

Actualidad del modelo freudiano de Psicosis: La paranoia

I. INTRODUCCION

Una conclusión inequívoca se revela en el estudio de los fundamentos de la clínica mental, en la historia de las distintas epistemes en las que se han fraguado las categorías de la clínica actual: la nosografía mental no describe ni representa categorías o entidades *naturales*. En efecto, las categorías clínicas (paranoia, esquizofrenia, «*délire chronique à évolution systématique*», histeria, etc.) son construcciones que dependen de los modelos psicopatológicos que les subyacen. La prueba más contundente y diáfana que podemos esgrimir son los productos nosológicos de la confrontación, que se extendió durante todo el siglo XIX y primeras décadas del XX, entre las dos grandes clínicas psiquiátricas europeas: la germana y la francesa; además, y posteriormente, los productos de la confrontación entre la clínica psicoanalítica y la clínica psiquiátrica.

En el trabajo que sigue nos proponemos mostrar y argumentar cómo los distintos modelos psiquiátricos de aprehensión de los datos clínicos han determinado sus propios resultados conformados en categorías clínicas. Ya sea por el privilegio de la evolución del cuadro clínico, por sus características terminales o la edad de inicio, por elevar al rango de patognomónicos uno o varios de los síntomas del cuadro clínico, o en su caso por aducir mecanismos etiológicos encefálicos indemostrables, en cualquiera de estas modalidades principalmente está la huella que nos permite anticipar el resultado obtenido. El nexo común de todas estas modalidades metodológicas se cifra en el primado del fenómeno en detrimento del sujeto que lo produce. Una consecuencia del primado del fenómeno es el galimatías de las clasificaciones psiquiátricas, que tan atareados ha traído a los psiquiatras desde hace dos siglos.

Al contrario, en psicoanálisis tal primado recae sobre el sujeto, sobre las modalidades de sus respuestas, de sus producciones. Esta modalidad de hacer y construir la clínica ahorra la multiplicación de etiquetas diagnósticas, siempre efímeras y renovables, planteando un reduccionismo de la posición del sujeto a una organización sólida y estable, la estructura.

Esta bipartición de las modalidades de hacer y construir la clínica explica la no-correspondencia, la asintoticidad, de la clínica psicoanalítica y la clínica psiquiátrica. En definitiva, y centrándonos en el campo de nuestro estudio —la psicosis— trataremos de fundamentar por qué la paranoia constituyó para Freud y los freudinaos el modelo de la psicosis; trataremos además, y «a contrario», de esclarecer las razones teóricas y prácticas por las que la esquizofrenia se constituyó para la clínica psiquiátrica en el paradigma de psicosis.

Nos mantendremos en el terreno de los modelos y de las conclusiones concretas que esta reflexión nos permita; no pretendemos, por tanto, desarrollar un estudio de nosografía de la psicosis.

II. ANTES DE FREUD: DE LA LOCURA A LA PARANOIA

I

Dirigida en Francia por Philippe Pinel (1745-1826), una pequeña revolución en el ámbito asistencial de la locura es llevada a cabo a partir de los últimos años del siglo XVIII: libertar al loco de sus cadenas. La locura clásica, la sinrazón, había sido hasta entonces confinada, en hermandad con la miseria y la marginación, en el seno del Hospital General. La transformación de la locura clásica en «enfermedad mental» es el vértice sobre el que se asienta el origen y destino de la psiquiatría; en los intersticios de este movimiento reposa la problemática de la libertad, la administración de la libertad: el loco es un error moral del que es inocente, pero al que hay que curar, aún a riesgo de encerrarlo a perpetuidad.

Durante el encierro, ya no en el marco del gran hospital sino en un lugar específico para la reclusión de la locura, el «asilo», el loco aprendió el lenguaje de la locura ¹. «Pero quedó preso de su delirio, y

¹ M. Foucault, *Historia de la locura en la época clásica* (F.C.E., México 1976) vols. I y II.

con él arrastró a la Psiquiatría, que de esta manera queda encajada en la ciencia y sorda a la locura»².

El trabajo de transformación de la locura en «enfermedad mental», su reducción a categorías clínicas (entidades nosológicas), es el trabajo de toda la clínica franco-alemana desarrollada durante el siglo XIX y primeras décadas del XX. Nos parece que en este esfuerzo de reducción de la locura a la enfermedad psiquiátrica, la paranoia es el concepto intermedio entre ambas. Así, durante gran parte del siglo XIX, el nombre privilegiado de la locura fue paranoia. Entre un 70 y 80% de los enfermos asilares, como informa E. Kraepelin no sin cierto desprecio en la última edición del *Lehrbuch der Psychiatrie*, eran catalogados como paraniocos.

Como mostraremos en lo que sigue, la historia de la psicopatología y psiquiatría fue prioritariamente, durante el pasado siglo, la historia de la paranoia. En esta historia y en sus avatares se nos revela la profunda rebeldía de la paranoia al encorsetamiento propugnado por el reduccionismo médico. Finalmente, para que prevaleciera el modelo médico, la reina de las locuras tuvo que desaparecer.

II

En la tradición psicopatológica alemana se usaba vulgarmente «paranoia» en el sentido lato de locura. Ese sentido genérico, pero al mismo tiempo muy expresivo, fue transpolado al lenguaje médico por J. C. Heinroth (1773-1843) en su texto de 1818 *Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens*. Heinroth, el representante más conspicuo junto con K. W. Ideler (1795-1860) de la psiquiatría romántica «psychiker», promocionó una categoría genérica (*la* psicosis) que aglutinaba la mayor parte de los trastornos mentales de etiología psicógena. Así y todo, puntuó una oposición dentro de esta gran clase: de un lado aquellos trastornos que lesionaban la afectividad y los sentimientos, de otro aquellos que afectaban exclusivamente a la inteligencia. Los primeros fueron vertebrados en torno a los significantes «manía» y «melancolía», mientras que para los segundos se usó el término «paranoia». Es cierto que la paranoia apuntaba en su origen a un trastorno intelectual, pero no en el sentido de exceso o defecto, sino más bien en el sentido de «otro modo», de una cierta perversión de la actividad intelectual y razonante, cuya expresión más característica es el delirio. Esta bipartición, que se instauró en el devenir de las construcciones psiquiátricas, queda enclavada dentro de la sepa-

2 F. Colina, 'Historia de la locura', Conferencia. Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián»; 1-2-1991.

ración que D. Hume y sus epígonos establecieran entre sentimiento y entendimiento.

