



DELIRIOS MELANCÓLICOS:
NEGACIÓN Y ENORMIDAD

Jules COTARD
(selección)

Jules SÉGLAS

La Biblioteca de los
ALIENISTAS DEL PISUERGA

DELIRIOS MELANCÓLICOS:
NEGACIÓN Y ENORMIDAD

Jules COTARD
EL DELIRIO DE NEGACIÓN
EL DELIRIO DE ENORMIDAD
(Selección)

Jules SÉGLAS
EL DELIRIO DE NEGACIÓN

Traducción de
Héctor Astudillo del Valle

Edición de
Alienistas del Pisuerga

Madrid
2008

Títulos originales: Études sur les maladies cérébrales et mentales (1891)
Le délire des négations. Séméiologie et diagnostic (1897)
Traducción: Héctor Astudillo del Valle
Presentación y notas: Alienistas del Pisuerga (José María Álvarez,
Fernando Colina y Ramón Esteban)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2009 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-8473-712-4
Depósito Legal: M-45972-2008

Presentación de *Delirios melancólicos: negación y enormidad* XI

ÍNDICE GENERAL

Jules COTARD

DEL DELIRIO HIPOCONDRIACO EN UNA FORMA GRAVE DE LA MELANCOLÍA ANSIOSA (1880)	3
DEL DELIRIO DE NEGACIÓN (1882)	11
<i>Primera categoría: Delirio de negación en estado simple</i> [Casos I-VIII]	26
<i>Segunda categoría: Delirio de negación sintomático de la parálisis general</i> [Caso IX]	31
<i>Tercera categoría: Delirio de negación asociado al delirio de persecución</i> [Casos X y XI]	33
Indicaciones bibliográficas	35
Cuadro sinóptico para resumir el paralelismo entre el delirio de negación y el delirio de persecución	37
PÉRDIDA DE LA VISIÓN MENTAL EN LA MELANCOLÍA ANSIOSA (1884)	39
EL DELIRIO DE ENORMIDAD (1888)	45
DEL ORIGEN PSICOMOTOR DEL DELIRIO (1889)	49

Jules SÉGLAS

EL DELIRIO DE NEGACIÓN. SEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO (1897)	61
PREFACIO	65
INTRODUCCIÓN. — <i>DEFINICIONES.</i> — <i>CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS IDEAS DE NEGACIÓN.</i>	67
PRIMERA PARTE. — DEL DELIRIO DE NEGACIÓN EN LA MELANCOLÍA	
CAPÍTULO I: <i>Estudio clínico: sintomatología (síndrome de Cotard)</i>	71
1. Ideas de negación	
2. Ideas de inmortalidad, delirio de enormidad; ideas de grandeza	
3. Delirio melancólico; ideas de condenación y de posesión	
4. Trastornos de la sensibilidad, de la percepción; alucinaciones	
5. Reacciones	
CAPÍTULO II: <i>Estudio clínico. Evolución y progreso clínico. (Locura de negación).</i>	95
CAPÍTULO III: <i>Estudio psicológico</i>	103
1. Origen del delirio de negación	
2. Significación del delirio de negación	
CAPÍTULO IV: <i>Frecuencia, etiología.</i>	129
CAPÍTULO V: <i>Diferentes aspectos del delirio de negación en la melancolía</i>	131
1. Casos atípicos	
2. Casos de evolución rápida pero regular, continua o intermitente, con sintomatología completa	
3. Casos idénticos a los precedentes en cuanto a evolución pero con sintomatología vaga	
4. Casos de evolución irregular	
5. Ideas de negación episódicas a lo largo de la melancolía	
APÉNDICE: <i>Delirio de negación en la locura circular.</i>	141

