendo a la pregunta con un:

"Es en el orden del Universo que aquél debería -*scilicet* (Es decir, por lo tanto)- pensar" (Schreber, 1978, p.65).

En el "juego continuo del pensamiento" Schreber destacará las "frases truncadas" o "frases interrumpidas" ante las cuales se ve obligado a responder para darles significación.

Otros pensamientos tales como "Ojalá este maldito piano pudiera dejar de sonar" cuando Schreber se disponía a tocar, o también "ojalá cesara esta maldita limpieza de uñas" cuando se disponía a limpiárselas se intercalan con la irrupción de "frases interrumpidas", frente a preguntas del tipo:

"¿Por qué no lo dice (en voz alta)?...Sin duda porque soy idiota" (op.cit. p.140).

Lacan (1988a) retomará las frases interrumpidas a partir de los trastornos del lenguaje y concretamente a partir de los trastornos de código y mensaje. En los momentos en que no se produce esta intromisión significativa, momentos en los que los pájaros no pueden descubrir en los pensamientos de Schreber ningún "pensamiento de decisión", éste puede dedicarse a "no pensar en nada".

Será precisamente para mantener a los rayos activos, incidiendo continuamente en Schreber, que surge el "sistema de toma de notas" al que se refiere en su ingreso en Sonnenstein.

- El lenguaje fundamental

Durante la purificación las almas aprenden el lenguaje de Dios, el "lenguaje fundamental" (*Grundsprache*):

"Especie de alemán un poco arcaico, pero siempre lleno de vigor" (op.cit. p.32)

En la *Grundsprache* abunda *Grundsprache* el uso de las palabras a la inversa, (impío en vez de santo, veneno en lugar de alimento) y los eufemismos; la verdadera lengua de fondo se distinguía por su gracia y simplicidad.

- Los Reinos Divinos

Si el destino de las almas es integrarse en Dios, (vestíbulos del cielo), éste para distinguirse de los "Reinos Divinos anteriores" se designa como "Reinos Divinos posteriores" que a su vez mantienen una bipartición: Dios inferior (Ariman) y Dios superior (Ormuzd) (op cit. p.37). Las voces de Ariman y Ormuzd empiezan a hablarle a Schreber a principios de julio de 1894, a la semana de su ingreso. Vemos aquí una verdadera "*spaltung*", subdivisión de dioses, a la manera que posteriormente veremos de las almas Flechsig. En este punto, que posteriormente retomaremos podemos referirnos a la idea freudiana de que allí donde la histeria condensa, metaforiza, la paranoia divide, en la serie metonímica.

2.4.3 INGRESO EN LA CLÍNICA DEL DR. PIERSON: DEL 15 DE JUNIO AL 28 DE JUNIO DE 1894

El 15 de junio de 1894 es trasladado por un período de 12 días al Sanatorio privado del Dr. Pierson en Lindenhof, al que alude con profusión en las *Memorias* como "la cocina del diablo".

En los historiales clínicos no se encuentra ninguna explicación sobre este cambio de institución. Schreber (1978, p.110), en una llamada a pie de página, refleja su sorpresa por el brusco cambio de residencia, no encontrando ninguna explicación al mismo en "un enfoque humano y natural".

A pesar de la brusquedad del traslado Schreber se siente aliviado al alejarse de Flechsig:

"Por eso, cuando un día (hacia mediados de junio de 1894) se aparecieron al alba tres guardianes con una valija que contenía mis pocos efectos personales, y me anunciaron que debía prepararme para abandonar la clínica, ante todo sentí como una liberación de una residencia donde me amenazaba un mundo de peligros infinitos....El objeto del viaje me resultaba indiferente: el único sentimiento que tenía era que en ningún lugar del mundo podría estar peor que en la clínica de Flechsig y que todo cambio no podía significar sino una mejora" (ibid.).

D.Devreese (1986) apunta una posible razón del súbito traslado de Schreber. Hasta mayo de 1894 la esposa de Schreber recibía la pensión de su marido una vez éste había firmado el recibo correspondiente pero a partir de junio del 1894 es ella la que firma directamente los mismos. El Presidente de la Corte opta por abrir un procedimiento de tutela legal.

Carl Werner, en una carta fechada en junio de 1894, se refería a que Flechsig no consideraba oportuno someter al enfermo a la presión de firmar los

correspondientes recibos de su pensión ya que le provoca fuerte agitación. Esta posición de Flechsig revela su prudencia ante el estado de Schreber.

Por otra parte los criterios de admisión de la clínica psiquiátrica universitaria de Leipzig que Flechsig dirigía indicaban que los enfermos "curables" debían mantenerse en la misma institución hasta su restablecimiento completo antes de ser delegados a su familia. Este criterio era de gran importancia ya que la eficacia de la institución era valorada a raíz de las curaciones. Por el contrario si se llegaba a la conclusión de que la curación era imposible o muy improbable, se trasladaba a los enfermos a establecimientos de asistencia pública y en casos excepcionales a establecimientos privados.

D.Devreese concluye que Flechsig estimó que D.P.Schreber era incurable o en todo caso la decisión de trasladarlo tan solo se tomaba en estos casos. Esta valoración clínica no corresponde a la que hizo el Dr.Weber a petición del Presidente de la Corte Real de Casación, con fecha de 21 de noviembre de 1894, en la cual se apunta a cierta posibilidad de que D.P.Schreber pueda retomar sus funciones como Presidente de la Cámara.

El diagnóstico de Weber, en 1894 es el de "psicosis alucinatoria", con ideas delirantes de perjuicio y persecución, destacando que al no estar las mismas aún fijadas ni transformadas en un sistema cerrado, no se podía excluir cierta posibilidad de que Schreber pudiera volver a retomar en un futuro, sus funciones como Presidente de la Cámara.

Este diagnóstico es reafirmado en un nuevo informe firmado el 7 de noviembre de 1895, en el que se alude a una cierta mejoría del paciente en lo que

va de año, manteniéndose un pronóstico incierto pero sin descartar la posibilidad de una mejoría a partir de la remisión de la psicosis alucinatoria aguda.

2.4.3.1 VICISITUDES Y PERTURBACIONES EN LA "COCINA DEL DIABLO"

Durante su estancia en la clínica del Dr Pierson, calificada por las voces como "la cocina del diablo", se maquinaron, por vía del milagro, "los desordenes más extravagantes" sin ningún tipo de propósito de creación sino por pura diversión hacia su persona. Por otra parte hay una gran producción de "imágenes de hombres creados a la ligera": guardianes, el Director de la clínica, su propia madre... comprobando que:

"Casi todos los enfermos del establecimiento, por lo menos varias docenas de personas, llevaban la marca de seres que en mi existencia habían estado en mayor o menor contacto conmigo" (Schreber, 1978, p.114).

Por "vía de milagro" no sólo se creaban las "imágenes de hombres creados a la ligera" sino que los objetos inanimados, la comida, la ropa, se metamorfoseaban y cambiaban de apariencia.

En esta época Schreber no puede realizar ningún tipo de actividad física ni intelectual, situándose como pasivo receptor de los milagros que irrumpen en él sin orden ni concierto, tal como él destaca, sin ninguna finalidad creativa con la única finalidad de poder disponer de su cuerpo.

En la clínica del Dr Pierson se produce la "beatitud del claro de luna que aparentemente prefiguraba la beatitud femenina", y el intento de crear, en un

astro alejado:

"una nueva raza hecha de hombres de espíritu Schreber" (op.cit. p.124).

- **Los hombrecitos (homúnculos):** Con anterioridad a esta nueva raza de espíritu Schreber y ya en su estancia en la clínica de Flechsig, un príncipe en calidad de "hombrecito" hace de la cabeza de Schreber su lugar favorito de paseo. Posteriormente, y como consecuencia de la fuerza de atracción que ejercía, las almas difuntas se dirigían hacia Schreber, en ocasiones por centenares o millares, y bajo la forma de "hombrecitos", se volatilizaban en su cabeza y cuerpo:

"Ínfimas figuritas de forma humana de una altura a lo sumo de algunos milímetros..." (op.cit. p.84).

Freud y los analistas postfreudianos, Katan entre otros, otorgaron gran importancia a este pasaje de los "hombrecitos" aportando diversas interpretaciones siempre a partir del modelo de la neurosis y de las formaciones del inconsciente.

Estos "hombres nuevos hechos de espíritu Schreber" más pequeños que los terrestres aunque más cultos, consideraban a éste como "santo nacional". La explicación que da Schreber es que era como si:

"Su situación corporal (sobre todo dentro del "recinto" de la clínica de Pierson) hubiera cobrado ya cierto significado con respecto a las cosas de su fe" (op.cit. p.124).

En medio de esta profusión creativa Schreber es trasladado, el 29 de junio de 1894, al Hospicio de Sonnenstein en Pirna, donde permanecerá ingresado hasta ser aceptada judicialmente su demanda de desinternamiento, hasta 1902.

2.4.4 INGRESO EN SONNENSTEIN: DEL 29 DE JUNIO DE 1894 AL 20 DE DICIEMBRE DE 1902

D.P.Schreber dividirá en dos periodos su estancia en Sonnenstein. El primero, de un año de duración, lo considera como una continuidad del "tiempo sagrado" vivido en la clínica de Flechsig y en su ingreso en la clínica del Dr. Pierson. Destaca de esta época los milagros referidos a su cuerpo y a su virilidad manteniendo la idea de "una profanación sexual después de la metamorfosis por la cual se proponía cambiarme en criatura del sexo femenino" para ser entregado posteriormente a los guardianes de la clínica, el temor a que lo "dejaran tirado" (op.cit. p.109) y el temor a perder la razón con la idea constante de no estar en contacto con seres humanos sino con "imágenes de hombres". Del segundo periodo destacará la progresiva disminución de los milagros y el carácter cada vez más anodino de los mismos.

2.4.4.1 PRIMER PERIODO EN SONNENSTEIN

Durante las primeras semanas de su estancia en Sonnenstein, principios de julio de 1894, Schreber describe algunos cambios entre la relación de sus nervios y los rayos. El número de "almas examinadas" se acrecentaba, mediante el fraccionamiento de las mismas, al estilo del fraccionamiento del alma Flechsig en Flechsig superior e inferior. Schreber elabora una idea que define como "muy rigurosa": la eliminación de las almas que se interponen entre él y la omnipotencia

de Dios permitiría una solución del conflicto, conforme al Orden del Universo, ya sea con su curación a partir de un sueño reparador de sus nervios ya sea mediante una eviración realizada acorde al Orden del Universo, con el propósito de crear seres humanos nuevos.

2.4.4.1.1 EL AMARRE A LAS TIERRAS

Para impedir un sueño reparador en Schreber, el "alma Flechsig" utilizó la técnica de los "medios mecánicos de fijación", técnica designada como "amarre a las tierras", mediante la cual las almas se resistían a la atracción de Schreber. Los rayos que penetran en el cuerpo de Schreber, aún a riesgo de ser aniquiladas, son agrupadas por Flechsig y fijadas en los astros y en las constelaciones (op.cit. p.134-135)

Del "amarre a las tierras" se derivará el "sistema de toma de notas" como otro de los medios de defensa frente a la atracción. Las almas tienen al día un registro en el que consignan todos los pensamientos de Schreber, su modo de hablar, los objetos que tiene y la manera en que están colocados, sus relaciones etc.

En los periodos en que no se manifiesta ningún milagro dirigido a su persona Schreber siente que se emplea el "sistema de toma de notas":

"La estratagema, pues, era la siguiente: ni bien se manifestara en mí un pensamiento que ya había tenido antes -pensamiento que, por consiguiente, ya había sido el objeto de notas tomadas (y acaso no era inevitable tal retorno para muchísimos pensamientos? Por ejemplo, el pensamiento "ahora voy a lavarme" todas las mañanas, o "¡Qué hermoso pasaje!" cuando se toca el piano- ni bien, pues, se descubría un germen

de este tipo de pensamientos, los rayos susceptibles de ser atraídos a proximidad de mi persona estaban provistos, a manera de viático, de un "ya hemos" (pronunciado "yemos"), sobreentendiendo "anotado eso", fórmula que los inmunizaba, en cierta manera difícil de dilucidar, contra la fuerza de atracción del pensamiento en cuestión" (op.cit. p.132).

Este sistema de toma de notas y la irrupción del "yemos" es sentido por Schreber como "la tortura mayor" que su espíritu sufrió durante años, tortura destinada a mantenerlo sin dormir impulsándolo a hablar en voz alta con el fin de impedir la voluptuosidad del alma. Paralelamente a este proceso se produjeron transformaciones en el Sol, sintiendo Schreber la omnipotencia de Dios:

"Una única noche, hizo su aparición el Dios inferior (Arimán). La imagen gloriosa de sus rayos se hizo visible ante los ojos de mi espíritu, mientras estaba acostado, no dormido sino bien despierto, es decir que vino a reflejarse en mi sistema nervioso interno. Inmediatamente, al mismo tiempo, percibí que me hablaba; pero no era ese susurro ligero que desde entonces sin excepción no cesó de caracterizar la charla de las voces: su voz retumbaba ante las ventanas de mi dormitorio con un potente tono bajo. La impresión fue violenta. Alguien que no fuera yo y que no hubiera estado curtido por las impresiones milagrosas más espantosas, habría sido sacudido hasta sus fibras más íntimas. Lo que decía no sonaba en tono amistoso. Todo parecía calculado para inspirarme temor y para hacerme temblar; oía proferir a menudo la palabra "carroña", (*luder*) expresión corriente en el lenguaje fundamental cuando se trata de que alguien, a quien Dios quiere aniquilar, sienta la potencia y la cólera divinas. Pero todas las palabras eran auténticas; ninguna frase aprendida de memoria como ocurriría mas tarde; solamente la expresión inmediata de sentimientos verdaderos. Por eso la sensación que tuve no fue esencialmente temor sino admiración ante lo grandioso y sublime" (op.cit. p.144).

Es en este sentimiento de admiración transmitido sin falsificar a Dios por los rayos, que Schreber logra cierto reposo y puede dormir. Al día siguiente puede ver al Dios superior (Ormuzd) bajo la forma de un Sol con rayos plateados.

Días después los prodigios se desvanecen atribuyendo Schreber esta reversión a que Dios se había dejado seducir, siguiendo al alma Flechsig, por el amarre a las tierras. Schreber mantendrá su convicción de que, si el aflujo de rayos divinos hubiera continuado, se hubiera producido su curación,

considerando el amarre a las tierras como la estratagema para inhibir el flujo de rayos que hubiera eliminado las almas impuras y propiciado un sueño reparador.

Lacan da importancia al "amarre a las tierras" en cuanto funciona como un cierto soporte simbólico que permite a Schreber fijar la disgregación imaginaria. Insiste en la función de los astros y las lecturas que, de su posición y conjunción, se han realizado a través de los siglos. La presencia inalterable de los astros en la esfera celeste da todo su peso al término fijación. Tal como veremos en posteriores apartados, lo que Lacan destaca es que cualquier mínima estabilidad imaginaria requiere del orden significante (Lacan, 1984a).

2.4.4.1.2 EFECTOS DEL FRACASO DEL AMARRE A LAS TIERRAS

Si, momentáneamente, Dios debe rendirse a la evidencia de no poder desprenderse de la fuerza de atracción de Schreber, mediante la eviración, decide mantenerlo "del lado viril" con el fin de destruir su entendimiento, de volverlo idiota y debilitar su poder. Así, día tras día, perpetra estragos en el cuerpo de Schreber, con el fin de hacerle perder la razón, intensificándose una serie de milagros que apuntan a la degradación de su integridad corporal: "Durante el primer año de mi internación en Sonnenstein, los milagros eran de un carácter tan inquietante que constantemente estaba preocupado por mi vida, por mi salud o por mi razón" (Schreber, 1978, p.155).

2.4.4.1.3 DEGRADACIÓN DE LA INTEGRIDAD CORPORAL POR VÍA DE MILAGROS

Los rayos impuros destruyen su cuerpo siendo este restaurado en su integridad por los rayos puros, intercalándose entre estos dos procesos fases "infinitamente dolorosas".

El cambio de su corazón por uno ajeno, el deterioro y absorción de los pulmones, el desgarramiento de la laringe, de los intestinos y del conducto espermático, forman parte del sufrimiento que Schreber ubica en su cuerpo.

Siguen a estos fenómenos, el milagro de "la opresión torácica" que se produjo con más insistencia entre la segunda mitad de 1894 y la primera mitad de 1895; el milagro del estómago, mediante el cual las almas intentan impedirle la absorción de alimentos, de tal manera que Schreber cree vivir sin estómago durante varios meses; el milagro de "podredumbre del bajo vientre", en el cual el alma de von W, arrojaba a su vientre:

"Las materias mas pútridas que engendraban la podredumbre intestinal, de modo que más de una vez creí que estaba pudriéndome en todo el cuerpo, tal era el olor cadavérico y nauseabundo que exhalaba mi boca" (op.cit p.160).

También destaca la aparición de los milagros dirigidos contra su razón, hacia la cabeza y la médula espinal. Mediante "hombrecitos" le era aspirada la médula espinal, mediante los rayos se le arrancaban los nervios de la cabeza y se intentaba trasplantarlos a la cabeza del enfermero M., la materia ósea del cráneo se debilitaba o era pulverizada siendo restaurada mediante el sueño por

los rayos puros. Tal como afirma Schreber:

"En una única cabeza rondaban los rayos de un universo entero..." (op.cit. p.161).

Los "hombrecitos" también eran ejecutores de los "milagros de los ojos"; situándose encima de las cejas incidían en los músculos que cerraban y abrían los mismos, intentando mantenerlos cerrados para que los rayos fueran más destructores, también le insultaban llamándole "carroña" (op.cit. p.164).

A la vez irrumpen otra modalidad de "hombrecitos" que Schreber denomina "diablillos", que corren por su cabeza y comen de su propio plato y cuya misión es ejercer el milagro de la "máquina de encorsetar la cabeza". Schreber sitúa en medio de su cabeza una fractura craneal debida al efecto de los rayos, la misión de los "diablillos" consiste en oprimir el cráneo mediante un torno colocado en esta fractura. El periodo de aparición de estos "diablillos" dura varios meses para luego desaparecer, coincidiendo la misma con el advenimiento de los Reinos Divinos Posteriores (op.cit. p.161-164).