El modelo romántico «psychiker» sería pronto recludo en los márgenes de la erudición, toda vez que la psicopatología fue colonizada por los modelos de la patología médica general. Rescatar por lo demás el esfuerzo de estos idealistas por introducir la perspectiva biográfica en la concepción de los trastornos psíquicos, la prevalencia del deseo, la fantasía y la culpabilidad en la génesis psicopatológica.

Esta primera modalidad de construir la clínica, representada en lengua alemana por los «psíquicos» (y sus antagonistas los «somáticos») y en Francia por Ph. Pinel y J.-E. D. Esquirol (1772-1840), se caracterizó por el predominio de lo fotográfico, de lo sincrónico. Se valoró casi con exclusividad lo observable y describible del instante, sin una articulación y relación del suceder fenoménico.

El declive de esta modalidad de hacer clínica está ligado al descubrimiento de la etiología luética de la parálisis general. En efecto, A.-L.-J. Bayle (1799-1858) estableció ya desde su Tesis *Recherches sur les maladies mentales*, defendida en 1822, una correlación entre las alteraciones de la aracnoides, la parálisis general incompleta y los trastornos intelectuales. Se abrió así una nueva dimensión en el firmamento de la clínica, pues era la primera ocasión en que se establecía una correlación causal empírica que ligaba una sintomatología mental a un desajuste cerebral constatable. Durante muchas décadas, hasta que los desengaños fueron extenuantes, los alienistas se guiaron por este ideal anatomo-clínico y trataron de transpolarlo al conjunto de la patología mental.

El embrión apuntado por Bayle fue desarrollado en Francia por Jean-Pierre Falret (1794-1870), un alumno de Pinel y de Esquirol, cuyo interés prioritario se concitó en el curso y evolución de las enfermedades mentales. Se abrió así una nueva modalidad de la clínica, la clínica diacrónica (filmográfica) que incorporó definitivamente los modos de enfermar, la evolución, la patogenia típica y el estudio minucioso de los pequeños signos secundarios. Este proyecto conceptual tiene su parangón en Alemania en la obra de W. Griesinger (1817-1868).

Griesinger, preocupado por la evolución de las formas clínicas, revitalizó el modelo de psicosis única («*einheitspsychose*»), una única enfermedad mental, cuyo curso seguiría unas pautas evolutivas regulares: las formas de inicio se ubicarían en la gama melancolía («*schwermunt*») y manía («*tollheit*»), evolucionaría hacia un delirio sistematizado o paranoia («*verrücktheit*»), para concluir en una clara demenciación («*blödsinn*»). Así concebida, la paranoia o «*verrück-*

heit» fue caracterizada como trastorno secundario y posterior al trastorno primario afectivo (maniaco-melancólico). Empero, poco antes de morir hubo de reconocer que la paranoia no era subsumible en su modelo, tal como había sostenido en la primera edición del *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, en 1845. Se trataba de una forma de paranoia («primäre verrückthiet», descrita por Hoffman en 1861, o «primäre wahnsinn» pergeñada por Snell en 1863), en cuyo inicio no aparecían los necesarios trastornos afectivos, ni en cuya terminación se confirmaba la ineluctable demencia.

El término «paranoia» será nuevamente recuperado por Kahlbaum para el lenguaje médico, y de ahí en adelante será el más utilizado para referir un cierto tipo de psicosis. Este autor, en 1863, identificará la paranoia como un delirio sistematizado primitivo, no evolutivo, y limitado exclusivamente a un trastorno intelectual. Finalmente Griesinger, en 1866, admitió esa concepción bajo el nombre de «primäre verrücktheit», oponiéndola a la forma secundaria interpolada en su «psicosis única». La paranoia se mostró así, por primera vez, irreductible al encorsetamiento del modelo médico.

La brecha así abierta en el modelo de la psicosis se consolidó con la descripción de otras formas de paranoias primarias (sin trastornos afectivos iniciales y sin deterioro terminal). Aunque esto sirvió para desmoronar el modelo griesingeriano, ninguno de los autores que contribuyeron a atomizar la «psicosis única» se percató de que el modelo como tal podía mantenerse, a condición de eliminar la obligatoriedad del inicio y la terminación prescritos. El devenir de la psiquiatría en estos años, entre 1860 y 1890, pasó por la descripción de innumerables tipos de locuras autónomas, rotuladas principalmente de paranoias; en esta ocasión, como en otras muchas en lo sucesivo, se confundió el progreso psiquiátrico con el gatuperio de las clasificaciones.

Entre Griesinger y Kraepelin se sucedieron profusas retahílas de descripciones de locuras paranoicas. Es el momento de mayor auge de la nosografía, de una extensión mayor y demasiado heterogénea del concepto paranoia. Sander, y sobre todo Westphal contribuirían a coextender tal concepto a la mayor parte de los estados en los que el juicio estaba mancillado («primäre verrücktheit», delirios alucinatorios, casos de confusión mental aguda, de psicosis tóxicas, casos de naturaleza obsesiva, etc.).

III

Hasta aquí, la paranoia aludía a un síndrome delirante, sin una etiología aclarada y una evolución muy variable; podía presentar alucinaciones («paranoia alucinatoria») o no («paranoia combinatoria» de Mendel); podía ser primaria o secundaria a un trastorno afectivo; disociativa y demencial o que conservara la síntesis personal; aguda («paranoia abortiva») o crónica.

El acmé de este período babélico concluirá con la presentación del informe para la delimitación de la paranoia a cargo de Kramer y Bödeker («Abgranzung und Differentialdiagnose der Paranoia») a la Sociedad de Psiquiatría de Berlín, en 1993. Estos autores proponen una definición de paranoia más ajustada: psicosis funcional simple caracterizada esencialmente por las alteraciones del juicio, y en la que los afectos juegan un papel banal. Esta concepción marcará ya la singladura restrictiva del devenir de la paranoia, pero aún habrá que esperar hasta Kraepelin.

