

Crítica de la razón psicopatológica. La obra de G. E. Berrios

Para mí, el espíritu universal ha dado al tiempo la orden de avanzar; esta orden es cumplida; este ser avanza como una falange cerrada y blindada, irresistiblemente y con movimiento tan imperceptible como el del sol, hacia adelante, sin reconocer obstáculos; incontables tropas ligeras, a favor y en contra, lo flanquean, la mayoría de las cuales no saben de qué se trata y reciben solo golpes en la cabeza como si procedieran de una mano invisible. El partido más seguro a tomar es tener fija la vista en el gigante que avanza.

Hegel, *Carta a Niethammer*, 1816.

«Frente, Novum, Ultimum»

Hemos querido tomar prestadas las categorías de Bloch (1) para situar metafóricamente este trabajo pues, quizás, ellas mejor que cualquier otra cartografía filosófica apunten adecuadamente lo que significa la obra de Berrios en el [desolador] panorama epistemológico de la psiquiatría actual. Subyace a la visión de ambos autores un espíritu cálido de optimismo teórico militante que no estaría de más trasladar al pensamiento psiquiátrico actual.

La presente crisis epistemológica en psicopatología y psiquiatría debe buscarse en su situación teórica y ahistórica. Hace ya 20 años, Berrios insinuaba que el quehacer psiquiátrico estaba anclado en unas premisas conceptuales desarrolladas hace un siglo y que el saber psiquiátrico era, en todo momento, saber histórico. La aventura semiológica precisa, para entender su desarrollo, atender al desarrollo «interno» o conceptual del saber psicopatológico y

clínico y del proceso «extremo», contextual, o de reflexión sociohistórica. En síntesis, la dialéctica entre un althusseriano saber de primer grado o de reflexión gremial sobre los conceptos que informan el saber psiquiátrico y otro de segundo grado o de la situación social e histórica: instituciones, ideas, prácticas, etc. El momento actual es sumamente interesante por contemplar el desarrollo de ambos procesos: 1) El proceso interno o de «historia intelectual» de los conceptos en psiquiatría mantuvo un desarrollo simple, lineal, acrítico, de semblanzas y hagiografías, hasta que fue sacudido por los críticos «externalistas». 2) La crítica externa, radical, ha venido a ser sustituida, en nuestros días, por un saber reflexivo, más académico en el fondo, riguroso en los métodos, pero que necesita, para ser entendido en su totalidad del concurso o apoyo de la «historia interna».

Todas estas aproximaciones, imprescindibles para configurar una historia total, han tenido diferentes flancos: sociohistoriográfico –con las reconstrucciones externas de Foucault o Dörner–; análisis de las instituciones, publicaciones y emerger profesional del alienismo –Weiner, Goldstein, Scull, Dowbiggin–; y, por fin, la historia conceptual, de los síntomas y entidades clínicas –Berrios–.

No es posible dividir la obra de nuestro autor en una serie de compartimentos estancos; no obstante y con fines expositivos, haremos tres calas que podrían corresponder metodológicamente a los tres momentos goethianos: aprendizaje, viaje y docencia

En este sentido consideraremos sus trabajos de iniciación, su recorrido semiológico y trabajos doctrinales.

1. *Trabajos de iniciación*

Since the 19 th century, alienists have been aware of the fact that understanding and creativity in psychiatry my be enhanced by knowledge of its history.

G. E. Berrios

Un signo del alejamiento de la psiquiatría de su historia y de la conciencia histórica puede ser el que los trabajos históricos esenciales aparecen cada vez menos en las revistas psiquiátricas especializadas mientras los encontramos en las cuidadas publicaciones de las grandes firmas farmacéuticas, cuyos representantes se las envían a los psiquiatras como superestructura cultural de propaganda y de valor científico no constringente.

K. Dörner

El momento de pensamiento psiquiátrico en el que surgen los primeros trabajos históricos de Berrios ha sido revisado por Scull (2) y Micalé (3). Señala el primer autor que hasta hace 20 años la historia de la psiquiatría estaba escrita por autores aficionados y, entre ellos –salvo alguna excepción: Hunter y MacAlpine, Parry-Jones– un grupo particular: los propios psiquiatras. Así, los resultados de tales trabajos comprometieron seriamente su utilidad académica ulterior al crear versiones del pasado con el fin de legitimar actitudes profesionales o instaurando un saber anecdótico y/o hagiográfico difícil de cumplir las exigencias elementales de una cierta historiografía. El mensaje *whig*, moralizante, altruista, benéfico de esa primera

generación –1930-1950– (Semelaigne, Deutsch, Zilboorg, Alexander y Selesnick) consistió en desarrollar una historia lineal sobre las ideas acerca de la enfermedad mental, tamizando éstas y las prácticas subsiguientes de acuerdo con la visión del momento. Alabando la sustitución de la crueldad y superstición por una ciencia médica racional y humanística.

El optimismo historiográfico de ese periodo, recuerda Micalé, era simultáneo a las más altas cotas de prestigio de la profesión en Europa y Norteamérica. El radicalismo cultural de los 60 tuvo su proyección en la crítica de los Laing, Foucault, Goffman y Szasz. Dejando de lado las diferencias de origen intelectual, estos autores convergieron en la crítica a las credenciales humanistas y científicas de la psiquiatría, subrayaron los aspectos coercitivos del asilo y criticaron lo que entendieron como autohistoriografía idealista de la generación previa. Este movimiento antipsiquiátrico cedió el lugar, en los 70, a una serie de estudios que ampliaban las perspectivas de análisis e historiográficas. Son los trabajos de autores como Dörner, Rothman, Castel y Scull, produciendo un tipo de «historia social» de la psiquiatría que se encontraba en una serie de temas: análisis de la naturaleza del tratamiento moral, dinámica y crecimiento del asilo y paralelismo de las instituciones totales. Prácticamente, el periodo de tiempo estudiado correspondía a los primeros setenta años del siglo XIX.