CAPÍTULO VI: <i>Diagnóstico</i>	143
CAPÍTULO VII: <i>Pronóstico</i>	147
CAPÍTULO VIII: <i>Casos mixtos o [formas] de transición</i>	151
SEGUNDA PARTE. —	
I. — DEL DELIRIO DE NEGACIÓN FUERA DE LA MELANCOLÍA	155
CAPÍTULO I: <i>Del delirio de negación en ciertas variedades de locura sistematizada (paranoia) de persecución</i>	157
CAPÍTULO II: <i>Del delirio de negación en la locura sistematizada (paranoia) hipocondríaca</i>	165
APÉNDICE: <i>Del delirio de negación en la debilidad mental</i>	171
II.— DE LAS IDEAS DE NEGACIÓN	
CAPÍTULO I: <i>De las ideas de negación en la parálisis general</i>	175
CAPÍTULO II: <i>De las ideas de negación en la senilidad</i>	181
CAPÍTULO III: <i>De las ideas de negación en las lesiones cerebrales circunscritas fuera de la senilidad</i>	185
CAPÍTULO IV: <i>De las ideas de negación en la confusión mental primitiva, el delirio febril, el alcoholismo, la manía, la histeria</i>	187
CAPÍTULO V: <i>Resumen general</i>	193
BIBLIOGRAFÍA	197

PRESENTACIÓN

Delirios melancólicos: negación y enormidad

I. JULES COTARD Y JULES SÉGLAS: SABIDURÍA, DISCRECIÓN, MELANCOLÍA

Jules Cotard (1840-1889)

El 21 de agosto de 1889 la psiquiatría francesa se vistió de luto para acompañar hasta la tumba a uno de sus más destacados miembros, el Dr. Jules Cotard, fallecido dos días antes a causa de una difteria contraída a la cabecera de una de sus hijas. Pese a la brevedad de su carrera, interrumpida fatalmente a la edad de cuarenta y nueve años, dejó tras de sí una serie de trabajos en los que la perspicacia clínica y una sólida cultura filosófica fructificaron en un audaz pensamiento original, y así Cotard entró en la historia de la psicopatología como epónimo de uno de los síndromes característicos de las formas graves de la melancolía, el «delirio de negación», en cuyo estudio abundó describiendo también el «delirio de enormidad»¹.

Nacido en Issoudun (Indre) el 1 de junio de 1840, Jules Cotard hizo sus estudios de Medicina en París. Aprobado el examen de ingreso para ser Médico Interno de los Hospitales², todos sus jefes de servicio –Broca, Charcot, Vulpian, etc.– le consideraron entre sus mejores alumnos y pusieron en él

1. Recopilados y prologados por su jefe y amigo Jules FALRET, tales escritos fueron reeditados póstumamente como: Jules COTARD, *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, París, J. B. Baillière, 1891. Nuestras fuentes para el resumen biográfico de COTARD han sido el «Préface» de Jules FALRET a dicho volumen (pp. V-XII), la «Nota biográfica» redactada por Antoine RITTI (ver «Notices biographiques», en ídem, pp. 431-433), y las transcripciones de algunos de los discursos leídos en sus exequias civiles: Antoine RITTI, «Discours de M. le Docteur Ant. Ritti. Au nom de la Société médico-psychologique» (ídem, pp. 434-435); GRÉHANT, «Discours de M. le Docteur Gréhant. Au nom de la Société de Biologie» (ídem, p. 435); Jules FALRET, «Discours de M. le Docteur J. Falret» (pp. 435-438); y el recordatorio hecho por el Dr. Gustave BOUCHEREAU, secretario general de la Association Mutuelle des Médecins Aliénistes de France, en su informe anual leído ante la Asamblea General de la mutualidad el 28 de agosto de 1890 (ídem, pp. 438-439). Como no podía ser de otra manera, también hemos consultado la entrada «COTARD, Jules (1840-1889)» en el excelente repertorio biográfico de Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1995, p. 71.

2. Es decir, el período de formación especializada, nuestro M.I.R. de hoy en día.

las mejores expectativas. Al terminar dedicó su Tesis doctoral a un *Estudio sobre la atrofia parcial del cerebro*³.