Emil Kraepelin (1856-1926), director de la clínica universitaria de Munich, fue el artífice del ordenamiento de la totalidad del *corpus* nosológico de la psiquiatría. Se esforzó en reducir la variada fenomenología mental en unidades nosológicas supuestamente naturales (enfermedades mentales particulares, con una etiopatogenia concreta, un mismo curso evolutivo, una terminación característica y una sintomatología diferencial). Esta vasta empresa fue desarrollada paulatinamente en las ocho ediciones en vida de su célebre *Tratado de Psiquiatría*, fechadas entre 1883 y 1913. Confirió unidad a la «dementia praecox», estudió minuciosamente y sistemáticamente la psicosis maniaco-depresiva, pero también redujo la paranoia a una entidad poco menos que inexistente.

En efecto, Kraepelin promocionó una modalidad de análisis clínico y psicopatológico basado en el privilegio del «estado terminal», siguiendo a Kahlbaum. La «dementia praecox», como enfermedad característicamente deficitaria, será erigida como modelo de las psicosis crónicas con delirio, en detrimento de la paranoia (psicosis crónica, productiva, rigurosa, sin deterioro). Desde la cuarta edición del *Tratado de Psiquiatría* (1893), la demencia precoz irá ensanchando paulatinamente su espectro, hasta perfilarse como un auténtico modelo: a) un «estado terminal» homogéneo (deterioro intelectual y afectivo inexorables); b) sintomatología intercambiable entre sus formas clínicas; c) herencia hipotéticamente similar. Agrupó entre los tipos clínicos de la demencia a la catatonía y a la hebefrenia, pero también aquellos delirios crónicos alucinatorios, a los que nombró «dementia paranoides», que años atrás habían pertenecido a la para-

noia. Expropió, edición tras edición, a la paranoia de su estatuto clínico para ensanchar la «dementia paranoides». Así, la mayor parte de los delirios crónicos fueron incrustados en el modelo de la «dementia praecox». Cuando su rigor clínico le evidenció las paradojas de tal reducción, lo resolvió con la construcción de una nueva entidad: la parafrenia. A falta de argumentos clínicos y psicopatológicos más contundentes, Kraepelin resolvió la problemática de los delirios crónicos con el criterio bizantino de los grados de deterioro terminal; de más deterioro a menos: formas paranoides de la demencia precoz («dementia paranoides» grave y «dementia paranoides» ligera), parafrenias, paranoia y delirio querulante.

En definitiva, con Kraepelin la paranoia fue reducida a una entelequia.

Dos son las referencias más socorridas a la concepción kraepeliniana de paranoia. La primera, en la sexta edición (1899): la paranoia es una psicosis de desarrollo insidioso que obedece a causas internas, de evolución continua mediante el desarrollo de un sistema delirante duradero e inquebrantable, y que se consolida —empero— sin mengua en el orden del pensar, el querer y la acción. Pero, ¿no hay algo realmente sorprendente en esta definición? Ciertamente, pues punto por punto contradice los datos de la clínica: «nada en ella es cierto»³. En segundo lugar: la versión definitiva de la paranoia quedó constreñida, en la última edición en vida del *Tratado*, a designar exclusivamente el «delirio de interpretación» de Sérieux y Capgras.

Esta es sucintamente la entronización y declive de la reina de las locuras en la clínica alemana, pero aún hay más. E. Bleuler (1857-1940), coetáneo de Kraepelin, aún a pesar de publicar un texto sobre la paranoia (*Afectividad. Sugestibilidad. Paranoia*), libró el destino de su existencia a un puro condicional: «La paranoia, según nuestra delimitación, es un concepto de enfermedad, en tanto que todos los casos sean sintomatológicamente iguales, que nazcan en todos un mismo sistema delusivo por el mismo mecanismo y que tengan prácticamente la misma significación. Si se limita la enfermedad con arreglo a estos puntos de vista, no será ninguna unidad, ya que, por ejemplo, habría que incluir una parte dentro del marco de la esquizofrenia»⁴. Finalmente, K. Jaspers (1883-1969) contribuyó aún más con su *Psicopatología general*, basada en la oposición conceptual del «pro-

3 J. Lacan, *El Seminario de Jacques Lacan*. Libro III: Las psicosis, 1955-1956 (Paidós, Barcelona 1984) p. 31.

4 E. Bleuler, *Afectividad. Sugestibilidad. Paranoia* (Morata, Madrid 1969) p. 200.

ceso» (explicación) y el «desarrollo» (comprensión), al desmembramiento y disolución del concepto de paranoia ⁵.

IV

En la clínica francesa, el concepto de paranoia como tal es secundario, y tan sólo algunos autores (Ségla y Clérambault, principalmente) lo usaron para nombrar sus construcciones. En el terreno de la psicosis, los autores franceses privilegiaron la noción de «delirio» (Pinel, Esquirol, Leuret, Lasègue, J. Falret, Morel, Magnan, Chaslin, etc.). Describieron con indudable meticulosidad distintos tipos de delirios crónicos, y dependiendo de qué aspectos del cuadro delirante resaltaran, se fue construyendo el rico entramado de los así llamados «delirios crónicos».

Así, y siguiendo un orden cronológico, cuando el acento recayó sobre los temas del delirio, se escribieron y nombraron los ya clásicos delirios de persecución y magalomanía de Lasègue, Falret, Foville, Legrand du Saulle, etc.

Cuando, por otra parte, se privilegió la evolución del delirio, se nombraron delirios crónicos sistematizados y regulares en sus etapas. El paradigma de este modelo evolutivo lo encontramos en el «*délire chronique à évolution systématique*» de Magnan y Sérieux ⁶.

El tercer modelo, que se ubica históricamente en las primeras décadas de nuestro siglo, organizó entorno al mecanismo psicológico básico (interpretación, imaginación, alucinación) la construcción del cuadro delirante. Los ejemplares de este modelo están representados por: el «*délire d'interprétation*» de P. Sérieux y J. Capgras ⁷; el «*délire d'imagination*» de Dupré ⁸; la «*psychose hallucinatoire chronique*» de G. Ballet ⁹ ¹⁰, y las psicosis a base de automatismo mental de Clérambault ¹¹.

Pero hay algo más que marca un sesgo propio de la clínica francesa de los delirios crónicos respecto a sus colegas coetáneos alemanes. Se trata de la vinculación que los autores franceses establecieron entre delirio sistematizado y patología del carácter («constitución

5 K. Jaspers, 'Delirio celotípico, contribución al problema: ¿«Desarrollo de una personalidad» o «Proceso»?', *Escritos Psicopatológicos* (Gredos, Madrid 1977).