El comienzo de los 80 no dejó espacio ni a los sociólogos radicales ni a los psiquiatras «desafectos». Por el contrario, una generación ejemplar de historiadores médicos, sociales y de la ciencia ha tomado el relevo con una gran dosis de eclecticismo. Autores como McDonald, Porter,

DEBATES E INFORMES

Jacyné, Clark, Dowbiggin o Berrios promueven una amplia visión de los sujetos históricos. Combinan el uso sistemático de material historiográfico de primera mano con la preocupación por los aspectos médicos, sociales e intelectuales de sus temas. Es la generación bautizada por Mícale como la «nueva historia de la psiquiatría». En estas coordenadas los trabajos iniciales de Berrios (4, 5) suponen una apertura hacia esa otra visión de la historia y un aldabonazo teórico de excepcional importancia.

Por su interés para esta revisión nos referiremos al trabajo «Sobre la Historia de la Psiquiatría» (1974). En él defínese la historia de la psiquiatría como «el análisis conceptual de aquel lenguaje (y de las instituciones y personajes asociados con él) desarrollado por las sociedades para describir, explicar y tratar el fenómeno de desviación de la conducta». La psiquiatría es entrevista «no como una rama de la medicina sino como un quehacer intelectual cuyo sujeto es el significado social y personal de formas específicas de conducta y de integración». En este contexto, y con estas limitaciones, «el historiador psiquiátrico puede escoger varias formas o estilos históricos. Podrá escribir historia biográfica, instrumental, legal o conceptual, porque la psiquiatría puede proveer material para cualquiera de estos estilos».

Teniendo en cuenta los problemas derivados de la cuestión sobre si la Psiquiatría «debe desarrollar su propia historiografía o debe conformarse con aquellas desarrolladas por la historia de la ciencia o la historia de la medicina», y de que «un análisis conceptual muestra rápidamente que el lenguaje psiquiátrico tiene más características de un «lenguaje de segundo orden» que características de un «lenguaje de pri-

mer orden», es posible percibir las enormes dificultades que se encuentran cuando se escribe su historia y que pueden atribuirse al hecho de que es difícil escribir la historia de los «lenguajes de segundo orden».

Por otra parte, el tipo de historia que –Berrios cree– el historiador debe producir «va más allá de los requerimientos “culturales o humanísticos” del Psiquiatra. La historia debe suministrarle un conocimiento esencial de otro tipo, porque el Psiquiatra Clínico, en su trabajo diario, quiéralo o no, *está sumergido en el tejido conceptual de su propia historia*». Para concluir: «Si se considera la psiquiatría como un tipo de lenguaje mucho más amplio que el lenguaje médico, y en el cual la perspectiva científica inductivística no tiene mayor sentido, es fácil comprender entonces que desde su consolidación hace más de cien años, el lenguaje psiquiátrico no ha evolucionado conceptualmente. Y, por consiguiente, es histórico en un sentido real; esto es, los psiquiatras en su práctica clínica están utilizando información histórica en un sentido distinto al de –digamos– un bioquímico o un físico». Esta información, su apoyo historiográfico, está anclado en la metodología de los procesos históricos –períodos de larga, media y corta duración– propuesta por Braudel (6) en sus trabajos.

Esa avenida intelectual abierta por Berrios permite establecer las apropiadas «unidades de estudio» para la historia de la psiquiatría. Prácticamente el resto de sus trabajos ulteriores llevarán esa impronta. El análisis conceptual e histórico de la semiología psiquiátrica está penetrado por esa visión poliédrica que posibilita la reflexión sobre el pasado e inaugura una forma de acceder a nuevas categorías de lenguaje

psicopatológico y psiquiátrico para «calibrar los síntomas»

El trabajo último («*Historiography of mental symptoms and diseases*», 1994) (7) supone –desde una perspectiva airada frente a ciertos excesos teóricos– una invitación rigurosa y un manual para el acceso de las nuevas generaciones de clínicos e historiadores a un trabajo en colaboración. En este sentido, la contribución del saber clínico está no sólo dirigida hacia la cultura psiquiátrica sino también al conocimiento clínico. Sólo este saber es capaz de analizar, en una perspectiva diacrónica, los fenómenos estables de una señal neurobiológica o los modulados por la codificación final de la enfermedad y, en último caso, por el «ruido» psicosocial inducido o los códigos interpretativos de cada cultura.

II. *El recorrido semiológico*

Este periodo supone un trabajo de análisis conceptual e histórico sobre diversos síndromes y entidades clínicas teniendo en cuenta el marco epistemológico que permitió su aparición y desarrollo y las variables filosóficas y/o ideológicas que determinaron sus límites semánticos. Comprende una serie de artículos, monografías y capítulos de libros completados últimamente con una obra monumental –en prensa– sobre la «Historia de los síntomas en Psiquiatría». Este recorrido semiológico abarca una gran heterogeneidad temática: estupor, delirium, confusión, demencia, trastorno obsesivo-compulsivo, enfermedad de Alzheimer, delirio, etc. Para nuestro propósito actual bástenos hacer tres breves paradas en otras tantas entidades: trastorno obsesivo-compulsivo (8, 9), demencia (10, 11, 12, 13) y afectividad (14, 15, 16).