Con frecuencia asistía a las consultas del profesor Lasègue en la Enfermería Especial del *Dépôt* de la Prefectura de Policía de París⁴. Le atraían los estudios de medicina mental y se hizo médico alienista. En 1872 Lasègue le presentó a Jules Falret, quien dirigía la Casa de Salud de Vanves⁵ y buscaba un colaborador. La carrera de Cotard quedó a partir de entonces ligada a dicho establecimiento privado, desde donde participó activamente en la vida de diversas sociedades científicas pero manteniéndose al margen de cualquier polémica relativa a plazas funcionariales o académicas.

Sus tendencias intelectuales y morales le aproximaron a las ideas de Augusto Comte⁶ y de los filósofos de la «Psicología de las facultades»⁷,

3. COTARD, J., *Étude sur l'atrophie partielle du cerveau*, París, Lefrançois, 1868. Reeditado en COTARD, *Études..., op. cit.*, pp. 154-239.

4. En sus orígenes, el *Dépôt* era un simple calabozo de la Prefectura de Policía de París. Desde 1850, un alienista examinaba a aquellos detenidos que parecían sufrir trastornos psíquicos. El primer encargado fue Lasègue, que consiguió un local específico en febrero de 1872, pasando a llamarse Enfermería Especial de la Prefectura de París. Legrand Du Saulle fue su adjunto desde 1868, y le sucedió como director en 1883; posteriormente lo fueron Garnier, de 1886 a 1905, Dupré, de 1905 a 1920, y Clérambault, de 1920 a 1934.

5. La Casa de Salud de Vanves, un suburbio de París, fue fundada en 1823 por Jean-Pierre FALRET (1794-1870) y Félix VOISIN (1794-1872). El hijo del primero, Jules FALRET (1824-1902), nació y murió en la vivienda familiar anexa al sanatorio.

6. Auguste COMTE (1798-1857), fundador del sistema filosófico denominado *positivismo*, que suscitó las más enfrentadas reacciones. Participaba de la cultura del romanticismo en la aspiración a una síntesis universal del saber y en el ansia de una sociedad perfecta. Con sus estudios dio un gran empuje al estudio de la sociología. COMTE tomó conciencia enseguida de la necesidad de una reconstrucción moral e intelectual de la sociedad postrevolucionaria. En 1822 publicó *Plan des travaux scientifiques*, en el que defiende la unidad indisoluble de ciencia y política. En esta obra ya enunciaba los principios de la «filosofía positivista» (aunque lo que años después se conoció con ese nombre no se correspondió con los ulteriores desarrollos comtianos). En 1826 comienza un *Cours de philosophie positive*, que más tarde constituirá el título de su obra más importante (publicada a lo largo de los años 1830-42). La segunda fase de su pensamiento, de tono místico-humanitario, da paso tras algunas crisis nerviosas al *Système de politique positive ou Traité de sociologie instituant la religion de l'Humanité*, seguido de *Calendrier positive*, y *Cathecisme positiviste*, en el que se proclama gran sacerdote de la humanidad. Esta orientación mística fue rechazada por muchos de sus seguidores. Murió en París, en 1857, después de una enfermedad que trató de curarse él solo. (Ver también nuestra nota n° 5 en COTARD, «Pérdida de la visión mental en la melancolía ansiosa», en este volumen).

7. La «Psicología de las facultades» mentales, corriente funcionalista emanada de la obra filosófica de Thomas REID (1710-1796), Dugald STEWART (1753-1828) y la «Escuela escocesa del sentido común», ejerció mucha influencia en la consolidación de la psicopatología del siglo XIX. Dividió los fenómenos mentales en tres grandes esferas presuntamente independientes: la de las emociones, la de la razón y la de la voluntad. Según la psicopatología inspirada en dicha escuela, la enfermedad mental consistiría en la alteración independiente de una o varias de tales esferas. Ver en: ÁLVAREZ, J. M.ª; ESTEBAN, R.; SAUVAGNAT, F., *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, pp. 358-359 y 502-503.

llegando a ser nombrado miembro honorario del Círculo Proletario de los Positivistas.

