



# MATRIMONIO Y PERSONALIDAD PSICOPÁTICA

ENRIQUE AMAT

El tema de las psicopatías o, si se prefiere, de las personalidades psicopáticas, tiene un sabor añejo. Ante él, surgen de nuevo conceptos y planteamientos que, un poco frívolamente, habíamos reputado como superados ya, para siempre. He aquí sumariamente esbozados algunos de ellos: persona, personalidad, temperamento, carácter, tipologías, herencia, constitución, entidad nosológica, salud y enfermedad. La Psiquiatría actual se muestra remisa y circunspecta ante ellos. Me atrevo a afirmar que esa parquedad en su uso viene determinada y no en escasa medida, por el temor a no ser considerada moderna, actual, adecuada a los tiempos que corren. A toda costa y cualquier precio se pretende, sin demasiado análisis y sin sincera actitud crítica, estar a la altura de las corrientes culturales o, por mejor decir, contraculturales que nos circundan. La Psiquiatría no es, ni mucho menos, la excepción.

Sin embargo dichas concepciones están ahí y sería necedad ignorarlas. Precisando más; a mi modo de ver, la necedad actual no estriba en desconocerlas sino en silenciarlas. Porque de hecho esa clásica terminología se sigue usando «in oculis», en unos casos para criticarla con saña y recurriendo a argumentos que nada tienen que ver ya con la Ciencia médica, en otros porque la realidad clínica nos lleva inexorablemente a su utilización. Los hechos siguen siendo cosas tercas.

En este sentido, el reencuentro con antiguos textos psiquiátricos que, con todos sus defectos y con los flancos que se quiera abiertos a la crítica, continúan siendo irremplazables, no deja de ser algo —una lectura en el caso que nos ocupa— reconfortante, esclarecedor y estimulante. No han perdido su lozanía y su vigor; eran nues-

tras entendederas las que andaban turbias. Para quien esto escribe, además, ha supuesto volver a saborear las páginas que hace ya veinte años dejaron escritas figuras con quien mantuvo una estrecha relación: Román Alberca, Antonio Ferrer Sama y Bartolomé Llopis, autores, respectivamente, del prólogo, traducción y epílogo de la obra de Kurt Schneider, «Die psychopathischen Personallichkeiten», a la que me tendré que referir en más de una ocasión<sup>1</sup>. Con el primero de ellos tuve el codiciado vínculo discípulo-maestro: con los tres, el honor de colaborar en una de las peritaciones psiquiátricas más importantes del presente siglo en España, precisamente referida a una personalidad psicopática. No creo equivocarme demasiado si afirmo que, de ahí, arranca mi interés por el tema de las psicopatías.

Tal vez no sea ocioso advertir en este momento que una cosa es interés y otra gusto por la cuestión. Es evidente —no creo ser la excepción entre mis colegas— que el psicópata, en la clínica cotidiana, no resulta un paciente codiciable. Ni la anamnesis, ni las sucesivas entrevistas, ni la peritación y, nada digamos, los resultados terapéuticos hacen deseable el encuentro con una personalidad psicopática. Esto por lo que hace a la práctica clínica y forense.

Algo similar ocurre con la concepción doctrinal. La psicopatía es una parcela de la Psiquiatría confusa en sus límites y contenido. Por un lado apunta hacia la Patología en lo que tiene de anómalo; por otra hacia la Sociología, en su más amplio sentido, por lo que respecta al choque, en ocasiones brutal, entre la conducta psicopática y las normas morales y jurídicas. La afirmación de Alberca<sup>2</sup> es válida en lo conceptual pero dudosa en la práctica. «La delictividad de los psicópatas, sus fallos morales y sus desviaciones sociales, en bloque, son indiscutibles (...) pero no son suficientes para basar en ellos el concepto o la clasificación clínica. Son datos, aunque significativos, marginales, como el suicidio en las depresiones».

En verdad que el intento suicida, temor constante del psiquiatra ante estas afecciones del ánimo y punto extremo de la depresión, no es preciso para configurar dicha entidad clínica. Pero no es menos cierto que, si bien en ocasiones es esa tentativa la que motiva la consulta médica, en muchas más no es el determinante que obliga al paciente o familia a buscar la ayuda médica. Con otras palabras, el deprimido acude a nuestras consultas, simplemente, por encontrarse

1. SCHNEIDER K., *Las personalidades psicopáticas*. Traducción de B. LLOPIS, Prólogo de R. ALBERCA, Epílogo de A. FERRER SAMA. Ed. Morata, Madrid 1961.

2. ALBERCA R., en el Prólogo a SCHNEIDER K., l. c.



mal lo que equivale a decir encontrarse enfermo, haya o no ideas de suicidio, exista o no el riesgo suicida, haya o no tentativas de autolisis.

Es difícil que ello ocurra con las psicopatías, al menos con muchas de sus formas. El psicópata acude al médico las menos veces de modo espontáneo, las más presionado por su contorno y esta presión viene motivada por su conducta anómala, que, con toda probabilidad, ha originado ya una colisión con la normativa social. ¿Psiquiatría o Sociatría? es la pregunta que subyace ante el hecho de estos pacientes, ante la reflexión sobre lo que son.

No ha tenido buena aceptación el concepto de psicopatía. En la actualidad puede producir rubor, incluso miedo, referirse a él. En 1961 Alberca<sup>3</sup> escribió: «Había que esperar que un día nuestros tranquilos conceptos entraran en ebullición» y esta frase la expuso ante la crítica que Repond y Humbert<sup>4</sup> habían realizado años antes del concepto de personalidad psicopática schneideriano. Lo que Repond y Humbert se habían limitado a hacer —y esto para Alberca era «una crítica despiadada» puesto que «la concepción de Schneider» había sido «atacada de la raíz a la copa»— era en líneas generales lo siguiente: denunciar la equivocidad del término psicopatía, deprivar a las psicopatías de la ganga producida por el concepto degenerativo de las mismas, advertir el riesgo que suponía adscribir psicopatía y delincuencia y que a estos pacientes les faltaba lo indispensable para ser considerados inmersos en una entidad nosológica en el sentido de Kraepelin. A esto quedaba reducida la crítica de Repond y Humbert<sup>5</sup>.

¿Qué se diría ahora? Tomemos al azar algunas manifestaciones: «Considero que en nuestra sociedad la Psiquiatría es opresión y mixtificación más que instrumento terapéutico», escribe sin atenuantes Jervis<sup>6</sup> quien más adelante añade: «Psiquiatría debería ser luchar para restituir a todo el mundo el derecho de disponer de sí mismo y de no ser oprimido ni engañado». Y Michael Schneider<sup>7</sup>

3. ALBERCA R., *Ib.*

4. Citados por ALBERCA. Según el testimonio de este autor, REPEND y HUMBERT hicieron esta crítica a SCHNEIDER en la Reunión de la Sociedad Suiza de Psiquiatría (1946). No he podido tener acceso a las Actas de dicha Reunión.

5. El «leiv motiv» del Prólogo de Alberca es la defensa que hace de SCHNEIDER ante la crítica de REPEND y HUMBERT.

6. JERVIS G., *Manual crítico de Psiquiatría*. Traducción de J. Jordá, N. Pérez de Lara y R. García. Ed. Anagrama, Barcelona, 1977.

7. SCHNEIDER M., *Neurosis y lucha de clases. Crítica materialista del psicoanálisis para constituirlo en fuerza liberadora*. Trad. V. Romano. Ed. Siglo Veintiuno, Editores, Madrid 1979.

escribe: «El objetivo *'terapéutico'* de un psicoanálisis emancipador debe ser hacer que el factor que se exterioriza en la enfermedad pase de la subversión inconsciente y la resistencia pasiva a la subversión *política* consciente y a la resistencia política activa contra una sociedad *enferma*» (El subrayado no es nuestro).

No merece la pena multiplicar los ejemplos. Baste con ellos. ¿Cómo tendrían cabida las personalidades psicopáticas en estas concepciones de la Psiquiatría «moderna»? Sólo, a mi juicio, en uno: al parecer la misión sanadora de la Psiquiatría no es diagnosticar, tratar, rehabilitar o prevenir las psicopatías sino, por el contrario, favorecer su aparición como fuerza revolucionaria y liberadora. Respond y Humbert hicieron, en opinión de Alberca, una crítica despiadada de Schneider. Al menos era científica y, en mi opinión, no era tan despiadada. La Psiquiatría contracultural que nos invade y ahoga no ejerce este tipo de crítica. Simplemente invierte los términos con finalidades políticas que nada tienen que ver con nuestro que-hacer. Si el concepto de psicopatía no ha tenido nunca buena prensa, en la actualidad parecería ridículo su recuerdo. Nada se diga si a él, al concepto de psicopatía, se le une el término matrimonio y la relación que se establece entre ambos —personalidad psicopática y matrimonio— es la posibilidad que esta alteración de la personalidad, pericialmente, pueda ser considerada impedimento o causa de nulidad o separación. Para la mentalidad «progresista» —por decirlo de alguna manera— que nos envuelve, la cuestión sería hasta jocosa.

Quizás en este ir contracorriente y en el regusto de lo añejo que conserva su vigencia esté el sabor de esta aportación. El psicópata será un paciente áspero; la doctrina en torno a las personalidades psicopáticas, controvertida; el ambiente actual no será el más propicio para abordar, con rigor y honestidad, el tema propuesto. Pero, sea como fuere, un hecho es indudable. El psicópata está ahí. Con palabras de Alberca: «Se puede renunciar a lo de psicópata pero con ello no desaparece el problema». Y Kurt Schneider apostilla: «Muchos conceptos clínicos están ahora en regresión (...). También el psicópata está ya en decadencia y quizá pase su época pero *sólo del nombre, no de su existencia efectiva*»<sup>8</sup>. Este «estar ahí» va a

Tanto la obra de este autor cuyo título no necesita comentarios, como la del precedente, no son sino dos libelos «políticopsiquiátricos» en los que se intenta asumir el psicoanálisis con categorías marxistas. Su valor es muy discutible en cuanto a contenido científico. No obstante y si mis noticias son verdaderas, han sido muy utilizados entre estudiantes y graduados.

8. ALBERCA R., l. c.

ser o pretende ser, acicate en mi labor. Y ésta para disponer de la mínima coherencia ha de referirse a los siguientes puntos:

- Concepto actual de las personalidades psicopáticas.
- La personalidad psicopática en relación con el matrimonio canónico, con estos tres apartados:
  - Consejo prematrimonial.
  - Psicopatía como causa de nulidad.
  - Psicopatía y separación matrimonial.

La literatura en torno a las personalidades psicopáticas ha sido muy abundante desde que Koch<sup>9</sup> en 1891 introdujo el término en Nosología psiquiátrica, al hablar de «inferioridades psicopáticas» y atribuirles una génesis degenerativa, muy acorde con la época y totalmente abandonada ya. A partir de los años setenta, la bibliografía en este tema ha descendido de modo casi abrupto. Me interesa en este momento señalar nada más la coincidencia cronológica. Parece que los investigadores se desentienden del tema justamente en el momento en que irrumpe, con inusitada violencia, la crítica antipsiquiátrica.

Pues bien. Al repasar dicha bibliografía —y de esta apreciación no queda excluida la obra de Kurt Schneider— se acaba sintiendo una incómoda perplejidad. Si no fuese porque la clínica nos indica lo contrario, con desdén arrumbaríamos el concepto de personalidad psicopática como fruto de una especulación sin base real; pronto hemos de verlo.

A mi juicio, esta sensación de incómoda perplejidad viene causada por dos hechos muy conexos entre sí. El primero de ellos, que, salvo excepciones muy criticadas y criticables, se ha huido de establecer un juicio de valor al intentar definir estas personalidades. En segundo término, por abordar el problema clínico que se trata con una mentalidad absolutamente naturalista, propia de la Medicina del período histórico que conocemos con el nombre de Positivismo.

K. Schneider<sup>10</sup> comienza su exposición intentando precisar a qué se refiere con el término «personalidad anormal». Para este autor, lo sustantivo sería la anormalidad, lo adjetivo, lo psicopático. Con

9. KOCH J. L. A., *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, Ravensburg 1981.

10. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.



otras palabras: todo psicópata es «per se» una personalidad anormal o, más concisamente, un «anormal». Ahora bien, la inversa no es cierta: todo anormal sólo por serlo no es un psicópata. Obviamente necesita enfrentarse con qué entiende por anormal y su respuesta es clara lo cual no implica que sea absolutamente convincente.

En manos de Schneider hay dos formas para establecer el concepto de «anormal». Una se deduce aplicando la norma del término medio; otra, aplicando la norma de valor. Y él, con toda resolución, se decide por la primera de ellas si bien, a lo largo de su obra, no se mantiene enteramente fiel a esta premisa. Me atrevo a decir que no pudo mantener esta fidelidad.

Por «norma del término medio», normal sería, precisamente, el término medio. Es una medida completamente cuantitativa. Por «norma de valor» define lo que corresponde al «ideal subjetivo personal». En este sentido «anormal» es todo aquello que se aparta del término medio cuantificado estadísticamente y también lo que se aparta de la imagen ideal. Es así que esta oposición a la imagen ideal está determinada por «la jerarquía ideológica personal de los valores» —cito textualmente las palabras del autor— luego esta vía ha de desecharse como acientífica. Puesto que sólo hace jugar estas dos posibilidades, lo ordinario y frecuente, lo que, de alguna manera se aparta de un juicio de valor, ateniéndose a un criterio forzosamente cienticista, ha de desechar el segundo camino. Personalidad normal en manos de Schneider es la personalidad media lo cual, fácilmente se advierte, es una simplificación o, cuanto menos, un criterio muy pobre.

Simplificación que, por otra parte, no le va a ser posible mantener cuando, a tal concepto de anormal, le superponga el adjetivo «psicopático». Es cierto que, ante la crítica de Mezger<sup>11</sup> —y en cierto sentido la de Stern—<sup>12</sup> K. Schneider advierte que este criterio lo adopta sólo como «idea directriz». Y usando de esta idea directriz, define la personalidad anormal del modo siguiente: «Las personalidades anormales son variaciones, desviaciones, de un campo medio, *imaginado por nosotros* (el subrayado es nuestro), pero no exactamente determinable, de las personalidades».

El criterio o «idea directriz» de K. Schneider peca, a mi modo

11. MEZGER E., *Zum Begriff des Psychopathien*, Monatsschr. für Krim. Biol. 30, 190, 1939.

12. STERN W., *Die differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen*, T. III. Leipzig 1921.

de ver, de varias fallas: es en primer lugar, ramplón. Por mucho que intentemos, con este criterio, evitar el término de valor, no por ello dejamos de caer en él y así, en la medida en que la «anormalidad» es un vocablo inquietante —«yo soy anormal» no creo que, seriamente, a nadie guste aplicarse—, lo contrario sería lo deseable, esto es, ser «normal». Pero serlo equivale a ser corriente, ordinario, estadísticamente frecuente, en una palabra, y poco académica por cierto, «ser del montón». Es, quiérase o no, una invitación a la mediocridad. Lo deseable sería ser mediocre, no sobresalir en nada; y sería deseable en tanto en cuanto esto es lo normal desde el punto de vista de un análisis de la personalidad. Se evita un juicio de valor o, por mejor decir, se desea a toda costa evitar mas no se consigue del todo. Hablemos de hombre normal estadísticamente, asépticamente; sin advertirlo estamos haciendo un juicio valorativo. Hombre normal es igual a hombre mediocre. El término normal así entendido parece, insisto, ramplón y escasamente satisfactorio.

A parecidas conclusiones con el agravante de injusticia, se llega si, a partir de ahí, se analiza lo «anormal». K. Schneider se ve forzado a llegar a la siguiente conclusión: «Es indiferente, pues, que estas desviaciones de la normalidad media correspondan a valores positivos o negativos en el aspecto ético o social. Partiendo de esta normalidad media, *es exactamente tan anormal el santo o el gran poeta como el criminal desalmado*; los tres caen fuera del término medio de las personalidades. Es evidente que todas las personalidades, de alguna manera singulares o extrañas, especialmente destacadas por algún rasgo de su modo de ser, tienen que incluirse en este concepto» (el subrayado es nuestro)<sup>13</sup>.

«Evidente» que toda persona destacada sea anormal; «evidente» que pueda siempre homologarse persona destacada con persona singular o extraña; «evidente» que es tan anormal el gran poeta como el criminal desalmado son afirmaciones, cuanto menos, osadas. En ellas puede observarse lo siguiente: llevar hasta sus últimas consecuencias el criterio de normalidad cuantitativo antes aludido, eliminar, cual si de andar sobre ascuas se tratara, todo término que implique una valoración, un juicio de valor que ya por eso sería acientífico y por lo tanto impropio de la Psiquiatría que, a toda costa, desea ser Ciencia y Ciencia al modo positivista. Por último no ya una fragante injusticia sino, incluso, un contrasentido. Si la Psiquiatría desea estar al margen de todo juicio de valor ¿cómo

13. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.



valora igual a un artista genial que a un hombre solamente excéntrico? ¿Quién o qué es la Psiquiatría para llegar a esta conclusión que pretende, sin lograrlo, ser avalorativa?

Este recato cienticista ante el mundo de los valores del hombre propio de una Medicina «crasamente naturalista» (Laín)<sup>14</sup> ha llegado a nuestros días. Más adelante examinaré este lastre positivista de la Medicina —de la Psiquiatría en el tema que nos interesa— en su relación con el concepto de personalidad psicopática. Ahora me interesa decir que este recato, temor o circunspección en toda referencia al mundo de los valores humanos, ha adquirido otra matización que, sin dejar su pretensión cienticista, tiene una clara proyección antropológica. Me estoy refiriendo a las teorías marxistas que condenan todo juicio de valor en la medida en que todos ellos —estoy simplificando y lo sé— son hijos de una ideología y ésta no es sino una superestructura derivada de viciados medios de producción; y también en tanto en cuanto el juicio de valor, en buena interpretación marxiana, se opone a la praxis como único criterio de verdad.

Con lo cual, la huida del juicio de valor ya no se lleva a cabo con un recato científico, hijo de una determinada etapa de la Historia de la Ciencia. Ahora se introduce, so capa de pensamiento científico, un concepto antropológico, si se quiere sociológico que, en su entraña, lleva una tremenda carga explosiva y no sólo —ello es obvio— en lo que afecta a las psicopatías sino también en lo que se refiere a una concepción del hombre no sólo parcial sino errada. En otra ocasión he tenido ocasión de afirmar que «la Psiquiatría, como la Medicina y la Sociedad, insensatamente, han aceptado al hombre como lo que no es y actúan como si el hombre fuese lo que, en sus esquemas, han aceptado que sea»<sup>15</sup>. Con esta luz, no es extraña la afirmación de K. Schneider cuando con toda honestidad pero también con la mayor de las ingenuidades, dice que las desviaciones del término medio tienen estas dos connotaciones: la primera que la normalidad es un campo «imaginado», la segunda que este campo imaginado «no es exactamente determinable»<sup>16</sup>. Parece obvio que se eluden los conceptos de valor por temor a su acientificidad pero la anormalidad o normalidad del hombre son términos imaginarios y no determinables lo cual parece aún menos científico.