Trastorno obsesivo-compulsivo

Su estudio supone un buen ejemplo para la evaluación de la semántica histórica –o historia de las palabras– y de la historia conceptual, y de cómo ambas fueron afectadas por los cambios epistemológicos del discurso psiquiátrico en el siglo XIX. Estos cambios teóricos tuvieron su repercusión tanto en la terminología como en la taxonomía, lo que propició que un cierto número de términos (obsesión, idea imperativa, impulsión, anancasmo, compulsión, etc.) fueran intentados para referirse a las formas de comportamiento o de conducta habitualmente conocidas como obsesión. A su vez, estas designaciones no eran etiquetas pasivas, sino que su etimología evoca imágenes y metáforas que han influenciado el análisis clínico y etiológico de los trastornos obsesivos.

Por lo que respecta a la taxonomía se advierten tres estadios en la evolución de estos trastornos: considerar las obsesiones como una forma de insania o monomanía, un periodo de transición tras el colapso de un concepto y, por último, su consideración como neurosis durante la segunda mitad del XIX. Esta reclasificación, observa Berrios, requirió dos cambios conceptuales mayores: desde el punto de vista descriptivo las obsesiones tenían que redefinirse como no-delirantes y, desde el punto de vista etiológico, habían de considerarse como «funcionales». Este último proceso culminó con el trabajo de Janet, cuya teoría psicológica aún contenía vestigios de la visión degeneracionista, y con Freud, al separar las obsesiones de las fobias y afirmar la independencia nosológica del síndrome. De esta forma, en el discursar de las hipótesis psicológicas que sustentaban el concepto nosológico (antigua

DEBATES E INFORMES

categoría de neurosis, brevemente como parte del nuevo concepto de psicosis para, por último, reintegrarse en el de neurosis post-1880) se postularon sucesivamente alteraciones volitivas, intelectuales y emocionales.

Afectividad

Los trastornos del afecto han tenido poca pregnancia en psicopatología descriptiva, por lo cual los síntomas pertenecientes a esta categoría no han estado habitualmente presentes en su totalidad, en la definición de enfermedad mental. Esto puede ser debido al papel secundario jugado por las emociones en la definición del hombre, de donde se infiere las dificultades conceptuales de los clínicos para desarrollar un lenguaje descriptivo. Esta situación esquiva de las emociones ha engendrado, según Berrios, un palimpsesto terminológico que hasta el día de hoy permanece opaco y polisémico. La visión intelectualista de la locura se ha perpetuado arrumbando el papel de las emociones que se han visto acuñadas terminológicamente en decenas de nombres. Los estados afectivos consisten en experiencias que son difusas en su naturaleza y mal definidas temporalmente. La posición privilegiada del que experimenta tal estado es fácilmente cuestionable cuando se trata de objetivar y codificar aquélla, sobre todo si el estado mental del que la verbaliza está altamente comprometido por la enfermedad.

Después de revisar el devenir histórico de las pasiones en la filosofía se llega al análisis del papel que juegan las emociones en la psicopatología del siglo XIX. Pueden ser la causa o el resultado de la enfermedad mental. El papel causal llevó a la visión de

que la manipulación de las emociones podría tener un valor terapéutico: el tratamiento moral. El énfasis intelectualista en la visión de la enfermedad mental habría de ser revisado a lo largo del XIX debido a cuatro motivos: a) establecimiento de la afectividad, por parte de la Psicología de las Facultades, como una función mental autónoma; b) enaltecimiento de los sentimientos por parte del movimiento romántico; c) verificar que la sola visión intelectualista de la locura era muy restrictiva; d) el desarrollo de una ciencia médica de signos y síntomas como requerimiento conceptual de la visión anatomoclínica de la enfermedad.

A pesar, no obstante, de esas circunstancias favorables, los trastornos afectivos no lograron jugar un papel importante en la nueva semiología psiquiátrica. Durante el XIX se encontró difícil resolver la complejidad inherente de los sentimientos, su presencia y estabilidad sintomática. La oportunidad para desarrollar, en la segunda mitad del XIX, una psicopatología descriptiva del afecto, fue escamoteada por tres cambios ideológicos: a) el darwinismo, en el sentido de entender que las emociones, al igual que en otros animales inferiores, representan programas comportamentales estereotipados, respuestas primitivas, enfatizando la «expresión» pero no la experiencia subjetiva; b) la visión periférica que consideró que las emociones representan el eco subjetivo de cambios en el sistema nervioso autónomo –si bien esta visión propició el desarrollo del conductismo y de los correlatos fisiológicos de las emociones no contribuyó a enriquecer la semiología del afecto–; c) el estudio de las localizaciones cerebrales: los trabajos en este campo enfatizaron fundamentalmente la relación con el lenguaje, percepción y movimiento.

Todos los factores precitados contribuyeron a que la psiquiatría careciera de los elementos necesarios para desarrollar una semiología del afecto. Si bien Freud extendió el concepto, haciendo de él una categoría descriptiva, un mecanismo, una fuente de energía, esto no contribuyó al desarrollo de los aspectos fenomenológicos. Del mismo modo autores posteriores, como Jaspers, Bleuler, Régis, Kraepelin y Schneider, prestaron poca atención a este concepto o lo hicieron de forma tangencial, por eso es necesario realizar un análisis de los factores históricos y sugerir una hipótesis que pudiera explicar esta situación en la psicopatología y clínica actual.

Demencia

Los trabajos sobre demencia, en sus vertientes conceptuales, históricas y clínicas, ponen de manifiesto una serie de aspectos clave que discurren desde el análisis del concepto en diferentes escuelas –francesa, alemana e inglesa– a lo largo del siglo XIX hasta la evaluación del trabajo de Alzheimer y su formulación por Kraepelin. Esto último supuso un notable ejemplo clínico para establecer un proceso correlacional, o de la inferencia de signos y síntomas a partir de cambios anatómicos.