En palabras de Falret, las cualidades de Cotard, su agudo sentido clínico y su sólida cultura médica y filosófica le habían preparado «para el estudio de los alienados y de la psicología morbosa. Había profundizado en sus múltiples manifestaciones con una claridad notable, ya bien patente desde su primer trabajo sobre patología mental, el artículo «Locura» del *Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas* (1877)⁸. Tras ese estudio general, Cotard se dedicó más específicamente a la cuestión de las *melancolías*, una de las más complejas de la patología mental»⁹. En 1880 presentó en la Sociedad Médico-psicológica un caso de «Delirio hipocondríaco en una forma grave de la melancolía ansiosa»¹⁰. A través de sucesivas publicaciones («Sobre el delirio de negación»¹¹, «Pérdida de la visión mental en la melancolía ansiosa»¹², «Sobre el delirio de enormidad»¹³ y el artículo «Hipocondría» del *Diccionario Dechambre*¹⁴), vemos precisarse progresivamente el cuadro clínico de esos estados en que los enfermos niegan la existencia misma de sus órganos y hasta la de su cuerpo entero o la del mundo que les rodea o, por el contrario, desarrollan temas delirantes de enormidad corporal, de culpa anonadante y de inmortalidad dolorosa.

Unos días antes de su muerte se leyó en su nombre, en el Congreso de Medicina Mental de París, una comunicación sobre «El origen psicomotriz del delirio»¹⁵. Sus exequias, estrictamente civiles, tuvieron lugar

8. COTARD, J., «Folie», en Amédée DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tomo III, FOI-FRA, Masson y Asselin, París, 1879, pp. 271-306. Reeditado en: COTARD, J., *Études...*, *op. cit.*, pp. 240-300.

9. Jules FALRET, «Préface», en COTARD, *Études...*, *op. cit.*, pp. V-XII.

10. COTARD, J., «Délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse». Leído en la Société médico-psychologique el 28 de junio de 1880. Publicado en *Annales médico-psychologiques*, 1880, n° 4, pp. 168-174. Reeditado en: COTARD, J., *Études...*, *op. cit.*, pp. 307-313.

11. COTARD, J., «Du Délire des négations», *Archives de Neurologie*, n°s 11 y 12, 1882, pp. 152-170 y 282-296. Reeditado en: COTARD, J., *Études...*, *op. cit.*, pp. 314-344.

12. COTARD, J., «Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse». *Archives de Neurologie*, n° 21, 1884. Reeditado en: COTARD, J., *Études...*, *op. cit.*, pp. 345-350.

13. «Le délire d'enormité». Leído en la Société médico-psychologique en su sesión del 26 de marzo de 1888; publicado en *Annales médico-psychologiques*, 1888, n° 7, pp. 465-469. Reeditado en: COTARD, J., *Études...*, *op. cit.*, pp. 374-378.

14. COTARD, J., «Hypocondrie», en Amédée DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XXV, Cuarta Serie, HYL-INH, París, Masson y Asselin, 1889, pp. 136-157. Reeditado en: COTARD, J., *Études...*, *op. cit.*, pp. 379-415.

15. COTARD, J., «L'origine psychomotrice du délire». Leído en el Congreso de Medicina Mental de París el 6 de agosto de 1889. Reeditado en: COTARD, J., *Études...*, *op. cit.*, pp. 416-429.

el 21 de agosto de 1889. La asistencia fue considerable. Además de la mayor parte de los miembros de la Société Médico-Psychologique, era notoria la multitud emocionada de los habitantes de Vanves: Cotard había sido un bienhechor en la comarca, siempre presto a socorrer a quienes solicitaban su ayuda.