6 V. Magnan y P. Sérieux, 'Délire chronique à évolution systématique', in A. Marie: *Traité International de Psychologie Pathologique* (F. Alcan, Paris 1910) vol. II.

7 P. Sérieux y J. Capgras, *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation* (F. Alcan, Paris 1909).

8 E. Dupré, *Pathologie de l'imagination et de l'émitivité* (Payot, Paris 1925).

9 G. Ballet, 'La psychose hallucinatoire chronique', *L'encéphale*, II (1911) p. 401.

10 G. Ballet, 'La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité', *L'Encéphale*, II (1913) p. 501.

11 G. Clérambault, *Oeuvre Psychiatrique*, vol. II (P.U.F., Paris 1942).

paranoica»), cuyo exponente más elaborado hallamos en la obra de Génil-Perrin de 1926¹². Orgullo, desconfianza, falsedad del juicio, inadaptación social, y secundariamente hipertrofia del yo, rigidez y susceptibilidad, son los nombres que recubrieron esos rasgos patológicos del carácter que declinaban en la paranoia. Una versión alemana de estos lineamientos la constituye el trabajo de E. Kretschmer sobre el «delirio sensitivo de relaciones»¹³.

III.—FREUD: EL MODELO DE LA PARANOIA

Si el progreso de la psiquiatría pasó por instaurar a la «dementia praecox» o esquizofrenia como modelo de psicosis, debrozando en el fárrago sintomatológico los indicadores del deterioro prematuro e irreversible de las facultades del enfermo, el itinerario que S. Freud (1856-1939) seguirá ya desde sus primeros textos evidencia un rumbo contrario. Para Freud no importa tanto el déficit, la degradación, sino la producción, los intentos de restitución.

Trataremos de mostrar en este apartado la secuencia, y sus coordenadas propiciatorias, de la construcción y teorización freudiana de la psicosis. Ordenaremos este recorrido cronológico en relación a tres conceptos: defensa, narcisismo y realidad.

I

Dos referencias previas antes de exponer el alcance del modelo psicopatológico de la defensa: la teoría de la paranoia de Krafft-Ebing y la paranoia teórica de Fliess.

La concepción nosográfica de paranoia que Freud va a utilizar mayoritariamente durante toda su obra está profundamente enraizada con la tradición psiquiátrica alemana anterior a la cuarta edición del *Tratado* de Kraepelin. Es la concepción, por tanto, que confiere a la paranoia un más amplio espectro nosotáxico. Un autor, de entre la pléyade de nosógrafos pre-kraepelinianos, imprimió un sello especial (nosográfico y teórico) a la paranoia, que no dudamos, cautivó al propio Freud. Se trata de R. von Krafft-Ebing (1840-1903), director del asilo de Bade y posteriormente catedrático en Viena. Su *Tratado clínico de Psiquiatría*, de 1879, gozó de amplia reputación y de copiosa difusión en los años que Freud cursaba su especialidad en el Hospital

12 Génil-Perrin, *Les paranoïaques* (Maloine, Paris 1926).

13 E. Kretschmer, *Paranoïa et Sensibilité* (P.U.F., Paris 1963).

Clínico de Viena a las órdenes de Th. Maynert. Para Krafft-Ebing, la paranoia nombraba a todos aquellos delirios crónicos ya fueran alucinatorios o no; excluía de su acepción aquellos delirios agudos confusionales, para los que reservó el término «wahnsinn». Pero además, para este autor, la paranoia, como trastorno del razonamiento y del juicio, se caracterizaba por una tendencia particular a la expresión delirante en la forma de relato o narración.

La segunda referencia proviene de una vertiente diferente. Se trata de la relación y de sus consecuencias entre Freud y W. Fliess (1858-1928), un médico otorrinolaringólogo de Berlín. Esta relación estrecha, cultivada entre 1887 y 1902, instaura a la paranoia en la rúbrica fundacional del psicoanálisis¹⁴,¹⁵,¹⁶. Aquello que durante los años de intensa relación llegó a constituir para Freud una fascinante y original teoría, se transformaría con el devenir del tiempo y el distanciamiento de la fogosa amistad en un muestrario psicopatológico. Freud, años después, y precisamente a Jung, no escamotearía argumentos para llamar a Fliess «paranoico»¹⁷. La paranoia está pues presente ya en los orígenes; el psicoanálisis es un esa medida una respuesta al discurso paranoico: el psicoanálisis triunfó allí donde el delirio teórico paranoico fracasó.

II

El modelo psicopatológico de la defensa reposa sobre tres pilares que constituyen su originalidad respecto a sus coetáneos (Janet, Kraepelin, etc.): ligazón de la causalidad a la cosa sexual; significación biográfica del síntoma; mecanismo de producción del síntoma como consustancial a la modalidad de la defensa y a su fracaso inherente.

La defensa («abwehr») constituye un modo genérico de actuación por parte del yo contra el empuje pulsional que se revela inconciliable, que excede los principios de homeostasis o equilibrio subjetivo. Desde el punto de vista psicopatológico, la defensa es ejercida por el yo sobre una representación o serie de representaciones incompatibles, inasimilables. La defensa interviene toda vez que en la vida de representaciones se produce un caso de inconciliable entre una representación singular y el yo¹⁸.

14 S. Sandré, 'La paranoia au fondement de la psychoanalyse', *Quarto*, 14 (1983) 7-10.

15 S. Sandré, *Que veut une femme?* (Navarin, Paris 1986).

16 J. M.^a Alvarez, El concepto de psicosis anterior a la teoría freudiana del narcisismo, Monografía presentada en la Sección Clínica de Barcelona, Septiembre de 1990.

17 S. Freud-C. G. Jung, *Correspondencia* (Taurus, Madrid 1979) p. 161.

18 S. Freud, 'Las neuropsicosis de defensa', en *Obras Completas*, vol. III (Amorrortu, Buenos Aires 1976) (en adelante, las citas de Freud referidas a *Obras Completas* se toman de esta edición).