De particular importancia es la elección del paradigma cognitivo, que vino determinado por varios factores: reflejo del dato clínico del déficit cognitivo en pacientes institucionalizados; la consideración del intelecto como el rasgo definidor de la especie humana, y, de ahí, la visión intelectualista de la enfermedad mental. La cognición, sin embargo, era una función demasiado amplia para su medición, por lo que se recurrió a evaluar la memoria –la única

función intelectual cuya medida había alcanzado un adecuado desarrollo en 1880. Por ese motivo los déficits de memoria fueron, de facto, los rasgos centrales del estado de demencia. Pero este paradigma debe ser ampliado, fundamentalmente, en lo que hace referencia a la evaluación de los estadios tempranos y avanzados de la demencia. Concretamente, la importancia que tienen, así como su pertinaz negación en la clínica, los síntomas psicóticos. De especial interés es el recorrido ofrecido sobre la enfermedad de Alzheimer, su historia conceptual y la microhistoria en la que se desarrolló su origen.

III. *Los trabajos doctrinales*

El denominador común de estos trabajos es promover un auténtico cambio de paradigma¹, una ruptura y nueva formulación de temas clave en psicopatología, psiquiatría clínica y filosofía de la psiquiatría. Nos centraremos en las cuestiones que hacen referencia a la Psicopatología Descriptiva (17), Delirio (18) y Fenomenología (19, 20).

¹ El abuso de este término y la polisemia, que ya desde la utilización kuhniana tuvo, hace que su utilización aquí reste importancia a lo que estos trabajos significan. De forma gráfica, pero más rotunda, no estaría de más utilizar metafóricamente la anécdota del 14 de julio de 1789 cuando, a través del Duque de La Rochefoucauld-Liancourt, Luis XVI se entera de la toma de la Bastilla y exclama: «C'est une révolte», a lo que el noble contesta: «Non, Sire, c'est une révolution». Sin exagerar, cabe enmarcar los tres temas tratados en este apartado como de revolución teórica en psiquiatría o, al menos, contra la endeble ortodoxia que soporta a la oficial

Psicopatología Descriptiva

En el trabajo –clásico ya– de 1984 sobre Psicopatología Descriptiva establece Berrios 14 tesis que sintetizamos:

1. La psiquiatría descriptiva se *desarrolló* durante la primera mitad del s. XIX. El proceso se completó primero en Francia y ulteriormente en otros países.

2. Se estableció como un *lenguaje* descriptivo. Como tal contenía una terminología, estamentos, relaciones y reglas para su aplicación.

3. El significado de cada término estaba en dependencia de sus relaciones con una forma comportamental dada (signo-función) y con otros términos dentro del sistema descriptivo (función de compatibilidad).

4. Las reglas para la aplicación de cada término hacían referencia: a) a la evaluación por el observador de la intensidad, duración y cualidad experiencial de los síntomas descritos por el paciente; y b) número de asociaciones permisibles con acuerdo a las cuales las decisiones sobre la presencia de un síntoma son tomados en términos de la presencia o ausencia de otros síntomas dentro de un dominio dado.

5. El origen histórico de la psicopatología descriptiva es multideterminado, pudiendo identificarse por una serie de factores biológicos y sociales.

6. Un factor social importante, en lo que se refiere al requisito descriptivo, fue la necesidad de mantener buenas historias clínicas que los primeros alienistas tenían que cumplimentar. Para este propósito los nombres genéricos (manía, melancolía, frenitis) eran insuficientes. Se necesitó una fragmentación de esas categorías. Esto se llevó a cabo en términos de los principios de la psicología de las facultades y del asociacio-

nismo, las dos teorías psicológicas influyentes a comienzos del XIX en Francia.

7. Un factor importante estuvo representado por los cambios en las teorías médicas. La visión anatómica, desarrollada en Francia a principios del XIX, demandaba que se establecieran correlaciones entre la lesión anatómica y las manifestaciones externas de disfunción, por ej. signos o fenómenos.

8. El «descriptivismo» inicial pronto llegó a ser una semiología, esto es, un sistema cognitivo. Este nuevo sistema buscó legitimidad epistemológica en una vuelta a la visión baconiana de ciencia tal como fue ilustrada por la reinterpretación positivista de Comte del «datum» baconiano.

9. La *fragmentación* de las categorías de la locura siguió aproximadamente la clasificación tripartita de las facultades de la mente que Kant y los filósofos escoceses habían desarrollado. Con el paso del tiempo, ambas distinciones, nosológica y sintomática, fueron construidas siguiendo esas pautas. Por ej. las alucinaciones –que inicialmente se referían sólo a la experiencia visual– llegaron a ser trastornos generales de la «percepción», y la monomanía –una condición clínica– fue clasificada en intelectual, emocional y volitiva.

10. De esta fragmentación resultaron dos tipos de síntomas. Algunos trastornos, como las alucinaciones, podrían ser consideradas como exageraciones o trastornos de una función, normal y representaron la visión continuista. Otros, referidos a estados bizarros –obsesiones, delirios, estu- por– que no encontraban un claro contrapunto en lo normal, patrocinaron la visión discontinuista. Este doble sistema ha permanecido hasta nuestros días. La primera puede encontrarse en el trabajo de Freud y Eysenk y la segunda en el de Jaspers,

Weibrecht, Bash y Conrad. Estas dos visiones reflejan íntimamente las permutaciones conceptuales que conectaron lo «normal» y lo «patológico» durante el XIX.