14. LAIN P., *Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea*, 2.ª edición, Ed. Científico-Médica, Barcelona 1963.

15. AMAT E., *Cordura y Psiquiatría*. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia. Im. Org. Bello, Valencia 1980.

16. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.



No deja de ser extraño que, en la actualidad, se siga manteniendo la circunspección ante todo lo que, de alguna manera, se reputa como no objetivo de la Ciencia... siempre que esta Ciencia no venga inspirada en los esquemas marxistas. En este caso desaparece toda circunspección. Valga un ejemplo. En un conocido texto, Castilla dice: «Del mismo modo que es exigitivo que el psiquiatra tenga resueltos sus problemas personales antes de resolver los del otro, aquí y ahora al psiquiatra (le) es exigible, de antemano, que él mismo sea sujeto-frente-al-sistema para orientar así a su paciente en el enfrentamiento con el mismo. Dicho con palabras llanas: sólo es posible izquierdificar si de antemano se está izquierdificado»<sup>17</sup>. A lo que se ve, «ser sujeto-frente-al-sistema» e «izquierdificar» son conceptos netamente científicos, no valorativos.

Soy de la opinión que la premisa previa schneideriana de «anormalidad», huyendo de toda valoración que no sea cuantitativa, imaginaria y no determinable, para sustentar sobre ella a las psicopatías no es válida en la actualidad; tal vez ahí haya que buscar la raíz a todas las críticas posteriores. Me parece más adecuado el término «anómalo». Este es un vocablo de origen griego que, como es sabido, significa desigual o áspero pero en modo alguno atípico o poco frecuente. La personalidad psicopática, pues, se enraizaría en una «anomalía» de la personalidad, en una aspereza de la misma, no con una anormalidad poco esclarecedora y menos convincente.

Y ello sin mengua de alejar de nosotros el mundo de los valores: otros ocuparán este vacío como estamos contemplando con mayor o menor atonía. Por dos motivos: el primero de ellos estrictamente clínico. Marañón nos advierte que «es vana presunción querer convertir en exacta una Ciencia (la Medicina) que sólo es Ciencia por una de sus dimensiones y por las otras dos, arte y oficio (...) El vacío que queda entre imperfección de la verdad que poseemos y la perfección de la verdad que deseamos hay que intentar rellenarlo con entusiasmo y buena fe y, sobre todo, con una dosis copiosísima de modestia»<sup>18</sup>.

La segunda razón corresponde a la teoría del saber médico. Como he tenido ocasión<sup>19</sup> de recordar en otra ocasión, en manos de Dil-

17. Citado por AMAT E., l. c. Este texto de CASTILLA DEL PINO es sumamente significativo en la obra de este autor español y creo que ha pasado bastante desapercibido.

18. MARAÑÓN G. O. c., tomo X. Espasa Calpe, S. A. Madrid 1977.

19. DILTEY y JASPERS. Las citas de estos autores, en este contexto, pertenecen a AMAT E., l. c. Es justo destacar aquí la obra de MARTÍN SANTOS L., *Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental*. Ed. Paz Montalvo, Madrid 1959, prólogo de J. J. LÓPEZ IBOR.

they la comprensión superior es la operación fundamental de todas las ciencias del espíritu. La explicación, propia de las ciencias de la Naturaleza, busca un nexo de causalidad mientras que las del espíritu lo buscan en el sentido. Dilthey utiliza varias categorías para realizar la comprensión que, fundamentalmente, se reducen a dos: significado y fuerza. Para Jaspers estas categorías serán motivo y desarrollo y, dentro de la comprensión dinámica, todo se reduce a motivación por lo que habría dos conceptos: explicar-causalidad y comprender-motivación. Esta enlaza con las categorías de significado, pretérito, y fin o futuro, hallándose esta última en conexión con la categoría de valor.

Pues bien: si perdemos de vista el mundo de los valores del ser humano a la investigación psiquiátrica le quedan dos caminos. Aferirse a la corporalidad o dedicar su afán al análisis de los fenómenos psíquicos lo que no son sino visiones parciales de una misma realidad. Pero si por añadidura —y esto ha ocurrido y ocurre— en el análisis de los fenómenos psíquicos, dando la espalda a Jaspers<sup>20</sup>, intentar explicar lo que no es sino comprensible, obtendrá los siguientes resultados:

Apartamiento cada vez más profundo del resto de las especialidades médicas.

Creación de un aparato doctrinal aparentemente muy florido pero, en el fondo superficial y carente de contenido operativo de cara a la realidad.

Fragilidad en su estructura metodológica que, como ha sucedido, se vendrá abajo con estrépito ante el empuje de corrientes críticas anticulturales.

En definitiva mi postura es la siguiente: sustituir la anormalidad de K. Schneider como criterio sustantivo de las psicopatías por el término «anomalía». No proporcionar un sentido crasamente cuantitativo a lo anómalo. No eludir, cuando así lo requiera la realidad humana que constituye nuestro empeño, el término valor.

Preciso será que veamos, siquiera sea con brevedad, qué es lo que K. Schneider considera anormal en las psicopatías. El mismo nos lo dice sin rodeos. «Cuando se pregunta qué debe entenderse por

20. JASPERS C., *Allgemeine Psychopatologie*. Traducción de R. O. Saubidet y D. A. Santillán con el título *Psicopatología General*. Ed. Beta, A. Bini y Cía., Buenos Aires 1955.

¿Por qué ese olvido del pensamiento jasperiano...? No sabría decirlo. Pienso que un análisis del pensamiento de JASPERS está por hacer.

También, en lo sucesivo, me referiré a esta obra con las siglas «JASPERS C., l. c.».



una personalidad psicopática se espera, en primer lugar, una definición de personalidad»<sup>21</sup>. No cabe duda que en la letra y la intención del autor, lo anormal es la personalidad.

K. Schneider no puede sustraerse, pese a su espíritu ecléctico del pensamiento imperante en su época cual es la teoría estratiforme de la personalidad cuyos epígonos hay que buscarlos, fundamentalmente, en los escritos de Homburger<sup>22</sup>, O. Kahn<sup>23</sup> y Schultz<sup>24</sup>. Para él la personalidad, «conjunto de sentimientos y valoraciones, tendencias y voliciones» se halla estratificada en tres capas: la corporal, las facultades del entendimiento (facilidad de comprensión, capacidad de combinación, de juicio y pensamiento lógicos, la crítica y la independencia de juicio, la memoria y todos los talentos, en una palabra: la inteligencia) y las tendencias de naturaleza psíquica.

Pues bien. Desechadas la corporalidad y la inteligencia quedan tan sólo objeto de estudio las tendencias de naturaleza psíquica. A ello llama K. Schneider «personalidad»<sup>25</sup>. Es cierto que no niega la interconexión entre estas tres capas que podrían denominarse Somatopsique, Timopsique y Noopsique, es más, las admite expresamente apoyándose para ello en Jaspers<sup>26</sup>. Pero para definir el concepto de «personalidad» elude los «sentimientos o las tendencias corporales y las valoraciones que se basan en ellos»<sup>27</sup>.

El concepto de personalidad, pues, queda cuanto menos oscuro. Situándonos en su esquema, elude lo corporal aunque, a lo largo de su obra no tendrá más remedio que recurrir a él en más de una ocasión. Y elude también lo espiritual del hombre. Se queda, es preciso insistir, con los sentimientos, las valoraciones y las tendencias de naturaleza psíquica» si bien no define muy bien qué entiende por ello.

No sólo es oscuro el concepto sino, por añadidura, incompleto. Es posible que la intención de K. Schneider fuese simplemente didáctica; expresamente, al menos, no lo dice pero admitamos lo implícito de su intención. Pero, pese a ello, al prescindir de soma y espíritu queda el hombre muy mutilado, empequeñecido. Se pierde

21. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.

22. HOMBURGER A., *Versuch einer Typologie der psychopathische Konstitutionen*, Der Nervenarzt, 2, 1929, 134.

23. KAHN E., *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, en la Handbuch d. Geisteskrankheiten, Verlag, Berlín 1928.

24. SCHULTZ J. H., *Die konstitutionelle Nerviosität*, en el Handbuch d. Geisteskrankheiten, Verlag, Berlín 1928.

25. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.

26. Cfr. JASPERS C., l. c.

27. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.



de vista el concepto de individuación y, mucho más, el destino personal. No se llega a síntesis alguna. Y se sigue —tal vez no pudiese ser de otra manera— en el viejo dualismo cartesiano yo-mundo puesto que, al hablar de personalidad, para nada se menciona el contorno del hombre y a éste se le concibe aislado. Con estas premisas no van a quedar muy esclarecidas las ideas de lo disposicional, vivencias, e influjos ambientales en la génesis de las psicopatías.

Por lo demás, al prescindir de la corporalidad —aunque no del todo pues, de alguna manera se adhiere a las tipologías de Kretschmer—<sup>28</sup> depriva a las psicopatías de su sentido más puramente médico. No hay enfermedad sin afectación corporal; es así que en la almendra de la personalidad, en la que va a radicar una anomalía que se denominará psicopatía, se prescinde del cuerpo ¿de dónde la enfermedad? El propio Schneider y años más tarde Braütigam<sup>29</sup> hablarán de pseudopsicopatías al referirse a pacientes cuyas anomalías conductuales hay que atribuirles a alguna lesión corporal, traumatismos craneoencefálicos, encefalitis, alcoholismo, etc. Nada se diga de las gonosomopatías como el síndrome de Klinefelter<sup>30</sup>. Con estos presupuestos nada tiene que extrañarnos que la relación psicopatía-enfermedad quede desflecada.

No sería justo atribuir sólo a K. Schneider que manejara únicamente los conceptos de anomalía y personalidad anormal como fundamento del edificio conceptual de las personalidades psicopáticas. Koch<sup>31</sup> las definió como alteraciones congénitas degenerativas del sistema nervioso central y se refirió a ellas como «inferioridades psicopáticas». Con ello introduce dos factores: la degeneración y la base corporal de estas personalidades.

Por lo que respecta al primero de ellos —la degeneración— pronto fue abandonado. Bumke<sup>32</sup> advierte que sólo debería utilizarse

28. KRETSCHMER E., *Constitución y Carácter*, trad. de Solé Segarra de la obra *Körperbau und Charakter*, Ed. Labor, Barcelona 1961.

En adelante, KRETSCHMER E., l. c.

29. BRÄUTIGAM W., *Reacciones, Neurosis y Psicopatías*. Traducción de I. Rodrigo de la 2.ª edición alemana de la obra *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien*. Ed. Labor, Barcelona 1937.

En lo sucesivo, BRÄUTIGAM W., l. c.

30. No es ocasión de hablar, detenidamente, de este síndrome. Baste recordar que se trata de una gonosomopatía, en el varón, cuya fórmula citogenética sería 46 XXY y que cursa con discreta oligofrenia y trastornos conductuales. Sin resultados convincentes, se intentó hacer de este síndrome, la base somática de la delincuencia.

31. Cfr. KOCH J. L. A., l. c.

32. BUMKE O., *Psychopathischen Anlagen, Zustände, Einstellungen und Entwicklungen*. Handbuch d. inneren Medizin, III.º, Verlag, Berlín 1939.

cuando se tratase de un empeoramiento de la casta que aumentare de una a otra generación y critica a Moebius<sup>33</sup> para quien lo degenerativo sería transmisible hereditariamente, condición no suficiente para hablar de procesos degenerativos. Para Ziehen<sup>34</sup>, degeneración sería sólo una grave tara hereditaria y Bleuler<sup>35</sup> le adscribe una valoración sólo descriptiva.

No han tenido mejor fortuna las teorías somaticistas en las personalidades psicopáticas. Así, por ejemplo, los intentos de Reichardt<sup>36</sup> de localizar el substrato anatómico de estas afecciones en el tronco cerebral, un poco por el camino emprendido por Hess<sup>37</sup>. Thiele<sup>38</sup>, junto a Homburger<sup>39</sup> exige una neta diferenciación entre personalidades psicopáticas y las conductas «psicopatoides» —si se permite el neologismo— de ciertos niños afectados por secuelas de la encefalitis epidémica (Bonnhoefter<sup>40</sup> y Kirschbaum<sup>41</sup>).

Los intentos localizatorios de Kleist<sup>42</sup> han sido duramente criticados. Para Kleist, influido también por el concepto estratiforme de la personalidad, la somatopsique —sentimientos o tendencias corporales de K. Schneider— estarían regidas por los núcleos grises del tercer ventrículo, la timopsique— sentimientos, tendencias y valoraciones de naturaleza psíquica— en los núcleos talámicos y palidostriados, dejando a la corteza cerebral y especialmente en los núcleos orbitarios, la sede de la noopsique —las facultades del entendimiento que decía K. Schneider—. A nuestro modo de ver, el intento de Kleist fue desmesurado y realizado desde una óptica puramente mecanicista<sup>43</sup>: su afirmación de que llegaría un día en

33. Cit. por BUMKE O., l. c.

34. ZIETEN Th., *Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen*, Charité-Annalen, 36, 1912, 130.

35. BLEULER E., *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlín 1937.

36. REICHARDT M., *Hirnstamm und Psychiatrie*, Monatssch. für Psychiatrie und Neurologie. 68, 1928, 470.

37. HESS W. R., *Das Zwischenhirn Syndrome, Lokalisationen, Funktionen*, Basilea 1949.

38. Cit. por SCHNEIDER K., l. c.

39. HOMBURGER A., *Versuch einer Typologie der psychopathischen Konstitutionen*, Der Nervenarzt, 2, 1929, 134.

40. BONNHÖFFER K., *Psychische Residualzustände nach Encephalitis epidemica bei Kinder*, Klin. Wochenschr. 1922, 1446.

41. KIRSCHBAUM M., *Ueber Persönlichkeitsveränderungen bei Kinder infolge und epidemischer Encephalitis*, Zeitsch. für d. ges. Neurologie und Psychiatrie. 73, 1921, 599.

42. KLEIST K., *Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie*, Allgemeine Zeitschr für Psychiatrie, 82, 1925, 599.

43. A pesar de lo desmesurado del intento de KLEIST, creo que su obra se ha olvidado y desdeñado prematuramente. Muchos hallazgos actuales, implícita-



que la patología focal lo sería todo y reduciría a la nada el santuario del alma es suficientemente expresiva. Pero también a nuestro modo de ver, el abandono del sustrato corporal y, en concreto, el encefálico, se realizó —como ha ocurrido en tantos aspectos psiquiátricos— de modo prematuro. Las actuales investigaciones ultraestructurales, moleculares, bioquímicas retornan a estos viejos y abandonados cauces. Lo mismo cabría decir de la moderna Neurofisiología cerebral que ha dado nuevos horizontes a las primitivas investigaciones de Hess<sup>44</sup>, Hoencke<sup>45</sup>, Jahn<sup>46</sup>, Greving<sup>47</sup>, entre otros. Y las finas intervenciones neuroquirúrgicas actuales, basadas en estos hallazgos, no sólo están proporcionando resultados sorprendentes sino que, incluso, pueden llegar a plantear una grave cuestión deontológica, a saber: hasta qué punto nos es lícito modificar la personalidad psicopática o, más genéricamente, la personalidad, con medios neuroquirúrgicos. Insistir en esta cuestión sería salirse de los términos precisos de este trabajo<sup>48</sup>.

El concepto de «inferioridad psicopática» degenerativa y congénita de Koch<sup>49</sup>, en suma, fue abandonado en parte por no ser demostrada esa degeneración, en parte también por el fatalismo inherente al concepto de degeneración. Pero para Koch ¿qué significaba «inferioridad psicopática»? En definitiva «una carga y una molestia para sí mismos y/o para los demás». Es el mismo concepto que usa K. Schneider y que ha llegado a hacerse clásico en Psiquiatría. «Personalidades psicopáticas son aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad»<sup>50</sup>. Es obvio que ese sufrimiento —individual y/o social— es fruto de una deter-

mente, están en KLEIST; las hipótesis de trabajo actuales en muchas ocasiones se inspiran en su obra aunque quede silenciada. KLEIST también puede considerarse «autor maldito».

44. HESS W. R., l. c.

45. HOENCKE P. E., et cols., *Elektrencephalographische Untersuchungen an Psychopathen*, Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 183, 1949, 55.

46. JAHN D., *Stoffwechselstörungen bei bestimmten Formen der Psychopathie und der Schizophrenie*, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., 135, 1935, 245.

47. GREVING H., *Ueber das psychische Verhalten von Psychopathen mit asthenischen Stoffwechsel*, Dtsch. Zeitsch. für Nervenheilk. 135, 1935, 260.

48. El abandono de la corporalidad en Psiquiatría fue prematuro y ésta ha sido, constantemente, mi opinión. Su hipertrofia, o por mejor decir, reducir todo a la corporalidad, desmesurado. Y falaz por partir de una concepción errónea del hombre.

49. KOCH J. L. A., l. c.

50. Cfr. SCHNEIDER K., l. c. Conviene insistir en un punto. El psicópata no es incapaz de entender un código ético. De lo que es incapaz es de vivenciarlo. Más adelante se expondrá esta distinción a mi modo de ver, fundamental.



minada actitud ante sí mismo y ante los demás; y esta actitud se expresa mediante unas pautas de conducta determinadas. Dicho en otros términos, el sufrimiento es debido al choque del individuo consigo mismo o con los demás. Inevitablemente surge aquí el tema de los valores e, inmediatamente consciente de ello, K. Schneider hace una matización un tanto oscura y ambigua. «No hay que olvidar, escribe, que, en nuestra fórmula, no se trata de un sufrir a secas y tampoco del sufrir a consecuencia de la anormalidad, en el sentido que sufren los asociales por el choque con la sociedad, sino del sufrir por la propia anomalía de la personalidad»<sup>51</sup>.

Como no dispongo del texto original ignoro si, en esta frase, el autor confirió a ambos vocablos que son utilizados en él, el mismo significado. Me refiero a sufrir a consecuencia de la «anormalidad» y sufrir por la propia «anomalía» de la personalidad. Más atrás quedó suficientemente claro que, en ningún caso, deberían tener el mismo significado, esto es, desviaciones del término medio cuantitativamente considerado. Sea como fuere es, que yo sepa, la única ocasión que K. Schneider utiliza el término de «anómalo». Por otra parte, si a lo anómalo se le da el mismo sentido anteriormente expuesto de anormal, no se concibe muy bien qué diferencia puede haber entre «sufrir a consecuencia de» y «sufrir por».