El modelo de la defensa introduce así un reajustamiento nosográfico: Freud promoverá la «Abwehrhysterie» como prototipo de la histeria, y extenderá al conjunto de las neurosis (a excepción de las llamadas «neurosis actuales») y psicosis este mecanismo específico que organizará la nosología entre 1894 y 1986 bajo el rótulo «Abwehr-Neuropsychose».

Para Freud, a diferencia de Janet, el rasgo patognomónico de las neuropsicosis es la defensa, y su modalidad de ejecución le va a permitir aislar los distintos tipos clínicos de neurosis, pero aún más: separar neurosis de psicosis. En efecto, si para los tipos de neurosis (histeria, fobia y obsesión) el primer paso del proceso defensivo es idéntico aunque el modo como es llevado a cabo es particular y circunstancial (separación del afecto de la representación), para la psicosis tal divorcio es improcedente. En la psicosis, la modalidad de la defensa es mucho más radical, y su retorno (fracaso de la defensa) más contundente.

En el texto *Las neuropsicosis de defensa* asimilará al modelo defensivo la psicosis alucinatoria, un tipo de psicosis oniroide, para el que nuestro autor conserva el término «amentia» de Maynert. Es la primera captura de la psicosis por el modelo freudiano.

Pocos meses después, en enero de 1895, informará a Fliess, que la paranoia es una neuropsicosis de defensa, que es mediante la proyección que se ejecuta la defensa¹⁹. Una versión más cuidadosa y argumentada sobre el particular se publicará, un año después, bajo el título *Nuevas aportaciones a las neuropsicosis de defensa*, que incluye el análisis de un caso de paranoia crónica. De aquí en adelante y para siempre, la paranoia constituirá el modelo freudiano de psicosis.

La fundamentación del binomio elemental en psicopatología neurosis-psicosis, contrariamente a lo que se ha difundido, no había sido establecido hasta Freud. Será en el texto de 1894 (*Las neuropsicosis de defensa*), cuando nuestro autor trace la línea divisoria entre ambas categorías, no a nivel de lo descriptivo sino a nivel de un mecanismo muy específico que va a nombrar como «verwerfung»: «Ahora bien, existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima (*verwerfen*) la representación insoportable justo con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido»²⁰. Se logra así la defensa al precio de la psicosis: el yo, en la operación de separarse de la representación inasimilable se aleja de la realidad «objetiva»; y aún más, la

19 S. Freud, 'Fragmentos de la correspondencia con Fliess', en *Obras Completas*, e.c., vol. I.

20 S. Freud, 'Neuropsicosis de defensa', en *Obras Completas*, e.c. p. 59.

representación inconciliable, toda vez que es arrancada del yo, se entrelaza con un fragmento de la realidad «objetiva». De esta suerte aciaga, el fenómeno psicótico se presenta al sujeto con un carácter de vividez alucinatoria o certeza inquebrantable. La representación que se ha arrancado en el trabajo defensivo, y que no consigue por déficit estructural introducirse en el intercambio metafórico, retornará desde el exterior contra el yo: el yo alucina lo que previamente desestimó o concluyó.

Desde Freud, entonces, la diferencia neurosis-psicosis no será ya una cuestión de gravedad clínica, como es frecuente escuchar y leer aún hoy entre especialistas ²¹.

III

En 1911 apareció el texto de Freud sobre el Presidente Schreber (*Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia «dementia paranoides» autobiográficamente descrito*), cuyo análisis ha venido a constituir el paradigma de la psicosis, es decir de la paranoia. En él encontramos ya una anticipación del concepto de narcisismo, con el que nuestro autor viene a situar la explicación causal psicogenética, en réplica a los colegas zuriqueses (Jung y Bleuler).

En efecto, nos parece necesario ubicar la emergencia de esta segunda teorización de la psicosis en la dialéctica entre Viena y Zurich. Cuando llegan a Viena, a Freud, finiquitándose el primer lustro de nuestro siglo, las primeras noticias de que, nada menos, el insigne E. Bleuler y sus acólitos de la clínica universitaria del Burghölzli estudian su obra, y están tratando de aplicar su procedimiento terapéutico de las neurosis a las grandes locuras asilares, se abren para nuestro autor unas posibilidades rutilantes de poder expandir su causa. En este marco idóneo, teniendo como interlocutores a afamados psiquiatras de manicomio, Freud se verá llevado a detenerse en la consideración minuciosa de la psicosis; éste será el tema principal que salpica las páginas de su correspondencia ^{22, 23}. De éste, destacamos dos vertientes: etiológica (toxina o sexualidad) y nosográfica (esquizofrenia o paranoia).

La posición de los suizos está claramente expuesta en sus textos coetáneos y en el intercambio epistolar. Es la posición, al fin y al cabo, clásica de la psiquiatría: la enfermedad mental (esquizofrenia)

21 E. García B. y D. Figuera, 'Consultas por síntomas de atribución principalmente psíquica: trastornos alucinatorios y delirantes', en *Salud Mental*, vol. I (Bristol-Myers, Sae, Madrid 1990).

22 S. Freud-C. G. Jung, *Correspondencia* (véase nuestra nota 17).

23 S. Freud-K. Abraham, *Correspondencia* (Gedisa, Barcelona 1979).

se caracteriza por un proceso encefálico impreciso que provoca los síntomas primarios, esencialmente deficitarios.

C. G. Jung (1875-1961), en estos años reconocido psiquiatra clínico, había publicado en 1907 *Sobre la psicología de la demencia precoz*, un texto híbrido, compuesto en una mezcla explosiva de Janet, Flournoy y unas gotas de Freud. En este libro, que junto con el de R. Masselon²⁴ más luz habían arrojado a la psicología y psicopatología de la psicosis, Jung nos muestra claramente su irreconciliabilidad con Freud: los mecanismos freudianos (dice) no alcanzan a explicar las diferencias entre esquizofrenia e histeria. Además, propone una explicación causal asintótica a la de Freud: (para la demencia precoz) «un componente específico del afecto (¿toxina?) que provoca la fijación final del complejo y daña el conjunto de las funciones psíquicas. No se puede negar la posibilidad de que esta «intoxicación» pueda surgir, en primer lugar, por causas «somáticas», para luego apoderarse del último complejo que podría encontrarse allí y transformarlo patológicamente»²⁵.