Uno de sus hijos, Lucien, nacido en Vanves el 24 de octubre de 1878, también se inclinó hacia la psiquiatría. Interno de Féré y Séglas, escribió en 1908 un *Estudio semiológico del psitacismo*¹⁶, retomado el año siguiente como tesis doctoral. Siendo médico adjunto del asilo de Dijon, murió el 6 de enero de 1910, más prematuramente aún que su padre, a consecuencia de una enfermedad cardíaca.

Como ya dijimos, en 1891 apareció a título póstumo la recopilación de las obras de Cotard, *Estudios sobre las enfermedades cerebrales y mentales*, prologada por Jules Falret. Ciento veinte años después sigue siendo patente la veracidad de las elogiosas frases del prologuista: los principales razonamientos y las muy personales ideas que el autor desarrolló en dichos artículos «tienen en efecto el mérito infrecuente de hacer reflexionar y hacer pensar a todo aquel que los lea con atención».

Jules Séglas (1856-1939)

Como señalan Haustgen y Bourgeois, hace algo más de un siglo el joven alienista parisino J. Séglas publicó a lo largo de pocos años una serie de obras magistrales, destinadas a establecer de forma perdurable en Francia los cuadros de la clínica psiquiátrica¹⁷. A los *Trastornos del lenguaje en los alienados*¹⁸ sucedieron tres años más tarde las *Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas*¹⁹. Sólo dos años después apareció la famosa monografía sobre *El delirio de negación*²⁰. El colofón de toda esta

16. Lucien COTARD, *Contribution à l'étude sémiologique du psittacisme et de ses divers aspects en clinique psychiatrique*, Tesis doctoral, París, G. Steinheil, 1909. Hay una reedición no venal en la colección «Analectes», París, Laboratoires Théraplix (Grupo Aventis Pharma), 1980.

17. Nuestras fuentes para redactar el resumen biográfico de Jules Séglas han sido las siguientes: HAUSTGEN, T.; BOURGEOIS, M. L., «Le Dr. Jules Séglas (1856-1939), président de la Société Médico-Psychologique, sa vie et son oeuvre», *Annales médico-psychologiques*, 2002, vol. 160, n° 10, pp. 701-712; COHEN, C., «Pour un retour vers Jules Séglas», *L'Évolution Psychiatrique*, 1993, 58, I, pp. 225-230; y la entrada «SÉGLAS, Louis-Jules-Ernest (1856-1939)» en MOREL, P., *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1995, p. 219.

18. SÉGLAS, J., *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892.

19. SÉGLAS, J., *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*. Recueillées et publiées par le Dr. Henry Meigne, París, Asselin y Houzeau, 1895.

20. SÉGLAS, J., *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic*, París, Masson, 1897.

obra fue el capítulo «Semiología de las afecciones mentales» del *Tratado* de Gilbert Ballet²¹. En el intervalo, un número impresionante de artículos (se ha estimado que totalizan ciento treinta) fue publicado por Séglas tocando los más diversos terrenos de la clínica. Sin embargo, a pesar de que su nombre es muy frecuentemente citado por sus contemporáneos esos trabajos y monografías no han sido reeditados y hasta 1950 no comenzaron a aparecer artículos un poco consecuentes sobre Séglas²². Aún hoy no disponemos de una bibliografía exhaustiva y detallada sobre sus escritos, y las publicaciones anglo-americanas rara vez los mencionan si exceptuamos a Germán Berrios²³.

Es difícil saber si esto ha sido el efecto de la modestia legendaria del médico de La Salpêtrière, de la extinción administrativa del cuerpo funcional al que pertenecía, el de los Alienistas de los Hospitales de París, o de que los últimos servicios psiquiátricos del mencionado hospital fueran ocupados y modernizados por los alumnos de Clérambault (G. Heuyer, L. Michaux). Pero, aunque Séglas no llegase a fundar una escuela oficial dentro de la psiquiatría académica, su obra conserva su viveza y es justo reclamar su recuperación en la actualidad.