Lo que sí se advierte con claridad es que no se trata aquí del sufrimiento del asocial por el choque con la sociedad aunque el autor advierte que «los límites entre los que sufren y los que perturban son imprecisos». Dicho con otras palabras, hay una imprecisión entre los límites entre la personalidad psicopática y el agitador social. De ello no cabe la menor duda. Tan erróneo sería admitir que todo delincuente es un psicópata como lo contrario: todo psicópata es un delincuente aunque conviene advertir que si, de hecho, no lo es, en potencia puede serlo con mayor frecuencia y con otras características que el resto de los individuos. Alberca señala inequívocamente: «Yo no quisiera que, por haber renunciado a forjar el concepto y la clasificación de los psicópatas sobre motivos sociales pareciera que nos despreocupábamos definitivamente de los problemas sociales y jurídicos que las psicopatías comportan. No sólo el concepto, sino el psicópata mismo, *lleva en sus entrañas una carga de dinamita* (el subrayado es nuestro). Y hay que tratar de neutralizar el riesgo ni con alaridos ni aspavientos ni haciéndonos los sordos, sino con la serenidad y la justeza con que los técnicos desmontan las granadas de mano perdidas en los antiguos campos de batalla».

51. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.

Y termina el párrafo con una frase digna de reflexión: «Es inhumano no ayudar a los otros a librarse de obrar mal»<sup>52</sup>.

Como en un incesante «ritornello», en el concepto de psicopatías se va de lo anormal, asépticamente considerado, a la repercusión jurídico-social, esto es, de la huida del mundo de los valores a echarse de bruces en ello. Porque en este ir y venir, justamente, está el cogollo de la cuestión.

Yo no he podido leer en ninguna de las obras de K. Schneider la frase que le atribuye Brautigam: «Los psicópatas son la sal de la Tierra»<sup>53</sup>. Esta curiosa traspolación del texto de S. Mateo, insisto, no lo he visto en ningún escrito de Schneider. Pero lo que no ofrece dudas es la actitud vacilante del autor ante la conflictividad social del psicópata, núcleo de la cuestión. Veamos algunos ejemplos de ella.

Por una parte afirma: «Las distintas personalidades anormales se comportan de un modo diferente en distintas épocas, de tal manera que tendrían que ser clasificadas, unas veces, de personalidades psicopáticas y otras únicamente de anormales». De aquí, de esta afirmación, a la moral de situación, media un escaso trecho. En otra parte escribe: «El hombre anormal que dirige un grupo revolucionario es, para unos, un perturbador, para otros, un libertador de la sociedad; por lo tanto, según nuestra fórmula, para unos un psicópata, para otros, no». ¿Por qué, nos preguntamos, el director de un grupo revolucionario es «anormal»? La respuesta —«según nuestra fórmula», no nos olvidemos— es porque ese hombre se sale del término medio y conviene recordarlo, un término medio imaginado y no exactamente determinable. Las cosas variarían de cariz si se usase el término «anómalo». Un líder revolucionario, afirmamos, puede ser un hombre perfectamente normal. En todo caso no prejuzgamos que lo sea. Lo que resulta evidente es que no siempre ha de ser una personalidad anormal. Con lo cual pierde fuerza argumental el hecho que ese hombre sea considerado, según la época, un psicópata unas veces, otras no. Si se tratare de una personalidad anómala en toda época lo sería; y lo que es ya de muy dudosa licitud es homologar los siguientes pares: psicópata en una época = perturbador, no psicópata en otra = libertador de la sociedad.

El médico, en tanto médico, no tiene por qué tratar con lo anormal considerado al modo de K. Schneider; pero siempre tendrá que

52. Cfr. ALBERCA R., l. c. La frase final es digna de reflexión. Más adelante se insistirá sobre ella. Estas frases, dejadas caer como «de pasada» pero penetradas de un profundo sentido, no eran infrecuentes en él.

53. BRAÜTIGAM W., l. c.



ver con lo anómalo. El médico en tanto médico no es quien para decidir quién es un perturbador de la sociedad, quién un libertador de la misma sea cual fuere la época en que le haya correspondido vivir. Pero el médico podrá determinar si la conducta de determinado hombre, con independencia de sus resultados —sólo agitadores o también libertadores— es hija de una anomalía de su personalidad. Por lo demás y de pasada ¿quién podrá afirmar que a toda acción subversiva sigue una liberación de la sociedad? Entre otras razones habría que detenerse a meditar qué se entiende por liberación y no es esa la tarea que, actualmente, llevamos entre manos. Y por añadidura, estaríamos estableciendo un juicio de intenciones: ¿quién puede afirmar que la «intención» de un renovador sea liberadora o no lo sea? Insisto: al médico sólo le compete una cuestión, a saber: si la conducta del ser humano es o no anómala. Y si así lo fuere aplicar la frase de Alberca que antes cité: «Es inhumano no ayudar a los otros a librarse de obrar mal», sentencia aplicable a todo hombre y, tal vez con especial relevancia, al médico.

En este tejer y destejer que antes hemos mencionado, K. Schneider no puede negar el choque del psicópata con la sociedad si bien lo supedita al concepto, para él rector, de personalidad anormal. Así no vacila en afirmar que «la sociedad sufre bajo los efectos de la personalidad anormal». Y añade que «lo perturbador, lo socialmente negativo es, frente a la personalidad anormal, algo secundario». Sigue aferrado al equívoco término de «anormal». Admite, empero, que estas personalidades tienen que llegar más pronto o más tarde, en cualquier situación vital y en cualquier circunstancia, a conflictos externos o internos. Y ello no deja de ser cierto de algún modo pese al fatalismo que pueda entrañar la frase. «El psicópata, dice en otro lugar, es un individuo que, por sí solo, aunque no se tengan en cuenta las circunstancias sociales, es una personalidad extraña, apartada del término medio»<sup>54</sup>. De acuerdo plenamente en que la circunstancia social no define al psicópata; lo que —estoy intentando hacerlo ver— le va a caracterizar es que esa extrañeza, esa anomalía de su personalidad va a conllevar conflictos con el medio, lo cual —el mismo K. Schneider lo advierte— no es sinónimo de caer en un puro sociologismo e incluso, peor aún, en un concepto político del psicópata, afirmando que las personalidades psicopáticas son sólo asociales, perturbadores, criminales, en una palabra, delincuentes. Lo decisivo, es cierto, es la alteración de su per-

54. Cf. SCHNEIDER K., l. c.

sonalidad, lo anómalo de la misma; lo adjetivo es la conducta derivada de esa personalidad lo que no puede llevarnos a ignorarla y eliminarla de nuestros esquemas conceptuales.

Con ello, obviamente, no está todo aclarado. Nos hemos referido a lo anómalo y la conducta conflictiva de él derivada. Ahora bien supuesto que no quedamos satisfechos con identificar anómalo con desviación del término medio cuantitativa, imaginativa e inexactamente determinado, ¿en qué consiste esa anomalía?

No será ocioso revisar algunas definiciones o, por mejor decir, precisiones en torno a esta anomalía de la personalidad. Kraepelin<sup>55</sup>, cuya síntesis nosológica, dígase lo que se diga, ha sido criticada mas no superada, quiere que los psicópatas sean grados previos no desarrollados de verdaderas psicosis». Aquí se apunta hacia la relación entre psicosis y psicopatía, cuestión muy debatida aún en la actualidad. En efecto, para algunos autores, lo que caracteriza la anomalía de la personalidad psicopática es, precisamente, lo contrario, es decir, la ausencia de todo síntoma de psicosis en actividad, sea ésta, fásica o procesal. Con palabras llanas, la psicopatía nada tendría que ver con las dos grandes psicosis endógenas, la ciclotimia y la esquizofrenia. Esto parece obvio en la práctica pero, como luego se verá, no parece tan claro por lo que respecta a la actividad delirante que Llopis prefiere denominar delusiva<sup>56</sup>. Quede este tema sólo esbozado.

Sin embargo y a partir de Kretschmer<sup>57</sup> no todos los autores se muestran partidarios de esta hipótesis. Es bien sabido cómo Kretschmer, al desarrollar su tipología habla de sujetos pícnicos, asténicos y atléticos en función de las características objetivas y mensurables de su corporalidad. Y cómo a cada uno de estos tipos somáticos correspondería una determinada reactividad frente al medio, un determinado carácter para seguir con su terminología. El pícnico sería ciclotímico, el asténico esquizotímico y el atlético tendería a la explosividad. Pues bien, Kretschmer señala —prescindamos de la última tipología, la atlética— tres estadios sucesivos: Por una parte el ciclotímico, el cicloide y el maniaco-depresivo; por otra, el esquizotímico, el esquizoide y el esquizofrénico. El ciclotímico y el esquizotímico serían personalidades normales; los maniaco-depresivos y

55. KRAEPELIN E., Cit. por SCHNEIDER K. No he podido disponer de la 5.ª edición de su Obra *Psychiatrische Klinik* que fue la usada por SCHNEIDER.

56. Cfr. nota de pie de página en la 34 de la obra de SCHNEIDER. No es la única vez que LLOPIS insiste en el término «delusión» v. «delirio». Lo veremos más adelante.

57. Cfr. KRETSCHMER E., l. c.



esquizofrénicos, notoriamente enfermos. Y en medio, los cicloides y esquizoides que, para Kretschmer ni son enfermos ni son normales, son precisamente, psicópatas. Es fácilmente advertible aquí cómo, implícitamente, se apela al concepto de anormal en la medida en que se trata de sujetos ni sanos ni enfermos, sino limítrofes. En otras palabras, lo anormal en Kretschmer sería lo fronterizo. Y, por otro lado, la concepción de la enfermedad como una graduación, no como irrupción brusca en la biografía del sujeto e incomprensible por tanto en el sentido de Jaspers<sup>58</sup>.

De Kraepelin a Kretschmer, pues, la psicopatía, lo anómalo que estamos intentando aprehender no sería sino una cuestión de grado. Un no-ser-ya-normal y un no-ser-todavía-enfermo. Lo anómalo es lo fronterizo y no lo anormal-cuantitativo.

En la concepción kraepeliniana de las psicopatías es preciso destacar otros rasgos, supuesta su vinculación con las psicosis. Son los siguientes: «personalidades malogradas» bajo la influencia de no menos de tres instancias: herencia, lesión germinal u otras inhibiciones precoces quedando sin demasiada precisión cuales sean esas inhibiciones precoces. La personalidad queda malograda puesto que estos factores hereditarios, congénitos o precozmente inhibitorios, conturban la vida afectiva y la voluntad.

Quedan esbozados así dos aspectos de las personalidades psicopáticas: su origen hereditario, congénito o precozmente adquirido y la alteración del afecto y los resortes volitivos. Gruhle<sup>59</sup> va a ampliar este concepto introduciendo en él los estados congénitos de oligofrenia, es decir que el trastorno de la personalidad afectaría también, según este autor y enfrente de K. Schneider, los aspectos intelectivos de la persona. Pero también Gruhle, adicto a la hipótesis de las desviaciones cuantitativas del término medio acepta que las desviaciones intelectivas de la inteligencia hacia arriba son exactamente igual de psicopáticas que las desviaciones hacia la infra-normalidad y así no duda en afirmar que el individuo genial lo es a causa, justamente, de su genialidad, si bien advierte que estos casos no llegan a manos del médico siempre y cuando no planteen situaciones de conflicto con el medio.

La génesis hereditaria fue también defendida por Birnbaum<sup>60</sup>.

58. Cfr. JASPERS C., l. c.

59. GRUHLE H. W., *Psychopathie (Zwangszustände, Querulantentum, hysterischer Charakter)*, Lehrb. d. Nervenkrankheiten und Gisterkrankheiten, Halle, 1935. También en *Der Psychopathiebegriff*, All. Zeitsch. f. Psychiatrie. 114, 1940, 233.

60. BIRNBAUM K., *Ueber psychopathische Charaktere*, Zeitschr für ärztzl. Fortbild. 23, 1926, 290.

Las personalidades psicopáticas son, para él, «naturalezas anormalmente predispuestas por la tarea hereditaria que muestran ligeras desviaciones, especialmente en el campo de la personalidad». Y precisa: «es decir sobre todo (aunque no exclusivamente) en la esfera de los sentimientos, voluntad e instintos». En Birnbaum destacan, pues, dos puntos muy próximos a Kraepelin: el origen hereditario y la afectación de los aspectos conativos de la persona aunque deja el resquicio abierto a otras posibilidades al afirmar que «no exclusivamente».

El caso es que la herencia genética de las personalidades psicopáticas, tema al que se le dedicó en su día una extraordinaria atención, no dio resultados muy concluyentes. Es certera la advertencia de K. Schneider: «la investigación genealógica de los psicópatas se dirige más a la cuestión de la herencia de las constituciones que a problemas aislados fisiológicos o, incluso, localizatorios cerebrales»<sup>61</sup>. Recuerda los trabajos de Stumpel, Baeyer y Riedel<sup>62</sup> los cuales no encontraron mayor incidencia de psicosis en los ascendientes de los psicópatas lo cual, al parecer, va en contra de la teoría gradativa normalidad-psicopatía-psicosis a la que antes nos hemos referido. Tampoco dio resultados alentadores el estudio de antecedentes criminales en las personalidades psicopáticas. En cuanto a los trabajos genealógicos en psicópatas, es decir, la existencia de personalidades psicopáticas en la parentela de los psicópatas fue escasamente fructífera en manos de Berlitz<sup>63</sup>, Riedel<sup>64</sup> y Lotting<sup>65</sup> siquiera sea porque trabajaron con material carente de homogeneidad clínica. Y lo mismo puede decirse de las investigaciones de Stempf en gemelos<sup>66</sup>.

Lo que parece fuera de toda discusión en el estado actual de nuestros conocimientos es que, a despecho de la escasa luz obtenida en las investigaciones hereditarias y de los datos irrelevantes en torno a las afecciones corporales en estos pacientes, el concepto de psicopatía lleva en su entraña la nota de lo *permanente*. No se trata pues de un estadio pasajero, fugaz, reactivo, en el sentido de Jas-

61. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.

62. Cit. por SCHNEIDER.

63. BERLITZ B., *Erblichkeitsuntersuchungen bei Psychoopathen*, Zeitsch. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, 134, 1931, 382.

64. RIEDER H., *Psychasthenische Persönlichkeiten*, Med. Klin. 1938.

65. LOTTING H., *Zwillingsstudien zur Frage der psychopathischen Reaktionsbreiten*, Dtschr. Zeitschr. f. Nervenheilk. 117, 1931, 277.

66. STUMPFEL F., *Ergebnisse von Untersuchungen an einer lückenlosen Serie psychopathischer, nichtkrimineller Zwillinge*, Zeitsch. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. 165, 1939, 129.



pers y de Brautigam<sup>67</sup> —apoyado en el anterior autor—. La personalidad psicopática es algo que permanece frente a la opinión de Koch quien defendía la existencia de una forma fugaz y de Ziehen<sup>68</sup> para quien «Las constituciones psicopáticas son estados de enfermedad psíquica funcional que ofrecen síntomas muy leves y dispersos, tanto en la esfera afectiva como en la intelectual, sin llegar a síntomas psicopáticos graves y permanentes como alucinaciones o representaciones delirantes». Hay que tener en cuenta que fue Ziehen quien defendió a ultranza la independencia de la psicopatía y psicosis y habló de una alteración global de la personalidad que no sea una psicosis.

Con este repaso al concepto de las psicopatías, hemos llegado a una conclusión, a saber: se trata de anomalías permanentes de la personalidad considerada globalmente que, en función de su propia anomalía, sufren y hacen sufrir a los demás. Por secundario que sea esta connotación social es indispensable para su caracterización. Un ejemplo puede aclarar un tanto burdamente lo que antecede.

Supongamos un hombre portador de bacilos de Koch pero que no presente nunca o, hasta ahora no haya presentado, síntomas clínicos derivados de las lesiones que, en el órgano de su economía que se quiera, esté produciendo dicho germen patógeno. Será un portador de la enfermedad —no interesa ahora si, en esta medida, puede contagiar a los demás— mas no un enfermo en tanto en cuanto no aparezca la sintomatología que, a fin de cuentas, es la *expresión* de toda enfermedad. Será si se prefiere dicho así, un enfermo «en potencia». Pero no lo será «en acto» hasta tanto no aparezca esta expresividad sintomatológica.

Otro tanto, en teoría al menos, cabría decir de la personalidad psicopática. Puede aparecer una persona extraña, anómala, diversa de los demás. Pero siempre que no se *exprese* no existirá, actualizada, su psicopatía. Y esta *expresión* es siempre el conflicto con los demás, conflicto doloroso, puede que así sea, para el psicópata, siempre para los otros. Se trata en suma de una anomalía de la personalidad que conduce a una comunicación interhumana no sólo defectuosa sino conflictiva.

De lo que se trata ahora es de abordar de dónde procede esta anomalía supuesto que lo congénito, lo hereditario, lo corporal no han dado soluciones satisfactorias.

Se podría pensar que las aportaciones de la Psicología dinámica

67. BRAÜTIGAM W., l. c.

68. Cfr. ZIEHEN Th., l. c.

hubiesen proporcionado una luz a este respecto pero no fue así. ¿Por qué? A mi modo de ver por lo siguiente:

El pensamiento freudiano pese a su innegable mecanicismo no hizo sino desplazar el interés, en él y en sus seguidores, de lo corporal a lo psíquico. Si la consideración del hombre como pura corporalidad deja muchas cosas en la mayor oscuridad, lo contrario no es menos cierto. Ambas tendencias, psicologismo y somaticismo, no son sino aspectos parciales del ser humano con pujos de totalidad y ceguera para lo demás. En segundo lugar, como he tenido ocasión de exponer en otro lugar<sup>69</sup>, con esta metodología «no sólo se parcela al hombre privándole de su espíritu sino que soma y psique, partes constitutivas de la «physis», se enfrentaron entre sí. Destaco la gravedad de esta antinomia pero no puedo silenciar el error metodológico que supuso intentar comprender la «physis» o pretender explicar la «psyche». A despecho de la obra de Jaspers, los conceptos de comprensión y explicación se entremezclaron entre sí. Si el planteamiento de una hipótesis de trabajo parte de prejuicios y la metodología es errónea, la teoría que surja de ambas premisas no podrá, en ningún caso, ser verificable».