Por su parte, Bleuler es más contundente. A pesar de construir la esquizofrenia sobre un criterio psicopatológico muy fructífero y sutil (separación de síntomas fundamentales y síntomas accesorios), cuando tiene que dar cuenta de la causalidad no duda un instante en apelar al mito cerebral: «Sólo se puede hacer completa justicia a todos estos factores mediante un concepto de enfermedad que postule la presencia de perturbaciones cerebrales (anatómicas o químicas); el curso del trastorno cerebral es crónico, en su mayor parte, pero hay también fases de accesos agudos o de estancamiento; el trastorno cerebral determina los síntomas primarios (...)»²⁶.

Estos argumentos etiopatogénicos acorralan a Freud, para quien el presupuesto básico hace consustancial sexualidad y psicopatología. En este punto del debate Freud produce el concepto de narcisismo. Tratará con él de dar cuenta de las cuestiones irresolubles que le venían planteando, con apremio, sus interlocutores: a) las diferencias entre histeria y demencia precoz (esquizofrenia); b) la insuficiencia del argumento de la regresión autoerótica para explicar la(s) psicosis; c) la deficiente reducción de los tipos clínicos a dos grandes estadios libidinales (autoerotismo-psicosis, aloerotismo-neurosis); d) situar a la esquizofrenia como paradigma de psicosis o mantener, como desde el principio sostuvo, a la paranoia.

24 R. Masselon, *La démence précoce* (Joanin, Paris 1904).

25 C. G. Jung, *Psicología de la demencia precoz* (Paidós, Barcelona 1987) p. 34.

26 E. Bleuler, *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias* (Hormé-Paidós, Buenos Aires 1960) p. 447.

En los primeros textos y Manuscritos a Fliess, el concepto lato de autoerotismo nombraba el goce psicótico: «Así, he dado en considerar la paranoia como un asalto de corriente autoerótica, como un retroceso al punto de vista de entonces»²⁷. Pero, con posterioridad, en el transcurso de la correspondencia con Jung y Abraham, la articulación paranoia y autoerotismo será cuestionada. La regresión autoerótica caracterizará a la esquizofrenia, mientras que la paranoia evidenciará una regresión característica y particular. «Siempre supuse (escribe a K. Abraham) que las personas a las que se solía designar como 'originaires', y que luego se convertían manifiestamente en paranoicos, son aquellas en las cuales la necesaria evolución desde el autoerotismo al amor objetal se ha cumplido sólo de manera deficiente»²⁸.

Este desplazamiento del autoerotismo al narcisismo, que se puede rastrear paso a paso en las misivas con Jung y Abraham, culminará en el texto sobre Schreber. Nombrará allí «narzissismus» al estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto, y lo definirá como un estadio en el que el individuo, para ganar un objeto de amor, se toma primero a sí mismo, a su propio cuerpo, antes de elegir un objeto en una persona ajena; para acceder a la heterosexualidad es preciso pasar por una elección homosexual de objeto. Así, paranoia, narcisismo y homosexualidad serán los términos a partir de los que Freud construirá e interpretará la paranoia de Schreber. Como conceptos auxiliares, proyección y negación, que le permitirán matizar una gramatopatología que articule los tipos clínicos de paranoia (erotomanía, delirios de celos, megalomanía, delirio de persecución).

Desde el punto de vista nosográfico, si bien el autoerotismo nombrará la regresión esquizofrénica (Bleuler prefirió el término «autismo») y el narcisismo la regresión paranoica, queda aún por elucidar el argumento de Freud por sostener a la paranoia como modelo de psicosis. Trataremos de sostener esta argumentación a partir del diagnóstico de paranoia que Freud refiere del Presidente Schreber.

Aclarar, en primer lugar, el entuerto implícito que está presente en el propio título del libro sobre Schreber: un caso de paranoia («dementia paranoides»). Es sabido que en el año de publicación de este historial, 1910, la paranoia y la «dementia paranoides» son categorías clínicas que no se pueden conjugar si seguimos fielmente los desarrollos nosográficos de la psiquiatría de la época, es decir Krae-

27 S. Freud, Fragmentos de la correspondencia con Fliess..., p. 322.

28 S. Freud-K. Abraham, Correspondencia..., p. 29.

pelin. La paranoia, por una parte, es una psicosis autónoma, y la «dementia paranoides» es un tipo clínico de otra psicosis, la «dementia praecox». Pero además de esta impropiedad, señalar que resulta inespecífica la coletilla «dementia paranoides» por cuanto Kraepelin había delimitado con precisión dos tipos de «dementia paranoides», y en consecuencia debería especificarse de qué tipo se trata en el caso de Schreber.

En nuestra opinión, ese desaguisado nosográfico —según la psiquiatría— implícito en el título, debe entenderse en primer lugar como una cierta indiferencia de Freud por las clasificaciones psiquiátricas al uso. Nos parece desbarrado concluir, como hemos escuchado en ocasiones, que Freud no estaba al tanto de la actualidad psicopatológica de su época, pues a poco que leamos sus textos y especialmente su correspondencia con Jung, Abraham o Ferenczi nos daremos cuenta de lo contrario.

Consideramos además, que la coletilla «dementia paranoides» está colocada ahí no por otra cosa que por aquiescencia hacia Jung, su príncipe heredero, defensor del modelo de la demencia precoz o esquizofrenia. Y será precisamente a Jung, en privado, es decir en la correspondencia, a quien matizará de forma diáfana, sin posibilidad de más suspicacias, cuál es su posición: «En la paranoia (que continúa siendo el concepto teórico, ya que el de demencia precoz parece ser desde luego más esencialmente clínico) (...)»²⁹; «(Escribo paranoia y no demencia precoz, pues considero a la primera como un buen tipo clínico y a la última como un mal término nosológico)»³⁰; «(...) ya que yo reconozco en la paranoia un tipo psicológico-clínico, pero continúo sin imaginar nada preciso bajo la denominación de demencia precoz, y la incurabilidad o el mal pronóstico no se dan con regularidad en la demencia precoz, ni tampoco la diferencian con respecto a la histeria o la neurosis obsesiva»³¹.