Recordemos ahora algunos aspectos biográficos de Jules Séglas. En la villa de Évreux, prefectura del departamento del Eure (Normandía), nació el 31 de mayo de 1856 Louis Jules Ernest, primer hijo de Ernest Desiré Séglas, empleado del hospicio de Évreux que llegó a ser su administrador. Los abuelos pertenecían al gremio de pequeños propietarios rurales y maestros artesanos (guarnicioneros).

Matriculado en la Facultad de Medicina de París en 1873, fue médico externo de los Hospitales municipales entre 1877 y 1880, efectuando rotaciones en Medicina Interna y Cirugía y frecuentando el servicio de Charcot y los de sus compatriotas normandos Delasiauve, en La Salpêtrière, y Bourneville, en Bicêtre. Amparado por estos prestigiosos maestros, se inició en la medicina mental y recopiló treinta y tres casos clínicos en los que basó su tesis, *Sobre la influencia de las enfermedades intercurrentes sobre el curso de la epilepsia*²⁴,

21. SÉGLAS, J., «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLETT, *Traité de Pathologie mentale*, París, Doin, 1903, pp. 74-270.

22. BARBÉ, A., «Séglas», *L'Encéphale*, 1950, 39, pp. 335-345. THEFENNE, D., *Les troubles du langage parlé dans l'oeuvre de Jules Séglas*, Tesis de Medicina (dirigida por el Prof. Morel), Caen, 1995.

23. BERRIOS, G. E., *The History of Mental Symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

24. SÉGLAS, J., *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie*, Tesis doctoral, París, Goupy et Jourdan, 1881.

dirigida por Bourneville y defendida el 20 de enero de 1881 ante un tribunal presidido por Charcot.

A pesar de tan ilustres padrinos, Séglas nunca llegó a ser médico interno, ni de los Hospitales de París ni de los Asilos del Sena. Eso no le impidió empezar a publicar artículos y ser nombrado miembro titular de la Sociedad Médico-Psicológica en 1884, a los veintiocho años de edad, ocupando la vacante de Moreau de Tours. En 1908 llegó a presidente de dicha Sociedad²⁵.

En 1886 opusculó para una plaza de médico adjunto del Servicio de Alienados de los Hospitales de la asistencia Pública de París²⁶. El concurso, iniciado el 28 de junio, acabó el 21 de julio con el nombramiento de Séglas, que llegó así a formar parte del prestigioso cuadro profesional de los Médicos Alienistas de los Hospitales de París (Bicêtre y La Salpêtrière), independiente del Cuerpo de Médicos de los Asilos pero oficialmente sin funciones docentes, institución prestigiada antes de Séglas por haber pertenecido a ella Pinel, Esquirol, los Falret, Baillarger, Delasiauve y muchos otros²⁷. Inicialmente médico adjunto de J. Falret en La Salpêtrière hasta 1898, dicta allí sus famosas lecciones clínicas entre 1887 y 1894, enseñanza que imparte voluntariamente y sin reconocimiento oficial, lo que no impide que la asistencia sea numerosa. No vaciló en ellas en oponerse a algunas ideas de su jefe (por ejemplo, la posible coexistencia de obsesiones y alucinaciones).

Después ocupó plaza de jefe de servicio en Bicêtre de 1898 a 1909. En ese periodo colaboró en el *Tratado* de Gilbert Ballet de 1903, empezando así a tener un cierto reconocimiento oficial. Llegó finalmente a La Salpêtrière —que se consideraba un mejor destino— como médico-jefe, sucediendo en el cargo a E. Charpentier. Cesó en esas funciones para retirarse el 1 de enero de 1922, a la edad de 65 años, y a partir de entonces la administración de la Asistencia pública fue programando el cierre progresivo de los servicios para alienados, de modo que Chaslin, algo más joven que Séglas y último miembro

25. Para ejercer como especialista en cualquier rama de la Medicina, era necesario ser admitido en la sociedad científica correspondiente, lo cual era más fácil si se había seguido un programa de formación como médico interno. Los más prestigiosos para la incipiente psiquiatría eran los internados de los Hospitales de París (Bicêtre y La Salpêtrière), de titularidad municipal, y los Asilos para Alienados del Departamento del Sena (Sainte-Anne, Charenton, Maison-Blanche, Ville-Évrard, y otros), de titularidad provincial.