Expresado en otros términos. De lo hereditario, congénito y constitucional se pasó, sin transición a los motivos ambientales. O todo radica en el individuo —y ya hemos visto que ello no ha sido demostrado— o todo radica en el ambiente. Para la psicología dinámica freudiana, en el «trauma» infantil. La psicopatía sería, perdonese la simplificación, una situación edípica no liquidada. Esto para Freud y su escuela ortodoxa. Para sus seguidores hasta nuestros días, la sociedad sería el origen de las psicopatías y, al hablar de sociedad, me estoy refiriendo a la familia, escuela, estructura social, nivel económico, cultura, religión, etc. Con lo cual se llega a la siguiente situación tan actual: el psicópata no existe sino que es, nada más ni nada menos, el producto deseable de una sociedad corrompida. Al psicópata no hay que «curarle» puesto que ello sería someterle a la sociedad alienante sino, por el contrario, hay que estimularle a fin de que, con su actitud demoledora, sirva como fuerza de choque, punta de lanza destructora de sistemas políticos, económicos, sociales. Que sea una personalidad anómala y sufra en función de esa anomalía es algo baladí; tal vez su sufrimiento, se dice, no hay que buscarlo en una inexistente anomalía sino justamente en el medio. El psicópata no existe pero sirvámonos de esas

69. Cfr. AMAT E., l. c.



personalidades con fines político-sociales. Esto constituye a mi entender una manipulación y como tal, algo aberrante<sup>70</sup>.

Estas consideraciones llevarían a la reflexión sobre la violencia actual. Por atractivo que sea el tema, no debo entrar en él puesto que me saldría del asunto fundamental y, a mayor abundamiento, otros con mayor actualidad que yo lo han hecho<sup>71</sup>. Dejando aparte, pues, estas consideraciones, la aportación de la Psicología profunda en el tema de las psicopatías, al destacar lo ambiental y desdeñar otros aspectos no han hecho sino aproximar las neurosis a las personalidades psicopáticas. Así Repond y Humbert<sup>72</sup> prefieren hablar de «neurosis del carácter» con lo cual nada se adelanta: el cambio de nombre a poco conduce. Pero además y como veremos a continuación entre neurosis y psicopatía hay una frontera que, si bien en muchos casos es difusa —y esta difuminación, por cierto, no sólo se da en este campo—, en otros es notoriamente diferenciada. Así Bräutigam<sup>73</sup> con razón destaca que los neuróticos se diferencian de los psicópatas en dos rasgos muy peculiares. El uno por una estructura distinta del carácter, el otro por el mayor peso específico de la disposición. Dejemos este segundo aspecto por el momento.

Estos rasgos caracteriales, diferenciales entre neurosis y psicopatía serían —en manos de Bräutigam— los siguientes: la rigidez, la extraversión y la manifestación de la tensión interna por actos más que por palabras.

Debo manifestar mi acuerdo con esta descripción. En mi opinión, la rigidez de la personalidad de estos pacientes es un síntoma patognomónico del que se derivan las otras dos características. Se trata de sujetos rígidos, esto es, ininfluenciables a todo intento psicoterapéutico, poco flexibles, escasamente plásticos, inadaptables a la situación. Cuando digo inabordable a todo intento psicoterapéutico no estoy afirmando que psicópata es aquel neurótico en el que la psicoterapia no ha tenido éxito. Esta afirmación tan poco afortunada se ha hecho, nos lo recuerda Repond<sup>74</sup>. Me refiero a la impermeabilidad de estos pacientes, en los que la relación interhumana queda bloqueada, es fría, distante, sin calor humano.

La extroversión se refiere a lo siguiente. Es típico de estos pa-

70. Un análisis siquiera somero de las actuales corrientes antipsiquiátricas estaría fuera de lugar.

71. BALLESTEROS J., *En Ética y política en la Sociedad democrática*, Espasa Calpe, Madrid 1981.

72. Cfr. ALBERCA R., l. c.

73. Cfr. BRÄUTIGAM W., l. c.

74. Cit. por ALBERCA R.

cientes la proyección de sus fracasos al exterior. El sentimiento de culpabilidad, tan frecuente en el neurótico, está ausente de las personalidades psicopáticas. Su altivo egocentrismo y su rigidez que les hace adecuarse mal al medio, les conduce a situaciones de conflicto o de fracaso. Pero de este conflicto o de aquel fracaso el responsable no será él mismo sino seremos los demás sobre los que descargará su tensión. ¿Cómo?

No es lo típico que sea verbalmente sino en forma de actos violentos. Es indiferente ahora que estos actos violentos se cometan de forma brutal, brusca, «arrebataada» que sosegada y fría; la raíz es la misma. Y como notas peculiares, estas acciones violentas se adecuan a la ley del «todo o nada», son insensatas, extrañas y siempre destructoras.

He aquí las tres características —rigidez, extraversion, descarga conitiva de la tensión interna—, que diferencian del neurótico a la personalidad psicopática.

Sin menospreciar estos rasgos caracteriales, puramente descriptivos, que diferencian las neurosis de las psicopatías, es ineludible dedicar nuestra atención a lo que Bräutigam<sup>75</sup> denomina «el mayor peso específico de la disposición». No sólo va a ser ello una diferencia entre las personalidades neuróticas y las psicopatías sino que, a mi entender la disposición puede ser la clave que nos adentre en aquello en que consiste la anomalía de la personalidad que andamos indagando.

La personalidad no es algo que pueda concebirse ni como estrictamente dotal ni como resultado de influjos ambientales. Sin embargo no pueden desecharse ni unos ni otros. El hombre nace con unas determinadas dotes que pueden ser seguidas genéticamente, llámense a estas dotes como se quiera: factores hereditarios, constitucionales o condicionamientos de cualquier tipo. Y al hilo de estos condicionamientos surgen los aconteceres, lo externo al hombre: experiencias, éxitos, fracasos, situaciones de todo tipo.

Estas situaciones a las que denominamos de modo ya clásico «motivos externos» para diferenciarlos de los que le han sido transmitidos por herencia o dados gratuitamente y que serían los motivos íntimos, estas situaciones, insisto, no pasan por el hombre sin más. Son vividas por el hombre quien, por lo demás, advierte que es él y no otro quien las vive. Esto es lo que denominamos vivenciar. Los motivos externos son realidades que el hombre vivencia.

75. Cfr. BRÄUTIGAM W., I. c.



Aquí conviene mencionar a Zubiri<sup>76</sup> cuando afirma que, para el hombre las cosas no son sólo estímulos sino también y preferentemente realidades. La cosa-estímulo sin perder por ello su estabilidad e independencia se transforma en cosa-realidad para el ser humano. Transformándose en realidad para el hombre, éste controla las cosas mediante un proceso de creación: el hombre no sólo puede sino que necesita transformar, creativamente, el medio en que vive. Esta apropiación creadora de la realidad se lleva a cabo mediante una inteligencia sentiente y una voluntad tendente.

Para el hombre la realidad adopta dos modos de ser: la potencia, esto es, la capacidad de que lo real pueda hacer algo por sí mismo y la posibilidad, entendiendo por tal que la realidad llegue a ser algo merced a la creatividad humana, en la medida en que el hombre tiene un sentido que no es sino aquel que le conceden las posibilidades que, respecto a ella, haya inventado o pueda inventar el hombre. Las cosas ya no son un estímulo sino una realidad con un sentido creador.

El hombre es una esencia abierta ante la realidad; esta apertura le compromete a comportarse creativa y proyectivamente frente a la realidad pero también frente a *su* realidad. Si ello es así, en la vida del hombre se dan hechos o actualización de una determinada potencia de la realidad y eventos o actuación de una posibilidad. Entre ambos se sitúa su capacidad de decisión, su albedrío, en una palabra su libertad. Como consecuencia de ello, la interioridad del hombre adopta la forma de intimidad. Hacia fuera de sí, el hombre es un ser cuasi-creador, hacia dentro es capaz de apropiarse de los contenidos de su vida y, por consiguiente, de su vida misma. Y esta apropiación constituye al hombre como persona; vivir personalmente es poseerse a sí mismo a lo largo de una vida a la vez somática y psíquica.

El ser humano posee, pues, unas cualidades dotales a las que hemos venido llamando, un poco arbitrariamente, lo constitucional, lo dado. A lo largo de su vida va adquiriendo conciencia de la realidad circundante, de los motivos externos o ambientales. Este darse-cuenta-de se denomina vivenciar. Pero, como hemos visto, el hombre es capaz de apropiarse de sus propias vivencias —incluido él mismo como vivencia de su propia realidad objetiva—. ¿Cómo? Mediante la *disposición* para ello que viene fraguándose a lo largo de la existencia entre su modo de ser y las peculiaridades de su realidad.

76. ZUBIRI X., *Naturaleza, Historia, Dios*, Editora Nacional, Madrid 1955. También en *Inteligencia sentiente*, Alianza Editorial (Madrid, 1980).

«Disposición y mundo vivenciado, escribe Alberca, están en íntima correlación, forman un mundo de acción. Lo disposicional de la persona se despliega en sus vivencias y, según el sentido y valor de esa disposición, la vivencia es elegida, tomada, fundida con la disposición para hacerse fortuna o infortunio, consuelo o tormento de la personalidad. La psicopatía expresa el predominio de lo disposicional; las neurosis, el de las vivencias»<sup>77</sup>.

La personalidad neurótica está inerte frente al mundo vivencial. La personalidad psicopática, merced a su disposición, transforma peyorativamente este mundo vivencial. Tal vez ahí haya que buscar el origen del viejo aforismo, exagerado y simplista como todos ellos, «el psicópata nace, el neurótico se hace». Y lo disposicional se va fraguando en el juego incesante entre lo vivenciado y lo dotal, sin prevalencia de uno sobre otro. Pero además esta disposición a apropiarse de lo vivenciado como «infortunio o tormento», en palabras de Alberca, va erosionando las posibilidades cuasi-creadoras del hombre para convertirlas en cuasi-destructivas. En este sentido la apropiación de los contenidos de su vida no es sino la apropiación de unos contenidos deformados y deformantes. Por tanto es la vida misma del psicópata la que aparece deforme y destruida. La posesión de sí mismo ya no es hacedera; se poseen contenidos viciados por la anómala captación de las vivencias a través de la disposición. Y en función de ello al psicópata le va a ser imposible la elección y el compromiso, en una palabra, el uso de la libertad.

La realidad —el motivo externo— para el psicópata aparece siempre deformada merced a este interjuego entre lo vivencial y lo disposicional, núcleo de su anomalía, del que hemos hablado más arriba. Lo cual nos lleva a preguntarnos, siquiera sea de pasada, la relación que puedan tener estas personalidades con los síndromes delirantes.

Sabido es que el hombre es el ser que confiere un sentido a la realidad, sentido cuasi-creador, como hemos visto, en la medida en que a través de él puede modificar esa misma realidad. Y también puede —de hecho así sucede— dar un sentido a sí mismo, puesto que también el hombre es parte de la realidad. Pues bien, el delirio es un error incorregible de base patológica conferido a esa realidad. Error incorregible y patológico que, al ser elaborado, pasa de ser una idea delirante a ser un desarrollo delirante que, en el concepto de Kraepelin, cursa con absoluta normalidad en el querer,

77. Cfr. ALBERCA R., l. c.



pensar y obrar. He definido la Paranoia de la síntesis nosológica kraepeliniana.

Este concepto ha sido duramente criticado y hoy ha perdido toda su vigencia manteniéndose sólo el sentido de lo paranoide o parecido a la Paranoia que Llopis<sup>78</sup> prefiere denominar «delusión» traduciendo más precisamente el término alemán «Wahn». Lo paranoide o delusivo, en función con su dependencia con el motivo externo presuntamente desencadenante y de su duración, recibirá los nombres de reacción, desarrollo o proceso, siguiendo el esquema de Jaspers<sup>79</sup>.

Lo reactivo guardaría una estrecha relación temporal con el motivo desencadenante y su duración sería escasa en función con la persistencia del estímulo. El desarrollo tiene una vinculación indudable con el motivo externo, pero también con la disposición del sujeto hacia la infidencia y la susceptibilidad. Su duración es mucho mayor que la de la reacción y no desaparece con la cesación del estímulo sino que, por el contrario, termina siempre, tras una cuidadosa elaboración, siendo un sistema delirante, lo que no ocurre con la reacción. En el proceso no hay vinculación alguna con estímulo alguno. Además en él se dan otros síntomas claramente psicóticos —alunaciones, autismo, rigidez afectiva, desintegración del curso del pensamiento, etc.— que lo homologan con las esquizofrenias paranoides o parafrenias en el sentido de Kolle<sup>80</sup>.

¿Son las personalidades psicopáticas desarrollos delirantes? A mi entender son cosas distintas pese a la existencia de personalidades psicopáticas querulantes, paranoides, pseudólogos fantásticos. Es posible que, en la clínica se den situaciones de perplejidad diagnóstica pero lo esencial en ambos cuadros es distinto. El rasgo característico del delirante es la presencia de una idea o sistema de ideas delusivas, erróneas interpretaciones de la realidad pero en un sólo tema; valga el ejemplo la celotipia. En el restante mundo vivencial del delirante, la personalidad está incólume. Falta en ellos la rigidez antes mencionada que no debe confundirse con la incorregibilidad del pensamiento delirante. En el psicópata no hay parcela de su mundo vivencial que no esté afectada precisamente a través de lo disposicional. En cuanto a la respuesta terapéutica si bien es cierto que la psicoterapia es poco estimulante en sus resultados en uno y otro caso, no lo es menos que en los desarrollos delirantes se ob-

78. Véase lo expuesto en la nota 56 acerca de este concepto de LLOPIS.

79. Cfr. JASPERS C., l. c.

80. KOLLE K., *Ueber 'paranoische' Psychopathen*, Zeitschr. f. d. ges Neurologie und Psychiatrie. 136, 1931, 97.

tienen buenas respuestas terapéuticas tanto con la psicofarmacología como con los tratamientos biológicos —de pasada conviene decir que, en determinados casos de desarrollos delirantes continúa vigente la cura de Sackel o insulino-terapia—, en tanto que uno u otro proceder es totalmente ineficaz en las psicopatías.

En suma podemos pues establecer el concepto de personalidades psicopáticas de la forma siguiente:

Se trata de *personalidades anómalas* dando a este término su más estricto sentido etimológico y no el sentido cuantitativo, en más o en menos, tomando el término de comparación la normalidad.

Esta anomalía radica en una alteración de la *disposición* entendiéndose por tal el modo con que se confiere sentido a la realidad circundante. Esta disposición se fragua en el interjuego entre lo dotal y lo vivencial. Nada se opone a admitir que una vivencia, mal asimilada merced a la disposición, contribuya a afectar más lo disposicional.

Estas personalidades anómalas se caracterizan por su rigidez, extraversión y liberación de las tensiones internas mediante los actos violentos conitivos.

Estos rasgos no son los propios de las psicosis endógenas pero tampoco de las alteraciones neuróticas de la personalidad.

La disposición, que tiene su origen en una afectación del carácter y que se acentúa con el choque con el mundo vivencial; que hace anómala a la personalidad merced a los tres rasgos antes señalados, origina conflictos con la sociedad.

Esta conflictuosidad, ciertamente, es secundaria a la anomalía pero es decisiva para diagnosticar al psicópata y, ante ella, no hay por qué renunciar al mundo de los valores humanos con la excusa de que es algo que no compete a la Ciencia.

Una vez constituida esta personalidad anómala, en el estado actual de nuestros conocimientos puede admitirse que es irreversible y no responde a las terapéuticas habituales, sean éstas biológicas, psicofarmacológicas o psicoterápicas.

Así concebida la personalidad psicopática, obvio será decir que, en la medida en que originan conflictos con el medio —sufren y hacen sufrir a los demás a los que consideran únicos responsables de su sufrimiento íntimo—, la cuestión de las personalidades psicopáticas no es materia sólo unidisciplinar, vale decir, psiquiátrica sino multidisciplinar. Con otras palabras, la personalidad psicopática no es sólo un problema médico sino también social en el más vasto sentido del término. El psiquiatra puede y debe dar su opinión en tanto tal; es evidente que él solo no puede —ni debe, según mi criterio— agotar el tema.



Uno de los puntos más debatidos y abiertos a la crítica de las personalidades psicopáticas ha sido la clasificación de estos pacientes. Alberca dice, a este respecto, «yo no puedo dejar de alabar el buen sentido —la honestidad— de K. Schneider cuando reconoce que, en realidad, la crítica de los tipos psicopáticos 'tiene razón en muchos aspectos' y que 'realmente no se puede trabajar bien con estos tipos' y no es justo achacarle lo que él no ha dicho o dejar de tomar en consideración lo que había dicho de entrada»<sup>81</sup>.

En efecto, K. Schneider<sup>82</sup> se opone a las clasificaciones de las personalidades psicopáticas *sistemáticas* y se muestra partidario de las *asistemáticas*. Conviene aclarar estos términos.

Las clasificaciones sistemáticas hacen derivar los diversos tipos de personalidades psicopáticas según tres criterios. El primero de ellos a partir de las propiedades psíquicas fundamentales. Así hace Gruhle<sup>83</sup> en función de siete actividades psíquicas fundamentales según él; a saber: actividad, ánimo fundamental, sensibilidad afectiva, esfera de la voluntad, autorreferencia, elaboración del mundo externo y confianza en sí mismo. De cada una de estas siete actividades fundamentales extrae diversos subtipos. Así, por ejemplo, por lo que respecta a la actividad, habla de tipos eréticos o supranormales y tipos tórpidos o infranormales. Por lo que atañe al estado de ánimo, establece los subtipos alegre, triste, colérico y angustiado. En la sensibilidad afectiva, los brutales y los sentimentales. En la esfera volitiva, enérgicos y débiles; en los últimos tres rasgos —autorreferencia, elaboración del mundo interno y confianza en sí mismo— tres variantes en función de la intensidad de este rasgo psicológico: intensamente positiva, débil e intensamente negativa.

Otro criterio sistemático es el que toma como punto de partida el modo de elaboración de las vivencias; son las tipologías llamadas reactivas. Como paradigma de ellas puede citarse la de Kretschmer<sup>84</sup> quien distingue cuatro formas sucesivas de elaboración vivencial a saber: la recepción, la detención, la elaboración y la liquidación.

La más primaria y elemental es la recepción de la vivencia. En el psicópata la recepción vivencial es intensa pero la retención es defectuosa. Según este criterio, aparecerían los tipos explosivos, inconstantes, oligofrénicos «morales», criminales e impulsivos.

81. Cfr. ALBERCA R., l. c.

82. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.