A manera de conclusión, y como hemos defendido ya en otras ocasiones³², se trata para Freud de *un* proceso psicótico, cuyo modelo o versión canónica completa es la paranoia. Enlazamos así este presupuesto con la tradición psiquiátrica alemana, desde Heinroth, pasando por la «*einheitspsychose*» de Griesinger, y el concepto extenso de paranoia defendido por Krafft-Ebing. ¿Y no se trata de eso, acaso, cuando nos va a proponer el concepto de «parafrenia», de

29 S. Freud-C. G. Jung, *Correspondencia*, p. 29.

30 *Id.*, p. 161.

31 *Id.*, p. 200.

32 J. M.^a Alvarez, *La psicosis paranoica en la teoría psicoanalítica. El grupo paranoico en la psiquiatría alemana, francesa y española. El caso Schreber (Memoria de Licenciatura, Univ. Autónoma de Barcelona 1984).*

alcance desigual y efímero, para resaltar la parte paranoica de la demencia precoz? ³³

Finalmente, destacar que la apuesta por la paranoia es la apuesta por la producción o respuesta delirante del sujeto para rellenar el agujero instaurado en el orden simbólico; el delirio, en vez de ser considerado como un fenómeno bizarro o desperdicio de la locura, es situado por Freud precisamente como el intento de curación.

IV

Fruto de las construcciones metapsicológicas comprimidas en *El yo y el ello*, publicado en 1923, Freud producirá un nuevo modelo que perseverará en la distinción de neurosis y psicosis en relación con los conceptos de Yo, Ello y Realidad. Se trata a la postre de una reformulación del modelo de las neuropsicosis, tamizado por los conceptos de la segunda tópica, retomado finalmente en el *Abriss der Psychoanalyse* de 1938. Si bien, en relación a la teoría de la psicosis este modelo es en nuestra opinión secundario al de las neuropsicosis y a la teoría del narcisismo, en cambio sí permitiría a Freud una concepción sutil y definitiva sobre la tercera estructura clínica, la perversión, cuyo paradigma es situado en el fetichismo ^{34, 35}.

Neurosis y psicosis, escrito a finales del otoño de 1923, plantea la diferencia genética entre neurosis y psicosis: la neurosis como resultado de un conflicto entre el yo y el ello, mientras que la psicosis es el desenlace del conflicto entre el yo y el mundo exterior. Descriptivamente, este conflicto entre yo y mundo exterior, se evidencia en determinadas modalidades: gobierno del ello sobre el mundo exterior en la «amentia» de Meynert; desinterés por el mismo en la esquizofrenia; en las formaciones delirantes «(...) el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior. Si esta condición (el conflicto con el mundo exterior) no es mucho más patente de lo que ahora discernimos, ello se fundamenta en que en el cuadro clínico de la psicosis los fenómenos del proceso patógeno a menudo están ocultos por los de un intento de curación o de reconstrucción, que se les superponen» ³⁶.

³³ S. Freud, 'Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia («Demencia paranoides») descrito autobiográficamente', en *Obras Completas*, e.c., vol. XIX, p. 157.

³⁴ S. Freud, 'Fetichismo', en *Obras Completas*, e.c., vol. XXV.

³⁵ S. Freud, 'La escisión del yo en el proceso defensivo', en *Obras Completas*, e.c., vol. XXIII.

³⁶ S. Freud, 'Neurosis y psicosis', en *Obras Completas*, e.c., vol. XIX, p. 157.

A pesar de situar esta desgarradura entre el yo y el mundo exterior, sigue suspendida en el enigma la cuestión fundamental: cuál es el mecanismo específico de la psicosis, parangonable a la represión neurótica.

Pocos meses después de la publicación del opúsculo mencionado, Freud, insatisfecho, nos vuelve a sorprender con el texto *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. Si hasta aquí había tratado de establecer la diferencia estructural entre ambas, guiándose por los conceptos introducidos en la segunda tópica, en este texto de 1924 encontramos, más que diferencias, afinidades. En efecto, tal como indica el título, las perturbaciones entre el yo y la realidad («realität») no son competencia exclusiva de la psicosis: un profundo trastoque o huida de la realidad se evidencia tanto en la neurosis como en la psicosis. Ahora bien, las matizaciones sobre esta generalidad nos van a permitir asimilar las correcciones que este texto imprime sobre el anterior.

Primero, y siguiendo la lógica clásica freudiana de los tiempos del enfermar (represión/retorno de lo reprimido), en la neurosis el aflojamiento con los vínculos de la realidad se produciría en el segundo tiempo, y se trataría de evitar, como si de una huida se tratara, un fragmento de la realidad; en la psicosis, por el contrario, se la reconstruye, se recrea una nueva realidad (realidad delirante). «(...) la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla»³⁷.

Segundo, en la clínica de la neurosis vemos aparecer la sustitución y transformación de la realidad bajo la rúbrica del fantasma, del campo de la fantasía. El neurótico huye de la realidad aún a costa de enfermarse, como nos muestra el caso del pintor C. Haitzmann³⁸. La psicosis, por el contrario, se construye sobre el trabajo delirante de sustitución y transformación de la realidad que se revela inarmonizable, y su característica estriba precisamente en que tal transformación no pasa el filtro fantasmático; la certeza sustituye, en este punto, a la fantasía neurótica. La certeza, después de todo, para el sujeto normal es la cosa más inusitada. «(...) un sujeto normal se caracteriza precisamente por nunca tomar del todo en serio cierto número de realidades cuya existencia reconoce (...)»³⁹.

37 S. Freud, 'La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis', en *Obras Completas*, e.c., vol. XIX, p. 195.

38 S. Freud, 'Una neurosis demoníaca en el siglo xvii', en *Obras Completas*, e.c., vol. XIX.

39 J. Lacan, *El Seminario de...*, p. 109 (véase nuestra nota 3).

IV.—PARANOIA O ESQUIZOFRENIA

Lo que hasta este punto hemos tratado de argumentar sitúa la problemática de paranoia o esquizofrenia en un más allá de la fútil y rocambolesca digresión terminológica. Se trata a nuestro entender de tomar una posición, como clínicos, frente a la psicosis. Sobre esta posición se edifican las construcciones teóricas y las modalidades terapéuticas.