11. Al principio del XIX, la psicopatología descriptiva se basó en datos obtenidos de la observación del comportamiento «abierto». Una utilización gradual de datos «psicológicos» o «subjetivos» comenzó en Francia en 1840 –principalmente con Moreau de Tours–. Poco después la introducción de las nociones «psicológicas» de conciencia e introspección legitimizó el valor semiológico de los «contenidos de la conciencia». Este desarrollo histórico puede ayudar a entender el origen de la *dicotomía* forma-contenido.

12. Un proceso de selección tuvo lugar después de 1850, en el que algunos síntomas fueron retenidos –delirios– y otros descartados –alucinaciones unilaterales–. El mecanismo y la ideología que presidió esta selección requiere una mayor elucidación. De hecho sólo un pequeño número de síntomas sobrevivieron dentro del XX. Al final del XIX, este número limitado de síntomas (y de permutaciones sintomáticas) se había probado insuficiente para hacer diagnósticos transversales fiables. Nosólogos de fin de siglo, como Magnan y Kraepelin, intentaron resolver el problema introduciendo factores diagnósticos longitudinales o diacrónicos tales como la irreversibilidad y la historia natural. En ocasiones, sin embargo, esto condujo a una relativa negación de los síntomas descriptivos. Por ejemplo Kraepelin «raramente dio a los delirios mucha importancia diagnóstica o pronóstica» (Havens, 1965).

13. A finales del XIX, los síntomas sobrevivientes se reagruparon en un número de síndromes. Alguno de ellos, como el delirium, fueron prácticamente los mismos

que antes de la fragmentación; otros, como la locura maniaco-depresiva o los trastornos obsesivos, constituyeron nuevas configuraciones. Alguno de los términos clásicos fueron también reutilizados (manía, melancolía, paranoia, demencia y estupor) pero con un significado diferente.

14. A comienzos del XX, la psicopatología descriptiva encontró a la fenomenología. Esta alianza, de la que se ha hablado tanto, puede ser mejor descrita como un matrimonio de conveniencia. Alrededor de este periodo los fundamentos conceptuales de la psicopatología descriptiva se habían estancado –siguiendo el declive de la psicología clásica del XIX– y se requería un empuje. La fenomenología, con su énfasis en la subjetividad y en las descripciones neutrales, era el compañero ideal. Pero la fenomenología, para sí misma, tenía también necesidad de un anclaje empírico. Esto se debía al hecho de que, a pesar de su antipsicologismo y su demanda de neutralidad, ya se había convertido en otra variedad de psicología y estaba obligada teóricamente. La elocuencia juvenil de Jaspers hizo que su trabajo apareciera como si la fenomenología se hubiera puesto a trabajar en un problema concreto, creencia que persiste hasta nuestros días. Una comparación cuidadosa del significado clínico y uso de síntomas básicos antes y después de 1913, sin embargo, hace ver que el tratamiento «fenomenológico» no los alteró en nada. Esto no es sorprendente pues el uso de la fenomenología por Jaspers, en este estadio temprano, fue puramente metodológico: «este trabajo preliminar de representar, definir y clasificar los fenómenos psíquicos, llevado a cabo como una actividad independiente constituye la fenomenología». Poco después la fenomenología llegó a ser un conglomerado de escuelas. Aunque

DEBATES E INFORMES

algunas fueran importantes para el desarrollo de la psicología y terapias existenciales, la fenomenología era demasiado abstracta y heterogénea como herramienta metodológica para tener demasiada relevancia para la psicopatología descriptiva.

Este conjunto de tesis puede considerarse como la *carta magna* del pensamiento de Berrios sobre la psicopatología descriptiva y, necesariamente, marcarán un antes y un después en cualquier intento de reconstruir histórica y conceptualmente los fundamentos doctrinales de aquélla.

Delirio

La revolucionaria revisión del concepto de delirio –al presentarlo como un «acto de habla vacío»– ofrece una perspectiva insólitamente nueva y un cambio radical del paradigma jaspersiano de la psicopatología actual. No es de extrañar que la crítica de Berrios comience con la crítica al concepto de Jaspers sobre la delusión, y en primer lugar a lo que este autor había transmitido –que no creado–. Esta «visión recibida» y que pasó a ser canónicamente «definitiva» ya había sido estructurada conceptualmente en el siglo XIX y establecía, en síntesis:

a) Los delirios eran síntomas y, por ende, cabía proceder, con criterios complejos, a su clasificación en términos de forma, contenidos, orígenes, mecanismos, etc. b) Son actos de habla semánticamente preñados y que pueden, por lo tanto, configurarse como creencias erróneas o patológicas. c) Surgen como cualquier otro acto de habla declarativo y, por lo tanto, podría asumirse que son portadores de información acerca del mundo, el yo, etc. Pero esa estructura conceptual estaba anclada en una teoría del lenguaje obsoleta y en unos criterios de

intencionalidad que no daban cabida a la existencia de actos de habla «vacíos». De ahí la propuesta de Berrios de ofrecer una definición de la delusión que tuviera en cuenta la posibilidad de considerar este tipo de actos como la base de lo que entendemos por delirio.

En efecto, considerar la delusión como un acto de habla vacío tiene la ventaja de explicar algunas de las otras características:

a) La información que facilita el delirio es una información truncada. b) Su origen procede del azar o de acontecimientos neurobiológicos «remotos» para el observador –que queda fascinado por la apariencia formal. c) La consideración como creencia errónea no tiene una base sólida que la justifique. d) El contenido del delirio supone más un fragmento de información, atrapado al azar en el momento de su cristalización, y, por ese motivo, ciertos temas socio-culturales redundantes tienen más posibilidad de prestarse a etiquetar esos fragmentos. e) Abordar, por último, desde esa perspectiva el estudio del delirio necesita replantear la secuencia diacrónica que lo posibilita, es decir, los estados predelirantes. Estos constituyen el momento fecundo, el más informativo tanto desde el punto de vista clínico como neurobiológico.