Con la desaparición de los "diablillos" los rayos toman a su cargo los milagros, accionan directamente los párpados, le envían necrosis ósea hasta el punto que no puede estar sentado, acostado o de pie, así Schreber se ve obligado a considerar que, en referencia a la ignorancia de Dios respecto a las particularidades del ser humano:

"Los rayos parecían no darse cuenta en lo más mínimo de que un ser humano que existe, inevitablemente tiene que residir en alguna parte", (op.cit. p.164).

2.4.4.1.4 MOLDEADO DEL HUMOR

A finales de 1894-inicios de 1895 sobreviene un cambio en esta certeza y aparece el milagro denominado " maldito moldeado del humor" (*verfluchte Stimmungsmache*) (Schreber,1978, p.151). Si hasta el momento los intentos de dejarlo tirado eran contrarrestados por su sacrificio, por su santidad, el moldeado del humor intenta hacerlo pasar por una persona "ligera que se abandona a los placeres momentáneos". Aunque al principio Schreber intenta oponerse a este "moldeado del humor" finalmente tolera su influencia, en parte porque su sacrificio por Dios no acababa de producir efectos y además porque, amparándose en la sentencia latina: "*carpe diem*", Schreber prefiere aceptar lo que de agradable le otorgue el destino, "dejándose vivir" (op.cit. p.152). Así, a inicios de 1895, retoma su hábito de fumar, del cual se había abstenido durante años.

Por otra parte la fuerza de atracción de sus nervios se mantiene en todo su apogeo, asumiendo que "debía sostener un combate sagrado por el bien más elevado de la humanidad" aún a costa de sufrir un sinfín de indignidades (op.cit. p.153). En esta serie de indignidades, sufridas en uno de los momentos más claramente paranoicos, el enfermero M aparece como perseguidor, situándose Schreber como objeto de goce del mismo.

Hacia mitad de 1895 la vida se vuelve más soportable para Schreber. Podía mantener actividades como jugar a ajedrez, tocar el piano, aunque mantiene su propósito de no establecer correspondencia con su mujer y con su familia ya que pensaba que no existía el género humano y que los seres que veía,

incluida su mujer, eran "personas construidas a la ligera" (op.cit. p.172).

Una actividad, tocar el piano, se configura como un límite al "juego forzado del pensamiento" y al milagro de "moldeado del humor". Tocando puede acallar la cacofonía de voces, siendo la manera más adecuada del famoso "pensamiento que no piensa en nada" (*Nichtsdenkungsgedankes*) (op.cit. p.173).

Esta proximidad-alejamiento con los rayos permitirán a Schreber reelaborar una posible respuesta a sus preguntas. Ni bien Dios se retira demasiado lejos Schreber siente el dolor de una sensación de estiramiento en su cráneo, por otra parte mientras permanece vuelto hacia Dios, mientras le habla, a su alrededor se instaura un silencio de muerte, teniendo la sensación de que se mueve "...en medio de cadáveres ambulantes, ya que todas las personas presentes (enfermeros y enfermos) parecen haberse tornado de golpe incapaces de proferir el más mínimo sonido" (op.cit. p.205). En estos momentos Dios no siente necesidad de retirarse pues se halla en contacto con una persona en plenas facultades mentales.

Ni bien se abandona a "no pensar en nada", Dios se aleja al considerar que las facultades intelectuales de Schreber están muertas. El "dejar la palabra en suspenso" es una estratagema de Dios para poder sustraerse a la fuerza de atracción de Schreber, el cual, es obligado, mediante la influencia de los rayos a modular palabras en suspenso o frases truncadas, el sentido de las cuales corre a cargo de Schreber, por ejemplo: "Ahora me voy a...rendir a la evidencia de que soy un idiota", o "En cuanto a usted, debe...pasar por alguien que niega a Dios y que se ha entregado al libertinaje" (op.cit. pp.218-219).

Cuando Dios se retira se suceden los siguientes fenómenos, casi simultáneamente, en correlación unos con otros:

- Un ruido cualquiera cerca de Schreber, generalmente producido por un loco de los que le rodean.
- Aparición en su persona del "milagro del alarido". Durante el mismo "los músculos que forman el mecanismo respiratorio son movidos por el Dios inferior (Ariman) para que me vea obligado a proferir alaridos, en caso de que ya no esté agotado a causa de mis esfuerzos por reprimirlos (op.cit. p.206)
- Se levanta el viento, coincidiendo los golpes de viento con los tiempos en que se detiene la actividad de su pensamiento.
- "Llamados de socorro", proferidos por los nervios de Dios cuando se alejan de Schreber (ibid.).

En este momento de su delirio, en el cual Schreber se propone convencer sobre su integridad y razón "a un Dios que lo ignoraba todo sobre el ser humano" y que además "no aprendía con la experiencia", no puede dejar de considerar a médicos y cuidadores, como instrumentos manejados por la inteligencia divina, mediante el "sistema de toma de notas", con el fin de enloquecerlo. Es en esta época que Schreber relata la necesidad de defecar provocada, como todo lo que ocurre en su cuerpo, por los milagros.

2.4.4.2 SEGUNDO PERIODO EN SONNENSTEIN: LA RECONCILIACIÓN (*VERSÖHNUNG*)

Si al inicio del delirio Schreber siente la eviración como un abuso sexual de su cuerpo, como la manera que tiene Dios de "dejarlo tirado" frente a otros hombres, rechazándola por su honor y amor propio viril, hasta el punto de evitar todo tipo de alimento, decisión que se ve contrarrestada con el "sistema de cebadura" (*Fütterungssystem*) (Schreber, 1978, p74), al fracasar la primera solución de aniquilación de las almas por atracción, la segunda solución, por la eviración se presenta con más fuerza. Tal como nos describe Schreber, noviembre de 1895, marca una "alternativa capital" en la historia de su vida (op.cit. p.179).

En esta época los signos de feminización son para Schreber tan evidentes que "ya no podía seguir ignorando el término imanente hacia el que se encaminaba todo el proceso", sintiendo tal voluptuosidad que tiene la sensación de tener un cuerpo de mujer (ibid.)

Flechsig en sus notas clínicas destaca que en julio de 1896 Schreber muestra al médico su torso y le dice que tiene pechos casi femeninos. También reflejará que en una carta a su esposa, escrita en italiano, le cuenta que por las noches siente "*un peu de volupté feminae*" (Baumeyer, 1984a).

Periodos de decaimiento, de ser "dejado tirado plantado" por Dios se alternan con momentos en que la voluptuosidad llega a tal grado que "sin un gran desgaste de imaginación" puede procurarse "...un bienestar que da una clara

presciencia de lo que puede ser el goce femenino durante el coito" (Schreber,1978, p.267).

Habiendo llegado a la certeza de que la "eviración" era un imperativo absoluto del orden del Universo, y "procurando un compromiso razonable" aceptará que no le queda otra solución mas que "hacerse a la idea de ser transformado en mujer" (op.cit. p.180), para ser fecundado por los rayos divinos con el fin de generar una nueva raza de hombres.

En este sentido Schreber encontrará mediante la revelación de las voces individuales un personaje ante el cual situarse históricamente: "el judío errante" al que atribuirá "haber sufrido la eviración" constatando, en varios momentos de la historia de la humanidad, la necesidad de la misma. Fue con el fin de mantener el funcionamiento del mundo, a la espera de la procreación del "Judío errante" que se instituyeron las "imágenes de hombres contruidos a la ligera" (op.cit. p.70-71).

Frente a los rayos que se encarnizan en "dejarle tirado", frente a las voces que interpelan a su honor viril, con frases como "Ante su señora esposa...usted no tiene vergüenza..." o "Miren a un expresidente de la Cámara que se deja c...", Schreber mantiene su resolución de aceptar la "eviración" tan necesaria para la salvación de los rayos como para la suya propia. Sirviendo a Dios y a el mismo Schreber interpela a que le muestren a alguien que "...frente a la alternativa de volverse loco sin perder sus atributos masculinos o volverse mujer pero sana de espíritu, no optara por la segunda solución" (op.cit. p.181).

Sintiéndose rodeado de "imágenes de hombres contruidos a la ligera",

siendo el único superviviente de una humanidad desaparecida, Schreber ve en su "eviración" la posibilidad de la continuación de la especie. El conocimiento de Dios que le ha brindado su contacto con los rayos divinos es una compensación a este proceso de eviración ya que puede llegar a ser "el mediador" en la tarea "de conducir a los hombres hacia una visión más justa de las relaciones entre Dios y el mundo..." (Schreber, 1978, p.323), visión que abrirá a los hombres a las verdades de la salvación.

A partir de la aceptación de la eviración, las sensaciones de voluptuosidad serán compartidas por Dios, en un proceso en el cual está más implicado el Dios inferior (Ariman), al que Schreber identifica con el Sol y al que atribuye la facultad de efectuar el milagro de la eviración, manteniéndose más alejado el Dios superior Ormuzd al que atribuye el poder de regenerar la virilidad (op.cit. pp.186-187).

Hasta el momento Ariman solo había entablado relaciones un poco íntimas con Flechsig, participando en el complot, del cual el Dios superior Ormuzd, se mantenía al margen. Hay en esta situación un cambio, Ariman accede a absorberse en el cuerpo de Schreber por medio de una parte de sus nervios, rompiendo con Flechsig. A su vez éste establece contra Schreber una alianza con Ormuzd.

La hostilidad de Ormuzd se evidencia en una serie de milagros. Las voces que provenían del Dios inferior eran en su contenido y modalidad más que injuriantes una serie de estupideces neutras, repitiendo sin cesar:

"David y Salomón, ensalada y rabanito, montoncito de harina, etc" (op.cit. p.184).

En su modalidad las voces son conciliables con "pensamientos de no pensar en nada" por su repetición monótona y fastidiosa. Schreber insiste en que estas voces tenían un gran interés para él porque:

"Veía en ellas la prueba de que Dios a pesar de lo que podían hacer creer otras comprobaciones, no había sido incapaz, después de todo, de comprender las exigencias que se desprender del orden del Universo" (ibid.).

A pesar del cambio de Ariman por Ormuzd, Schreber constata que tanto uno como otro son iguales en su incapacidad por comprender al ser humano viviente, en su incapacidad por aprender de la experiencia adquirida, repitiendo siempre los mismos errores:

"Todo esfuerzo por intentar ejercer en otra parte una acción educativa, debe abandonarse por estar condenado al fracaso" (op.cit. p.190).

Es en esta constatación que tenemos en las **Memorias**, en una nota a pie de página, la primera referencia que hace Schreber a datos que fue escribiendo en pequeños cuadernillos y que le servirán de base para sus **Memorias**.

2.4.4.2.1 LA ETERNIDAD

La eternidad, concepto que no está al alcance del ser humano, pertenece a los "atributos de Dios" (Schreber, 1978, p.22) Schreber la vinculará a la creación exnihilo y a la función de "antídoto" frente a la ruptura del Orden del Universo. Se manifiesta en los millones de años necesarios para poner en orden al Universo ya que por una parte las ascensiones de las almas a la beatitud se mantienen en un "tiempo suspendido de espera", por lo que los hombres que mueren no pueden beneficiarse de estas y por otra han desaparecido todas las

criaturas de la tierra.

Este tiempo suspendido de espera se refleja en la posición de Schreber de situar su transformación en la mujer de Dios en el infinito.

2.5 RECURSOS AL TRIBUNAL

Después de la decisión de interdicción tomada por el Tribunal real de Primera Instancia (13 de marzo de 1900) Schreber dirige a la administración del asilo el 24 de marzo sus planteamientos en base a los cuales presentará un recurso de sobreseimiento de la interdicción:

- No tiene intención de convencer a otras personas de la verdad de lo que le sucede:

"Dejo que el futuro decida si una transformación de mi cuerpo, fenómeno que pertenece a una esfera que se sitúa más allá de toda experiencia, deberá aportar más tarde la confirmación automática que espero" (op.cit. p.272).

- Ofrece a la clase médica su cuerpo para que se pueda verificar que sus alegaciones son exactas, según las cuales:

"Su cuerpo entero, de los pies a la cabeza, está recorrido por nervios de la voluptuosidad como sólo ocurre en un cuerpo de mujer adulta, mientras que en el hombre...los nervios de la voluptuosidad están localizados únicamente en una zona que se circunscribe al sexo y a su proximidad inmediata" (ibid.).

El 26 de marzo añade un anexo al texto anterior dividiéndolo en dos apartados:

1. Si desde la ciencia:

"Se reconoce o no la existencia de nervios (llámeselos nervios de la voluptuosidad, o nervios sensitivos como lo escuché decir recientemente al Sr.Dr.Weber, consejero privado; o cualquiera sea su nombre científico que se les quiera dar cuya función particular sería ser los vehículos de la sensación de la voluptuosidad" (op.cit. pp.273-274).

2. Si la ciencia puede dar por cierta su afirmación de que:

"Esos nervios de la voluptuosidad sólo se hallan repartidos en todo el cuerpo en la mujer, mientras que en el hombre están confinados a los órganos sexuales y a su cercanía inmediata; por consiguiente, sería para mí de gran interés saber si, con lo dicho, no hice sino restituir un hecho comprobado por las teorías científicas referentes a los nervios, o si por lo contrario, afirmé algo inexacto en relación con el estado actual de los conocimientos en la materia" (ibid.).

El 30 del mismo mes, marzo de 1900, Schreber escribe otro anexo a su apelación, manteniendo su disposición a que su cuerpo sea examinado por la ciencia, con el fin de comprobar la existencia de nervios que serían transmisores de las sensaciones de voluptuosidad.

En lo que Schreber se opondrá categóricamente es en ser considerado un alienado mental, si acaso puede situarse entre los enfermos de los nervios, rebatiendo por lo tanto el diagnóstico de paranoia establecido por Weber en su peritaje insistiendo en que la prolongación de su estancia en Sonnenstein no le producirá ningún beneficio terapéutico, insistiendo en que el tiempo que le queda de vida no desea pasarlo en un asilo donde sus facultades intelectuales son yermas, sin ningún tipo de compañía intelectual y privado de todos los placeres de la existencia. Si se temen reacciones intempestivas está dispuesto por su parte a controlarlas. En este punto de las **Memorias** Schreber enumerará las tesis que estaría en condiciones de emitir en su propio nombre:

- No puede conjeturar sobre el futuro pero lo que si mantiene es la siguiente

proposición negativa: "nunca Dios alcanzará el fin que persigue, nunca se producirá el aniquilamiento de mi razón". La certeza de que "el Orden del Universo no arma la mano a nadie, ni siquiera la de Dios, para destruir la razón de un ser humano" le sirve para poder poner distancia a la angustia de aniquilamiento que irrumpía en la primera etapa de su enfermedad.

- La solución de la eviración le parece la solución mas acorde con el orden del Universo (op.cit. pp.283-286).

2.6 ÚLTIMO INGRESO Y MUERTE DE D.P.SCHREBER: CONSIDERACIONES FINALES

D.P.Schreber, a la edad de 60 años, recibe el alta médica y deja Sonnestein en diciembre de 1902. Durante un tiempo vivirá con su madre la cual tiene en este momento 87 años. En 1903 volverá al lado de su esposa en Dresde. Ésta había recogido a una niña de trece años, Fridoline, que será adoptada por el matrimonio y con la cual mantendrá una buena relación. De esta época tenemos los poemas escritos a raíz de conmemoraciones familiares, a destacar los aniversarios de su madre y de su esposa.

La madre de Schreber muere en mayo de 1907 y su esposa enferma de apoplejía el 14 de noviembre de 1907. Seis meses después de la muerte de su madre, y días después del ataque de apoplejía de su mujer, el 27 de noviembre, Schreber es ingresado en Leipzig-Dössen en un estadio de demencia profunda. Muere el 14 de abril de 1911.

La literatura consagrada a la última etapa de su enfermedad es escasa. Tan solo Baumeier (1984a) aporta algunos datos en relación a la muerte de la madre y al ataque de apoplejía de la mujer que cursa con una afasia pasajera, destacando su relación con la recaída definitiva de Schreber. Sin embargo Devreese (1986) apuntará que, en otoño de 1907, estalló una polémica entre las asociaciones de Leipzig que se acogían bajo la obra educativa de M. Schreber y algunas de las asociaciones federadas bajo la presidencia de Siegel sobre la autenticidad y la transmisión del legado del padre de Schreber. En un discurso que Siegel realiza en otoño de 1907, encontramos una llamada indirecta a Schreber en tanto representante de la familia para poner límite al "abuso del nombre Schreber".

Si con la muerte de su madre, Schreber sufrió esporádicamente de insomnio y de un ligero "*surmenage*", Devreese mantendrá, siguiendo los planteamientos de Lacan en relación al desencadenamiento en la psicosis, que será la llamada al significativo Nombre del Padre, realizada por Siegel la que propiciará la tercera recaída. La enfermedad de la esposa será relegada a un elemento significativo suplementario que se suma al proceso hacia la demencia irreversible.

III. APORTACIONES DE FREUD A LA CLÍNICA DE LA PSICOSIS

LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS: SOBRE LA CAUSALIDAD

"Podemos localizar este momento histórico en la correspondencia con Fliess, en el año 01 en el que el inconsciente se abre por vez primera cuando cesa el duelo por el padre. Freud habla allí de su escucha dividida, desgarrada, entre un saber constituido que, aunque muy brillante, sigue estando no obstante en la dinastía de los amos, y una verdad que le hace preguntas desde lo más cerca de lo que escucha, pero que aún no se escribe".

"Tiempo y efectos de tiempo en el análisis". *Scilicet* 6/7.

El estudio sobre la psicosis que Freud realiza, en 1911, tomando como caso *princeps* a Schreber, ***Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*** (1990e) sintetiza gran parte del trabajo de elaboración que realiza en torno a la causalidad de las psiconeurosis¹.