83. Cfr. GRUHLE H. W., l. c.

84. Cfr. KRETSCHMER E., l. c. Id. en *Die sensitiven Beziehungswahn*, Berlín 1927.

Por lo que respecta a la segunda forma, derivada del segundo estadio de captación vivencial —la detención o retención— el psicópata de este tipo se caracterizaría por una alta capacidad de retención vivencial. Aquí las vivencias son activadas intrapsíquicamente con mayor intensidad y existe escasa capacidad de liquidación. Surgen los tipos vulnerables e hipersensibles, luchadores perpetuos frente a una sociedad organizada, contra ellos, de forma omnipotente.

La tercera forma de captación vivencial es la elaboración. La impresión vivencial se halla exacerbada, la capacidad de liquidación es nula y la vivencia es elaborada intrapsíquicamente, no simplemente retenida —sin elaborar— como en el grupo anterior. Se da entonces lo que Kretschmer denomina «contención». El resultado son los cavilosos, sensibles, blandos, angustiados, inseguros y coartados. La elaboración vivencial, dice Kretschmer es «callada y persistente».

En función, por último, de la capacidad de liquidación vivencial, Kretschmer divide sus tipos en aquéllos con gran rapidez de liquidación, los esténicos o luchadores y aquellos que tienen bloqueada tal capacidad, los asténicos o sensitivos.

Otra clasificación sistemática que toma como punto de partida la elaboración vivencial es la de Ewald<sup>85</sup> quien se inspira en Kretschmer si bien se diferencia de él en introducir los conceptos temperamento, como aspecto meramente cuantitativo de la personalidad y carácter o aspecto cualitativo; ambos vendrían matizados por el biotono o tensión vital. Con arreglo a este esquema, Ewald establece los siguientes estadios de captación vivencial: capacidad de impresión para vivencias de acentuación afectiva elevada, impresión para vivencias impulsivas, retención para ambos modos de vivenciar, actividad intrapsíquica y desviación. En función de la mayor o menor preponderancia de ellas establece una muchedumbre de tipos psicopáticos, imposible siquiera de mencionar en los límites de este trabajo.

Un tercer modo de establecer una tipología de las personalidades psicopáticas es aquella que toma como criterio la constitución corporal y las relaciones genealógicas. Baste mencionar la tipología constitucional de Kretschmer y las de sus seguidores. Como variante de esta metodología habría que hablar de las clasificaciones estratiformes, es decir de las que parten, como premisa previa, de la constitución de la personalidad en estratos o capas. Así la clasificación

85. EWALD G., *Temperament und Charakter*, Berlín 1924.



de Homburger<sup>86</sup> y la sumamente minuciosa de O. Kahn<sup>87</sup> quien habla de psicópatas *impulsivos* —débiles de impulsos—, psicópatas sexuales, psicópatas del *temperamento* o *psicópatas distímicos* en los que establece los siguientes subtipos: los hipertímicos —vivaces, excitables, explosivos, irritables, eufóricos— los hipotímicos o atímicos —flemáticos, obtusos, fríos, desalmados— los disfóricos —angustiados, malhumorados y tristes— y los poiquilotímicos —lábilés de ánimo autóctonos y reactivos—. Finalmente psicópatas del *carácter* o *distónicos*, entendiendo Kahn por carácter el gobierno finalista del propio yo y del mundo externo. Estos tipos y subtipos de Kahn combinados entre sí, establecen una variedad de tipos extraordinaria.

Con razón K. Schneider aboga por las clasificaciones asistemáticas toda vez que advierte que en las sistemáticas se producen lo que él denomina «vacíos clínicos» es decir tipos psicopáticos que, en la práctica, nunca se ven. «Esto sucede, dice K. Schneider, sobre todo por la pretendida ordenación polar de las propiedades. Si por ejemplo, se opone al 'explosivo', como forma polar contraria necesaria, el 'inexcitable', se obtiene un cuadro, que al menos para la clínica, carece de interés».

Con anterioridad a K. Schneider ya se habían establecido diversas clasificaciones tipológicas asistemáticas o, dicho con otras palabras, clasificaciones que sólo atienden a un criterio descriptivo o fenomenológico. Así en Kretschmer<sup>88</sup> quien describe los criminales congénitos —de indudable reminiscencia lombrosiana—, los inconstantes, los embusteros, los farsantes y los pseudolitigantes, que él diferencia de los querulantes a los que adscribe a su concepto de paranoia. En ediciones sucesivas añadió otros tipos cuales son los ilusos, los estéticos, los románticos, los fanáticos, los exaltados. La razón de estas ampliaciones sucesivas no era sino la frecuencia con que se presentaban estos tipos en las consultas psiquiátricas.

Bleuler<sup>89</sup> describe los nerviosos, psicópatas sexuales, excitables, inconstantes, impulsivos, extravagantes, embusteros y farsantes, enemigos de la sociedad o asociales, pendencieros o litigantes. Bumke<sup>90</sup> por su parte habla de fanáticos, malhumorados, fríos, enemigos de la sociedad, hipertímicos, distímicos, lábilés de ánimo, sintónicos, egoístas, impresionables, artistas sentimentales y angustiados, anancásticos, personalidades paranoides, necesitados de estima, insufi-

86. Cfr. HOMBURGER A., l. c.

87. Cfr. KAHN E., l. c.

88. Cfr. KRETSCHMER E., l. c.

89. Cfr. BLEULER E., l. c.

90. Cfr. BUMKE O., l. c.

cientes, inconstantes, excitables entre los que describe los dipsómanos y pirómanos.

También Gruhle<sup>91</sup> aparte de su clasificación sistemática, ofrece otros tipos asistemáticos: estafadores, pseudólogos, dominadores e inconstantes, criminales natos, fríos o sentimentales, litigantes, fantásticos y fanáticos, entre otros. Sólo mencionamos de pasada las clasificaciones de Scholz y Toebben<sup>92</sup> puesto que están referidas a la adolescencia y a la infancia las de Homburger<sup>93</sup> y Tramer<sup>94</sup>. Y Wollenberg<sup>95</sup> distingue entre sus psicópatas «los que fracasan» de los que «perturban» y menciona a los débiles, coléricos, inestables, distímicos, ajenos a la realidad extravagantes e imbéciles.

Como puede verse, en estas clasificaciones asistemáticas, más acordes con la realidad observable, la anomalía de la personalidad está presente pero, en ningún caso, queda eliminado el concepto de valor, como al principio dijimos que era la intención de K. Schneider. cuya clasificación conviene mencionar ahora.

Fiel a su premisa, es asistemática y reputa como innecesaria la intención sistematizadora que, a su propia clasificación, hizo Tramer. Para Schneider —y a su descripción dedica la segunda parte de su obra— los psicópatas se clasifican en hipertímicos, depresivos, inseguros de sí mismos, fanáticos, necesitados de estima, lábiles de ánimo, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos. Nos ahorramos la descripción minuciosa de los mismos<sup>96</sup>.

Pero lo que no podemos silenciar es que K. Schneider, a la vez que rechaza los intentos sistemáticos e intenta describir de la forma más minuciosa posible su clasificación asistemática, fenomenológica y, por supuesto, más acorde con la realidad, rechaza la opinión de Klages<sup>97</sup> y Zutt<sup>98</sup> para quienes sólo se daría una sola forma de psicopatía. La tesis de estos autores es que en el meollo de la persona-

91. Cfr. GRUHLE H. W., l. c.

92. Cit. por SCHNEIDER.

93. Cfr. HOMBURGER A., l. c.

94. TRAMER M., *Psychopathische Persönlichkeiten*, Schweiz. Med. Wochenschr. 1931, 217. Id. en *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*, Basilea 1949.

95. WOLLENBERG R., *Psychopathische Persönlichkeiten im Kriege*, Jahresber. f. Psychiatrie u. Neurologie. 20, 41, 1916.

96. Consideramos innecesaria una descripción pormenorizada de estos tipos. Al lector interesado en ello le remitimos a la obra de K. SCHNEIDER repetidas veces citada en este trabajo.

97. KLAGES L., *Bemerkungen zum sogenannten Psychopathie*, Nervenartz. 1, 1928, 201.

98. ZUTT J., *Ueber das Wachträumen*. Monatschr. für Psychiatrie und Neurologie, 76, 1930, 188.



lidad psicopática existiría un conflicto entre el parecer y el ser que conllevaría a un incesante autoengaño, necesario para la vida. La razón que da K. Schneider para oponerse a esta hipótesis de Klages y Zutt es que, por ahí, se llegaría a una *interpretación* constructiva, camino que rechaza para lograr lo que él denomina una «Patocaracterología fenomenológicamente descriptiva».

No es mi intento —ni mucho menos— resucitar aquí la vieja polémica de la psicosis única aunque sí que me estará permitido manifestar que siempre me he encontrado alejado de dicha hipótesis. Ahora bien: ello no está en contradicción para que considere viable y operativa la teoría de la «psicopatía única» y no vea razón de peso el que sólo se obtenga de ella una interpretación sobre todo si es —y el propio K. Schneider así lo admite— constructiva, se adecúa al concepto de comprensión —«Verstehn»— jasperiano y, mediante ella, no se intenta explicar nada. Por lo demás, la psicopatía puede considerarse, «in re», única toda vez que, en la clínica, tipos puros, ya sean establecidos con criterios sistemáticos, ya con criterios descriptivos, difícilmente se observan. Por lo demás que en el psicópata se dé —interpretativa o comprensivamente— un conflicto incesante entre el parecer y el ser, no se opone en absoluto con la teoría de lo disposicional que, páginas atrás, hemos mantenido.

Para terminar con la concepción actual de las personalidades psicopáticas, convendrá decir algunas palabras acerca de la relación de este término con el concepto de enfermedad. Con otras palabras: la personalidad psicopática ¿es una enfermedad? La pregunta no es baladí aunque la respuesta no sea fácil y, ciertamente, la que se ofrezca tendrá todos sus flancos abiertos a la crítica. Pero si la personalidad psicopática no es una enfermedad —me hallo en este momento muy lejos de homologar enfermedad con la «specie morbosa» de Sydenham—<sup>99</sup> como mínimo todo intento de establecer una nosotaxia resultaría a todas luces improcedente, como máximo la Psiquiatría nada tendría que decir acerca de estas personalidades —ni siquiera multidisciplinariamente—. Me apresuro a añadir que la clasificación del quehacer psiquiátrico en Psiquiatría mayor —las psicosis o, en términos llanos, los «locos»— y Psiquiatría menor —las reacciones anormales, las neurosis y psicopatías— me parece

99. Para una descripción de la misma puede recurrirse a LAIN P., l. c. También del mismo autor *Historia de la Medicina*, Salvat Ed., Barcelona, 1977.

insostenible y arriesgada. Con toda brevedad expondré mis argumentos en contra de esta, para mí, arbitraria división.

Si nos atenemos al paciente, que su «pathos» sea subsidiario de una Psiquiatría mayor o menor, puede indicar una de estas dos cosas: o bien que padezca una enfermedad, en cuyo caso, bien hará en ponerse en manos de una Psiquiatría mayor o que, por el contrario, no la padezca; su estudio será propio de la Psiquiatría menor. A esto se le puede objetar lo siguiente. ¿Quién determina si su dolencia es mayor o menor? Y por otra parte: si lo suyo no es una enfermedad, ¿qué tiene que ver con él la «iatría»? Conviene no olvidar aquí y ahora que «iatría», Medicina, continúa siendo el intento de ayuda a un semejante enfermo.

¿Acaso se trata de una cuestión pronóstica? Las afecciones de mal pronóstico serían las propias de una Psiquiatría mayor, las de buen pronóstico de una Psiquiatría menor. Pero, no se olvide, el pronóstico es un momento cognoscitivo de la Clínica que sigue a la diagnosis, precede a la terapia y no deja de ser un juicio de valor apriorístico que no siempre se corresponde con lo que ocurrirá. El diagnóstico se hace y debe hacerse con los datos semiológicos de que se dispone; también el pronóstico, siempre que esos datos hayan sido integrados en una unidad sindrómica o nosológica. Ahora bien, el juicio pronóstico sólo tiene verificabilidad a través de la evolución.

Pues bien: aun admitiendo la veracidad incuestionable de todo juicio pronóstico —y ello es mucho suponer— es un grave error considerar que las psicosis tiene siempre mal pronóstico en tanto que las neurosis y las psicopatías lo tienen bueno. Sucede exactamente lo contrario. Si hubo un tiempo en el que la falta de toda dotación terapéutica permitía «toties quoties» establecer un mal pronóstico en las psicosis, hoy esto no lo admite nadie. Sin embargo esas nuevas técnicas terapéuticas, poco activas se muestran ante neurosis y psicopatías. Y ninguna técnica psicoterápica se ha mostrado más eficaz que otra en las neurosis y prácticamente ninguna activa frente a las psicopatías. En la actualidad, la vieja sentencia «la locura es incurable» del vulgo está siendo sustituida por otra que reza así: «los nervios no tienen cura». Pese a ello es cierto que si nadie desea ser considerado «loco», esto es, psicótico y, en esta medida, se rehusa el psiquiatra, no lo es menos que nadie o muy pocos desearían tener alguna afección «nerviosa» y, en este sentido, nadie tiene rubor de acudir al psiquiatra por los motivos más variados, aberrantes y pintorescos.

Lo cual nos lleva a considerar qué ha ocurrido con el psiquiatra a través de esta división en Psiquiatría mayor y Psiquiatría menor.



Como he tenido ocasión de exponer en otra ocasión<sup>100</sup>, en la actualidad «a la Psiquiatría se la está negando al mismo tiempo que a la vida se la está psiquiatrizando». Es claro que hago referencia a la Antipsiquiatría, negadora de toda enfermedad mental, de toda psicosis; y también que al psiquiatra se le requiere para una ingente muchedumbre de situaciones ante la que hay que preguntarse de modo constante si la «iatría» tiene algo que ofrecer, puesto que va quedando cada vez más desplazada. Las gentes hoy buscan al psicólogo, al sociatra, al sexólogo, al psicoanalista, etc. En instituciones hospitalarias —en muchas de ellas y sobre todo las de la Seguridad Social— al psiquiatra se le «camufla» bajo los más pintorescos nombres, todos ellos encaminados a evitar el vocablo psiquiatra: patólogo funcional, psicosomático, psicólogo clínico, etc. Todos ellos pueden reunirse bajo el epígrafe «psiquiatría menor».

No es que esta minorización moleste. Sí, molesta pero esto no es lo decisivo. Lo grave es que esta «psiquiatrización» de la vida ha conducido a la pérdida de identidad del psiquiatra y la Psiquiatría. «Las colectividades, el quehacer humano, el hombre y cada hombre, son fácilmente manejables si no tienen bien definidos sus puntos de partida, sus fines y los medios que cuentan para lograrlos» decía en la mencionada ocasión. Esto ocurre en la Psiquiatría actual merced al inflacionismo de la mal llamada Psiquiatría menor y a la crítica demoledora de la Psiquiatría mayor. Sólo puedo en este momento mencionar, de pasada, que entre las causas de ese inflacionismo psiquiátrico cabría destacar la secularización de la Sociedad, su materialismo hedonista, la pérdida de vigencia de los valores humanos, la incomunicación subsiguiente, la excesiva tecnificación de la Medicina, la deshumanización de las técnicas diagnósticas y terapéuticas que consideran al enfermo sólo como una corporalidad enferma, el divorcio entre la Psiquiatría y Medicina Interna, en una palabra el materialismo reinante que toma al hombre por lo que no es.

Sea perdonada esta digresión en torno a la Psiquiatría mayor y menor y tomemos, de nuevo, la cuestión. ¿Es la personalidad psicopática una enfermedad?

En su tratado K. Schneider se ha formulado esta pregunta<sup>101</sup> y, en síntesis, ha dado la siguiente respuesta. Para ello se ha situado en el campo de la Psicopatología y no en el de la Medicina Interna sin que por ello haya renunciado al modelo médico.

100. Cfr. AMAT E., I. c.

101. Cfr. SCHNEIDER K., I. c.

La primera de sus respuestas es considerar enfermedad equiparable al concepto, tan mantenido en su esquema, de anormalidad, de desviación del término medio. Ciertamente recuerda la doctrina de Wilmanns<sup>102</sup> para quien enfermedad, en Psicopatología, equivaldría a altos grados de anormalidad. «Sólo calificamos la anomalía como patológica cuando alcanza un cierto grado».

Consideremos esta concepción de Wilmanns. Si admitidos, con K. Schneider que lo decisivo en la personalidad psicopática es «lo anormal cuantitativo» es evidente que no se podrá admitir este criterio de Wilmanns puesto que entonces la psicopatía resultaría ser «una anormalidad anormal» lo cual es una redundancia que roza lo absurdo. Ahora bien: si, como hemos venido haciendo, admitimos que la personalidad psicopática, ante todo pero no excluyentemente, es una personalidad anómala sí podremos admitir este criterio para considerar enfermedad a la psicopatía. El psicópata sería un enfermo en tanto en cuanto su anomalía fuese «anormalmente» grave, esto es, cuando su expresión sintomatológica —y ésta, recordémoslo se configura en el conflicto con los demás— adquiere proporciones graves por su frecuencia e intensidad.

Naturalmente, K. Schneider<sup>103</sup> no acepta tal hipótesis cuantitativa que, de alguna manera, destruiría su propia concepción. Como tampoco acepta lo que él denomina «concepto de valor». Al recordar cómo Jaspers dice que «bajo cualquier punto de vista (sic), pero no siempre bajo el mismo, patológico significa nocivo, indeseable, inferior», no sólo le achaca que ya está utilizando el concepto cuantitativo de Wilmanns sino que replica lo siguiente: si nadie considerara patológicas una discreción o energía de ánimo superiores al término medio, nadie está autorizado para considerar patológicas una capacidad de juicio o una energía inferiores a ese término medio. Y ni siquiera admite la opinión de Kraepelin para quien lo patológico estaría en la anormalidad que impidiese la consecución de los fines generales de la vida.

Para K. Schneider, reticente ante los elementos valorativos, en Psicopatología sólo pueden existir dos criterios de enfermedad, el corporal y el psicológico. El corporal queda desechado en la medida en que los psicópatas no se encuentran, por lo común, mal: incluso muchos de ellos, corporalmente, se encuentran extraordinariamente bien. Y por lo demás, en ningún caso existe «amenaza

102. WILMANN K., *Die Psychopathien*, en *Handbuch d. Neurologie und Psychiatrie*. Verlag, Berlín 1914.

103. Cfr. SCHNEIDER K., l. c.



vital». A esto habría que oponer dos hechos: el uno que en una de las pruebas psicodiagnósticas que, casi sistemáticamente, realizamos a nuestros enfermos, la escala de adaptación de Bell, es raro hallar en las personalidades psicopáticas una satisfactoria adaptación al área de la salud. Por lo demás que el concepto de «amenaza vital» es vago y confuso. No sólo hay vivencia de amenaza vital cuando está en juego la propia existencia biológica sino también cuando la existencia más genuinamente humana, que es no sólo la biológica, está en riesgo de aniquilarse por falta de proyecto vital definido. Y en el psicópata no existe tal proyecto vital en la medida en que, como hemos intentado aclarar más atrás, el interjuego constitución/motivos externos, disposición/mundo vivencial, se halla quebrado.