En este sentido, la aproximación al delirio, propuesta por Berrios, ha abierto una amplia avenida donde los estudios desde la pragmática, o de los mismos estados predelirantes está dando ya los primeros frutos para una contextualización global del delirio bajo ese análisis.

Fenomenología, psicopatología y Jaspers

En los trabajos dedicados al análisis de la obra de Jaspers y de la fenomenología

hay que valorar dos aspectos cruciales: el proceso de desmitificación de la obra y figura de Jaspers hecho desde el rigor conceptual; y la reivindicación de autores –como Chaslin– arrumbados, junto con su obra, por el protagonismo intelectual que tomó la fenomenología. Se trata de saber si, en todo caso, y con un planteamiento radical, esta corriente de pensamiento filosófico importado a la psicopatología aportó algo realmente revolucionario a la tradición descriptivista en psicopatología.

Ante un academicismo intelectual empuñado en resaltar la importancia de la fenomenología en psicopatología bajo el triple aspecto de ser un método apropiado para la descripción empática de estados mentales, cuyo fundamento conceptual hay que buscarlo en Husserl y que asume que Jaspers lo introduce en la psicopatología descriptiva, Berrios propone una tesis radical, a saber: la contribución de Jaspers a la psicopatología descriptiva es, en lo fundamental, independiente del movimiento filosófico llamado fenomenología. Por lo tanto no hay necesidad de invocar la fenomenología husserliana para explicar o legitimar la obra de Jaspers. Tras depurar las ideas y autores del movimiento fenomenológico, uno de los aspectos más importantes consiste en contextualizar la obra de Jaspers –Psicopatología General– no sólo a la luz de la fenomenología sino de la psicopatología descriptiva del momento. En este sentido es clave el papel jugado por las figuras francesas del momento –Séglas, Chaslin– en el descriptivismo psicopatológico y que, no obstante, cedieron el protagonismo a la reformulación jaspersiana. Tras revisar exhaustivamente el contexto fenomenológico y psiquiátrico en el tiempo de Jaspers, analizar profundamente las influencias teóricas en la Psicopatología

General y subrayar la correspondiente a las influencias respectivas de Husserl, Weber y Dilthey, se puede concluir con que el ejercicio constituye un necesario ajuste de cuentas histórico. Ante la canonización y la repetición de tics teóricos urgía una puesta en cuestión de la fenomenología y de Jaspers y su obra.

Las conclusiones a las que llega Berrios –y que a algunos pueden parecer, aún, heterodoxas– son las siguientes: a) La fenomenología husserliana no jugó un papel significativo en la Psicopatología General; b) Jaspers quiso retener el término fenomenología para describir un estilo particular y un método de recogida de información y comprensión (descripción a través de la empatía); c) Para la elaboración de las ideas de Jaspers, autores como Kant, Dilthey y Weber parecen ser más importantes, particularmente en lo que respecta a las dicotomías contenido-forma y explicación-comprensión. En síntesis, ciertos conceptos jaspersianos, como descripción del síntoma o elemento psicológico no son diferentes de los consensuados en su tiempo. La propuesta de nuestro autor es que el encuentro de la psicopatología descriptiva con la fenomenología, más que una alianza fue un vínculo de intereses: ante el declive de la psicología clásica del XIX la psicopatología descriptiva requería un soporte conceptual. La fenomenología, con su énfasis en la subjetividad y el descriptivismo, vino a ser un compañero de viaje ideal. El ímpetu juvenil de Jaspers hizo creer que la fenomenología se había puesto manos a la obra en la tarea de describir y comprender los síntomas. No obstante, una comparación del significado clínico y uso de esos síntomas antes y después de 1913 muestra que el «tratamiento fenomenológico» –como ya se dijo– no los alteró.

Discusión y conclusiones

Tres aspectos deben ser destacados al analizar la obra de Berrios y que, a su vez, están configurados alrededor de tres categorías fundamentales: totalidad, historia y cierre categorial.

En el panorama teórico de la psiquiatría actual representa el primer intento de formalizar un trabajo en la perspectiva de totalidad. Vertebrar, desde el punto de vista histórico y conceptual, un recorrido por los síntomas y la clínica supone –en un momento de profundo ateoreticismo– la puesta en marcha de una *nueva* mirada –en el sentido de ecumenismo intelectual a lo Bloch o Sterling– sobre un panorama fraccionado y que sólo es posible articular a través de la noción de *totalidad*. En palabras de Kosik (21): «Para que el hombre pueda conocer y comprender este todo –caótico y nebuloso– para aclararlo y explicarlo, es necesario dar un rodeo (histórico –para nosotros– en el caso de Berrios): lo concreto se vuelve comprensible por medio de lo abstracto; el todo por medio de la parte. El camino de la verdad es un rodeo: *der Weg der Wahrheit ist Umweg*» (p. 49). En este sentido, y para el mismo autor, «totalidad no significa todos los hechos. Totalidad significa: realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho» p. 55, «... Si la realidad es entendida como concreción, como un todo que posee su propia estructura (y, por lo tanto, no es algo caótico), que se desarrolla (y, por ende, no es algo inmutable y dado de una vez para siempre) que se va creando... de tal concepción de la realidad se desprenden ciertas conclusiones metodológicas que se convierten en directriz heurística y principio epistemológico

en el estudio, descripción, comprensión, ilustración y valoración de ciertos sectores tematizados de la realidad» (p. 56). Dentro de esta categoría es donde cabe entender las tres divisiones de la obra analizada: el «rodeo» histórico, la concreción del estudio de los síntomas y, por último, el establecimiento de «nuevas» conclusiones. Así, por ejemplo, aceptar que el delirio sea un «empty speech act» sólo es posible si se enmarca en la asunción de que para la semántica y pragmática actuales son posibles dichos actos de habla o, en el contexto –de totalidad– de la «dialogicidad delirante» (Fuentenebro, 1995) (22).