Con anterioridad a este estudio, en los orígenes del psicoanálisis, tanto en la ***Correspondencia*** con Fliess que se mantiene de 1892 a 1899, como en el ***Proyecto***, escrito en 1895, podemos apreciar el esfuerzo freudiano de incluir al psicoanálisis en el discurso científico, siendo su caballo de batalla la etiología. Freud por su formación en neurología e histopatología, mantiene

(1) Especialmente en el tercer apartado "Acerca del mecanismo paranoico" en el cual se refiere a las fases de la represión.

como referente el ideal científico de su época². Alumno de E.Brücke, a lo largo de seis años, conoce en su laboratorio a J.Breuer, quien estaba realizando una investigación. Con Breuer emprende sus primeros pasos en el estudio de la histeria (Hirschmüller, 1991). Entre 1883 a 1886, trabaja como *Sekundararzt*, en el departamento de Psiquiatría del Hospital General de Viena, hospital dirigido por Meynert (Ellenberger, 1976, p.492) y en el primer año, en 1883, pasa cinco meses en el departamento de investigación de Meynert. Éste, junto con P.Flechsigt, el psiquiatra que atendió a Schreber, estaba considerado como una gran autoridad en el campo de la anatomía cerebral.

Si bien asistió a las lecciones que Charcot impartía en La Salpêtrière³ y se hizo cargo de la traducción de la obra de éste al alemán, Freud mantiene, posteriormente, claras disensiones con Charcot en cuanto a la etiología de las neurosis y específicamente de la histeria.

El encuentro de Freud con la histeria viene determinado por esta búsqueda etiológica enmarcada en el modelo de las ciencias de la naturaleza, y en una metodología basada en la relación de causalidad. Freud inicia su camino, no en la búsqueda de un sentido como Dilthey o Husserl, sino en la búsqueda de la causa (Miller, 1987-1988, p.197). Es en esta dirección que podemos considerar la elaboración teórica del **Proyecto**.

Ante el ideal de explicación de las ciencias de la naturaleza se opondrá

(2) De este período anterior a la invención del psicoanálisis tenemos detallado estudio tanto en la **Presentación autobiográfica** que Freud publica en 1914, como en las referencias que a lo largo de su obra Freud realiza acerca de la psiquiatría y la neurología de la época. También en varias biografías entre las que destacan la que podríamos denominar "oficial", **Vida y obra de S.Freud**, (Jones, 1979) y la más reciente **Freud, una vida de nuestro tiempo** (Gay, 1988)

(3) A raíz de la adjudicación de una beca, de octubre de 1885 a febrero de 1886.

el ideal de comprensión de las ciencias humanas. W.Dilthey (1833-1911), definió las ciencias humanas como un conjunto original caracterizado por la ausencia de objeto, por lo cual no se podía pensar en aplicar a éstas los métodos de las ciencias físicas. En un retorno al "concreto humano", abogó por una psicología descriptiva y analítica capaz de comprender y reconocer la organización estructural de la vida mental, dando preponderancia a la comprensión del contexto actual en detrimento de la búsqueda causal: comprender en contraposición a explicar.

Cabe destacar la posición radicalmente distinta de S.Freud en su búsqueda de la causalidad en las neuropsicosis de defensa en textos contemporáneos: Dilthey publica sus ***Ideas para una psicología descriptiva y analítica***, en 1894, el mismo año que Freud publica ***Las neuropsicosis de defensa***.

Con anterioridad a los planteamientos de Dilthey, E.Husserl (1859-1938) se pregunta por la validez universal de las leyes de la ciencia. En el ámbito de la psicología el sujeto kantiano, el ideal de universal, no incide en lo que Husserl denomina "el sentimiento de la vida" como particularidad. W.James (1842-1910) y H.Bergson (1859-1941) comparten la misma tendencia intentando abordar los datos inmediatos de la conciencia.

Freud coincidirá con Husserl en su interés por la enseñanza de F.Brentano (1838-1917). Ambos asisten a sus impartidas en la universidad de Viena. Brentano propone un nuevo método de conocimiento del psiquismo basado en la distinción entre fenómenos psíquicos y físicos (Brentano, 1925).

Los fenómenos psíquicos implican una intencionalidad y pueden ser percibidos, siendo la percepción original la que constituye el conocimiento fundamental de los mismos. Frente a la aserción de que el estado psíquico que uno percibe en sí mismo, existe, y existe tal como lo percibe, sostendrá la necesidad de la descripción de los fenómenos psíquicos a partir de la metodología de las ciencias de la naturaleza.

Vemos aquí la impronta dejada en Freud, en cuanto a la elección del modelo de las ciencias de la naturaleza al contrario de Husserl que entenderá la comprensión del fenómeno como una estructura significativamás allá de una explicación causalista o determinista.

1 PRIMERA ELABORACIÓN DE UNA ETIOLOGÍA DE LAS PSICONEUROSIS: ESBOZO MECANICISTA

Freud, en un esquema que al final de su obra volverá a retomar y que se mantendrá con gran solidez, pensará las psiconeurosis como efecto de una defensa frente a una representación sexual inconciliable. Esta defensa propiciará una perturbación del desarrollo, una fijación.

En un primer tiempo, en *Estudios sobre la histeria*, dirá que el momento genuinamente traumático es aquel en el cual, ante una representación sexual inconciliable:

"la contradicción se impone al yo y éste resuelve expulsar la representación contradictoria. Tal expulsión no la aniquila sino que

meramente la fuerza a lo inconsciente" (Freud, 1990a, p.139).

Descubre que, invitando a alguien a hablar, de la manera más libre posible, deviene el silencio y surge lo que Freud denomina "resistencias". Frente a estas resistencias, en la época que podemos considerar como prepsicoanalítica, en su colaboración con Breuer, Freud hace uso de la hipnosis y de la sugestión: es lo que se conoce como el método catártico de los síntomas. Recordando, retrotrayendo, punto a punto, cada momento traumático de la vida del paciente, se constata un alivio de la patología.

Este planteamiento supone ya la idea de una cierta disociación de conciencia: una serie de fenómenos asociados a la misma y otros que se sitúan alrededor de un núcleo traumático, no conscientes, y que tienen sus efectos concomitantes y generadores de síntomas. Se trataba de llevar, por medio de la hipnosis o de la sugestión, esta representación reprimida a la conciencia.

Freud comparte con Breuer la experiencia de la hipnosis y de la sugestión y retoma de Breuer la idea de "causa olvidada" (Rabanel, 1991).

Un caso, el de "Anna O", marca la frontera ante la cual Breuer se detiene y Freud sigue con sus investigaciones. Breuer, hablando de la modificación de síntomas que se producen en la misma, observa que estos se mueven por la vía del relato (*Wegerzählen*); la paciente llamará a esta experiencia la "*Talking cure*", la cura por la palabra, y la "*Chimney-sweeping*", la limpieza de chimenea.

Breuer mostraba gran reticencia en publicar su hallazgo, su método de "cura por la palabra"; Freud (1990k, p.21) recuerda que Breuer, sólo consintió

en publicar ***Estudios sobre la histeria***, cuando se vio empujado por la publicación de los trabajos del psiquiatra francés P.Janet.

El caso de "Anna O" es considerado por Freud como un caso paradigmático de histeria al igual que años más tarde considerará el caso Schreber desde la psicosis:

"Las constelaciones descubiertas por Breuer me parecían de naturaleza tan fundamental que yo no podía creer que estuvieran ausentes en un caso cualquiera de histeria después que se les habían pesquisado en uno solo. Por eso empecé a repetir las indagaciones de Breuer con mis pacientes, y terminé por no hacer otra cosa, en particular luego de que mi visita a Berheim en 1889 me demostró las restricciones de la operatividad de la sugestión hipnótica" (op.cit.).

Será Freud el que tomará el relevo de Breuer al poder sostener el lugar de escucha que a éste, al empezar a constatar la causa sexual en las neurosis, se le hizo imposible⁴.

Otra puntuación es necesaria en estos primeros planteamientos; Freud (1990a, p.139) insiste en que la histeria, modelo sobre el cual basará su teoría de la defensa, es el resultado de un acto de pusilanimidad moral y un dispositivo protector del que el yo dispone. Así, el hincapié no lo hace en la sexualidad *per se*, sino en la defensa, en un no querer saber nada, al tratar a la representación sexual como no sucedida, sin por ello separarse del exceso de excitación, del goce, cuyo índice lo encontramos en el afecto.

Siguiendo esta teoría causal, la resolución de la neurosis pasaría por la asunción por el sujeto, del conflicto creado por el sentido sexual que la representación traumática introduce en el yo, y la construcción de una posición

(4) Freud en su ***Contribución a la historia del movimiento analítico*** (1989j), se refiere a su deuda con Breuer en el descubrimiento del inconsciente.

que hiciese innecesaria la disociación de conciencia. Freud deja al sujeto la libertad de elegir entre ideal y goce, pero no explica las dificultades de la misma.

Esta primera tesis freudiana, es una tesis construida en la relación directa causa-efecto. No obstante, si la causa sexual fuera única sería una causalidad mecánica, con relación directa causa-efecto.

La primera tesis freudiana mantiene que la causa sexual es determinante y que la represión es secundaria. En este sentido, el psicoanálisis se orientaría bien hacia una profilaxis, es decir hacia un control del desarrollo de manera suficientemente estricta para que no se produjese el incidente sexual (Miller, 1987-1988, p.190), bien hacia la búsqueda de una adecuación del goce a la relación entre sexos, cuestión que en la actualidad abanderan los sexólogos (Gallano, 1991, p.7).

Freud pronto empezó a constatar que la inadecuación de satisfacción era, por estructura, imposible de resolver, ya que los efectos patológicos de la neurosis se manifestaban en un *après-coup*.

1.1 EL CONCEPTO DE DEFENSA Y SU ARTICULACIÓN CON LA PULSIÓN: UNA CLÍNICA DE EVACUACIÓN DE GOCE

Tal como hemos ido desarrollando en el apartado anterior, el concepto de defensa se articula al de pulsión:

"Todas las neurosis y psicosis tienen la misma etiología y sus orígenes pueden rastrearse en perturbaciones análogas de las mismas pulsiones. La diversidad de sus formas proviene del hecho de que recurran a mecanismos diferentes"⁵ (Nunberg-Federn, 1980, p.171).

En el **Proyecto**, Freud (1986g, p.341) pensará la pulsión a partir de los "estímulos endógenos", siguiendo el modelo neuronal y su principio de inercia mediante el cual las neuronas tienden a la descarga de la excitación:

"Con la complejidad de lo interno, el sistema de neuronas recibe estímulos desde el elemento corporal mismo, estímulos endógenos que de igual modo deben ser descargado. Estos provienen de las células del cuerpo y dan por resultado las grandes necesidades: hambre, respiración, sexualidad. De estos estímulos el organismo no se puede sustraer como de los estímulos exteriores, no puede aplicar su "Q" para huir del estímulo. Sólo cesan bajo precisas condiciones que tienen que realizarse en el mundo exterior; por ejemplo, la necesidad de alimento"

Esta tensión endógena es valorizada psíquicamente cuando alcanza cierto umbral de excitación, entrando en relación con representaciones que hacen posible la disminución de la tensión (Freud, 1986a, p.231). A partir de las distintas modalidades de transposición de excitación libidinal, Freud irá construyendo una clínica que Miller (1985-1986, p.422) en su Seminario **L'extimité**, define como una clínica de "evacuación de goce", título con el cual hemos titulado este apartado:

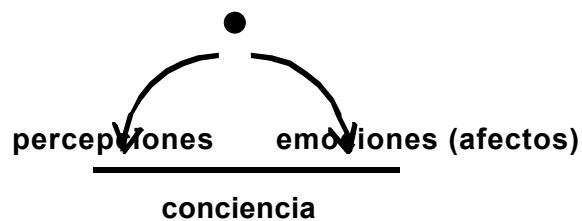
"Freud describe, con los medios de la época, una clínica de *evacuación de*

(5) "Acta 73" de las reuniones de la Sociedad Psicoanalítica de Viena realizada el 24 de marzo de 1909

goce, ya que lo que denomina libido o voluptuosidad es lo que nosotros llamamos goce. Evidentemente esta evacuación es tomada por Freud como un elemento patológico. Esto es lo que se acentúa y confirma en el texto de 1896 **Las psiconeurosis de defensa**".

En 1907, en el **acta 15** correspondiente a las **Actas de la Sociedad psicoanalítica de Viena**, Freud sostiene la necesidad de distinguir entre emociones y pulsiones. Definirá la pulsión como un concepto que se refiere a la influencia dinámica, perturbadora, que las necesidades orgánicas, estructurales, ejercen sobre los procesos psíquicos. La pulsión configura el puente que vincula lo orgánico con lo psíquico (Nunberg-Federn, 1979, p.154).

Las emociones las situará íntegramente en el ámbito psíquico. La conciencia, como sentido interior, estará regulada por dos polos equidistantes, las emociones y las percepciones:



Para Freud todo lo que llegamos a conocer del pensamiento consciente es su expresión verbal (op.cit.p.157)

Posteriormente, en **Lo inconsciente**, publicado en 1915, Freud lo enunciará más claramente: la pulsión, en tanto tal, no tiene ninguna representación, necesitando de representantes en el aparato psíquico o en el inconsciente:

"Si la pulsión no se adhiriera a una representación ni saliera a la luz como un estado afectivo, nada podríamos saber de ella. Entonces, cada vez que pese a eso hablamos de una moción pulsional inconsciente o de una moción pulsional reprimida, no es sino por un inofensivo descuido de la expresión. No podemos aludir sino a una moción pulsional cuya agencia representante-representación es inconsciente, pues otra cosa no entra en cuenta" (Freud, 1989o, p.173).

Lo susceptible de represión será el representante de la pulsión. Esta "*Vorstellungsrepräsentant*" supone ya una separación de la pulsión en tanto tal. Tenemos, entonces, dos separaciones: una entre pulsión y representantes, y otra entre representación y afectos:

Representación- representante de la pulsión
Vorstellungsrepräsentant

Pulsión

Monto o *Quantum* de afecto
Affektbetrag

Vemos, entonces que, para Freud, sólo el representante de la pulsión es consciente o inconsciente, siendo susceptible de represión. Por otra parte, distinguirá la representación-representante, en la vertiente significativa, como huella mnémica del factor que denomina cuantitativo, o monto de afecto, el cual por sus propias características cuantitativas, puede desplazarse de una representación a otra o puede desligarse de toda representación en el caso de la angustia.

Esta "*Vorstellung*" supone ya una separación con la pulsión en tanto tal. Tenemos, entonces, dos separaciones: una entre pulsión y representantes, y

otra entre representación y afectos.

Representación -----Significante

Pulsión

Afecto ----- goce

Para Freud, este afecto siempre se puede transformar en angustia; en ésta, un remanente de la pulsión queda separado de la representación .

Siguiendo este esquema, pensará diferentes respuestas del sujeto al exceso de excitación o a la representacióninconciliable, diferentes modalidades de la defensa que se sustentan bien en la disociación entre representación y afecto (neurosis), bien en el rechazo conjunto de representación y afecto (psicosis).

1.2 LA DEFENSA EN LAS NEUROSIS

El lugar que da Freud a la elección del sujeto, en relación a la respuesta a esta representación inconciliable, marca una profunda diferencia con las concepciones de Janet de una debilidad degenerativa de la conciencia o las teorías derivadas del modelo degeneracionista de Morel.

En relación a la doctrina de Janet planteará que la escisión de la conciencia no es un rasgo primario de la alteración de la misma, ni una debilidad innata para la síntesis psíquica, sino la escisión del contenido de

conciencia:

"es la consecuencia de un acto voluntario del enfermo, vale decir, es introducida por un empeño voluntario cuyo motivo es posible indicar. Desde luego, no sostengo que el enfermo se proponga producir una escisión de su conciencia; su propósito es otro, pero él no alcanza su meta, sino que genera una escisión de conciencia" (Freud, 1986h , p.48).

A partir de la histeria diferenciará este acto voluntario, al que denominará defensa, de lo constitucional o hereditario.

De este acto voluntario aislará una secuencia:

1. Aparece en la vida del sujeto una inconciabilidad entre unas representaciones y el yo, lo cual provoca afectos penosos (la representación inconciliable es siempre de índole sexual).
2. El sujeto no confía que, mediante un trabajo de pensamiento, el yo pueda solucionar esta inconciabilidad.
3. El sujeto decide olvidar estas representaciones inconciliables; mediante un acto de voluntad, quiere expulsar fuera de sus pensamientos, las mismas.
4. Este olvido no se logra ya que las representaciones dejan, tal como hemos visto en el anterior apartado, una huella mnémica y una carga de afecto que produce diversas "reacciones patológicas":

"La tarea que el yo defensor se impone, tratar como "*non arrivée*" la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr convertir esta representación intensa en una débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo" (Freud, 1986h, pp.48-49).

5. Hasta aquí, señala Freud, la secuencia es común, siendo la modalidad de

volver inocua la representación lo que marcará la diferencia entre neurosis y psicosis.

1.2.1 EN LA HISTERIA

En la histeria este exceso de excitación desplazado, rechazado, afectará al cuerpo. Freud (1986h, p.50) empleará para adjetivar esta "transposición a lo corporal" el término "conversión":

"En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer (*Umsetzen*) a lo corporal la suma de excitación, para lo cual yo propondría el nombre de conversión".

En la conversión, la suma de excitación se desliga de la representación inconciliable, localizándose en el cuerpo (histeria de conversión) o quedando libre en la angustia (histeria de angustia o neurosis fóbica).

1.2.2 EN LA NEUROSIS OBSESIVA

Freud situará la neurosis obsesiva como un derivado de la histeria, como un segundo paso lógico de ésta. La diferencia radicará en que en la obsesión hay un falso enlace o desplazamiento. El afecto, vinculado a la representación reprimida, va a quedar fijado a las representaciones obsesivas.

En la neurosis obsesiva el exceso de excitación permanecerá en el ámbito psíquico:

"La representación ahora debilitada queda segregada de toda asociación dentro de la conciencia, pero su afecto, liberado, se adhiere a otras representaciones, en sí no inconciliables, que en virtud de este "enlace falso" devienen representaciones obsesivas" (1989a, p.53).

Tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria, la defensa disocia del afecto la representación inconciliable, vinculando éste último a una representación sin importancia, pero manteniendo la huella mnémica ya debilitada en la conciencia.

1.3 LA DEFENSA EN LAS PSICOSIS

A partir del modelo construido para las neurosis, Freud establecerá un paralelismo con las psicosis. Más concretamente, tal como transmite en una carta a Fliess, establece un paralelismo entre neurosis obsesiva y paranoia, situando a ambas como perturbaciones de índole intelectual:

"La representación delirante se clasifica en la psiquiatría junto a la representación obsesiva como una perturbación puramente intelectual, y la paranoia junto a la locura obsesiva como psicosis intelectual" (Freud, 1986a, p.246).

En estos primeros textos, trabajará fundamentalmente las psicosis a partir de la paranoia. Freud hablará en esta época, refiriéndose a las psicosis, de paranoia crónica y de psicosis alucinatoria, siguiendo en esta última la terminología de Meynert. Para Freud la paranoia es un modo patológico de defensa que se puede poner en continuidad con la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria.

En las psicosis, diferenciará una modalidad de defensa más enérgica y con más éxito en sus fines que la de neurosis, aislando como mecanismo propio la "desestimación" (*Verwerfen*)⁶ y destacando como modalidad particular

(6) Término que Lacan traducirá por "forclusión" y que en la edición de sus *Escritos* en castellano es

de la misma la proyección.

En contraposición a la neurosis, Freud (1986a, p.59) emplea ya dos acepciones distintas: desestimar (*Verwerfen*), en vez del término reprimir (*Verdrängung*), y por otra parte insoportable (*Unerträglich*) en vez de inconciliable (*Unverträglich*):

"El yo desestima (*Verwirft*) la representación insoportable (*Unerträglich*) junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido".

Este mecanismo es particularmente intenso en la psicosis alucinatoria.

1.3.1 PSICOSIS ALUCINATORIA

En la psicosis alucinatoria se da con total éxito la *desestimación*, y la persona se encuentra en plena "confusión alucinatoria". El caso descrito como ejemplo es el siguiente:

"Una joven ha regalado a cierto hombre una primera inclinación impulsiva, y cree (*Glauben*) firmemente ser correspondida. Está, de hecho, en un error; el joven tiene otro motivo para frecuentar la casa. Los desengaños no tardan en llegar; primero se defiende de ellos mediante la conversión histérica de las experiencias correspondientes, y así conserva su creencia en que él vendrá un día a pedir su mano; no obstante, se siente desdichada y enferma, a consecuencia de que la conversión es incompleta y de los permanentes asaltos de nuevas impresiones doloridas. Por fin, con la máxima tensión, lo espera para un día prefijado, el día de un festejo familiar, Y transcurre ese día sin que él acuda. Pasados ya todos los trenes en que podía haber llegado, ella se vuelca de pronto a una confusión alucinatoria. Él ha llegado, oye su voz en el jardín, se apresura a bajar, con su vestido de noche, para recibirlo. Desde entonces, y, por dos meses, vive un dichoso sueño cuyo contenido es: él está ahí, anda en derredor de ella, todo está como antes (antes de los desengaños de los que laboriosamente se defendía). Histeria y desazón están superadas; mientras dura la enfermedad, ni se habla de sus dudas y padecimientos de los últimos tiempos; ella es dichosa en tanto no la molesta, y sólo rabia cuando un

traducido por "preclusión".

decreto de su entorno le impide hacer algo que ella con total consecuencia derivaba de su beatífico sueño" (Freud, 1986a, pp.59-60).

Podemos establecer la siguiente secuencia del proceso:

1. Una creencia: "cree firmemente ser correspondida", "vendrá un día a pedir su mano" y una representación insoportable (*Unverträglich*) del orden de la decepción: "los desengaños no tardan en llegar", podríamos decir: el no la ama.
2. Hay un primer intento de defensa escindiendo la representación del afecto, al modo de la histeria, mediante conversión. Este intento, que tiene como finalidad mantener la creencia (*Glauben*), fracasa.
3. La decepción es más evidente el día de un festejo familiar y el yo desestima (*Verwerfen*) esta representación junto con su afecto. Hay, pues, una desestimación de la representación y el afecto a la vez.
4. Esta desestimación retorna en una confusión alucinatoria, cuyo contenido

"Consiste justamente en realzar aquella representación que estuvo amenazada por la ocasión a raíz de la cual sobrevino la enfermedad" (Freud, 1986a, p.60),

por lo tanto sustenta la creencia de que es amada.

De esta confusión alucinatoria también hay que destacar que retorna desde el exterior con alucinaciones auditivas y que la intensidad de las mismas se deben a que:

"El yo se arranca de la representación insoportable, pero esta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva" (Freud, 1986a, p.60).

Esta cuestión de la pérdida de realidad, esbozada ya en 1894, será

retomada en el marco de la construcción de la segunda tópica.

1.3.2 PARANOIA

En el *Manuscrito H*, fechado el 24 enero 1894, dedicado a la paranoia, situará la misma, tal como ya se ha comentado, como un modo patológico de defensa, en la misma serie que la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. No obstante, se preguntará por el modo peculiar de la defensa paranoica, a partir del caso clínico de una mujer que es objeto de seducción exhibicionista por parte del amigo de su hermano. Años más tarde, irrumpe un delirio de observación y de persecución referido al contexto de la relación con este hombre:

"Una doncella que va envejeciendo, de unos 30 años, vive junto con su hermano y su hermana (mayor). Pertenecen al estamento obrero superior; mediante su trabajo, el hermano ha logrado instalarse como pequeño fabricante. Entretanto, alquilan una habitación a un compañero, un hombre muy viajado, algo enigmático, muy diestro e inteligente, que durante un año mora con ellos como el mejor camarada y la mejor de las compañías. Luego el hombre se despide, para retornar pasados seis meses. Ahora permanece sólo breve tiempo y desaparece definitivamente. Las hermanas suelen lamentar su ausencia, no saben más que hablar bien de él; no obstante, la menor le cuenta a la mayor sobre una vez que él intentó ponerla en peligro. Ordenaba ella la pieza mientras él todavía estaba en cama; entonces la llamó junto al lecho, y cuando se llegó sin sospechar nada, le puso su pene en la mano. La escena no tuvo ninguna continuación, el extraño partió de viaje poco después.

En los años que siguieron, la hermana que había tenido esa vivencia, sufriente, empezó a quejarse y al fin se formó un inequívoco delirio de ser notada y de persecución, con este contenido: las vecinas le tenían lástima como a una que se había quedado para vestir santos, que seguía esperando a aquel hombre; le hacían alusiones de esta clase, se contaban toda clase de chismes con respecto a este hombre, y cosas parecidas. Ella dice que desde luego era todo falso. A partir de entonces, ese estado aqueja a la enferma sólo por algunas semanas; transcurridas estas, se le vuelve a aclarar la mente, explica todo como una consecuencia de la irritación; en los intervalos padece, por lo demás, de una neurosis que no es difícil interpretar sexualmente - y pronto torna a caer presa de una nueva

oleada de paranoia.

La hermana mayor había notado con asombro que la enferma, tan pronto como la plática recaía sobre aquella escena de tentación, la desconocía (*Leugnen*). Breuer atendió el caso, la enferma fue enviada a mí y me empeñé en curar el esfuerzo (*Drang*) hacia la paranoia restituyendo sus derechos al recuerdo de aquella escena. No se consiguió; le hablé dos veces, me hice narrar en hipnosis de concentración todo lo que se refería al huésped, y a mis insistentes preguntas sobre si empero no había ocurrido algo "embarazoso", recibí como respuesta la más tajante negación y ...no volví a verla. Me hizo comunicar que eso la irritaba demasiado. ¡Defensa! Eso se discernía con claridad. Ella no quería que se lo recordaran y en consecuencia lo había reprimido (*Verdrängen*) adrede" (Freud, 1986a, pp.247-248).

¿Cual es, según Freud, la peculiaridad de la defensa paranoica? Lo peculiar es que lo reprimido retorna desde el exterior. El reproche reprimido retorna en una alusión, en una crítica desde el exterior. El beneficio que se obtiene de este cambio de posición es que el reproche venido del exterior puede ser mantenido alejado del yo, puede no ser aceptado.

Así pues, la paranoia tiene "el propósito de defenderse de una representación insoportable para el yo proyectando al mundo exterior el sumario de la causa que la representación misma establece" (Freud, 1986a, p.249).

Podemos situar en este enunciado, la emergencia por primera vez del concepto de proyección, concepto que será retomado y elaborado, en 1896, en

Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa:

1. En la paranoia hay "abuso del mecanismo de proyección a los fines de la defensa" (Freud, 1989c, p.249).
2. La idea delirante es mantenida con la misma fuerza con la que el yo se defiende de la representación inconciliable, por lo cual los paranoicos: "aman al delirio como a sí mismos" (op.cit.p.251). En la paranoia el sujeto responde con el delirio, desde donde el sujeto va a intentar localizar estas

invasiones que le vienen del exterior.

El mecanismo de proyección y el consiguiente retorno desde el exterior de lo proyectado, volverá a ser retomado y defendido por Freud en su correspondencia con Jung, que se extiende de 1906 hasta 1914.

1.4 TRAUMA Y FANTASMA: CAUSA Y SENTIDO

En una segunda elaboración en torno a la etiología, Freud elaborará una doble causalidad: la causa primera se sitúa en la significación del trauma sexual que determinaría una fijación en el desarrollo, y sería una segunda causa, el despertar del recuerdo del trauma, la que determinaría la represión y por consiguiente el síntoma en tanto retorno de lo reprimido.

En el *Proyecto* (Freud, 1986g) texto en el que da cuenta, ya en 1895, del funcionamiento del aparato psíquico, destacará que lo importante de la escena traumática es su realidad psíquica inconsciente. A partir del "caso Emma"⁷ establecerá dos condiciones de la perturbación del proceso psíquico:

- a) Que el desencadenamiento sexual arranque de un recuerdo, en lugar de una vivencia.
- b) Que ocurra prematuramente.

Emma es una paciente de Freud que sufre de una compulsión a no poder ir sola a una tienda. Freud aísla dos momentos del síntoma de Emma a partir de dos recuerdos:

1. Emma basa la imposibilidad de acceder sola a una tienda a partir de un

(7) Ver *Proyecto de psicología*, p.400-401

recuerdo que sitúa a los doce años: fue a comprar a una tienda y vio reír a dos empleados de la misma, uno de los cuales recuerda. Emma salió corriendo de la tienda presa de un "afecto de temor". De este recuerdo surge la idea de que ambos empleados se rieron de su vestido y que uno de ellos le había gustado sexualmente. Este primer recuerdo no explica, según Freud, ni la pulsión ni el determinismo del síntoma.

Aparece un segundo recuerdo, que Emma niega haberlo tenido presente en la escena I, pero que Freud comenta que "tampoco hay nada que pruebe esto último".

2. El segundo recuerdo, se remonta a la edad de 8 años: fue a comprar golosinas a la tienda de un pastelero y éste le pellizcó los genitales a través del vestido. A pesar de ello, acudió por segunda vez, y se reprocha este segundo paso, como si hubiera querido provocar el atentado; cabe situar en esta vivencia "un estado de mala conciencia oprimente".

Se puede comprender la escena primera a partir de la escena segunda, la conexión se media en la risa. En la escena primera, los dos empleados se ríen, y esta risa evoca, inconscientemente, el segundo recuerdo, en el cual el pastelero había acompañado su acto de una carcajada. Freud marcará también otra coincidencia: en ambas escenas, Emma está sola en la tienda. El recuerdo, dirá, despierta una excitación sexual, no acaecida en el momento de la escena, que se traspone en angustia, tiene miedo a que los empleados vuelvan a repetir el atentado y escapa.

Freud sostendrá que no fue la percepción de la turbación sexual lo que

desencadena la defensa patológica, sino el recuerdo de la atracción sexual experimentada en esa época, no vivida como tal y convertida, en un segundo tiempo en traumática.

El incidente traumático, en el momento de abrirse camino, se reprime y lo que se elige, como objeto de angustia, es la risa; ésta viene a ocupar el lugar del recuerdo reprimido, constituyéndose en su símbolo. Así, es el significante "risas" el que enlaza las escenas sexuales. En una falsa conexión, Emma cree que la risa es provocada por sus vestidos, y que el empleado es causa de su turbación sexual; mientras que, el verdadero vínculo se establece por mediación de las dos risas y el síntoma irá a fijarse al significante más anodino, el vestido, significante consciente pero obtenido por desplazamiento.

Freud mantendrá, en el caso Emma, que el significante traumático está reprimido y que interfiere en la cadena significativa que acompaña a la separación de pulsión y afecto. Este punto le es necesario para explicar como el goce, en el desciframiento a partir de la asociación libre, adquiere un sentido, un sentido sexual. En el trauma articulará una parte descifrable, significativa y una parte sexual, cuyo índice es el afecto y que no es consciente (Vinciguerra, 1991).

2 LOS AVATARES DE LA LIBIDO: DESARROLLO Y ESTADIOS

El concepto de defensa y el método de la asociación libre imponen a Freud la articulación interpretación-sexualidad con los conceptos de represión y fijación, con lo cual Freud se centrará en la construcción de una cronología que dará lugar a la teoría de los estadios.

La correspondencia con Fliess (Freud, 1986a) nos muestra el esquema de esta articulación sobre todo en el **Manuscrito K** en el que mantiene que defensa y represión se producirán en el *après-coup* del recuerdo traumático, siendo de particular incidencia la edad en la que se vivenció el trauma, y en la **Carta 46** a Fliess en la que define tres grandes tiempos en el desarrollo:

* Una primera época que divide en dos períodos:

- a) hasta los 4 años.
- b) hasta los 8 años.

Seguidamente señala un período intermedio propicio a la represión que abarca de los 8 a los 10 años.

* Una segunda época hasta los 14 años.

Otro período propicio a la represión de 13 a 17 años aproximadamente.

* Una tercera época desde los 17 hasta x. años.

El gráfico que utiliza Freud para plasmar estos períodos es el siguiente:

I a	I b	A	II	B	III
Hasta los 4 Anteconsciente	Hasta los 8 Infantil		Hasta los 14 Preuberal		Hasta x Madurez

Freud busca lo que considera la causa de las psiconeurosis, en una escena sexual que sobreviene en uno de estos períodos. Según en que período ocurra tendremos tal o cual psiconeurosis. Intenta buscar la causa a partir del momento cronológico en que ha podido producirse un problema en el desarrollo pulsional (Miller, 1985-1986).

Cuando la escena se produce en el primer período, antes de que el sujeto pueda dominar el discurso, es la histeria y se expresa por conversiones somáticas:

"Vale decir que las escenas de la histeria ocurren en el primer período de la infancia (menos de cuatro años), cuando falta a los restos mnémicos su traducción a representaciones-palabra" (Freud, 1986a, p. 270).

Por contra, si se produce en el segundo período de la primera época, el efecto será la neurosis obsesiva. En ésta, las escenas tienen lugar en el curso del período I b y pueden encontrar su expresión verbal.

En la paranoia las escenas tienen lugar después de la segunda dentición. La defensa se exterioriza en increencia (*Unglauben*).

Vemos que es una cronología escandida por una maduración biológica,

en la que se intenta articular causa con represión, tal como se refleja en el esquema que Freud construye:

Condiciones de tiempos:

	I a	I b	A	II	B	III
	Hasta los 4	Hasta los 8		Hasta los 14		Hasta x
Histeria	Escena		R		R	
Neur.obs.			R		R	
Paranoia				Escena		Represión

Cuando transmite estas ideas a Fliess, lo que cuenta para Freud es el momento, el período, en que se produce la escena o el incidente, y no el período en que se produce la represión. Posteriormente incidirá más sobre la represión que sobre el momento de fijación, insistiendo en que la primera causa es una fijación que determina una predisposición; al intervenir una segunda causa, se libera un excedente, un plus de sexualidad, el cual da lugar a la defensa y mediante la represión, considerada fallida, la producción del síntoma. El trauma marca el encuentro decisivo del Otro sexual, seductor, encuentro siempre precoz o tardío, que deja al sujeto con su falta, a la espera de una significación futura capaz de atenuar sus efectos, pero en forma incompleta: siempre hay un excedente de sexualidad.

En el *Manuscrito H*, dedicado a la paranoia construirá el siguiente

cuadro general:

	Afecto	Contenido de la representación	Alucinación	Resultado
Histeria	Tramitado por conversión -	Ausente de la conciencia	-	Defensa lábil con ganancia buena
Representación obsesiva	Conservado +	Ausente de la conciencia sustituido	-	Defensa permanente sin ganancia
Confusión alucinatoria	Ausente -	- Ausente	Amistosa para el yo . Amistosa para la defensa	Defensa permanente ganancia brillante
Paranoia	Conservado +	Conservado + proyectado	Hostil al yo Amistosa para la defensa	Defensa permanente sin ganancia
Psicosis histérica	Domina la +	conciencia +	Hostil al yo Hostil a la defensa	Defensa fracasada

Tres años después, en 1899, en la **Carta 125**, dirá que ha abandonado todo esto:

"Quizás haya logrado, no hace mucho, una primera visión de una cosa nueva. Se me enfrenta como problema el de la "elección de la neurosis" ¿Cuándo un ser humano se vuelve histérico en lugar de paranoico? Un primer y burdo intento, de la época en que yo quería conquistar la ciudadela por la fuerza, rezaba: Ello depende de la edad en que ocurrieron los traumas sexuales, de la edad que se tenía al vivenciar. Hace tiempo he abandonado esto, y luego permanecí sin vislumbre alguna hasta hace pocos días, cuando se me reveló un nexo con la teoría sexual" (Freud, 1986a, p. 322).

Esta "primera visión de una cosa nueva" a la que se refiere Freud tiene que ver con una nueva cronología, basada en la diferencia entre el "autoerotismo" que sería primero, y el "aloerotismo" que le seguiría.