26. Ver: «Varietés» [«Noticias varias»], *Annales Médico-psychologiques*, 1886, n° 44, pp. 171.

27. Sobre el cuerpo de Alienistas de los Hospitales de París, ver: PICHOT, P., *Un siglo de psiquiatría*, París, Roger Dacosta, 1983, p. 111, nota 13 (edición en castellano).

del cuerpo de Alienistas de los Hospitales, a duras penas pudo cumplir los años necesarios para adquirir derechos de jubilación.

Séglas ejerció también actividad privada y era además forense de los Tribunales. La enumeración de sus nombramientos honoríficos y de su pertenencia a numerosas sociedades científicas francesas y extranjeras sería interminable. Sin embargo, su alumno A. Barbé estimaba en 1950 que «no tuvo ni el reconocimiento oficial ni la reputación a que sus méritos le daban pleno derecho»²⁸. Ciertamente, extraña la ausencia de acreditación universitaria para el mentor de una enseñanza extraoficial que tanto sus alumnos como la posteridad han legitimado, pero quizá su personalidad bondadosa y alejada de las intrigas académicas de pasillo prefirió mantenerse al margen de ciertas polémicas.

Casado con Berthe Genet, Jules Séglas tuvo solamente un hijo, Jacques-Henri Séglas (1894-1921), quien también estudió Medicina y llegó a ser médico externo en el hospital Hôtel-Dieu de París. Los últimos años del alienista se vieron oscurecidos por la brutal desaparición de este hijo, muerto a los veintisiete años «víctima de sus deberes sanitarios»: su nombre figura con esa *legenda* en una placa conmemorativa en el patio de honor del Hôtel-Dieu²⁹.

El 6 de diciembre de 1939, pocos meses después de enviudar, Jules Séglas se extinguió en su domicilio parisino tras manifestar su deseo de que cuando muriese «no se sobrecargase a la prensa con su magra personalidad». Así fue: la prensa se hallaba desde el 3 de septiembre centrada en la guerra provocada por Alemania que involucraba a Gran Bretaña y Francia, y el fallecimiento del antaño famoso alienista pasó prácticamente desapercibido. Sus restos reposan en el Cementerio Père-Lachaise de París.

II. LA MELANCOLÍA ENTRE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Conforme avanzaba el siglo XIX, la ideología de las enfermedades mentales se adueñó también de la melancolía tradicional, «esa fascinante

28. BARBÉ, A., «Séglas», *L'Éncephale*, 1950, op. cit.

29. La tradición atribuye al obispo Landry la creación en el año 651 del hospital de caridad conocido como Hôtel-Dieu de París. El edificio actual, junto a la catedral de Notre-Dame, data de 1878 y estuvo a cargo de las religiosas Agustinas hasta 1908, fecha en que pasó definitivamente a la administración pública. Durante mucho tiempo aceptó todo tipo de pacientes, lo que supuso en la práctica que se llevasen allí a los enfermos infecciosos, contando incluso con una leprosería. Desde 1960 se dedica de forma especializada a la Endocrinología y es un centro puntero en investigación diabetológica; cuenta también con un servicio de Oftalmología.

constelación de antiguos problemas y angustias que a lo largo de siglos la historia Occidente ha guardado en su memoria»³⁰. A diferencia de cuanto sucediera en otros ámbitos de la locura, el proceso de reconversión de la melancolía en una enfermedad psiquiátrica contó con ciertas dificultades suplementarias. Derivaban éstas de la inabarcable amplitud semántica del propio término, cuyas connotaciones se extendían a numerosos ámbitos de la cultura, además de la medicina y la filosofía moral. Desde esta perspectiva, incluso el nombre ‘melancolía’ parecía demasiado gastado por su incesante trasiego entre poetas, artistas, filósofos y médicos. Así se le antojó a Esquirol cuando propuso sustituirlo por ‘lipemanía’, desafortunado nombre con el que la naciente psiquiatría quiso deslazonarse de un pasado que le resultaba incómodo para el desarrollo de sus objetivos: «La palabra melancolía –escribió en 1819– empleada en el lenguaje vulgar para expresar el estado habitual de tristeza de algunos individuos, debe dejarse a los moralistas y a los poetas, quienes, en sus expresiones, no están obligados a tanto rigor como los médicos»³¹.