La introducción de la categoría histórica en psicopatología y psiquiatría implica, por su parte, dar una nueva dimensión al pensamiento clínico. Frente a una historia anterior –inerte, descriptivista y estática que asiste muda al desarrollo conceptual– con Berrios la nueva historia se erige, con un sólido andamiaje, en una protagonista activa. Interviene, así, de forma adicional a la meramente descriptiva, como una poderosa herramienta de conceptualización y calibración de síntomas. Asistir al papel que juegan las ideas psiquiátricas en el momento de emerger el síntoma, su codificación, hace que la intrahistoria sea capaz de establecer una «arqueología» del saber psicopatológico. Si en Braudel –en quien se apoya Berrios– la historia –concretamente los procesos de larga duración– proporcionan una estructura, en el desarrollo que aquí comentamos esta historia estructural deviene en una historia sólida que contempla los síntomas como señales –mutables o inmutables– desde los albores de su concreción. En todo caso y frente a la frecuencia con que las «historias» de la psiquiatría han sido instrumentalizadas por las historias episódicas (*événements*),

de tiempos breves –biografías y acontecimientos–, o coyunturales –de ondas cortas–, la perspectiva de una historia de larga duración es la única que hace posible subsumir los estudios históricos internalistas y externalistas.

La historia de la psiquiatría en cuanto a constituir borradores clínicos y epistemológicos, ensayos de construcción de una gramática o geometría de las ideas es así posible. La estilización de los criterios actuales de diagnóstico (DSM-IV, CIE-10), su simplificación, la ascesis que comporta su ahistoricismo con el arrumbamiento correspondiente de las categorías de la psicopatología descriptiva, harán que en un futuro próximo las explicaciones a pie de página, como Steiner predice en literatura (23), sean las fundamentales para explicar a un público, ayuno de los conceptos claves, los elementos fundamentales del discurso psiquiátrico.

El significado final de la obra de Berrios –y concretamente los trabajos ubicados en el último apartado estudiado: los de ruptura– supone trasladar a la psiquiatría teórica la noción de *cierre categorial* en ciencia (Bueno, 1974) (24). Así, mientras que las pretensiones de ciertas corrientes (por ejemplo la «pseudopsicopatología farmacológica») (25) han producido la ilusión de «cortes epistemológicos» en el desarrollo de la psiquiatría, de un presunto «avance» hacia una mayor cientificidad –arrojando lastre teórico e histórico– partiendo de primitivas estancias precientíficas, la obra comentada puede presentarse como un intento de cierre categorial en psiquiatría. Los trabajos «radicales» se enfrentan a una situación teórica actual que aparenta el «corte», que considera constituido el objeto de la ciencia que se analiza y lo retrotrae a la situación precientífica en que aún no se

había constituido, en forma tal que todas las ideas en torno a ese objeto aparecen como ocultaciones que es preciso remover: «de este modo, la configuración de aquel objeto tomará la forma de una separación, un corte, de las ideas con las cuales previamente le habíamos supuesto encubierto» (p. 22). Los desarrollos «ingenuos» o atóxicos de la psiquiatría contemporánea emplean, sin saberlo plenamente, la perspectiva de la teoría del corte epistemológico, al creer que ciertos «desarrollos» –se suelen elegir los biológicos y psicofarmacológicos–, que dejan de lado el matiz teórico o histórico, producen un avance. Esta teoría «trata de explicar la constitución de una ciencia apelando a un proceso mediante el cual, al remover las Ideologías (incluso la Filosofía) que encubren el «continente científico», logran que éste se nos aparezca como un campo luminoso. La alternativa al corte epistemológico, el cierre categorial, mantiene que «el proceso de constitución de una ciencia lo entenderemos, por tanto, como el proceso mismo de cierre categorial –es decir, el establecimiento de un sistema operativo de relación que, originariamente, tiene la potencia de conducirnos a nuevos términos. Es en el curso de este proceso donde se producen las desconexiones con otros campos; pero estas desconexiones (cortes epistemológicos) no son tanto el principio de los «cierres» cuanto, precisamente, sus resultados, ejercidos implícita o explícitamente» (p. 31). Como recuerda Bueno al hablar de la aplicación de la teoría del corte epistemológico, no ya al proceso de constitución de las ciencias particulares respecto de la Filosofía, sino al proceso de constitución de la Filosofía respecto de un hipotético saber mítico previo –«nos encontramos ante tesis similares a las de Ortega y