Planteará que la histeria así como su derivado, la neurosis obsesiva, es aloerótica en tanto que la paranoia es autoerótica:

"Así he dado en considerar la paranoia como un asalto de la corriente autoerótica, como un retroceso al punto de vista de entonces. La perversión que le corresponde sería la llamada "insania idiopática". Los particulares vínculos del autoerotismo con el "yo" originario iluminarían bien el carácter de ésta neurosis. En este punto vuelven a perderse los hilos" (ibid.).

En el fondo, en esta noción de disposición, Freud intentará articular causa y elección. En ***Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis***, publicado en 1905, Freud plasma un desplazamiento decisivo en su teoría: del trauma a la teoría del fantasma. Este desplazamiento tiene lugar al cuestionarse Freud la realidad de las escenas de seducción. Dos consecuencias pueden deducirse de este momento teórico:

1. Dar cuenta de la realidad de los síntomas a partir de una causa imaginaria, apelando a la noción de realidad psíquica.

2. El descubrimiento de la sexualidad infantil y su culminación residual en el fantasma. La idea de que la actividad sexual infantil prescribe su dirección a la vida sexual adulta.

Freud escribirá:

"Hemos pasado inadvertidamente del problema de la causación de las psiconeurosis al de su naturaleza" (Freud, 1899e, p.270).

El carácter procesual de la teoría del fantasma sustituye al carácter causalista de la teoría traumática, hay un desplazamiento de la causación de las psiconeurosis a preguntarse por su naturaleza. Sólo la consideración, cada vez más afirmada en Freud, del complejo de castración, devolverá a la investigación etiológica el carácter incisivo de sus comienzos.

Esta articulación está ya presente desde 1896, cuando Freud explica a Fliess lo que considera la causa de las psiconeurosis. Desde esta época, cada vez que Freud plantea el tema de la causalidad surge el problema de la elección; término que nos refiere al orden del sujeto.

Es decir que, en el momento en que busca la causa (y la causa es, por excelencia, lo que hace que no haya elección, la causa es lo que determina) surge siempre el término elección (Miller, 1985-1986).

¿Por qué esta pregunta sobre si una escena o un traumatismo producen una histeria o una paranoia? A través de esta etiología se articula causa y sujeto. Por un lado cuando habla de disposición se refiere a una determinación, pero por otro lado es como si dejara un margen a la interpretación. Es en esta vertiente, en que la fijación es únicamente disposicional, en el sentido de predisposición, que no permite prever el sentido que vendrá por una represión

posterior, por una represión "*après-coup*".

La predisposición desde Freud es una inhibición del desarrollo. Freud mantendrá constante la noción de desarrollo y la idea de que una causa viene a bloquear el mismo provocando una inhibición (*Hemmung*).

Será en el estudio sobre el Caso Schreber, ***Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente***, donde Freud podrá enumerar de forma lógica las tres fases de la represión.

2.1 FREUD Y LA ESCUELA DE ZURICH

Frente a las concepciones de E.Kraepelin y en referencia a la noción de "entidad mórbida"⁸ Bercherie, 1986a, p.151) aparece en Alemania, hacia 1900, una fuerte reacción psicodinámica que incide ya en las últimas ediciones del ***Tratado*** de Kraepelin. A esta corriente se suma la denominada "Escuela de Zurich" abanderada por E.Bleuler como director del Hospital Mental Universitario de Burghölzli. E.Bleuler (1857-1939) formado en la enseñanza de Burckhardt y Schaerer en Waldau, y de Charcot y Magnan en París, trabajó en el Instituto von Gudden en Munich y en el Burghölzli con Forel, accediendo a la dirección del mismo en 1898 (Berrios, 1985).

(8) J.P.Falret (1864, p.462) describe lo que entiende por entidad mórbida lo que constituye "a más justo título que la manía y la melancolía una forma natural, pues ella no está basada en un sólo carácter principal, la cantidad de delirio, la histeria o la agitación".

El Burghölzli se convierte, bajo la dirección de Bleuler, en un centro de investigación de la clínica de las psicosis. Bleuler fue uno de los primeros psiquiatras que tuvo interés en aplicar los conceptos freudianos a la psicosis, interesándose -en su camino hacia una psiquiatría más atenta a los procesos psicológicos que a la anatomía cerebral- por los mecanismos explicitados en ***La interpretación de los sueños*** (S.Freud, 1990b), así como por el concepto de regresión en la serie sueño, alucinación y delirio en la demencia precoz, en su vinculación con las teorías de H.Jackson. De este interés surge el encargo a Jung, en 1901, de realizar un comentario de ***La interpretación de los sueños***, recién publicada, y de utilizar, en 1904 -el mismo año que inicia su correspondencia con Freud- un test de asociación de ideas, basado en los mecanismos freudianos, en pacientes diagnosticados de demencia precoz.

Jung, en aquel entonces alumno de Bleuler, repartirá su interés tanto hacia la demencia precoz como hacia la paranoia, otorgando a los mecanismos psicológicos subyacentes una función desencadenante. Con la esperanza de que la psiquiatría logre inagotables ganancias con el psicoanálisis⁹ Jung deja de lado el tema pulsional.

El debate, pues, se inicia bajo la clínica de la psicosis y particularmente en la vertiente nosográfica entre la demencia precoz (posteriormente esquizofrenia) y la paranoia.

(9) Carta a Freud del 5-10-1906.

Para Freud, la acogida de sus teorías, por parte de Bleuler y de los psiquiatras del Burghölzli, es el inicio de la expansión del psicoanálisis más allá del denominado "Círculo de Viena", resquebrajando los muros de la "*splendid isolation*" a la cual alude en su **Contribución a la historia del movimiento analítico** (1989j) y de la que se hace eco E.Jones en su biografía (1979). El mismo Freud, en enero de 1907, escribe así a Jung:

"Los "grandes señores" de la psiquiatría significan en realidad muy poco, el futuro nos corresponde a nosotros y a nuestras concepciones y la juventud toma partido por nosotros -probablemente en todas partes. Yo lo noto en Viena, donde como usted sabe he sido sistemáticamente silenciado por los colegas y donde de vez en cuando soy "aniquilado" por cualquier secuaz y donde tengo, sin embargo, 40 devotos oyentes de todas las facultades. Una vez que Bleuler y usted y hasta cierto punto Löwenfeld me han prestado oído en la literatura, el movimiento en favor de nuestra innovación no podrá ser parado, pese a toda la resistencia de las autoridades, condenadas a desaparecer" (Freud- Jung, pp.52-53)¹⁰.

Cabe destacar la función epistemológica que cumplió la red de correspondencias centralizadas en Freud, incluyendo en su contenido epistolar, apuntes clínicos absolutamente esenciales en la investigación que en aquel momento se llevaba a cabo, en relación a la clínica de la psicosis y concretamente en el armazón teórico que posteriormente se reflejará en su texto sobre el Caso Schreber.

Desde la finalización de su correspondencia con Fliess y sus textos sobre las psiconeurosis, hasta **Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoide) descrito autobiográficamente**, de 1911, no abundan, en los textos de Freud las referencias a la paranoia. Aunque encontramos una pequeña nota en 1905, en **Tres ensayos de teoría sexual**,

comentando la pulsión de crueldad¹¹, y una puntuación en cuanto a diagnóstico diferencial en 1907, en ***El delirio y los sueños en la Gradiva de W.Jensen***¹².

Será sobre todo en su correspondencia con Jung, y en menor intensidad con Abraham, donde encontraremos la elaboración freudiana. Si Freud inicia, en 1904, su correspondencia con Bleuler, en 1906 emprende relación epistolar con Jung, en 1907 con Abraham y en 1908 con Ferenczi, todos ellos psiquiatras; los tres primeros residentes del Burghölzli, el cuarto presentado a S.Freud después de una visita al mismo, y todos ellos interesados en las innovaciones que el psicoanálisis podía aportar a la clínica de la psicosis.¹³

Entre los residentes en el Burghölzli, interesados por la obra de Freud, se incluyen -además de C.G.Jung y K.Abraham- O.Gross, L.Binswanger, J.J.Honnegger, A.A.Brill, A.Maeder y E.Minkowsky entre otros. Todos mantienen un febril intercambio de ideas que se materializa en la publicación de artículos y libros. Algunos de estos alumnos del Burghölzli mantendrán su interés por el psicoanálisis, otros, como Jung y el mismo Bleuler, dirigirán sus elaboraciones hacia otras metas. Si bien Freud reconoce, tanto a Bleuler como a Jung, su papel en la transmisión del psicoanálisis, años más tarde, en ***Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico***, destaca que ambos nunca dejaron

(10) Carta a Jung del 1-1-1907.

(11) "Por medio de este enlace de la libido con la crueldad se produce también la mudanza de amor en odio, de mociones tiernas en mociones hostiles, característica de toda una serie de casos de neurosis y aun, al parecer, de la paranoia en su conjunto" Freud, 1989d, pp.151-152).

(12) "Realmente el caso de N.H. tendría que designarse, en verdad, como de delirio histérico, no paranoico. Se echan de menos aquí los signos distintivos de la paranoia" (Freud, 1989g, p.38).

(13) Cabe destacar también la correspondencia con el pastor protestante Oskar Pfister, iniciada en 1909.

de buscar y considerar la psicosis como efecto de una causalidad orgánica.

En los siguientes apartados abordaremos este primer encuentro entre la denominada "Escuela de Zurich" encabezada por Bleuler y en segundo término por Jung, y los planteamientos freudianos.

2.2 E.BLEULER: UNA APROXIMACIÓN PSICODINÁMICA

El término esquizofrenia es tributario del interés de Bleuler por la aplicación del psicoanálisis a la psicosis. E.Bleuler había tenido conocimiento de la obra freudiana a través del estudio de Freud sobre **La afasia** de 1891, suponemos que atraído por las referencias que Freud de H.Jackson. Con anterioridad a la edición de su **Tratado sobre la esquizofrenia**, (publicado en 1911, pero escrito en 1908), Bleuler investigó acerca del concepto de represión y de los mecanismos freudianos de las formaciones del inconsciente (desplazamiento, condensación...) en la sintomatología de las psicosis¹⁴.

Como efecto de los planteamientos freudianos publica en 1906: **Afectividad, sugestividad, paranoia** (E.Bleuler, 1969) ¹⁵. Consecuente con la idea freudiana de represión y de los mecanismos de retorno de lo reprimido, Bleuler se interesa particularmente por el concepto de "complejo", retomando la idea jungiana de "complejo emocional".

Las divergencias con Jung se centrarán en la preponderancia que tienen

(14) "Conciencia y asociación" ("Bewusstsein und Assoziationen", Jungs diagnostische Assoziations-studien), (1905).

(15) *Affektivität, Suggestibilität und Paranoia*, (1906)

los afectos en la causación de la demencia precoz ¹⁶. Para Bleuler la afectividad en la esquizofrenia aparece perturbada en su función por la disociación, con un debilitamiento del yo en su función de síntesis, reapareciendo intacta en algunos episodios evolutivos. Es por este punto que marca una diferencia con Kraepelin en la búsqueda de una manera de incidir en la evolución terminal.

En cuanto a la paranoia, Bleuler mantiene la definición kraepeliniana, entendiéndola como una reacción afectiva, como una respuesta vigorosa del yo a una situación vital de rechazo, de humillación etc. Aunque en la paranoia, síntomas secundarios y afección primaria están en equilibrio, Bleuler no deja de incidir en una similar disposición "esquizoide":

"La esquizofrenia y la paranoia, en suma, aparecen sintomatológicamente como nacidas de una misma raíz (la esquizopatía), a la cual se añade todavía, en la esquizofrenia, un proceso físico, y en la paranoia, sólo la formación delusiva psicógena, consecutiva a la combinación de un determinado carácter" (Bleuler, 1969, p.191).

Por otra parte, considera que los "complejos de tonalidad afectiva" y los complejos sexuales a los que se refiere Freud, inciden mínimamente en la paranoia.

(16) Para Jung el trastorno orgánico debe ser considerado como secundario a los trastornos psíquicos. Estas divergencias son evidentes en el artículo escrito conjuntamente " **Complejos y causas de la enfermedad en la Demencia Precoz**" ("**Komplexe und Krankheitsursachen bei Dementia Praecox**") (1908a).

El mismo Freud (1990e, pp.55-56) responderá a esta cuestión en 1911:

"Ocurre que en la paranoia la etiología sexual no es en modo alguno, evidente; en cambio, en su causación resaltan de manera llamativa mortificaciones y relegamientos sociales, sobre todo en el varón. Ahora bien, apenas hace falta ahondar un poco para discernir en estos prejuicios sociales, con lo genuinamente eficaz, la participación de los componentes homosexuales de la vida de sentimientos"

Si bien la tesis de Bleuler sobre la esquizofrenia se elaborará a cobijo de la teoría freudiana, el mismo Freud en una carta a Abraham manifiesta no entender que quiere decir Bleuler con "personalidad" ni tampoco con el concepto de "yo" ¹⁷. No obstante, el concepto de esquizofrenia repercutirá fuertemente en la clínica psiquiátrica, y concretamente en la predominancia de la concepción deficitaria de la psicosis, todo ello en detrimento de los planteamientos freudianos de dar primacía al material que se produce en restitución de la realidad perdida, de considerar el delirio como producción.

2.2.1 EL ASOCIACIONISMO Y LA OBRA DE H.JACKSON: SU INFLUENCIA EN LAS TEORÍAS DE E.BLEULER

Las teorías de H.Jackson tuvieron gran influencia en la neurología y en la psiquiatría inserta en el denominado "organodinamismo". Sus ideas fueron recogidas por neurólogos de la importancia de Head, Pick y Goldstein y también por psiquiatras, entre ellos Janet, Bleuler, Ribot y más contemporáneo Ey.

Podemos situar la obra de Jackson dentro de la influencia de las tesis

(17) "*Personalidad*, de manera análoga al concepto de yo de su jefe, es una expresión poco definida, procedente de la psicología superficial, que para la comprensión de los verdaderos procesos, es decir, metapsicológicamente no aporta nada especial. Pero es fácil creer que al emplearla se dice algo sustancial" (Freud- Abraham, 1979, p.36)

asociacionistas preconizadas por J.Mill¹⁸. En *Analyse du Phénomène de l'esprit humain* J.Mill esquematizará la vida psíquica en tres elementos:

1. Las sensaciones provenientes de los diferentes sentidos.
2. La ley de asociación: mediante la combinación de las huellas de esas sensaciones se produce el conjunto de los elementos mentales: imágenes, ideas, conceptos y términos generales.
3. El binarismo placer-displacer, base de los sentimientos, motivaciones y fenómenos voluntarios

Para S.Mill la forma primitiva de la idea es la imagen, copia de las sensaciones que transmiten los sentidos. La combinación de las imágenes produce las diferentes ideas. Las facultades mentales son modalidades de la asociación de ideas. Los elementos que componen la asociación son aislables de la producción final.

Será su hijo, J.Stuart Mill, el que introducirá el modelo de combinación *química* (química mental),. Más que demostrar lo complejo por lo elemental, propio del método de reducción analítica del asociacionismo, insistirá en la los elementos que componen una entidad psicológica compleja, forman una síntesis cuyas propiedades son irreductibles a la suma de las partes. J.Stuart Mill preparará el camino hacia el evolucionismo y por lo tanto a las ideas de H.Jackson.

Otro autor con influencias en Jackson fue J.J. Moreau de Tours (1996) el cual, en su artículo "**De la identidad del sueño y su locura**", publicado en 1885,

(18) Referido por P.Bercherie en su libro *Génesis de los conceptos freudianos*, (1986b, pp.129-130).

considera a la enfermedad mental como un mundo propio, comparable al de los sueños, a pesar de que sus elementos provienen de la realidad. Los trastornos mentales se producen como efecto de una disminución de las funciones intelectuales y por otra parte un desarrollo desproporcionado de actividades psíquicas inferiores. H.Jackson desde la neurología investigó las afasias y los trastornos del lenguaje. Es en esta faceta que es leído y citado por Freud en su estudio sobre **La afasia** (Freud, 1987 <1891>).

H.Jackson (1932) desarrollará su concepto de función mental a partir de las tesis asociacionistas, siguiendo el esquema de la organización del sistema nervioso construido por H.Spencer¹⁹:

1. Paso de lo más organizado a lo menos organizado, los centros superiores están siempre en vías de cambio y organización.
2. Paso de lo más simple a lo más complejo.
3. Paso de lo más automático a lo menos automático. Jackson sostiene la tesis abolicionista de que la disociación de las funciones se efectúa en el orden inverso a su evolución.

Entenderá que el sistema nervioso humano es el resultado de una evolución en la cual algunos centros son de más reciente aparición que otros, siendo estos más vulnerables que los antiguos. Cuando se produce una lesión en los centros recientes aumenta la actividad de los antiguos.

En un cuadro clínico el proceso mostrará una serie de signos que H.Jackson agrupará en:

(19) *La ciencia social* (1938), *Sistema de filosofía sintética* (citado por P.Bercherie, 1988b)

1. Los signos negativos o deficitarios que serían los producidos directamente por una lesión en los centros más elevados que causaría una disfunción en el funcionamiento de los mismos.
2. Los signos positivos o de liberación, que manifestarían una mayor actividad de los centros inferiores motivada por la lesión en los centros elevados.

Bleuler en su concepción de la esquizofrenia retomará las ideas de Jackson en la diferenciación de síntomas primarios y secundarios tal como desarrollaremos en los próximos apartados.

2.2.2 EL GRUPO DE LAS ESQUIZOFRENIAS: UN EJEMPLO DE ECLECTICISMO

Las conceptualizaciones de Bleuler acerca de la esquizofrenia se fueron gestando gradualmente²⁰, hasta la construcción del denominado "grupo de las esquizofrenias" en su tratado sobre la *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias* en 1911.

(20) "Mecanismos freudianos en la sintomatología de la psicosis" ("Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen") (1906a) y "Los pronósticos en la Demencia Precoz" ("Die prognose der Demetia Praecox")(1908b)

En este tratado, Bleuler sitúa nosológicamente a la esquizofrenia en la línea de la demencia precoz de Kraepelin:

"Con el término "demencia precoz" o "esquizofrenia" designamos a un grupo de psicosis cuyo curso a veces es crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que no puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos, y la relación con el mundo exterior, que en ninguna parte aparece bajo esta forma particular (Bleuler, 1969, p15).