Tampoco con criterios psicológicos admite la enfermedad K. Schneider. Para él, enfermedad, en el sentido psicológico del término, supondría un descenso en las funciones psíquicas. Y ciertamente en las psicopatías no existe un descenso de dichas funciones sino un cambio en las mismas. En la personalidad psicopática no hay descenso sino cambio de función. Para considerar patológico este cambio de función habría que apelar a criterios ya extrapsicológicos, es decir, a valores sociales y un concepto valorativo social de la enfermedad es algo que, con sus propias palabras, «queda en el aire». «Es una ingenuidad, afirma, equiparar simplemente las alteraciones funcionales de la esfera corporal y sus consecuencias sobre la esfera psíquica a la no satisfacción de las exigencias sociales, y comprender ambas bajo la expresión de enfermedad» para ilustrar su postura pone un ejemplo que me parece conveniente comentar.

Dice K. Schneider que, apelando a estos criterios extrapsicológicos en la búsqueda de uno que defina la enfermedad, puede darse la siguiente situación: a los devotos —uso su propia locución— les resultará patológica una pérdida de la fe en tanto que a los incrédulos se lo parecerá que esta fe aumente. Comentar este ejemplo nos llevaría a darnos de bruces con un tema de extraordinaria importancia y vigencia cual es el de Religión y Psiquiatría. Ni debo entrar en él en este momento ni me considero con la suficiente preparación para abordarlo. Quede esbozado por si alguien con más preparación y mayor cordura quiere recoger el guante. Pero no puedo dejar de hacer dos comentarios:

La pérdida de la fe no puede ser considerado un hecho patológico por ningún creyente, sea o no psiquiatra, que tenga además de su fe un adarme de sentido común. Si se quiere será un hecho lamentable pero no patológico. Lo contrario también es válido o debe serlo al menos; la conversión de un ateo —en la actualidad con menor compromiso y mayor asepsia eufemística, se prefiere el tér-

mino de agnóstico— no podrá ser considerada por un incrédulo como un hecho patológico siempre que al incrédulo —sea o no psiquiatra— se le conceda lo mismo que antes le hemos concedido al creyente, sensatez y cordura.

Ahora bien: no se trata de valorar el hecho en sí, aceptación o renuncia de la Verdad Revelada, como criterio de enfermedad sino los *motivos* que han conducido a tal aceptación o rechazo. Si las motivaciones se fundamentan en una anomalía psíquica, comprensible biológicamente en el sentido de Jaspers<sup>104</sup> —caso de las neurosis y también de las psicopatías— o incomprensible —caso de las psicosis—, con toda licitud científica se puede formular: esta *pseudo-conversión* ha sido debida a una enfermedad o viceversa. El caso más claro puede ser el delirio mesiánico o el de transformación cósmica.

Y otro hecho es el siguiente: la enfermedad, vivida como tal, o si se prefiere la experiencia de la enfermedad-vivencia, puede llevar consigo, en el período de convalecencia, un replanteamiento de la propia vida. Lo que ésta ha sido antes de la enfermedad, lo que puede ser después. En este replantearse la existencia, tras la experiencia de la enfermedad, no es infrecuente que surjan, pujantes o al menos inquietantes, unas vivencias religiosas adormecidas antes de la enfermedad. Lo contrario —al menos en mi experiencia— no suele darse. Una persona, indiferente o atea, tras su enfermedad, podrá quedarse tan indiferente o atea como antes o podrá replantearse la cuestión de su fe. No tengo casos de personas creyentes que, tras la experiencia de su enfermedad, se hayan planteado su tránsito al ateísmo. Y en cuanto al psicópata, si es indiferente, vivirá su indiferencia, agnosticismo o ateísmo *psicopáticamente*; del mismo modo vivirá, si es creyente, su religión. En definitiva, el aumento o disminución de la fe religiosa no es, según el ejemplo schneideriano, un criterio de enfermedad; sí podrán serlo las motivaciones de la fe o de la infidencia.

Para Schneider, por último, dado que toda enfermedad es enfermedad en lo corporal y los fenómenos psíquicos sólo pueden ser considerados patológicos en tanto en cuanto estén condicionados por alteraciones corporales; habida cuenta de que en la personalidad psicopática no existen estas alteraciones corporales, no admite que «exista ningún motivo justificado para calificar de patológicas a las personalidades anormales (psicopáticas)».

Como se ve, vuelve a insistir aquí en la denominación «anor-

104. Cfr. JASPERS C., I. c.



mal» que, repetidas veces, hemos comentado a lo largo de nuestro trabajo. Pero, sin negar del todo la validez de su primera premisa —«sólo el cuerpo enferma»—, K. Schneider se maneja dentro de los límites de un dualismo empírico —cuerpo, alma— ya superado; él mismo lo admite y advierte además que este dualismo le llevaría a plantearse el tema de la relación cuerpo-alma que él deja para la metafísica o la teoría del conocimiento.

Habría que objetar lo siguiente. En primer lugar que, como ocurre con las psicosis endógenas, el hecho de que hasta ahora no se haya descubierto sustrato corporal en las psicopatías no nos autoriza en modo alguno a afirmar que *jamás* será encontrado. Para demostrar el aserto habría que recordar cómo algunos autores, que siguen el esquema schneideriano, Bräutigam<sup>105</sup> por ejemplo, hablan de «pseudopsicopatías» cuando existe y es objetivable una alteración corporal. Casos paradigmáticos son las alteraciones conductuales de la corea de Huntington y el ya mencionado síndrome de Klinnefelter.

En segundo lugar que en el caso del hombre, no sólo habrá que tener en cuenta las manifestaciones relativas a las notas somáticas y psíquicas de la enfermedad sino también —a menos que sigamos mutilando al hombre, «animalizándolo»— las manifestaciones relativas a la apropiación de su padecer, a la vivencia personal del dolor y al modo personal de vivir la religión. Sin tener en cuenta estos factores no nos explicaremos por qué los modos de enfermar son individualmente distintos entre sí. Siguiendo a Lain<sup>106</sup> diremos que en el hecho y evento del enfermar humano se manifiesta la constitución del hombre y, lo más decisivo, el enfermo individualiza las notas ocasionales del hecho o evento del enfermar. Merced a esta individuación el hombre se halla capacitado para *dar sentido* a su enfermedad. Pues bien, en las personalidades psicopáticas, en función de lo anómalo de su personalidad, la individuación de su enfermedad —sea o no la psicopatía, puede ser otra— está sustantivamente alterada hasta el punto que ya no es capaz de dar un sentido a su padecer. Y esto, también es enfermedad. Se podrá objetar que, con lo que antecede, he hecho una metafísica de la enfermedad cuando lo que he pretendido, con mayor o menor fortuna, es buscar lo inmutable a través de lo fenoménico. Y en este sentido, sí considero una enfermedad a las personalidades psicopáticas tal como las he

105. Cfr. BRÄUTIGAM W., l. c.

106. LAIN P., *El estado de enfermedad*, Sociedad de Estudios y publicaciones, Madrid 1968.

ido describiendo, tras un análisis y crítica de la obra de K. Schneider a la que sigo considerando la obra fundamental, hasta ahora, en este capítulo de la Psiquiatría.

\* \* \*

Personalidades psicopáticas las vemos en la práctica clínica cotidiana. No interesa ahora con qué frecuencia si bien es preciso hacer notar que, como sucede con otros diagnósticos psiquiátricos, la frecuencia de aparición de estos casos, el número de enfermos que son diagnosticados de ser portadores de una psicopatía, estarán en función, preponderantemente, de los esquemas nosológicos del clínico y éstos, a su vez, de la escuela psiquiátrica a la que ese clínico pertenezca.

A mi entender y refiriéndome a mi actitud y experiencia, conviene manifestar dos hechos: el primero de ellos, la circunspección con que se llevan a cabo estos diagnósticos a menos que sean muy patentes en su expresividad sintomatológica. Ello tal vez sea debido a que, establecido el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas quedan extraordinariamente minimizadas. El segundo que, ante una personalidad psicopática, la pericia forense será requerida más o menos pronto. En muchas ocasiones, el motivo de la consulta médica es, precisamente éste, a saber, requerir una peritación puesto que, o bien existe un delito que ha de ser juzgado y requiere el testimonio pericial o bien, sin necesidad de ello, la conducta psicopática induce a la familia a plantear la cuestión siguiente: ¿se trata de un enfermo o de un malvado? Tanto en uno como en otro caso, más que un problema clínico lo que se está planteando es un informe o una solución pericial.

El segundo de los supuestos se da con mucha frecuencia en la actualidad y en casos de conflictos generacionales. Ante una conducta anómala en un adolescente, la familia y más en concreto, los padres, acuden al psiquiatra con la esperanza de que esa conducta sea, en su raíz, morbosa, ésto es, secuencia de una enfermedad. De ser así, su responsabilidad como padres queda liberada de la ansiedad que suscita la posibilidad que esa conducta sea derivada de su culpa en tanto padres y todo quedaría en manos del médico. No es tampoco infrecuente que de modo más o menos explícito, soliciten del psiquiatra que ocupe su lugar en tanto educador o, dada la situación, re-educador. Así no es extraño oír decir a padres: «Usted doctor debe decir a mi hijo...» o, de forma más sutil pero también buscando esa irresponsabilidad «díganos qué es lo que nosotros tenemos que hacer, cómo hemos de tratarlo». Obviamente, en muchas



ocasiones hay que manifestar —aunque sea rechazado— que esa conducta anómala no es derivada de enfermedad alguna, supuesto lo cual, la misión del psiquiatra terminaría o bien cabría la posibilidad de que actuase más que como médico como persona con deseos de ayudar y, añadido, con el sentido común suficiente para prestar dicha ayuda que no tiene que ser, necesariamente, técnica. Y todo ello, por supuesto, contando con que el interesado desee ser ayudado y precisamente por ese psiquiatra. Con otras palabras: que exista libertad de elección que suele estar ausente en la primera entrevista y que el paciente no vea nunca en el psiquiatra un «cómplice» de los padres puesto que entonces la relación médico-enfermo quedaría totalmente bloqueada y todo intento de ayuda resultaría ineficaz.

Esta disgresión viene al caso. Como ya se dijo, no toda conducta anómala es morbosa y, en esta medida, el diagnóstico de personalidad psicopática debe usarse con extraordinaria cautela.

No interesa en este momento la peritación de las personalidades psicopáticas en su aspecto penal que es, con bastante diferencia, el más frecuente. Sin embargo conviene recordar que Ferrer Sama<sup>107</sup>, apoyándose en los comentarios de Mezger al párrafo 51 del Código penal alemán, advierte que «dada la íntima trabazón entre voluntad, inteligencia y afectividad (el psicópata) influido por impulsos de una afectividad desordenada, ya no puede su voluntad calificarse de libre o, al menos, de enteramente libre» y se apoya en el mencionado autor para quien la personalidad psicopática grave es motivo de exculpación y la predisposición psicopática, causa de atenuación de la responsabilidad.

El tema que nos ocupa es la relación entre matrimonio y personalidad psicopática y, como dije al principio, con fines expositivos, lo dividiré en dos apartados sucesivos. El consejo prematrimonial y la personalidad psicopática como causa de nulidad o bien de separación conyugal. Antes de manifestar mi opinión no será ocioso sentar unos principios acerca de la peritación forense y, a continuación, exponer un caso de personalidad psicopática que planteó un serio conflicto conyugal, obtenido de mi propia experiencia. Apenas será necesario insistir en que ese caso no es único, por lo tanto no tiene valor alguno estadístico ni tampoco ejemplar sino ejemplificador.

107. FERRER SAMA A., en el Epílogo a *Las personalidades psicopáticas* de SCHNEIDER. Muy probablemente se está refiriendo a MEZGER E. en *Kriminalpolitik auf kriminologischer Grundlage*, Ed. Stuttgart, 1944.

En mi opinión, toda peritación médico-forense y no es una excepción el caso concreto de la peritación de una personalidad psicopática referida al Derecho canónico, debe reunir los siguientes requisitos:

I.º El perito debe considerarse perito de la verdad y no perito de una de las partes litigantes. En el caso que la peritación haya sido solicitada por la Autoridad Judicial, la aplicación de este criterio no debe plantear mayores dificultades. Cuando haya sido requerida a petición de parte es cuando hay que tener sumo cuidado en no dejarse influir por dicha parte ni obrar bajo el «hechizo» de la misma. El hecho de haber sido designado perito médico a petición de parte no implica que haya que favorecer, de alguna manera, a esa parte. En ocasiones habrá que advertir al solicitante acerca de las conclusiones a que se ha llegado e, incluso, renunciar a la peritación si esta condición no es admitida. El perito, insisto, es perito de la verdad, entendiéndolo por tal la que él, honestamente, ha visto y de la que, íntimamente y en conciencia, está cierto.

II.º La prisa es mala consejera del perito. Antes de formular una opinión se debe formar, en la mente del perito, una idea lo más clara posible de la situación y ello requiere, a veces, más de una entrevista con el periciado, exploraciones clínicas y complementarias, estudio detenido de los antecedentes próximos y remotos, historia testifical que, por desgracia, no siempre es posible de conseguir; me estoy refiriendo al testimonio de parientes o íntimos del peritado. Todo ello, indudablemente, no es labor que pueda realizarse con premuras que, dicho sea de paso, son exigidas a veces por la parte interesada —tanto da si es la demandante como la demandada— y nunca en mi experiencia, requerida por la Autoridad Judicial.

III.º El perito no debe responder sino a aquel o aquellos puntos en los que se le interroga. El principio podría formularse así: no responder sino a aquello acerca de lo cual se pregunta. Dar otras respuestas es improcedente, puede ser imprudente y denotaría deseos de lucimiento por parte del perito.

IV.º Nunca se haga una afirmación que no pueda ser demostrada. Este principio no siempre tiene una aplicación sencilla. Por una parte es fácil, si no se tiene suficiente advertencia, deslizar como conclusión lo que no deja de ser una opinión personal; en otras ocasiones, las preguntas que al perito se le hacen no siempre ad-



miten una respuesta que pueda ser demostrada y no es lícito silenciar la respuesta. Cabe, eso sí, tener la modestia suficiente para exponer que «dados los datos que se dispone, el perito que suscribe, no está en condiciones de dar respuesta alguna a esa pregunta». O bien utilizar fórmulas no incomprometidas ni vagas sino ajustadas a la realidad como «nada se opone a admitir que...» o en otros casos «en opinión del perito que suscribe...». Pero toda afirmación o negación rotundas han de ser demostrables.

V.º En la redacción del informe pericial conviene tener presentes, en mi opinión, los siguientes requisitos:

1.—Claridad, concisión y brevedad expositivas.

2.—Usar el mínimo de palabras técnicas. De ser usadas, hágase con precaución y, siempre que sea posible, indicando qué valor se da al término técnico —puesto que no todas las escuelas psiquiátricas emplean los mismos vocablos con igual sentido— y dando una explicación sucinta del mismo en términos asequibles para quien lo lea o escuche.

3.—Tener presente que lo que interesa en una peritación es el caso concreto de que se trata. Por consiguiente no elevar lo observado a principio general sino, por el contrario, de los principios generales, hacer derivar las conclusiones, concretadas y adecuadas al caso para el que ha sido requerido.

4.—Todo informe pericial debe tener las siguientes partes:

4.1.—Descripción de los hechos observados: entrevistas, anánesis próxima y remota, exploraciones y datos obtenidos en ella con la valoración que, a dichos hallazgos exploratorios, se les confiere.

4.2.—Comentarios a estos datos observados en orden a responder a las preguntas formuladas.

4.3.—Respuesta a estas preguntas en forma de conclusiones.

4.4.—En dichas conclusiones hay que observar una norma, a mi modo de ver importante, cual es la siguiente: no se formule en una conclusión más que una afirmación o respuesta. El afirmar varias cosas en la misma conclusión puede inducir a equívocos.

4.5.—Si la pregunta que al perito se le ha formulado es genérica será conveniente redactar el mínimo de conclusiones posibles.

VI.º Por último, el perito no es sino un colaborador de la justicia pero, obvio será decirlo, el perito no es juez ni tampoco acusación o defensa. Debe limitarse al campo estricto de su competencia.

Paso ahora a exponer un caso de personalidad psicopática que planteó una grave situación conflictiva conyugal. Puede servir, así lo espero, como ejemplo de personalidad psicopática en relación con el Matrimonio canónico.

J. V. E., varón de 22 años y abogado de profesión, viene a consultarse inducido por un antiguo profesor de su Colegio. La entrevista resulta difícil puesto que el interesado adopta un aire de autosuficiencia, frialdad y distanciamiento en el diálogo. El motivo de la consulta en ningún caso aparece con claridad. Por una parte afirma que es «propenso a dudar». Siempre ha sido, al menos así se autodefine, solitario y poco amigo de comprometerse con nada ni con nadie pero ello le conlleva a una permanente actitud de desconfianza ante sí mismo y ante los demás. Desde hace dos años mantiene relaciones prematrimoniales que son para él un «tormento» puesto que, constantemente, está en vilo pensando en la posibilidad de perder a su novia; ello, dice, no es extraño toda vez que, siempre que quiere algo o a alguien, vive en perpetua zozobra de perderlo en función de su radical desconfianza.

Una vez terminados sus estudios universitarios, comenzó a preparar oposiciones pero pronto dejó de hacerlo. El motivo de dejar esta preparación no fue el que no pudiera concentrarse en los estudios puesto que, «cuando quiere», él se concentra perfectamente. Tampoco su propensión a la desconfianza y duda, puesto que, según él «puedo compensarme autodomiñándome». Dejó la preparación de oposiciones porque, en su escala de valores, preponderaba la desconfianza a que su novia le abandonara. Además, tenía que hacer el Servicio Militar. Un año antes de la entrevista que se refiere, se incorporó a filas. Pero, otro rasgo de su personalidad que destaca el interesado, siempre ha sido enemigo de los ejercicios físicos y ha tenido horror a contraer enfermedades. Ello hizo que «se las arreglara» para ingresar en un Hospital Militar de donde salió con una inutilidad temporal que califica, entre pícaro y orgulloso de su logro, como «un año de mi vida que me regalaron». Retorna a preparar oposiciones pero pronto las abandona. El se considera suficiente y no encuentra motivos para demostrar su suficiencia ante tribunal alguno por lo que considera molesto y carente de sentido someterse a una seria disciplina de trabajo.