Gasset: al marcharse la fe, al producirse un corte profundo (una «tremebunda herida»), aparece la Filosofía, para llenar ese hueco, para cicatrizar la herida. El esquema del cierre categorial es, por el contrario, diferente –y en este sentido es donde los trabajos radicales de Berrios, con su «carga filosófica» irrumpen en el panorama de la psiquiatría actual como representantes de la razón filosófica del cierre categorial–: «es la propia razón filosófica la que, al constituirse, infringe las lesiones, muchas veces sin proponérselo (los filósofos griegos pensaban purificar la Fe; Jaeger dice por ello que los filósofos son algo así como los purificadores de la Fe griega. Pero también son sus trituradores)» (p. 32). La labor de «trituración» emprendida por Berrios² en sus trabajos radicales –en tanto ir a la raíz conceptual de la psicopatología, el delirio o la obra de Jaspers– suponen el intento necesario de purificación teórica a la vez que una crítica de la actual [pseudo] razón psicopatológica.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BLOCH, E., *El principio esperanza*, Madrid, Aguilar, 1977.
- (2) SCULL, A., «Psychiatry and its historians», *History of Psychiatry*, 1991, 11, pp. 239-250.
- (3) MICALÉ, M. S., «Hysteria and history: the future perspective», *History of Psychiatry*, 1990, 1, pp. 33-124.
- (4) BERRIOS, G. E., «Sobre la historia de la Psiquiatría», *Revista de Occidente*, 1974, 137, pp. 62-74.
- (5) BERRIOS, G. E., «Nuevas Tendencias en la Historiografía de la Psicología», *Revista de Occidente*, 1975, 138, pp. 155-169.
- (6) BRAUDEL, F., *La Historia y las Ciencias Sociales*, Madrid, Alianza, 1968.
- (7) Berrios, G. E., «Historiography of mental symptoms and diseases», *History of Psychiatry*, 1994, 5, pp. 175-190.
- (8) BERRIOS, G. E., «Obsessional Disorders during the Nineteenth Century: A Conceptual History. Terminological and Classificatory Issues», en BYNUM, W. F. y otros (eds.) *The Anatomy of Madness*, Vol. I, Londres, Tavistock, 1985, pp. 166-187.
- (9) BERRIOS, G. E., «Obsessive Compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century», *Comprehensive Psychiatry*, 1989, 30, pp. 283-295.
- (10) BERRIOS, G. E., «Dementia during the 17th and 18th century. A conceptual History», *Psychological Medicine*, 1987, 17, pp. 829-837.
- (11) BERRIOS, G. E., «Alzheimer's disease: a conceptual history», *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1990, 5, pp. 355-365.
- (12) BERRIOS, G. E., «Memory and the cognitive paradigm of dementia. The 16th Squibb Lecture», en MURRAY R. M.; TURNER, T. H. (eds.), *Lectures on the History of Psychiatry*. Londres, Gaskell, 1990, pp. 194-211.
- (13) BERRIOS, G. E., «Dementia before the 20th century», en BERRIOS, G. E.; FREEMAN, H. (eds.), *Alzheimer and the Dementians*, Londres, Royal Society of Medicine, 1991, pp. 9-28.
- (14) BERRIOS, G. E., «The psychopathology

of affectivity: conceptual and historical aspects», *Psychological Medicine*, 1985, 15, pp. 745-758.

(15) BERRIOS, G. E., «Melancholia and depression during the 19th century. A conceptual History», *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, pp. 298-304.

(16) BERRIOS, G. E., «The history of affective disorders, en PAYKEL, E. S. (ed.), *Handbook of affective disorders*, Churchill Livingstone, 1992, 2.ª ed., pp. 43-56.

(17) BERRIOS, G. E., «Descriptive psychopathology: Conceptual and historical aspects», *Psychological Medicine*, 1984, 14, pp. 303-313.

(18) BERRIOS, G. E., «Delusions as 'wrong beliefs': a conceptual history», *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, Supl. 14, pp. 6-13.

(19) BERRIOS, G. E., «Phenomenology, Psychopathology and Jaspers: a conceptual history», *History of Psychiatry*, 1992, 3, pp. 303-327.

(20) BERRIOS, G. E., «Phenomenology, and Psychopathology: was there ever a relationship?», *Comprehensive Psychiatry*, 1993, 34, pp. 213-220.

(21) KOSIK, K., *Dialéctica de lo concreto*, México, Grijalbo, 1967.

(22) FUENTENEbro, F., «Delirio. Un enfoque pragmático de la dialogicidad delirante», *Revista de la Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1995 (en prensa).

(23) STEINER, G., *En Diálogo con Ramin Jahanbegloo*, Madrid, Anaya y Mario Muchnik, 1994.

(24) BUENO, G., *Ensayo sobre las categorías de la economía política*, Barcelona, La Gaya Ciencia, 1972.

(25) FUENTENEbro, F., «De las variaciones de la melancolía al concepto de dilución en psicopatología descriptiva», *Psiquiatría Pública*, 1994, 6, 3, pp. 125-131.

² Al margen de la evidente necesidad de estudiar y analizar la obra de Berrios, una razón adicional para escribir este trabajo ha sido el diálogo con los alumnos de doctorado. Ante la españolísima y universitariamente castiza costumbre de dirigirse a un «profesor» solicitando *tema* de tesis, siempre he manifestado mi perplejidad por cuanto el tema, obviamente, debería ser entendido como algo que forma parte de las inquietudes intelectuales del doctorando. No obstante, cuando en casos extremos de *atemacidad* congénita he sugerido un trabajo sobre la obra de Berrios (obviando así la dificultad que para un doctorando tendría realizar un trabajo conceptual donde los clásicos pertinentes hayan desaparecido y no puedan ya contestar a su investigación) ha surgido, invariablemente, una respuesta de dificultad insalvable, de complejidad difícil de remontar. Por este motivo, y con la esperanza de allanar el proceloso camino, sirva esta breve introducción o lo que pueden dar de sí unas páginas de revisión. *Agradecimientos*: El autor desea testimoniar su gratitud a D.ª Doris Alvarado de Berrios y al Prof. G. E. Berrios sin cuya hospitalidad humana e intelectual la redacción de este trabajo no hubiera sido posible.

* E. Fuentenebro de Diego, Profesor titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: Prof. F. Fuentenebro de Diego. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.

** Fecha de recepción: 29-I-1995.