Diferenciará la esquizofrenia de la demencia precoz a partir de la preponderancia de un mecanismo particular, la escisión:

"Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque (como espero demostrarlo), el "desdoblamiento" (*spaltung*) de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes. Por razones de conveniencia, utilizo la palabra en el singular, aunque es evidente que el grupo incluye a varias enfermedades". (Bleuler, 1969, p. 44).

Bleuler describirá una serie de síntomas fundamentales en torno a los cuales se construirá el grupo de las esquizofrenias. Esta metodología se puede considerar como "entre dos aguas", se aleja por una parte de la concepción de "psicosis única" propugnada por Griesinger y a la vez tampoco se decanta hacia la agrupación más o menos artificial realizada por Kraepelin (Garrabe, 1992c).

Distinguirá en la esquizofrenia los signos primarios, poco numerosos, como índice de un proceso mórbido de causalidad orgánica, de los síntomas secundarios entendidos como reacciones psíquicas a acontecimientos externos o internos, pero ya determinadas por el proceso primario.

Esta distinción la destacará H.Ey en su conferencia, "**La concepción de E.Bleuer**"²¹ asimilando en importancia el gesto de Pinel liberando a los alienados de sus cadenas al de Bleuler al concebir que:

"las enfermedades mentales tengan una sintomatología psíquica, (síntomas secundarios) que es del psiquismo de los enfermos que depende en gran parte la elaboración de lo que llamamos la "parte positiva" de los síntomas" (Ey, 1993a, p.230).

Por otra parte mantendrá que la esquizofrenia puede permanecer estacionaria durante un tiempo y los síntomas pueden remitir parcial o totalmente o bien evolucionar tanto crónicamente como en recaídas, con irrupciones agudas en cuyo caso, probablemente, siempre habrá un déficit sin posibilidad de restitución total.

Bleuler establecerá, en el grupo de las esquizofrenias las siguientes características esenciales:

1. La *Spaltung*: La ruptura de los vínculos asociativos sustentados por las funciones de síntesis produce una disociación de la vida psíquica, una *spaltung*. Esta *spaltung* se manifiesta en la desaparición del poder regulador del yo y de la conciencia sobre el curso de los pensamientos, quedando a merced de los "complejos afectivos" de tal manera que la confusión de conceptos, la fragmentación del psiquismo en delirios, alucinaciones, reacciones psicomotrices anormales, son efecto de esta *spaltung*.
2. Autismo: a esta predominancia de la esfera de los "complejos

(21) Impartida en 1926 en el Círculo de estudios psiquiátricos y publicada en la traducción al francés de *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias* (1993)

emocionales" sobre la síntesis de la conciencia y la percepción de la realidad Bleuler la denomina "autismo".

3. La distinción entre síntomas primarios y secundarios: mantendrá lo ya esbozado anteriormente, los síntomas primarios son las manifestaciones del proceso patológico y son estos trastornos, efectos directos del proceso, los que alteran la actividad asociativa de las funciones psíquicas. Los síntomas primarios no son muy aparentes en el cuadro clínico de la enfermedad. Los que si aparecen en el cuadro clínico son los síntomas secundarios, denominados así por estar subordinados a la actividad psíquica.
4. Establecerá, siguiendo los planteamientos de Jackson, la idea de una regresión en la psicosis, en un estado subjetivo parecido a las ensoñaciones o al soñar.
5. Mantendrá la naturaleza orgánica del proceso mórbido:

"Todavía no podemos resolver la cuestión de si hay causas psíquicas de la esquizofrenia. Sin embargo, probablemente se la debe contestar negativamente. En los casos en que tenemos excelentes anamnesis, se observa con regularidad que antes de los supuestos traumas psíquicos hubo signos de la enfermedad, de modo que difícilmente se puede atribuir a tales traumas una significación causal" (Bleuler, 1969, p.358).

Quince años después defenderá, más firmemente si cabe, esta posición añadiendo que la mayoría de accesos agudos se producen sin ningún motivo psíquico aparente y que la evolución hacia la demencia es también independiente del momento psíquico.²²

(22) "La **schizofrenie**", rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXX session. (E.Bleuler, 1979)

6. A este doble trastorno primario y secundario aplicará el término de esquizofrenia.

Si bien Bleuler aportó a la psiquiatría el término esquizofrenia, neologismo con el que se marca una ruptura con las concepciones anteriores de demencia precoz preconizadas por Kraepelin, éste baliza algo más que una ruptura con la nosografía kraepeliniana ya que aplica el análisis elaborado por la teoría freudiana, pudiéndose considerar como un efecto del discurso analítico:

" Es el resultado del trabajo de los conceptos analíticos sobre el material kraepeliniano, debido a los esfuerzos de Bleuler. Es una reformulación bajo la influencia del psicoanálisis" (Miller, 1985, p.11).

Esta aplicación, que podríamos calificar cuanto de menos de ecléctica, es la que permite afirmar a H.Ey que el mérito de Bleuler más que renovar el concepto de demencia precoz es el de haber dotado a la psiquiatría de profundidad, utilizando los estudios de Freud y Jung sobre las neurosis, de profundidad (Ey, 1993a).

Con una posición doctrinal cimentada en los principios asociacionistas de H.Jackson ¿Que conceptos interesan a Bleuler en su encuentro con el psicoanálisis? Pensamos que el interés de Bleuler se orienta en buscar los mecanismos que median entre los signos negativos o primarios y la fenomenología de los síntomas secundarios enmarcada en los denominados "complejos de tonalidad emocional", o sea en el afecto.

El mismo año que publica el tratado sobre la esquizofrenia, publica también un artículo **"Sobre la teoría del negativismo en los**

esquizofrénicos"(1911) en el cual aborda un nuevo concepto, el de ambivalencia o ambitendencia, basándose en el negativismo en la esquizofrenia, del cual extrae como fenomenología el retraimiento autístico, la defectuosa aprehensión del mundo exterior, la irritabilidad patológica. Bleuler entiende el negativismo como accidental y lo vincula a la ambivalencia afirmando que en la esquizofrenia cada acto va siempre acompañado de su contrario. La ambivalencia se originaría a partir del déficit de los cauces asociativos que hace posible que cosas contradictorias que ordinariamente se excluyen, coexistan, como en la ambivalencia afectiva, el amor y el odio²³.

Guiándose por los trabajos de Ziehen (1894) sobre el enlentecimiento de las asociaciones cuando la palabra estímulo se acerca al núcleo afectivo que vertebra el complejo, y refiriéndose al concepto freudiano de resistencia y retorno de lo reprimido en la neurosis, Bleuler intenta establecer el mismo mecanismo para la demencia precoz.

Jung, en su reseña al artículo de Bleuler²⁴, añade algo más al planteamiento un tanto reduccionista de Bleuler y lo añade a partir del concepto de resistencia y, sorprendentemente, de una libido sexualizada. Para Jung no es tanto una predisposición como una manifestación de un conflicto interno en que, la dimensión dolorosa del complejo, necesita la censura de su expresión, entendiendo que el complejo tanto en la esquizofrenia como en la neurosis

(23) El término ambivalencia ya fue empleado por Freud en **La interpretación de los sueños** en relación a la "ambivalencia sentimental" y en 1905 en **Tres ensayos de teoría sexual** donde cita la aportación de Bleuler: "...además, posee este otro carácter: los pares de opuestos pulsionales están plasmados en un grado aproximadamente igual, estado de cosas que se designa con el feliz término introducido por Bleuler: ambivalencia" (op.cit. p.18)

(24) "Kritik über E.Bleuler: "Zur theorie des Schizophrenen negativismus" 1911.

radica en una determinación sexual ²⁵.

El problema, tal como lo plantea claramente Jung en sus trabajos sobre la asociación de palabras, es que en la histeria hay una conexión causal entre complejo y enfermedad y una vez encontrada permite el levantamiento de la represión, mientras que en la demencia precoz esta conexión está desdibujada.

Tal como plantea V.Palomera (1994) le es difícil a Bleuler poder explicar la hipocondría o la catatonía en las cuales la dificultad de dar sentido a los síntomas, la dificultad de conexión asociativa en la articulación de lo reprimido, se hace más patente si cabe.

En este desarrollo, podemos entender la afirmación de Miller (1985) en cuanto se trata de un mero cambio de nombre al cobijo de la teoría freudiana ya que en el fondo, y tal como veremos a continuación, Bleuler no abandona ni la causalidad orgánica como primaria ni abandona la idea de incurabilidad de la esquizofrenia, teniendo muy en cuenta la evolución terminal. Dos términos vinculados estrechamente a los planteamientos de Kraepelin.

2.3 C.G.JUNG: DE BLEULER A FREUD

C.G.Jung inicia su trabajo en el Burghölzli en diciembre de 1900, prolongando su actividad hasta 1909, con la salvedad de un semestre entre

(25) En su correspondencia con Freud comenta que en este artículo Bleuler ha omitido su teoría de los complejos del modo "mas desconsiderado" (carta a Freud del 19-04-1911)

1902-1903 que acudió a los cursos de P.Janet en París. 1906 es el año que abre su intensa correspondencia con S.Freud y también el año en que publica su primer volumen sobre los resultados del test de asociación de palabras.

En febrero de 1907 acude a visitar a Freud junto con su colega Binswangwer y en septiembre del mismo año asiste, erigiéndose como portavoz de las teorías freudianas, al Congreso Psiquiátrico Internacional que tuvo lugar en Amsterdam, y pronuncia una conferencia en la Sociedad Médica de Zurich (Jung, 1908). En 1907 publica su **Psicología de la demencia precoz**, intensificándose su relación con el psicoanálisis. Fue el primer presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional y editor de la *Jahrbuch* (Anales de investigaciones psicoanalíticas y psicológicas).

Si bien es notoria su vinculación epistemológica con Freud, en una carta a C.Jenssen, en mayo de 1933, Jung se declara más alumno de Bleuler que de Freud y cita más a Bleuler en textos más tardíos como el de **La esquizofrenia**²⁶ publicado en 1958, y en su correspondencia general. Sin embargo en su autobiografía tan solo se refiere a Bleuler una vez y en relación a su primera experiencia parapsicológica, tal como nos lo relata J.M. Guiraud en su estudio sobre **C.G.Jung y las esquizofrenias** (1984).

No obstante, podemos seguir su colaboración con Bleuler, durante los nueve años que estuvo en el Burghölzli, a partir de las reseñas y artículos que reflejan el trabajo en común y las divergencias en referencia al grupo de las

(26) **Die Schizophrenie**

esquizofrenias y la demencia precoz.²⁷ Aunque parece que su marcha del Burghölzli marca una ruptura con Bleuler, lo cierto es que éste último se refiere en su monografía sobre la esquizofrenia, a la **Psicología de la demencia precoz** de Jung e invita a su lectura. El tratado sobre la demencia precoz de Jung, invitando a su lectura. Destacaremos tres referencias muy precisas:

1. Bleuler refiere a Jung el haber llamado la atención sobre el hecho de que las vías asociativas inhabituales se abren durante los períodos de confusión, de distracción o de meditación inconscientes. Si en la esquizofrenia estas vías son más acentuadas en las personas normales la analogía se establece en los sueños (Bleuler, 1969, p.350).

2. Si bien Jung insiste en explicar la irreversibilidad de la esquizofrenia a partir de la debilidad del yo y del conflicto entre los complejos aislados, Bleuler sitúa el problema en la síntesis de las asociaciones (Bleuler, 1969, p.371).

3. La hipótesis de Jung de un toxina producida por los afectos no es compatible con los descubrimientos anatómicos actuales. La sintomatología de la esquizofrenia difiere radicalmente de todas las afecciones tóxicas.

Estas referencias, que podemos considerar más formales que asertivas, concluyen los intercambios teóricos entre Bleuler y Jung con la salvedad de una

(27) Siguiendo la tesis de J.M. Guiraud los textos publicados son los siguientes:

- Una reseña de Jung al libro de Bleuler **Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia**, publicada en 1906.
- El artículo escrito en común "**Komplex und Krankheitsursachen bei Dementia praecox**"
- La crítica de Jung a la idea bleuleriana de ambivalencia y negativismo, en 1911, y la respuesta de Bleuler a la misma.
- Las puntuaciones y llamadas a los planteamientos junguianos incluidas en la monografía de Bleuler sobre el grupo de las esquizofrenias.
- Las referencias a Bleuler en la correspondencia Jung-Freud.

colaboración en 1923 en las "experiencias mediumnicas con Von Schrenck-Notzing" tal como nos refiere H.F.Elleberger (1976).

De entrada, la controversia estaba servida: la posición de Bleuler frente a la causalidad orgánica de la esquizofrenia en detrimento de los factores psicológicos, de los complejos afectivos se opone frontalmente a los planteamientos psicologizantes de Jung, que se muestran claramente en el artículo escrito por ambos y al que hemos hecho referencia . Curiosamente, en un mismo texto encontramos dos posiciones absolutamente distintas en cuanto al papel de los "complejos de tonalidad afectiva". Para Jung un afecto puede desencadenar el proceso orgánico de la demencia precoz, es decir, el complejo no determina únicamente el contenido de las manifestaciones mórbidas sino que las origina. En principio de acuerdo con Bleuler consiste en que el proceso orgánico en sí sea de tipo tóxico.

En la correspondencia con Freud podemos seguir como las relaciones Bleuler-Jung se van deteriorando, de manera que C.G.Jung debe afianzarse en las teorías freudianas para sostener presupuestos psicologistas. Un dato más para ilustrar la posición de Jung: la lectura, en su época universitaria de la obra de Krafft-Ebing en cuyo prólogo leyó la siguiente frase: "las psicosis son enfermedades de la personalidad", le decantó hacia la psiquiatría.²⁸

Podemos pasar a considerar la colaboración con Freud que producirá una teorización muy interesante y productiva, tal como podemos constatar en la correspondencia entre ambos.

(28) Según comentario de L.Van Der Post en *Jung y la historia de nuestro tiempo* (1978)

2.4 JUNG CON FREUD: DEBATE SOBRE LA LIBIDO BAJO EL ENTRAMAD DE LA CORRESPONDENCIA

La correspondencia Freud-Jung se mantiene a lo largo de casi dos décadas: 1906-1923. Es un documento excepcional ya que permite seguir, paso a paso, la evolución de un desacuerdo que estaba ya dado de entrada: el concepto de libido y su función en la etiología de la psicosis. También refleja la elaboración freudiana en torno al caso Schreber, sus primeras conclusiones y su trabajo teórico en delucidar el mecanismo específico de la paranoia.

2.4.1 SOBRE LA LIBIDO: ETIOLOGÍA Y CLÍNICA DIFERENCIAL

Frente a la concepción jungiana de una libido reductible a una energía mental inespecífica, Freud mantendrá una sola definición de libido entendida como: "la energía pulsional de la pulsión sexual"²⁹ (Freud-Jung, 1978, p.537).

La posición de Jung sobre la libido no le permite entender el concepto de autoerotismo ni la idea de retorno de la libido en la psicosis y la respuesta de Freud se va repitiendo a lo largo de su correspondencia. En 1907 a la vez que le transmite su interés y reconocimiento por el contenido de la ***Psicología de la demencia precoz***, le recuerda que deja de lado un aspecto esencial:

(29) Carta del 30-11-1911

"Quisiera hacer observar que se salta usted un aspecto al que yo concedo desde luego mucho más valor que usted; ya sabe: la +++sexualidad³⁰" (Freud- Jung, 1978, p.53).

No obstante, Jung insiste en dejar de lado la sexualidad así dos meses después eleva el siguiente ruego a Freud:

"El término de <<libido>> y en general todos los términos transferidos de la sexualidad a su concepción ampliada (y desde luego tienen indudablemente su justificación), resultan equívocos, o al menos no didácticos... ¿No sería posible reservar los términos sexuales, en vista del concepto reducido de sexualidad actualmente válido, tan sólo para las formas más extremas de su "libido" y establecer, por lo demás, un concepto colectivo menos ofensivo para todas las *libidines*?³¹" (Freud- Jung, 1978, p.60).

A principios de 1907 Jung abordará la clínica diferencial entre paranoia y demencia precoz:

"En la demencia precoz no hay que pensar, desde luego, primeramente, en que se trate de una pérdida de facultades mentales (lo cual puede suceder también) sino de un delirio por complejos, con fijaciones. La paranoia está constituida exactamente como una demencia precoz, pero lo que sucede es que la fijación está limitada a unas pocas asociaciones y la claridad de los conceptos está en general conservada, con pocas excepciones. Pero existen por doquier fluidas transiciones con respecto a aquello que se denomina demencia precoz. Demencia precoz es una denominación muy desafortunada. Desde su punto de vista (refiriéndose a Freud) podría designar asimismo a mi demencia precoz como paranoia, como de hecho se ha hecho también anteriormente (...) En la crisis de demencia precoz son siempre abreaccionados todos los complejos no resueltos, de acuerdo por completo con el esquema de la historia. Con la única diferencia de que todo cursa de modo más tempestuoso y peligroso y dejando ciertos trastornos irreparables de la capacidad de rendimiento mental y en especial una dificultad especialmente aumentada para soportar y abreaccionar emociones. Más adelante, aparece un bloqueo más intenso y más general de los sentimientos, con un peculiar deterioro de la inteligencia. Pero el trastorno afectivo destaca siempre mucho más en primer plano y asegura el diagnóstico frente a todos los demás deterioros intelectuales"³² (Freud- Jung, 1978, pp.55-56).

2.4.2 LA PARANOIA, UNA DEFENSA FRACASADA: REPRESIÓN- PROYECCIÓN

(30) Carta del 1-01-1907. En nota a pie de página se aclara el significado de las tres cruces: "En el lado interior de las puertas de labranza se colocaban con frecuencia tres cruces para mantener alejado al mal".

(31) Carta del 31-03-1907

(32) Carta del 8-1-1907.