Como datos familiares puedo obtener los siguientes: hijo de un matrimonio de clase media. Ambos progenitores, dice,



viven sanos y sólo tiene una hermana dos años menor que él. En modo alguno puedo obtener datos de la parentela directamente.

Salvo las enfermedades propias de la infancia, no refiere ningún antecedente personal morboso. Tanto en su vida de Colegio como en la Universidad fue un estudiante «normal», cosa que refrenda, por lo que respecta a su vida de Colegial, el profesor que le ha inducido a la consulta. Un hecho es destacado: en su adolescencia fue extraordinariamente piadoso. En la actualidad, sin entrar en más detalles, afirma que «se ha enfriado». Niega ningún otro tipo de crisis y no manifiesta en la entrevista ningún aspecto de su vida sexual por lo que me abstengo de insistir en el tema.

La exploración neurológica focal es negativa. En la prueba proyectiva de personalidad de Porschach se obtiene el siguiente protocolo:

Número de respuestas muy bajo (sólo 11), con tiempo de sucesión normal y sin fracasos. Hay que señalar un tiempo de relación discordante en lámina II. Tipo de apercepción: G-D-Dd. Hay un G % muy elevado (45 %), con un D % normal. Hay tres respuestas DG confabulatorias. En el determinante formal aparece un F % normal y un F + % por debajo de lo normal (66 %). En el área del claroscuro hay un FHd y un HdF. En el área cromática aparecen dos FFb. Ausencia de respuestas de movimiento humano y una de movimiento anormal. El tipo vivencial es pues coartativo (0/1). En cuanto a los contenidos aparece un aumento del índice de estereotipia (T % = 54) y escasa variación en el resto. Ausencia de respuestas humanas. Shock al rojo.

El técnico que realiza la prueba —como acostumbro hacer, sin saber nada de la anamnesis del probando, a fin de no contaminar los resultados— interpreta así la prueba:

Protocolo muy pobre. Existe una clara distorsión preceptiva de la captación de la realidad, con pérdida del control lógico-formal en la captación de la misma. Síndrome disfórico y personalidad muy coartada. Problemas en las relaciones interpersonales. En conjunto el protocolo parece corresponder a una personalidad con rasgos psicóticos pero terriblemente empobrecida su elaboración.

Días más tarde mantengo con él una nueva entrevista. Le manifiesto —y así es en realidad— que no tengo formado un juicio diagnóstico definitivo acerca de él por lo que me abstengo de proponer por el momento, terapéutica farmacológica

alguna. Ahora bien: dado que parece necesitar mi ayuda, ésta puedo intentar proporcionarla a través de entrevistas sucesivas que, por otra parte, pueden servir para aclarar mis dudas diagnósticas. Parece entender mi opinión y aceptarla. De hecho, no vuelve a acudir a la consulta.

Cinco años más tarde recibo la visita de la esposa quien accede a mi despacho a través de la misma persona mediante la cual vino quien hoy es su marido: su antiguo profesor de Colegio, sacerdote regular. Está enormemente angustiada, nerviosa, asustada, llora a intervalos durante la conversación, repetidas veces hay que tranquilizarla y se advierte que está terriblemente avergonzada y temerosa ante el paso que ha dado. Me recomienda con insistencia que su marido, que vendrá dentro de unos días, nada sepa de la entrevista.

Me refiere que llevan casados tres años y medio y el matrimonio no ha sido consumado. Ella cree que la no consumación matrimonial se debe a un motivo psicológico en él porque «es muy raro»: La rareza la describe con estos rasgos: Es muy difícil convivir con él. Con frecuencia sufre arrebatos de celos y llega a maltratarla de obra, siempre de palabra. Cree ser un fracasado por culpa de los demás. Es ateo militante, frente del catolicismo practicante de ella, lo cual origina no pocas trifulcas.

Afirma que la inconsumación matrimonial «no le importa». Lo que ella desea es «que le quite las manías». De no ser así, la convivencia es imposible pero ella no tiene valor alguno para plantear una separación ya que ello supondría o bien que él se suicidara o bien que llegara a agredirla gravemente. Es obvio que está aterrorizada ante su esposo porque añade: «me siento culpable de todo lo que ocurre porque él me lo ha metido en la cabeza y me hace por ello la vida imposible». Para complicar un poco más la situación, me refiere que, tras una escena de celos, él hizo un intento de suicidio. Fue avisado inmediatamente su antiguo profesor el cual, según la versión de la esposa, le dio a él toda la razón, la culpabilizó a ella y aconsejó una separación temporal, cosa que no se ha llevado a cabo.

Hija de una familia modesta cuyo padre murió tras las secuelas de un ictus cerebral a los 64 años, vive la madre a los 67 años y son cuatro hermanos, el único varón, subnormal y tres hermanas sanas, siendo ella la última de la serie. Cuenta, en el momento de la entrevista, 27 años de edad y ejerce la profesión de profesora de E.G.B. a fin de compensar el equi-



librio económico del hogar. Afirma ser virgen. Nada ha dicho a su familia y no se atreve a decirlo a su familia política puesto que advierte que existe una fuerte ligazón entre su marido y su familia (de él). Se encuentra desesperada, desamparada y no sabe qué hacer. Me limito a tranquilizarla y recoger esta información.

Días después aparece J. V. E. al que conocí cinco años antes. Parece no recordar aquellas dos entrevistas; al menos actúa como si no las recordara ni me recordara. Dice de sí mismo lo siguiente: «Soy una elección equivocada. Tengo una impotencia artificiosa pero efectiva en el plano humano, profesional y conyugal. En el plano humano porque me es imposible lograr una satisfactoria comunicación; en el profesional porque podría haberme colocado, por mis méritos, mejor de lo que estoy (se dedica a preparar oposiciones a notarías); en el conyugal porque el matrimonio no se ha consumado, cosa que V. comprenderá doctor, no tiene la menor importancia porque a mí lo que me agrada es que mi mujer me acaricie y lo que quisiera es que compartiera mis inquietudes intelectuales pero es muy corta de ingenio para hacerlo; artificioso porque todo ello es debido a causas psíquicas, con deseos de autodestrucción y éso es endógeno». No me aclara muy bien lo que ha querido decir con el vocablo «endógeno».

Le pregunto cómo satisface sus necesidades sexuales. Niega terminantemente que existan otras mujeres y afirma que recurriendo a la masturbación, cosa que realiza varias veces al día, incluso en presencia de la esposa. En cuanto a sus inquietudes intelectuales en esta primera entrevista sólo me comenta que, para él, el mayor pensador que ha existido en el mundo y el sistema filosófico más completo es el Marqués de Sade y su obra.

Aconsejo un nuevo psicodiagnóstico. Esta vez es distinta la persona que lo realiza. No solicito ninguna prueba de inteligencia. «A posteriori» me entero que, por ello, queda enormemente frustrado y exige al psicólogo clínico, enérgicamente, que se lo realice aunque yo no lo haya solicitado. Ante tal exigencia y la forma de realizarla, el psicólogo le practica la prueba de Raven que da un percentil de 95. Inmediatamente se presenta en mi despacho, me recrimina que no me interesara conocer su inteligencia y me pide que interprete los resultados. Así lo hago diciéndole que, con la escala de Raven, tiene una inteligencia superior al término medio. No queda con ello satisfecho. Lo que él desea saber es si con esa prueba puede

demostrarse que inteligencias como la suya puede haberlas pero superiores ni las ha habido ni las habrá. Ante mi respuesta negativa, se muestra despechado e ironiza contra la Psiquiatría y los psiquiatras.

Los resultados del psicodiagnóstico son los siguientes:

1.—*Cuestionario de adaptación de Bell*. Mala adaptación en las áreas familiar, emocional y profesional. Aceptables en las áreas de salud y social, siendo mala la adaptación en el total de la escala.

2.—*Cuestionario P. N. P.* Sinceridad elevada, elevadas y significativas las escalas de neuroticismo, paranoidismo y psicopatía.

3.—*Prueba de Rorschach*. Buena cooperación. Productividad y conciencia interpretativa normales. Inteligencia normal, algo superior al término medio, con mucha originalidad, de tipo predominantemente práctico. Cierta ambición intelectual. Afectivamente, predominio de los rasgos extratensivos, con mezcla de introversión. Tipo vivencial extratensivo mixto. Las respuestas de color, exclusivamente CF, revelan una afectividad poco controlada. Las interpretaciones Bot y Kan indicarían una madurez afectiva moderada. Destacan en el protocolo los rasgos de agresividad, no tanto por la DZw, cuyo nivel es moderado, como por el análisis del contenido: las respuestas de complejo reflejan sentimientos de poder agresivo e inflación del yo con cierto desprecio a los demás. Como indicadores de la angustia aparecen respuestas de sangre, una estereotipia de caras y cabezas y alguna Dd en perfil. Por otra parte se observan tres respuestas de claroscuro, expresión tanto de angustia patológica como posible cierto temor del sujeto ante sentimientos internos de desorganización de su personalidad. A veces están relacionadas con temor a la muerte. Alguna respuesta de máscaras indicaría, asimismo una perturbación de la vivencia de identidad. Al mismo tiempo, el especial contenido («careta satánica oculta»), junto a respuestas de ojos y búsqueda de significación parecen ratificar los resultados de la escala paranoide del P. N. P. En todo lo anterior va implícito cierto matiz depresivo, aunque no aparecen interpretaciones definitivas en este aspecto. Finalmente hay que añadir una ligera tendencia a la perseveración. El índice de realidad de Neiger es normal y salvo alguna interpretación de caras no



demasiado bien vistas en DZwG no hay respuestas de matiz psicótico.

4. *Prueba de T. A. T. (Percepción temática)*. Motivacionalmente, existe en los relatos una disparidad entre los deseos del «héroe» y las metas que le imponen los demás. Los objetivos son concienciados como «muy lejanos» y con bastante pesimismo respecto a la posibilidad de alcanzarlos. Las láminas que expresan las relaciones con las imágenes parenterales indicarían una situación mucho más favorable con la imagen paterna que con la materna. Algún rasgo depresivo con un intento de suicidio del personaje en la lámina 3 VH, juzgado por otra parte, muy severamente. En lámina 14, en cambio, aparece un deseo de libertad y de liberación. En la lámina 8 VH pone en marcha algunos mecanismos de defensa contra la angustia. Critica, sin embargo, al héroe que en presencia de una autopsia «le vuelve la espalda aunque se nota en su cara complaciente sádica, pero no tiene estómago». En la lámina 5 y en la 18 VH aparecen sentimientos de temor ante una posible agresión. En el último caso al personaje lo agarra alguien por la noche y hay expresión de fatalismo está resignado a su suerte. Finalmente hay que indicar cierta dificultad en la identificación sexual de algún personaje».

Con todos estos datos el diagnóstico fue ya claramente formulado. Se trataba de una personalidad psicopática. Tampoco me fue posible entablar relación con la familia de sangre a fin de obtener más pormenores de su infancia y adolescencia.

Dado el diagnóstico, seguí ofreciendo al interesado mi concurso a fin de intentar solventar alguna de sus situaciones conflictivas. Salvo dos entrevistas por lo demás irrelevantes, el paciente dejó de acudir a mi consulta.

Tras meditarlo detenidamente, opté por hablar con claridad a la esposa. Le manifesté que lo que ella pretendía —«que le quitara las manías» a fin que la convivencia, aun sin relación sexual, fuese medianamente satisfactoria— a mi modo de ver era impracticable. No le podía prometer sino mi buena voluntad en poner medios terapéuticos pero desconfiaba casi totalmente de su eficacia y, por supuesto, de la fidelidad del interesado para acudir con regularidad a la consulta. En vista de ello, veía muy difícil que su convivencia conyugal fuese nunca satisfactoria; que el mismo motivo por el que la relación interhumana era imposible era la causa de la inconsumación matrimonial; que su deseo sincero, de continuar una vida con-

yugal aun sin consumación de la cópula, dada la pésima convivencia, acarrearía cuanto menos el riesgo probabilísimo de que, en algún momento, cometiera un adulterio ella misma. En definitiva que, en mi opinión, debería solicitar la disolución del vínculo por matrimonio rato y no consumado.

Pese a estar de acuerdo con mi opinión, la esposa no se atrevía a dar ningún paso; estaba aterrorizada ante la previsible reacción del cónyuge. Aconsejé que se pusiera, como medida previa, en manos de un ginecólogo de confianza que atestiguara su virginidad. Así lo hizo y efectivamente, el informe ginecológico verificó la imperforación del himen. Le hice ver la conveniencia de depositar en una Notaría el informe del ginecólogo, cosa que así se llevó a efecto.

No se decidía a iniciar gestión alguna. Meses después me enteré de lo siguiente. Tras una trifulca más que regular, la esposa acudió a un abogado que, previamente, le había recomendado yo mismo, con el fin de proceder a la separación de cuerpos y, posteriormente, iniciar la causa de disolución del vínculo. No hubo lugar: a las 24 horas, el paciente falleció tras una ingestión abundantísima de alcohol y barbitúricos. Consideré cerrada la historia clínica a partir de ese momento.

Tras la lectura de esta historia clínica fácilmente se advierte que en él concurrían todos los requisitos que en la primera parte hemos asignado a las personalidades psicopáticas incluso su evolución, coincidente con determinados períodos de la vida, segundo o tercer decenio, en los cuales hay un ascenso en el campo profesional, surge la independización del sujeto y aumenta la responsabilidad del mismo, sobre todo en la esfera familiar (Bräutigam<sup>108</sup>). Y también se advierte que no se trata de un tipo puro puesto que éste, en opinión del autor mencionado, a la que me adscribo, es una pura ilusión. Sus rasgos son propios de los psicópatas depresivos inseguros de sí mismos, necesitados de estimación, lábiles de ánimo, explosivos, desalmados y abúlicos, ateniéndonos a la clasificación de Schneider. Lo cual a nuestro entender es una muestra más de como lo disposicional, en juego con las distintas vivencias que tienen lugar en el devenir de la biografía, adoptan pautas de conducta psicopáticas. El modo de respuesta es siempre psicopático, varía el contenido en función de la situación —vida universitaria, servicio militar, elección de profesión, matrimonio, etc.—. O como

108. Cfr. BRÄUTIGAM W., l. c.



dice Bräutigam «Las características psicopáticas no coinciden para todos los períodos de la vida», lo que sí persiste, añadimos, es la disposición<sup>109</sup>.

Puede servir también para ejemplificar, en lo posible, los dos puntos siguientes, a saber, el consejo prematrimonial y la personalidad psicopática ante el hecho de un matrimonio canónico. Pásemos a examinarlas sucesivamente.

Difícilmente, según nuestra experiencia, en las personalidades psicopáticas se pide al psiquiatra un consejo matrimonial. No sucede así con otras enfermedades del ámbito de la Psiquiatría, fundamentalmente las psicosis endógenas —esquizofrenia y psicosis manícodepresiva— y las neurosis. En las primeras, el consejo se pide por parte del propio interesado o de la familia, en función sobre todo de la posibilidad de taras hereditarias en la presunta prole, con menos frecuencia si está la persona capacitada para afrontar las responsabilidades conyugales y casi nunca se plantea al psiquiatra la cuestión de la validez del compromiso.

Otro caso es el de las personalidades neuróticas. Son ellas mismas las que piden el consejo. Ciertamente lo solicitan, al parecer, por los mismos motivos: posibilidad de prole genéticamente tarada y dudas de «servir» como cónyuge. Al parecer, he dicho, puesto que, en el fondo, el neurótico —no sólo en el caso más notorio, el obsesivo— teme y desea al mismo tiempo tomar una decisión. Incluso busca la complicidad, por llamarlo de algún modo plástico, del médico, es decir, que éste diga que aplace la decisión con el fin de tranquilizar su angustia ante la decisión y el sentimiento de culpa por no adoptarla.

No es éste el caso de las personalidades psicopáticas. Como se ha dicho, el psicópata no suele ir a la consulta psiquiátrica sino que es llevado. Como también se ha expuesto, los motivos de acudir a la consulta psiquiátrica oscilan entre la peritación y la averiguación de si su conducta es propia de un sinvergüenza —la expresión es poco académica, lo sé— o de un enfermo. En este último caso, póngase el remedio. En mi experiencia al menos es raro demandar un consejo prematrimonial, frecuente que el psiquiatra se encuentre con el hecho consumado, esto es, con la presencia de una desavenencia conyugal ante la cual y como último recurso antes de plantear una separación, se acude al psiquiatra.

Las razones de este hecho pueden ser variadas: el dramatismo de la situación creada por la conducta psicopática, deja en la pe-

109. Cfr. BRÄUTIGAM W., l. c.

numbra preguntar acerca de qué ocurrirá caso de contraer matrimonio. No es infrecuente por desgracia que, incluso, en el matrimonio se vea un recurso para la familia, es decir, realizada la emancipación, la responsabilidad parentelar queda diluida. El psicópata no se plantea en ningún momento si va a ser o no capaz de asumir sus responsabilidades matrimoniales. O bien se considera autosuficiente y ni lo pone en duda, o bien, en el caso de no poder asumirlas, la responsabilidad no va a ser de él sino la va a proyectar violentamente contra los otros. Y el incumplimiento de sus futuros deberes conyugales le traerá sin cuidado no porque, intelectualmente, sea incapaz de conocer cuáles sean sino porque su anestesia moral podrá crearle situaciones conflictivas con el medio pero éstas nunca serán cuestiones éticas para las que tiene una especial ceguera<sup>110</sup>. No se trata de una actitud inmoral sino amoral; no es que el psicópata tenga un código ético, como diría K. Schneider «anormal», esto es, distinto a los demás. Es que carece de toda escala de valores morales. Con otras palabras, no los vivencia.

Lo más frecuente es que sea el futuro cónyuge quien solicite ese consejo siempre que, durante el noviazgo, haya advertido la gravedad de las alteraciones conductuales del otro, lo que no siempre ocurre. No sucedió así en el caso que hemos expuesto. De solicitar ese consejo, lo hará sin que el otro lo sepa con lo cual se le plantea, por lo pronto, al psiquiatra una cuestión muy espinosa, a saber, el secreto profesional.

Cada caso requerirá una solución distinta y, en esta medida toda generalización resultaría viciada de reduccionismo. No obstante es un deber, planteada la cuestión, ofrecer normas generales; es lo que vamos a hacer a continuación.

Resulta tópico afirmar que la primera condición para que un consejo sea tal radica en que este consejo sea solicitado. He aquí a nuestro entender, la primera premisa. De no ser solicitado ese consejo, el psiquiatra hará bien en no ofrecerlo. Puede, eso sí, intentar por medios indirectos, lograr que le sea pedida su opinión pero nunca manifestarla «*motu proprio*».