Posicionarse, apostar, por la paranoia implica considerar de la psicosis el trabajo (delirante) subjetivo de restitución; es lo que permite que podamos hablar de una clínica psicoanalítica de la psicosis, que haya psicóticos en análisis. Es la puerta que Freud nos abrió y la apuesta que J. Lacan retomó. Empero hay que insistir en este punto: de ninguna manera —nos parece— es necesario paranoidizar a nuestros pacientes psicóticos como única modalidad de conducción de una cura. Hay otras sobre las que hay que decidir, cuando se puede, caso por caso: buscar una cierta estabilización; cuidarse de no contribuir al desencadenamiento. El analista puede posicionarse en otros lugares, aquellos que le permite la estructura: el Otro de la voluntad de goce (transferencia erotomaniaca); como Ideal, doblete simbólico del sujeto; como testigo que escucha, como un bálsamo. Pero no hay ninguna garantía de la modificación del sujeto sino cuando hay reconstrucción o delirio. «Lo que modifica al sujeto es la interpretación; (...) ¿qué es un delirio sino un proceso de significantización, por reducido que sea, mediante el cual el sujeto llega a elaborar y fijar una forma de goce aceptable para él?»⁴⁰.

Tal como se desarrolla la psicosis de Schreber, el trabajo del delirio lleva a una primera articulación entre el delirio primario (transformación en mujer) y un delirio añadido (propósitos divinos): era necesario que se transformara en mujer para que Dios gozara. El trabajo del delirar conduce la paranoia schreberiana hacia un punto de estabilización, de cierta comodidad. La estabilización es consecutiva a la aquiescencia y aceptación del nuevo papel acorde con el orden del universo. Primero Schreber se revela contra el ignominioso destino de ser una mujerzuela para el Dr. Flechsig. Toda vez que el trabajo de delirar lo aviene a presentarse como objeto de la voluptuosidad («emasculación») de Dios, entonces se produce la estabilización:

40 C. Soler, 'El sujeto psicótico en el psicoanálisis', *Confluencias*, n.º 2, vol. II (1989) 35-38, p. 37.

mejor estar acorde con el orden del universo —incluso si éste implica la mudanza en mujer— que revelarse contra la emasculación ⁴¹, ⁴².

Esta es la posición de Freud al interpretar las interpretaciones delirantes del Dr. Schreber. El delirio, considerado por la clínica psiquiátrica como el producto de la degradación de un cerebro descontrolado en sus secreciones o también como una suerte de bobadas ilógicas que un proceso patológico desconocido hace al sujeto decir, creer y hacer, es para Freud el intento de curación.

Posicionarse, apostar, por la esquizofrenia implica considerar de la psicosis los residuos que evidencian el déficit que instaura el proceso patológico desconocido. Es la posición clásica inscrita en el propio término «dementia praecox». Morel, sumo pontífice de la teoría de la degeneración, sería el inductor de esta lógica toda vez que correlacionó la «demencia» de Esquirol (daño global e irreversible de la eficacia intelectual que sobreviene en el curso de la vejez) con la estupidez de los jóvenes paletos y descastados que observaba en el asilo de Saint-Yon. Así surge la demencia precoz, caracterizada por la estupidez, el estupor y el embrutecimiento ⁴³.

Los autores alemanes buscaron igualmente la misma correlación: demencia y estupidez juvenil. En esta tesitura se inscriben las descripciones de Kahlbaum («parafrenia hebética» juvenil y «parafrenia senilis»; «catatonía»; «heboidofrenia») y Hecker («hebefrenia»).

Antes de finalizar el siglo pasado Kraepelin había articulado ya estas descripciones sindrómicas franco-alemanas. Primero asimiló la «hebefrenia» de Hecker (estupidez post-puberal delirante) a la demencia precoz de Morel; posteriormente agrupó (mediante los criterios de déficit terminal, la herencia similar y el trasvase sintomatológico) la «catatonía», la «hebefrenia» y la «demencia paranoide» bajo el rótulo «dementia praecox» ⁴⁴. Puntualizó como características de esta categoría las distintas vertientes del déficit intelectual y afectivo: debilitamiento del juicio, disminución de la movilidad mental y de la productividad, embrutecimiento afectivo, pérdida de la energía.

Entonces, sobre la apoyatura de la estupidez («démence précoce» de Morel y «hebefrenia» de Hecker) se construyó la demencia precoz, que irá copando poco a poco todo el terreno de las psicosis (excluyendo el reducto afectivo). Bleuler, en 1911, le cambiará el

41 S. Freud, ut supra nota 33.

42 D. P. Schreber, *Memorias de un enfermo nervioso* (Carlos Lolhé, Buenos Aires 1979).

43 B. A. Morel, *Traité des maladies mentales* (V. Masson, Paris 1860).

44 E. Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 6ª ed., vol. II (Traducción francesa: *La psychose irréversible*, Navarin, Paris 1987).

nombre, pero la perpetuará sobre otro de los rostros del déficit: los trastornos asociativos, la ambivalencia, los trastornos afectivos y el autismo ⁴⁵.

Las consideraciones terapéuticas que se asientan sobre este modelo teórico se ubican siempre en el intento de supresión de las producciones del sujeto, pues al fin y al cabo, eso es para la psiquiatría la «enfermedad mental» misma. Suprimir las producciones, lo que en ocasiones es necesario y afortunado, en términos generales no es otra cosa que postergar los intentos de restitución.

JOSÉ MARIA ALVAREZ MARTINEZ

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Bercherie, P.: 'Constitution du concept freudien de psychose', *Quarto*, 4 (1982) 25-34.
- *Les fondements de la Clinique* (Navarin Ed., Paris 1980).
- *Génese des concepts freudiens* (Navarin Ed., Paris 1983).
- Freud, S.: 'Introducción del narcisismo', en *Obras Completas*, e.c., vol. XIV.
- Jung, C. G.: *El contenido de las psicosis* (Paidós, Barcelona 1990).
- Kraepelin, E.: *Introducción a la psiquiatría clínica* (S. Calleja Fernández Ed., Madrid 1906).
- 'La folie systematisée', *Analytica*, 30 (1982) 19-44.
- Krafft-Ebing, R. Von: *Medicina Legal*, vol. I (s.f.) (La España Moderna, Madrid).
- Lacan, J.: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* (Siglo XXI, México D.F. 1979).
- Lanteri-Laura, G. y M. Gros: 'La paranoia', in J. Postel y J. Quétel *Nouvelle histoire de la Psychiatrie* (Privat, Toulouse 1983).

45 E. Bleuler, véase nuestra nota 26.