Freud aborda la cuestión en la **Carta 22** , precedida de un texto sin membrete con el epígrafe de "**Algunos puntos de vista teóricos sobre la paranoia**" y en la **Carta 25** escritas en abril y mayo de 1907 respectivamente.

En el epígrafe "**Algunos puntos de vista teóricos sobre la paranoia**" Freud tomará como ejemplo del desarrollo posterior un fragmento de un caso clínico:

"En una persona f. surge el deseo de tener relaciones sexuales con un hombre. Dicho deseo es sometido a represión y aparece de nuevo en la forma siguiente: se dice fuera que tal persona tiene tal deseo, lo cual es negado por ella. (O bien :dichas relaciones se han realizado durante el descanso nocturno, en contra de su voluntad. Pero esta forma no es la primaria)" (Freud- Jung, 1978, p.74).

Freud resumirá el proceso de la siguiente manera:

"Una idea- el contenido del deseo- ha surgido y ha permanecido e incluso de inconsciente se ha tornado consciente, pero esta idea surgida interiormente es proyectada hacia afuera, retornando como percepción real, en la que la represión tan solo se puede manifestar de nuevo como contradicción. Se niega la creencia en la emoción desiderativa y en el retorno demuestra una emoción hostil contrapuesta" (ibid.).

Hay un retorno de la idea considerada como percepción real:

1. Idea sometida a represión.
2. Proyección de esta idea al exterior.
3. Retorno de la misma desde el exterior.

La pregunta que se plantea Freud sobre la condición necesaria para que se cumpla este proceso, ¿Cómo una representación de un deseo, una fantasía: "tener relaciones sexuales con un hombre" puede retornar desde fuera, desde la realidad exterior desprovisto de afecto y a la vez con connotaciones hostiles?

Para responder a esta cuestión situará en la conciencia dos clases de hechos:

1. Las percepciones (P) que no están investidas libidinalmente y que poseen cualidades localizadas en el exterior.
2. Sensaciones, que son manifestaciones de las pulsiones parciales. Son menos cualitativas y más cuantitativas. Están localizadas en el interior.

Las percepciones son creídas de inmediato. Las sensaciones (interiores) están sometidas a la prueba de realidad. Este apunte es de un gran valor clínico (la certeza).

Planteará que en la neurosis una fantasía como la del caso puede ser sometida a la represión antes de que sea consciente, a partir de las modalidades de defensa.

En la paranoia el mecanismo cursa de la siguiente manera :

1. Retirada de la vinculación libidinal al objeto.
2. El contenido deslibidinizado, el contenido de representaciones es proyectado hacia el exterior (P). Tiene el carácter de percepción.

En la paranoia la libido se retira del objeto:

"Aquello que la representación del objeto ha permitido en cuanto a ocupación le es sustituido en primer término por creencia. La hostilidad que surge en la paranoia, contra el objeto indica donde ha ido a parar la libido. Esta es la percepción endógena en la retirada libidinal. En la relación compensatoria entre ocupación³³ del objeto y ocupación del yo es probable que la ocupación retirada del objeto haya retornado al yo, es decir: que se haya hecho autoerótica. Por ello, el Yo paranoide está hiperocupado: es egoísta, ávido de grandezas" (Freud- Jung, 1978, p 75)

El investimento libidinal, retirado del objeto, revierte hacia el yo, se vuelve autoerótico. S.Cottet (1987) planteará, a partir de la enseñanza de Lacan, estos dos tiempos de la siguiente manera:

1. Hay un deseo, un desprendimiento, una separación de la libido y como resultado hay palabras que retornan lo fantaseado. Lo que destaca Cottet es que:

" La representación no culmina en la motricidad, sino que retorna en el polo de la percepción sin los auxilios de una teoría de la represión y de la censura en el sueño. En el sueño, el deseo se hace representar sobre otra escena, aquí retorna en lo real percibido y especialmente en palabras" (Cottet, 1987, p.4)

2. Hay una lucha contra estas voces. En esta carta Freud también introducirá la idea de fracaso de la defensa, tomada en este caso como represión:

"no hay que olvidar que en las psiconeurosis se trata, por regla general, de una defensa fracasada. La de la paranoia es la que parece fracasar con más seguridad, es decir: la libido vuelve a buscar su objeto"(Freud- Jung, 1978, p.75).

(33) Un término más adecuado sería: catexis, investimento (*Besetzung*)

En la siguiente carta (**Carta 23**) aclarará un concepto crucial: no hay trasvase, no hay continuidad neurosis/psicosis:

"Sería incorrecto decir que la histeria se transforma de demencia precoz; ya que aquélla mas bien cesa y es sustituida por la demencia precoz"³⁴
(op.cit.77).

En la **Carta 25**, en respuesta a las dudas de Jung respecto a la retirada de la libido y a la diferencia entre proyección paranoica y otras proyecciones y a su afirmación, a partir de un caso clínico, de que la regresión de la libido al autoerotismo es lo característico de la psicosis, Freud aclarará que no se trata de regresión sino de una inexistencia de simbolización, volviendo a insistir en los dos tiempos descritos en la carta anterior - represión de la libido y retorno de la libido- y puntuará tres casos a partir del retorno de la frase "se me dice que...":

1. Demencia precoz:

- a) Está la frase: "se me dice que me gusta practicar el coito"
- b) "Se dice, desde luego, pero no es verdad"(ibid.).
- c) Hay un retorno de la libido, se cursa demencia precoz:

"La representación proyectada del objeto surge quizás de un modo tan sólo transitorio en la "idea delirante", la libido desemboca definitivamente en el autoerotismo, la psique se empobrece..." (Freud- Jung, 1978, p.83)).

2. Demencia paranoide:

- a) La proyección fracasa, hay un retorno de la libido.
- b) Una parte de esta libido deriva hacia el autoerotismo y la otra busca de nuevo al objeto que se encuentra, desprovisto de afecto, en la percepción.

(34) Carta del 21-04-1907.

Este sería el curso paranoide de la demencia precoz. Freud agregará que es el caso menos puro pero el más frecuente. Aquí podemos situar el caso Schreber.

3. La paranoia:

- a) La represión de la frase "se me dice que me gusta practicar el coito", falla por completo.
- b) La libido busca de nuevo al objeto, el cual desprovisto de afecto se mantiene como percepción.
- c) La libido se convierte en convicción.

También puntuará, en relación a la psicosis alucinatoria o amencia de Meynert, que en ésta se da la realización alucinatoria más pura puesto que la imagen del objeto deseado se convierte directamente en percepción.

Todo este desarrollo es comunicado tanto a Jung como a Abraham.³⁵ Si bien Abraham lo incluye en sus investigaciones publicadas en 1908, su artículo **"Las diferencias psicosexuales entre histeria y demencia precoz"** (K.Abraham, 1980c); Jung mantendrá posiciones distintas ya que su teoría de una libido generalizada se da de bruces ante el concepto de libido freudiana, consecuentemente, los conceptos de regresión y autoerotismo son entendidos de manera absolutamente distinta.

En 1907, Jung comenta a Freud que otorga toda su importancia al autoerotismo en la demencia precoz pero no acaba de tener claro sus límites:

(35) P.Bercherie. *Génesis de los conceptos freudianos*

"El autoerotismo como esencia de la demencia precoz me parece cada vez más una importante profundización de nuestro conocimiento, cuyos límites no consigo aún ver, de todos modos... La demencia precoz permite tan sólo una deficiente visión en profundidad de la personalidad . Un caso tendría, por otra parte, un aspecto muy distinto según que la *retirada de la libido* tuviese lugar hacia un complejo accesible a la conciencia o bien a un complejo inconsciente" (Freud-Jung, 1978, p.60)³⁶.

El criterio diferencial en Jung se sitúa en el complejo afectivo y en su accesibilidad, mediante la asociación libre, a la conciencia. En la demencia precoz:

"El complejo constelase mucho menos a la personalidad, sobre todo los estímulos asociables, que en la histeria, de modo que tiene lugar una *elaboración* mucho más reducida de la personalidad por el complejo" (Freud- Jung, 1978, p.66)³⁷

Para Jung el autoerotismo, efecto de la separación y regresión de la libido, es sinónimo de autoconservación. Tiene como finalidad la autoafirmación, la protección frente a acontecimientos de la realidad dolorosos para el individuo. Entenderá que el autoerotismo "como hipercompensación de los conflictos con la realidad es ampliamente teleológico" (op.cit.p.164)³⁸.

Con estas premisas establecerá un criterio diferencial: en la histeria, aparte de la represión, se realizan tentativas de vinculación con una nueva realidad; en la paranoia se renuncia a estas vinculaciones y se buscan soluciones internas aspirando tan solo a mantener la defensa contra la libido, tomada como defensa contra la realidad, contra el complejo "poderoso e indiscutible".

(36) Carta del 31-03-1907.

(37) Carta del 11-04-1907

(38) Carta del 20-2-1908

A estas afirmaciones Freud responderá:

"Las características clínicas de la paranoia, que usted destaca, su solidez, su gravedad se explican sobradamente a partir de la proyección. Si en la histeria y en la neurosis obsesiva persiste siempre una consciencia acerca de la realidad, ello es debido a que permanece intacto el contacto con el mundo exterior, mientras que los complejos ocupados por libido desarrollan plenamente el espectáculo. En la paranoia son dichos complejos los que avanzan hacia la persona a partir del mundo exterior, como si fuesen extraños, de aquí la credibilidad, la inmodificabilidad, el dejarse absorber por los mismos..... la paranoia responde a un desprendimiento fracasado de libido, ya que retorna en la proyección, con lo que la intensidad de la ocupación se transforma en seguridad...la demencia precoz corresponde al retorno, auténticamente logrado, al autoerotismo. Ambos son, probablemente, casi paralelos. Su hermanastra demuestra que tras el mas intenso desprendimiento resta, sin embargo, un elemento muy intensamente ocupado de la antigua representación libidinal." (Freud- Jung, pp.169-170)³⁹.

Con la conclusión de que los planteamientos de uno y otro son muy diferentes, Jung mantendrá que si para Freud el problema es la elección de la neurosis, a él sólo le interesa "el modo de liquidación del complejo"(Freud- Jung, 1978, p.174)⁴⁰. En esta misma carta transmitirá a Freud un caso clínico en el que se pueden seguir las premisas jungianas tanto en relación a la libido, como a lo que el considera "autoerotismo". Se trata de una mujer de 34 años que afirma que el médico, una enfermera y una paciente anciana, han quemado un niño. Hay signos de erotismo en relación al médico y la enfermera le gusta mucho. Podemos determinar las siguientes secuencias:

1. La paciente, está casada e insatisfecha, reprime su matrimonio y por tanto también a sus hijos y establece una transferencia nueva, no reconocida, con el médico, identificándose con la enfermera en un claro cumplimiento de deseos. Este proceso es realizado con inculpación.

(39) Carta del 3-3-1908

(40) Carta del 11-3-1908

2. El complejo, tomado aquí en su vertiente afectiva, es liquidado "afirmando que no es en ella donde se encuentra (el complejo) sino que tiene lugar, de un modo objetivamente real, en otras personas". En este punto Jung situará una escisión.
3. El mecanismo seguido para la escisión no es la proyección freudiana sino mas bien la idea de Janet de que un descenso de la tensión psicológica incide en la "función de lo real" del sujeto. La escisión es lograda por "una exageración del mecanismo normal del "debilitamiento de la realidad". Aquí Jung puntuará: "esta es mi manera de concebir las cosas" (ibid.).
4. Afirma que no es "un desprendimiento fracasado de la libido" sino una "aplicación fracasada de la libido" ya que acontece precisamente en la represión.

Freud no comentará este caso pero, un mes después, incidirá otra vez en la cuestión de la etiología diciéndole que el texto: "**Complejos y causas de enfermedad en la demencia precoz**", escrito conjuntamente con Bleuler en 1908, le parece "insatisfactorio" y que al contrario, en su conferencia de Amsterdam impartida en mismo año: "**El contenido de las psicosis**" reconoce sin problemas la etiología psíquica de las enfermedades psíquicas.

La lectura del caso Schreber y el inicio de su teorización sobre el narcisismo aumentaran, si cabe, la distancia entre ambos. En noviembre de 1911 Jung comenta a Freud, en referencia a las elaboraciones sobre Schreber, en cuanto a la naturaleza de la libido y a la retirada de la misma dando lugar a la perdida de realidad, que es partidario de ampliar en el aspecto genético el

concepto de libido construido en los *Tres ensayos de teoría sexual* con el fin de que la teoría de la libido pueda ser aplicada a la demencia precoz⁴¹. En su respuesta Freud le recuerda que este malentendido ya surgió en otra ocasión cuando afirmó en un trabajo que la libido era para Freud idéntica a todo género de ganas o deseos y le vuelve a definir cual es su idea de libido:

"Tan sólo se puede designar como libido a la energía pulsional de la pulsión sexual" (Freud- Jung, 1978, p.537)⁴².

A finales de 1911 Jung volverá con la cuestión, comenta a Freud que el análisis sobre Schreber despierta de nuevo todo aquello que le ha dificultado la aplicación de la teoría de la libido a la demencia precoz:

"El déficit en cuanto a la función de la realidad en la demencia precoz no se puede reducir a la regresión de la libido (definida como hambre sexual) o al menos yo no lo logro." Por otra parte anunciará a Freud que en su segunda parte ha escrito todo cuanto ha pensado acerca del concepto de libido y que ha intentado "sustituir el concepto descriptivo de la libido por otro genético, el cual comprende, aparte de la libido sexual, aquellas otras formas de libido que están destacadas de antiguo en funciones firmemente organizadas. Aquí resultaba inevitable una pequeña dosis de biología" (Freud- Jung, 1978, p.538)⁴³

(41) Carta de Jung del 14-11-1911

(42) Carta de Freud del 30-11-1911

(43) Carta de Jung del 11-12-1911

2.4.3 JUNG: DESACUERDOS Y POSTERIORES ELABORACIONES

En *Psicología de la demencia precoz* Jung reconoce los mecanismos de los complejos de los sueños y de la histeria pero no comparte la importancia que Freud da al trauma sexual infantil y a la ubicación de la sexualidad en primer plano. Afirmará, no obstante, que todo esto son detalles sin importancia comparados con los principios psicológicos "cuyo descubrimiento es el mérito más grande de Freud" (op.cit.p.8) y a los cuales no se presta atención. Seguidamente escribe la siguiente frase: "El que quiere ser justo con Freud debe obrar de acuerdo con las palabras de Erasmo: *Unumquemque move lapidem, omnia experire nihil intentatum relinque*"(ibid.). Esta frase, cuya traducción aproximada podría ser: "Y del que mueve la piedra, todos aprenden, no olviden al que lo intentó", nos orienta en este apartado.

Jung, al igual que Bleuler, inicia su relación con Freud interesándose por las formaciones del inconsciente y por los denominados "complejos afectivos". Si con Bleuler el debate se situó en si el trastorno psicológico era anterior o posterior, primario o secundario, al trastorno orgánico, con Freud el debate se centrará en el concepto de libido y en la etiología.

Así, tenemos al inicio una asimilación de los mecanismos freudianos de las formaciones del inconsciente y posteriormente una aplicación deformada del inicial planteamiento freudiano sobre la libido.

De los temas elaborados entre 1900 y 1911 extraídos de sus textos y artículos y de su correspondencia podemos aislar tres puntos:

1. Sobre la etiología de la demencia precoz: Tal como hemos avanzado Jung mantiene frente a Bleuler y también frente a Freud posiciones divergentes. Para Jung el trastorno orgánico debe ser considerado como secundario a los trastornos psíquicos. Tan solo considerará enfermedades orgánicas aquellas en las que se puede probar que los síntomas psíquicos dependen de una enfermedad primaria de base orgánica, por ejemplo la "parálisis general" de Bayle(1825).

No obstante en la idea de "predisposición" subyace la causalidad orgánica:

"Sobre la base de una disposición cuya naturaleza desconocemos por el momento, surge una función psicológica no adaptada, que puede convertirse en un trastorno mental manifiesto e inducir, en forma secundaria, síntomas de degeneración orgánica" (Jung, 1990a, p.8).

De ahí la crítica freudiana, ya referida en nuestro estudio, de que tanto Bleuler como Jung sitúan la causalidad en lo orgánico.

2. Las experiencias con el test de asociación de palabras y su aplicación en la demencia precoz: Jung publica en ***Psicología de la demencia precoz*** los resultados de la experimentación con el test de asociación de palabras. Retoma las investigaciones contemporáneas realizadas por Neisser, Aschaffenburg, Kraepelin, Janet y otros en relación a los trastornos del lenguaje en pacientes psicóticos. El objetivo de Jung se centra, tal como podemos leer en sus primeros textos, en la detección y análisis de los complejos, siguiendo sus experiencias con el ya mencionado test de asociación de palabras; también se centra, siguiendo el camino abierto por Ziehen, en la constatación de los trastornos de atención, de un retardo en el

tiempo de reacción a la "palabra estímulo" cuando ésta se vinculaba con algo desagradable para el sujeto. La idea de un "complejo de tonalidad emocional" no superado pero modificable a partir de las asociaciones en la histeria y totalmente inaccesible e inmodificable en la demencia precoz será tomada del concepto de represión freudiano, aunque Jung lo considerará "más allá del alcance de los puntos de vista de Freud", en clara referencia a su componente sexual (Jung, 1990a, p.35).⁴⁴

Si por una parte se referirá a **Estudios sobre la histeria** y a la disociación entre representación y afecto en la histeria mantenida por Freud, por otra rendirá tributo a Janet y sus trabajos sobre el automatismo psicológico. Jung mantendrá que, si en la histeria existe una conexión causal inequívoca entre complejo y enfermedad, en la demencia precoz no queda claro, en este momento de su investigación, si el complejo causó o precipitó la enfermedad o si cuando aparece la enfermedad el complejo ya estaba definido determinando los síntomas. De lo que sí está seguro es que en el desencadenamiento de la enfermedad hubo un fuerte monto de afecto, cuya naturaleza no tiene que ser necesariamente de índole sexual.