Supongamos que haya sido solicitada y no por el interesado o su familia sino por el futuro cónyuge. Se plantea aquí la cuestión fundamental del secreto profesional que jamás debe ser violado. Para evitarlo pueden adoptarse una serie de medidas que no siempre se podrán llevar a cabo. Por ejemplo, solicitar la autorización del paciente. Es probable que ésta se obtenga, no así que el futuro

110. Véase lo expuesto en la nota 50.



cónyuge admita que se sepa que ha ido, a espaldas del otro, a buscar consejo prematrimonial. Otro recurso es intentar una entrevista con ambos futuros contrayentes y llevar la conversación al terreno que interesa. En casos muy graves puede bastar el consentimiento de la familia del psicópata e incluso una fórmula que no viola el secreto profesional pero poco o nada aclara y crea inquietudes en lugar de solucionar dificultades. Me refiero a frases como «yo, de usted, no contraería ese matrimonio». Inmediatamente surgirá la pregunta acerca del «¿por qué?» a la que ya no puede haber respuesta sin violación de secreto.

Pongámonos, empero, en el caso ideal de plantearse abiertamente el consejo prematrimonial en el caso de una personalidad psicopática. En este caso, ideal repito, el psiquiatra debería tener en cuenta según mi criterio, estos principios:

El consejo médico, en este caso prematrimonial, ha de ser nada más que consejo. Debe evitarse con extrema cautela que, de alguna manera, pueda parecer un dictamen vinculante. No olvidemos que, pese al indudable descrédito social que ha sufrido el médico sobre todo si lo compara con épocas pretéritas, todavía sigue teniendo mucha fuerza coactiva la opinión facultativa. Esto se observa en frases al parecer banales pero que encierran una notable significación. Por ejemplo: «el tratamiento que usted me *mandó*» o bien «yo estoy aquí para hacer lo que usted, doctor, *mande*». Constantemente hay que dejar bien sentado que el médico no manda sino aconseja, basado en unos hechos observables, elaborados según su criterio y que éste puede ser falible.

Ha de tenerse en cuenta, por parte del médico consultado, la posibilidad de error diagnóstico y hay que hacérselo notar así a la o las personas que han solicitado el consejo prematrimonial. No sólo esto. Como quiera que, en toda actuación pericial, es un principio que la excepción vale tanto como la regla, pese al pésimo pronóstico que, en cuanto a su rehabilitación —prefiero este término al de curación— tiene el psicópata, la excepción puede darse. Para ello otro dato a tener en cuenta es examinar, lo mejor posible, las cualidades humanas de quien va a contraer matrimonio con la personalidad psicopática en cuestión.

En todo caso ha de quedar bien claro, emitido el consejo, que sea cual fuere la decisión a tomar, ésta será respetada por el psiquiatra quien, además, mantendrá su actitud de ayuda al paciente y ofrecerá, sin coacción, sin aspavientos de falsa magnanimidad, su concurso para solventar las dificultades que puedan surgir a partir de la situación que va a crearse aunque ésta sea fruto de una decisión tomada a contrapelo de su consejo.

Por último no será ocioso ni mucho menos que, antes de dar el consejo prematrimonial y contando con los requisitos antes aludidos, el psiquiatra tenga plena conciencia de un hecho: que la capacidad para contraer matrimonio es, a la vez, un derecho a contraerlo. Que este derecho a contraer matrimonio —*ius connubii*—, como derivado del Derecho natural es universal, irrenunciable y perpetuo y sólo puede negarse en aquellos casos justos que el derecho establece (Hervada y De Salazar<sup>111 y 112</sup>). El psiquiatra no es quién para dictaminar «esos casos justos que el derecho establece»; sólo es y sólo debe ser un consejero o un perito. Con otras palabras, ante el consejo prematrimonial debe tener muy en cuenta el derecho de toda persona, por serlo a contraer matrimonio.

Hasta aquí, mi opinión en lo que atañe al consejo prematrimonial en el caso que uno o ambos futuros contrayentes sean personalidades psicopáticas. Pasemos a examinar la segunda cuestión. Realizado el matrimonio y surgida la desavenencia conyugal a causa de ser uno o ambos cónyuges un psicópata, esta personalidad anómala y la conducta asocial de ella derivada ¿puede ser causa de nulidad?; ¿es sólo causa de separación?

Adelantemos algunas consideraciones. La primera de ellas que el psiquiatra, en tanto tal, no es quien para dictaminar en cada caso si debe el matrimonio ser declarado nulo, si debe haber disolución de vínculo ni siquiera decretar una separación de cuerpos. Lo que se ha dicho acerca del consejo prematrimonial, tiene aquí validez; puede dar una orientación, un consejo con las precauciones antedichas a excepción de la última puesto que el matrimonio ya se ha realizado. Una vez dado el consejo, aceptado por la parte interesada, debe derivar el caso hacia el jurista, ofrecer su colaboración en tanto perito y mantener, en tanto médico, su intento de ayuda a un semejante necesitado de ella. Sólo en casos muy graves, como el referido, el psiquiatra puede y debe manifestar su opinión en el sentido de que la convivencia conyugal deba interrumpirse temporal o definitivamente, esto es, aconsejar la separación en la medida en que de persistir la convivencia en nada va a beneficiar el tratamiento y la posible rehabilitación del psicópata y, por el contrario, puede producir mayores males. Y, si como en el caso expuesto, a una convivencia

111. HERVADA J., *El Matrimonio Canónico*, en «Derecho Canónico». Eunsa, Pamplona 1975.

112. DE SALAZAR J., *Capacidad e impedimentos matrimoniales*, en «Derecho Canónico», Eunsa, Pamplona 1975.



conyugal insoportable se añade la no consumación coital, puede aconsejar que se utilice esa vía para lograr la declaración de disolución vincular, por matrimonio rato y no consumado. En los restantes casos y como norma general el psiquiatra debe procurar, por todos los medios a su alcance, solucionar la conflictuosidad conyugal. El psiquiatra —permítaseme la llaneza de expresión en aras a su expresividad— no debe ser un «casamentero» mas tampoco un «rompematrimonios». El primer supuesto no creo que se dé en la actualidad; el segundo, por desgracia, es bien frecuente.

La razón de esa actitud es obvia. En tanto en cuanto no haya razones médicas, objetivas, demostrables de lo contrario, el psiquiatra debe intentar curar, aliviar o consolar —las tres son actitudes médicas no se olvide— a su enfermo *en su lugar*, sin sacarle de su sitio. Lo otro sería producir curaciones —discutible es que se logren pero démoslo por bueno— «en falso» a fuerza de romper una vida y su destino que, en tanto no se demuestre lo contrario, fueron libremente elegidos, con mayor o menor éxito, ésa es otra cuestión.

Lo cual no implica que dadas esas razones médicas, objetivas y demostrables, puestos todos los medios a su alcance para evitar la ruptura, ante el cariz de la evolución, no aconseje el camino contrario. Una objeción puede hacerse. En este caso, influir en el cónyuge del psicópata para que lleve a cabo una separación temporal o definitiva ¿acaso no constituye una violación del secreto profesional? No lo creo así y expongo mis razones.

Nadie juzgará violación del secreto profesional advertir, valga el ejemplo, a una esposa que su marido va a fallecer de un momento a otro. Por el contrario, dicho en la forma debida, es un deber de conciencia. No se pone en duda que la vida biológica de una persona es un gran bien y tampoco se discute que, preponderantemente ahí está la misión del médico, en la salvaguarda de esa vida biológica hasta donde sus medios lo permitan. Pero conviene no olvidar dos cosas: la primera que el hombre no es sólo biología. Ese es el error de la Medicina científico-natural, la consideración del hombre como mera corporalidad. La segunda que, dado un conflicto matrimonial, es cierto que este conflicto puede estar originado por la presencia de una personalidad psicopática en uno de los cónyuges. También lo es que, «sensu strictu» el cliente del psiquiatra es el psicópata que, por las razones que sea, ha acudido a su consulta y, de la forma que fuere, requiere su ayuda. Pero sería necedad y me atrevo a decir necedad injusta, no tener en cuenta que en una situación conflictiva conyugal el protagonista ya no es un cónyuge sino los dos en la medida en que forman una *unidad*. Si es cierto que el médico es médico

de un hombre —la llamada por Lain relación dual—<sup>113</sup> y no es médico de sociedades aunque se trate de la sociedad conyugal, no lo es menos que, si se tiene en cuenta esa unidad, también el otro cónyuge que conforma la unidad conyugal, es una persona que, explícita o implícitamente, también requiere la ayuda médica y, a menos que la rechace de plano y categóricamente, ha de prestársela sin mengua de la que deba dársele al paciente. El médico que informa a una mujer que su marido va a fallecer o viceversa; que lo hace con las formas debidas; que está dispuesto a proporcionarle su ayuda y su consuelo, está actuando también como médico, no está violando el secreto profesional y no por ello renuncia a todo intento de ayuda al moribundo. El ejemplo ¿no puede aplicarse, «servatis sevandis» a las personalidades psicopáticas graves? Pienso que sí.

Al hilo del caso expuesto podría hacerse otra objeción. ¿Qué hacer cuando hay amenazas de suicidio por parte del psicópata si se plantea una separación o una disolución del vínculo? A esta objeción responderé lo siguiente: en primer lugar, el suicidio es una probabilidad, nunca una seguridad. Me estoy refiriendo a las personalidades psicopáticas puesto que no sería ésta mi opinión si se tratara de otras enfermedades, una depresión endógena, por ejemplo. En segundo lugar que tanto los psicópatas como otro tipo de personalidades inestables, ante situaciones conflictivas, por lo común, utilizan el suicidio o bien como medio para llamar la atención sobre sí —caso de los psicópatas denominados «necesitados de estima»— o bien como medio coactivo ante los demás: «si me hacéis ésto o lo otro, me suicidaré» (se sobreentiende «y tú o vosotros seréis los responsables»). Aunque, por error de cálculo, la muerte se produzca, nada se opone a admitir que la intención no fue, directamente, el suicidio sino el llamar la atención sobre sí o la coacción. Y en tercer y último lugar, no creo que sea ilícito intentar evitar un mal cierto ante el temor que se produzca un mal probable. Con ello pienso haber respondido a la objeción.

Volvamos al tema. ¿Qué dice la Psiquiatría acerca del matrimonio y psicopatía? No pretendo que la respuesta sea la de la Psiquiatría; sé muy bien que la respuesta va a ser la de este psiquiatra. Es una respuesta personal, con riesgo de error, abierta a la crítica y, por todo ello, comprometida.

¿Es o puede ser la personalidad psicopática causa de disolución

113. LAIN P., *Teoría y realidad del otro*, Revista de Occidente, Madrid 1961. Dos tomos. Id., *La relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría*, Ed. Revista Occidente. Madrid 1964.



del vínculo? Si una de las manifestaciones de la personalidad psicopática en el varón es la impotencia coeundi, hecho por cierto no infrecuente, la respuesta es claramente afirmativa a tenor del c. 1119. Se trataría de un matrimonio rato y no consumado y la disolución se produciría a ruego de ambas partes o de una de ellas y mediante dispensa de la Sede Apostólica. No creo conveniente insistir en este punto. Por lo demás, las alteraciones sexuales en el Matrimonio —aunque puedan achacarse a alteraciones psicopáticas— han sido tratadas en otro lugar.

El problema se plantea con toda su crudeza en el supuesto de Matrimonio canónico consumado. Parece claro que requerir, además de la consumación carnal, «una especie de consumación psicológica», no es considerado por el Derecho canónico ni por el Magisterio de la Iglesia (Santos Díez <sup>114</sup>). Supuesto ésto habría que apelar a la nulidad del vicio de consentimiento haciendo referencia a la capacidad no matrimonial sino consensual de uno de los cónyuges. V. Reina <sup>115</sup> dice a este respecto que «el uso de razón sea requisito necesario previo para poder apreciar la capacidad intelectual de consentir *no quiere decir que sea al mismo tiempo requisito suficiente*» (el subrayado es nuestro). Prosigue la cita: «Además (...) se requiere aptitud psicológica en virtud de la cual los sujetos puedan formarse un juicio de la naturaleza, al menos básica, del matrimonio canónico y puedan comprometerse en tal sentido». En definitiva se está refiriendo a la «madurez de juicio o discreción mental».

La personalidad psicopática no tiene, necesariamente, que tener una insuficiencia de dotes intelectuales que le impidan saber teóricamente qué es lo que va a hacer al contraer matrimonio. Entre los rasgos de las personalidades psicopáticas no es patognomónico la oligofrenia; de darse un psicópata oligofrénico, con una dotación intelectual tan ínfima que no pudiera darse en él el «uso de razón», la cosa no tendría mayor dificultades. De lo que se trata es considerar si una inteligencia normal e incluso brillante, en virtud de la psicopatía puede carecer de «discreción mental o madurez de juicio».

Si por tal se entiende —como hace V. Reina— <sup>116</sup> «capacidad psicológica mínima para hacerse cargo de las obligaciones sustancia-

114. SANTOS DÍEZ J. L., *Disolución y separación del matrimonio*, en «Derecho Canónico», Eunsa, Pamplona 1975.

115. REINA V., *Consentimiento matrimonial*, en «Derecho canónico», Eunsa, Pamplona, 1975.

116. Cfr. REINA V., l. c.

les que se van a contraer»; si estas obligaciones son la creación de una sociedad estable entre varón y mujer para engendrar prole, mi opinión sería la siguiente: en la medida en que la personalidad psicopática, merced a una anomalía de su personalidad, disposicionalmente vivencia de modo patológico, nada se opone a admitir que en él no exista la discreción mental o madurez de juicio indispensables para que su capacidad consensual sea satisfactoria. Naturalmente *ello estaría en función de la profundidad de esta anomalía y de lo arraigado de la misma y esta profundidad y arraigo, por una parte, han de valorarse, cuidadosamente en cada caso, por otra, no siempre están en función directa de la hondura de la desavenencia conyugal*. De no ser así, se deslizaría el asunto hacia los términos equívocos y pintorescos de la famosa «crueldad mental», denominación ya no tan actual y sinónima de los viejos conceptos de «insania moral» o «imbecilidad moral». Aquí sí podría hablarse de la «patología del consentimiento» (Reina<sup>117</sup>), en lo que atañe a aquellos casos «que carezcan de capacidad para discernir acerca de los derechos y deberes recíprocos que comporta el matrimonio».

Teniendo en cuenta la diferencia entre capacidad matrimonial y capacidad consensual podríamos concluir de la siguiente manera:

Por lo que hace referencia a la capacidad matrimonial ya dimos nuestra opinión al hablar del consejo prematrimonial. El psiquiatra debería tener muy en cuenta el «ius connubii» y, antes del matrimonio, sólo podría aconsejar o, a petición judicial que no viola el secreto profesional, demostrar que este «ius connubii» debe quedar en suspenso. No es frecuente este supuesto.

Si el matrimonio se ha celebrado, no es el tema que nos ocupa la cuestión de inconsumación del mismo por falta de cópula sexual, caso de disolución del vínculo, aun cuando —ésta es nuestra opinión hasta cierto punto avalada por el caso que hemos expuesto— esta inconsumación sea debida a una psicopatía. En el caso de matrimonio rato y consumado se podría periciar a fin de demostrar, llegado el caso, no ya la falta de uso de razón en el cónyuge psicópata sino su falta de discreción mental o madurez de juicio, considerados como requisitos del consentimiento.

Ofrece menos dudas aunque, en mi opinión, no deja de ser una solución paliativa, que la personalidad psicopática sea causa de separación permaneciendo el vínculo, ya sea temporal o, lo más pro-

117. Cfr. REINA V., I. c.



bable, indefinida dada la incorregibilidad, cuanto menos presunta, de la personalidad psicopática. La separación, empero, como dice Santos Díez<sup>118</sup> no es sino «una vida anómala en el matrimonio», ya sea hecha por autoridad propia o por intervención de autoridad eclesiástica. Y no se puede olvidar, tampoco desde la Psiquiatría, que, como dice el autor mencionado «la separación temporal o perpetua supone (un) cuidadoso estudio para que no se convierta en problema más grave que el mal que se intenta remediar».

Muy cierto. Y en este cuidadoso estudio no puede permanecer ajena la Psiquiatría; no podemos prescindir de este cuidadoso estudio los psiquiatras si deseamos actuar con Ciencia y con conciencia. Lo malo del caso es que el mal que se intenta remediar es, por lo común, un mal irremediable. No se puede olvidar tampoco, como dice Santos Díez<sup>119</sup> que en caso de separación perpetua —y éste es el supuesto más común en las personalidades psicopáticas— «puede dejar (ésta) en situación desfavorable al cónyuge inocente además de destruir definitivamente la comunión de vida». Lo cual supone que al psiquiatra le va a ser exigido —y ¿no será pedirle demasiado...?— que, dada esta separación indefinida, no deje al cónyuge inocente —vale decir, al no psicópata— en el vacío. Es más que probable que también él requiera su acción no sabría decir si sanadora, aliviadora o consoladora. En todo caso ayudarle a aceptar su destino y darle un sentido. También esto, aunque se olvide, aunque se desdeñe por su acienticismo el mundo de los valores; sin imponer ideología alguna que, en nuestros días suele ser sólo de un signo, es misión de la Psiquiatría. Se conoce con el nombre de logoterapia y su autor, injustamente preterido, se llama Viktor Frankl<sup>120</sup>.

El psicópata, decía al principio, no resulta un paciente codiciable. Nunca lo ha sido, menos en la actualidad. Ni en la clínica psiquiátrica ni en la Psiquiatría forense; menos aún en su relación con el Derecho Matrimonial Canónico. Pero este hecho, innegable, no debe llevarnos ni al desdén hacia ellos ni a ignorarlos. Por duros que

118. Cfr. SANTOS DÍEZ J. L., l. c.

119. Cfr. SANTOS DÍEZ J. L., l. c.

120. No puedo dar aquí una bibliografía completa de la obra de V. FRANKL. Para el tema que tratamos recomiendo la lectura de *Teoría y Terapia de las Neurosis*, traducción al castellano de su obra *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*, efectuada por F. G. Schneider y M. Sánchez-Tejero, editorial Gredos, Madrid 1956.

La recomendación de su lectura la hago de la forma más «neutra» posible pues advierto que, ante Viktor FRANKL no se me puede pedir ni neutralidad ni imparcialidad. También considero que un estudio de la valiosísima aportación de FRANKL a la Psiquiatría, está por hacer.



sean los problemas que plantean, necesitan de nuestra ayuda siquiera sea humana y no podemos —no debemos— dejar de ofrecérsela en la modesta medida de nuestras posibilidades. E ignorarlos, a nada conduce puesto que su negación es necesidad: se ignoren o no, se acepten o no, se consideren como se consideren, un hecho es cierto: ahí están.