Por otra parte utilizará los mecanismos de condensación y desplazamiento descritos por Freud en **La interpretación de los sueños** para constatar que en la demencia precoz el mecanismo más utilizado en el test de asociaciones es el desplazamiento (lo que posteriormente Lacan aislará como metonimia).

(44) En *Psicología de la Demencia Precoz*

3. Sobre la libido: en 1911 publicará el libro *Transformaciones y símbolos de la libido*,⁴⁵ en el cual afirmará que debe descartarse toda definición exclusivamente sexual de la libido. Ésta debe entenderse, según Jung, desde una concepción energética de la vida psíquica, el concepto de libido tiene la misma significación que el de energía en el dominio de la física.

Jung en este texto se plantea si la pérdida de realidad en la demencia precoz debe ser vinculada a un retraimiento del "estado libidinal" o si al contrario, se confunde con lo que llamamos interés objetivo en general. Abogará por un único instinto continuo de vida que hace coincidir con el concepto de voluntad en la obra de Schopenhauer. Lo que singularizará a la esquizofrenia es que hace resurgir una psicología arcaica, de ahí las coincidencias con la mitología clásica.

Posteriormente denominará "inconsciente colectivo" a la tendencia a formar representaciones análogas a las estructuras universales de la psique, así la desaparición de la función de la realidad en la esquizofrenia no es una regresión libidinal al autoerotismo sino que aparece un mundo imaginario de rasgos arcaicos evidentes.

Destacará, comentando el caso Schreber, que en la demencia precoz parece que la introversión de la libido conduce a una relajación de los estratos históricos del inconsciente, por lo cual surgen formaciones que solo excepcionalmente saldrían a la luz⁴⁶. Jung se refiere a la experiencia de fin del

(45) Publicado bajo el título de *Métamorphoses de l'âme et ses symboles*, en 1973

(46) Carta a Freud del 12-06-1911

mundo en Schreber para apoyar su tesis sobre el carácter general de la libido. Para Jung esta experiencia corresponde a la pérdida de sentido de la realidad en la esquizofrenia sobre la cual ya había llamado la atención en su tratado sobre la demencia precoz. En el prólogo de la **Psicología de la demencia precoz** afirmará que reconocer los mecanismos de los sueños y de la histeria:

"no significa de ninguna manera que atribuya al trauma sexual infantil la importancia exclusiva que Freud aparentemente le da; menos aún, que ubique la sexualidad tan predominantemente en primer plano o que le adjudique la universalidad psicológica que postula Freud, como parece ser bajo la impresión del rol, por cierto enorme, que la sexualidad desempeña en la psiquis" (Jung, 1987, p.8).

Las divergencias con Freud en torno al concepto de libido se van haciendo cada vez más evidentes. Así, en 1909, en el curso de su viaje a E.E.U.U., Jung comenta a Freud que ha impartido una serie de conferencias explicando sus divergencias teóricas y que ha observado que sus planteamientos:

"generaban muchos amigos, los cuales dudaban hasta ahora frente al problema de la sexualidad en la neurosis⁴⁷".

Freud retoma este comentario de Jung en su **Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico** escribiendo que le respondió que:

"ello no era ningún título de gloria, y cuantas más sacrificase de esas laboriosamente ganadas verdades del psicoanálisis, tanto más vería desaparecer la resistencia" (S.Freud,1989j,p.56)

En 1914, el 20 de abril, Jung renuncia a su elección como presidente de la Asociación Internacional. Anteriormente había dimitido como editor de la *Jarbuch*, después de las tensas relaciones vividas en el Congreso Internacional de Munich (septiembre de 1913) (Gay,1989, pp.263-282)

(47) Carta de Jung del 11-11-1912.

2.5 OTRAS APORTACIONES AL DEBATE: O. GROSS Y LA DEMENCIA SEJUNTIVA

Otto Gross fue asistente de Kraepelin en Munich antes de interesarse por el psicoanálisis; su obra psiquiátrica se orienta en la línea teórica de Meynert y Wernicke (Turnheim, 1994). Junto con Jung es considerado por Freud como uno de los psiquiatras que pueden aproximar la psiquiatría al psicoanálisis (Jonckheere, 1990).

Wernicke abordará los trastornos del lenguaje producidos por lesiones cerebrales, a partir de un modelo fisiológico de la función del lenguaje articulado a las teorías asociacionistas (Cazayus, 1981). En su monografía *El síndrome afásico* (1874) se orienta en la delimitación, en una región cerebral, de un arco reflejo, una vía de conducción, que correspondería al funcionamiento del lenguaje. Así los trastornos del lenguaje no sólo vendrían determinados por la lesión de un centro cerebral, sino también por el bloqueo o la interrupción de las vías de conducción, de las fibras asociativas, entre diferentes centros. La teoría de Wernicke se basa en la consideración de lo que denomina "propiedades del tejido nervioso", o sea la retención de los estímulos mucho más allá del tiempo de excitación. Lo retenido son "imágenes de memoria", ya sea para los movimientos musculares como para las sensaciones, almacenadas en "centros celulares" y circunscritas a un área cerebral ⁴⁸. Los centros estarían conectados entre sí por fibras de asociación en la región de la

(48) Por esta deducción las imágenes de los movimientos del lenguaje estarían en el área de Brocca

ínsula. A partir de este concepto podrá hablar de la afasia de conducción en contraposición con las afasias centrales. Lesiones en estos centros sensoriales provocarían las afasias respectivas.

Wernicke aplicará el modelo teórico sobre los trastornos afásicos al trastorno mental con la salvedad de que en el trastorno mental las vías asociativas se ven afectadas de una manera aislada y selectiva en tanto que en la afasia, al ser una enfermedad focal, son destruidas de manera masiva.

Empleará el término "sejunción" para designar el relajamiento en la textura consistente de las asociaciones y para explicar los fenómenos deficitarios, los síntomas de excitación, las alucinaciones. A partir del relajamiento de la textura de las vías asociativas ("sejunción") se produce un desequilibrio en la homeostasis de energía, produciéndose retenciones puntuales de la misma y por consiguiente un aumento local de excitación. Para Freud los efectos de las teorías de Wernicke son evidentes: relanzar la idea de que

"algún día sería posible relacionar las diversas disociaciones de la facultad del lenguaje observadas en la práctica clínica con un número equivalente de lesiones cerebrales bien definidas" (Freud, 1987, p. 18).

O.Gross se acojerá a los desarrollos de Wernicke pero también los matizará, extrapolándolos a los trastornos mentales. La actividad psíquica se organiza a partir de la combinación y permutación de un número limitado de elementos; la función nerviosa no debe considerarse como un mero movimiento lineal ni se deben reducir las conexiones que vinculan las representaciones a un efecto de hábito, sino que la agrupación de ideas que el

pensamiento produce, están ordenadas por unas leyes.

Distinguirá una función primaria, productora de una tensión que pondría en marcha las asociaciones, y una función secundaria que, además de mantener la tensión ya creada, establecería el vínculo entre el pensamiento inicial y el creado a partir de éste, elegiría el elemento siguiente, mantendría una retención de las asociaciones a partir de su función contractiva, y también tendría a su cargo la selección de estímulos exteriores y la aparición de recuerdos⁴⁹.

Los fenómenos patológicos aparecerían cuando hubiera una disfunción de la función secundaria y de su capacidad contractiva. Por ejemplo, una disminución de la función contractiva tendría como efecto un déficit de la capacidad de reflexión abstracta, con el consiguiente aumento de la sensibilidad y rapidez de asimilación de estímulos exteriores que se traduciría en actitudes hipomaníacas, audaces e impulsivas. En este sentido Freud cita a O.Gross en una de sus reuniones de la Sociedad de Viena en relación a la manía⁵⁰. Si, por el contrario, hay un exceso de la función contractiva, el pensamiento tenderá a ser más abstracto con tendencia a aislar un tema, a la excentricidad y desconfianza, con propensión a establecer rápidamente ideas relacionadas entre sí, en resumen un terreno favorable a la paranoia.

(49) Desarrollo extraído de M.Turheim a partir del texto de O.Gross: **La función secundaria del cerebro (Die cerebrale Sekundärfunktion)**(1902)

(50) El texto citado por Freud en una de sus reuniones científicas en relación a la manía como mecanismo de represión es **La teoría freudiana del origen de los conceptos y su significado en la psicosis maniaco-depresiva de Kraepelin** (1907), (H.Nunberg- E.Federn, (Comp.) 1979, p.171)

Tal como remarca M. Turheim:

"la originalidad y a la vez el límite de trabajo de O.Gross reside en la tentativa de ordenar los fenómenos psicopatológicos según las leyes del encadenamiento establecidas por la psicología asociacionista. Haciendo de las relaciones posibles entre representaciones el pivote de su explicación, Gross se aproxima a un cierto abordaje lingüístico de la psicopatología" (Turheim, 1990, p.15).

O.Gross intentará situar el proceso de "sejunción" en relación a la *spaltung*. La serie de fenómenos clínicos, que explica a partir de su teorización, son los síntomas primarios de la demencia precoz. La desintegración de la conciencia, en tanto trastorno generalizado del psiquismo, permite dar cuenta de la vertiente de demencia de la esquizofrenia. Para Gross el conjunto de trastornos estaría producido por un único mecanismo patológico, la "sejunción", concepto clave en su teoría, retomado del término acuñado por Wernicke.

Gross se referirá por primera vez al concepto de "sejunción" en el artículo **"Sobre la desintegración de las representaciones"**(1904) planteando que una relajación de la asociación entre imágenes de sonido e imágenes de palabra, produce una desorientación del individuo en relación al origen de las representaciones de palabra, o una alteración de la elaboración de las mismas. La relajación de la vinculación asociativa, apuntaría a una desintegración de los elementos de la representación de palabra en sus dos componentes, teniendo como consecuencia el aislamiento de representaciones parciales en la conciencia, sin poder encadenarse a una cadena significativa, con un efecto similar a una percepción. Este mecanismo lo sitúa en la base de las psicosis agudas. Para la paranoia crónica se acogerá a los planteamientos de Wernicke en torno a las alucinaciones como exceso de excitación en puntos de las vías

asociativas, pensamientos acompañados de un afecto intenso. La alucinación no sería ni una conciencia débil superada por la imaginación ni un fenómeno estésico.

El carácter unitario de la actividad psíquica está mantenido por un "principio superior de regulación y coordinación" que tiene como función excluir por inhibición todas las representaciones que pudieran perturbar la sinergia de la actividad de la conciencia. Una lesión de esta función superior tendría por efecto el aislamiento de cadenas asociativas y la descoordinación de las mismas que puede tener como manifestaciones:

1. Que una serie asociativa inconsciente reemplaze a una serie consciente sin que haya una nueva continuidad de conciencia, reultaría un cuadro clínico correspondiente a un "estado secundario".
2. Que se mantenga la continuidad de conciencia pero que ésta integre un elemento psíquico extranjero, parasitario.

Este segundo caso es el que interesa a Gross. El mantenimiento de continuidad de la conciencia tendrá por efecto que la atención del sujeto se dirija hacia el elemento intruso, el sujeto pensará que éste elemento viene de más y se engañará atribuyéndolo al mundo exterior, manifestándose como idea delirante o como alucinación. Para el surgimiento de alucinaciones es necesario, según Gross, la existencia simultánea de desintegración de conciencia y de desintegración de representación. Las manifestaciones de desintegración de conciencia pueden culminar con un cuadro de negativismo puro, catatónico o psicomotor.

Para Gross una sintomatología de psicosis aguda, si se entiende como una posición de rechazo, no excluye un pronóstico favorable y por el contrario la reaparición de la continuidad de un yo, que se presenta como recompuesto con elementos heterogéneos, puede indicar un pronóstico más reservado.

Es en este punto que Gross cita a Schreber y la importancia de las **Memorias** para la ciencia. Las puntuaciones de Schreber, dirá, demuestran que la atención del sujeto se dirige necesariamente hacia las palabras "rechazadas de la conciencia" retomando la expresión de Schreber *Hineingeworfen*. M.Turheim (1990) remarca que es precisamente a partir de este pasaje del libro de Schreber que Lacan estudiará la alucinación verbal.

En cuanto a la acogida de las tesis de Gross por sus colegas, cabe destacar que Jung lo cita en su **Psicología de la Demencia Precoz**, en particular por su idea de que la disgregación de la conciencia puede ser el hecho de la irrupción de complejos, aunque critica la acepción de "demencia sejuntiva" comentando que este término es tomado de Wernicke y que no es más que un cambio de nomenclatura equivalente a la "disociación de conciencia" y que ya hay suficientes términos en psiquiatría para que se añadan más. Bleuler mantiene también una posición crítica comentando que la hipótesis de la sejucción de Wernicke es demasiado mecánica para poder explicar los fenómenos más complejos que los errores de sentido:

"Lo que Gross entiende por el término "fragmentación (o desintegración) de la conciencia" corresponde a lo que nosotros llamamos desdoblamiento. La conciencia, empero, no puede fragmentarse, sino solamente su contenido. Además, encontramos este desdoblamiento en el inconsciente tanto como en la conciencia; y los términos "fragmentación" y "desintegración" no pueden incluir a esas conexiones especialmente firmes de ciertos complejos asociativos. El término "disociación" ya ha sido empleado durante

un largo tiempo para designar observaciones y hechos similares. Pero también designa más que eso: por ejemplo, la constricción del contenido de la conciencia en los paréticos. De modo que puede dar lugar a malos entendidos. En su mayor parte, nuestro concepto de desdoblamiento ("*splitting*") corresponde al de "sejunción" de Wernicke. No podemos tampoco adoptar este último término, no sólo porque el concepto de sejunción es más amplio que el nuestro, sino también porque ha sido concebido en términos anatómico-fisiológicos. La sejunción conduce, por ejemplo, a un estancamiento de las ondas psíquicas, que entonces deben buscar otras sendas y desembocan en partes inapropiadas del cerebro, induciendo así las ideas delirantes y alucinaciones. Prefiero excluir todo esto de nuestro concepto de desdoblamiento. (E.Bleuler, 1969, p.377).

Freud parece ir más orientado en cuanto a la posición de Gross, sobre todo porque lo refiere a la cuestión del lenguaje, citándolo en ***El chiste y sus relaciones con el inconciente*** junto a Bleuler:

"Este comportamiento, en extremo asombroso y nunca bien discernido, de la relación de oposición dentro de lo inconciente no carece sin duda de valor para entender el "negativismo" de los neuróticos y enfermos mentales. Véanse las dos últimas obras sobre este tema Bleuler (1904) y Gross (1904)⁵¹".

Considerado por Jones como un genio, Gross inmerso en su adicción a la cocaína y posteriormente al opio, hace gala de una impactante "liberación sexual". En mayo de 1908 es internado en el Burgzhölzi con un certificado de Freud que le indica la desintoxicación antes de iniciar un análisis en otoño. No obstante inicia una terapia intensiva con Jung, el cual si bien al principio hace un diagnóstico de neurosis obsesiva, rápidamente se rinde a la evidencia de una demencia precoz⁵².

2.6 CONCLUSIONES FREUDIANAS FRENTE A LOS PLANTEAMIENTOS DE

(51) E. Bleuler, "**Über die negative Suggestibilität**", y O.Gross, "**Sobre el diagnóstico diferencial del fenómeno negativista**" ("**Zur Differentialdiagnostik negativistischer Phänomene**"). Freud en un agregado de 1912 también cita su texto ***Sobre el sentido antitético de las palabras*** (1910).

(52) Carta a Freud del 25 de mayo

BLEULER Y JUNG

La afirmación que Freud le hace a Jung de que "cuando Bleuler y usted hayan reconocido la teoría de la libido, la repercusión en la literatura será sonada"⁵³ se cumplió aunque por otros cauces distintos al psicoanálisis.

Si para Bleuler y también para Jung la etiología de las psicosis viene determinada en último término por una disfunción orgánica ya sea o no activada por el complejo afectivo Freud seguirá manteniendo la etiología en la defensa frente a una representación inconciliable de connotación sexual. La idea de regresión, según se entienda la libido como sexual o no, es absolutamente diferente.

Bleuler tomará el concepto de regresión de los planteamientos de Jackson. Entenderá el psiquismo como un conjunto de funciones jerarquizadas, según un desarrollo lineal en el tiempo. Estas funciones jerarquizadas, van desde la organización psicoide primitiva hasta el establecimiento de las funciones psíquicas superiores, implicando una subordinación dinámica de las actividades que lo constituyen. Siguiendo esta concepción evolucionista, pensará la psicosis como una regresión. Cuando, por una disfunción orgánica, esta evolución se invierte, aparecen los trastornos psicóticos que pueden considerarse trastornos de tipo regresivo. Siguiendo esta línea de pensamiento puede equiparar la disolución de asociaciones de

(53) Carta a Jung del 21-04-1907

la esquizofrenia al estado de sueño en las neurosis⁵⁴. Afirmará que este estado de relajamiento asociativo no puede ser producido por un núcleo afectivo como defiende Jung ni mucho menos por una representación sexual como defiende Freud. Así, en la disolución experimentada en el dormir, la condición negativa, regresiva, es el sueño y la reacción positiva es el soñar.

Por su parte, Jung aceptará la idea de una regresión libidinal al autoerotismo en la demencia precoz pero sin darle la connotación sexual, será el complejo afectivo el que motivara la "introversión de la libido".

Para Freud la retracción libidinal y su fijación en el autoerotismo o en el narcisismo viene determinada por la libido sexual y la pérdida de realidad no se vinculará con una disolución de las asociaciones sino con la regresión de la libido. Es en este sentido que se esforzará por aislar el mecanismo propio de las psicosis.

En cuanto a la ruptura con Jung, una carta enviada a Abraham refleja la conclusión de Freud:

"En mi primera conferencia, que fue ayer, caí en la cuenta de la total analogía que existe entre la primera espantada de Breuer al descubrir la sexualidad detrás de la neurosis y la última de Jung. Tanto mayor es la confirmación de que la sexualidad constituye el núcleo del psicoanálisis".⁵⁵

(54) Toda esta cuestión sobre el paralelismo entre la esquizofrenia y el estado hypnagógico será retomada por la escuela fenomenológica.

(55) Carta de Freud del 26-10-1913.