Esta ruptura con la historia, vocación una y otra vez renovada por la psiquiatría positivista a medida que fortalecía sus dominios, fue sólo la primera maniobra destinada a la transformación de la melancolía en una enfermedad mental. Se unen a ésta, como enseguida mostraremos, otras dos: la asociación de la melancolía con la manía y la caracterización de la melancolía a partir del dolor moral. Para la primera evocaremos las líneas directrices defendidas por Jean-Pierre Falret, Jules Baillarger y Emil Kraepelin y, frente a éstas, las de Pinel y Cotard; para la segunda echaremos mano de los argumentos de Guislain, Griesinger, Schüle y Séglas.

Cuando Jean-Pierre Falret –el más dotado de los alumnos de Esquirol– incorporó la perspectiva longitudinal o evolutiva como criterio prioritario para definir las enfermedades mentales, introdujo con ello una reorganización nosográfica inédita. Al enfocar la locura tradicional desde el punto de vista de las variantes evolutivas, enseguida se cayó en la cuenta de la frecuente asociación de la melancolía y la manía, hecho con el que se creyó probada existencia de una enfermedad mental independiente, a la que J.-P. Falret denominó *folie*

30. BARTRA, R., *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*, Barcelona, Anagrama, 2001, p. 9.

31. ESQUIROL, J.-E.-D., *Dictionnaire des sciences médicales, par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, T. XXXII, MED-MES, Panckoucke Éditeur, París, 1819, p. 148.

*circulaire*³² y J. Baillarger, *folie à double forme*³³. Que la manía y la melancolía tuvieran alguna relación era cosa bien constatada desde la Antigüedad, aunque nunca hasta mediados del siglo XIX se considerase que ambas constituían una única enfermedad. Desde entonces, esta fusión nosológica se reforzaría hasta culminar en la descripción, realizada por Emil Kraepelin, de la *manisch-depressive Irresein*, un conglomerado de formas clínicas cuya esencia está lejos de ser tan evidente como defendiera en su día el profesor de Múnich.

El propio Kraepelin advirtió esta diversidad al redactar la octava edición de su *Lehrbuch* (1913), señalando que la enfermedad maníaco-depresiva comprende lo que por entonces se llamaba la *folie périodique* y la *circulaire*, además de la manía simple, la gran mayoría de los estados patológicos que se describen bajo la rúbrica de ‘melancolía’, y también un considerable número de casos de *Amentia*; por si fuera poco, añade: «También incluimos ciertas disposiciones patológicas del humor más o menos acentuadas, ya sean periódicas o duraderas, que deben ser consideradas como los primeros estadios de trastornos más graves, y que por otra parte se funden, sin que puedan acotarse límites estrictos, con el conjunto de las constituciones personales. Con el paso de los años he adquirido la convicción, más férrea cada vez, según la cual todos los tipos clínicos enumerados arriba no son otra cosa que formas de las manifestaciones de un único proceso patológico»³⁴.

No fue ésta, sin embargo, su última palabra sobre la cuestión. Cuando en 1920, jubilado de sus quehaceres docentes y clínicos, reflexionó de nuevo sobre las manifestaciones de la locura, le pareció que éstas no bastaban para distinguir la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva; por el contrario, la diferenciación entre una y otra sólo podría sostenerse si se atiende únicamente al curso evolutivo. Y dicho esto admite que, a juzgar por la observación de «una cantidad enorme de enfermos», cabe «suponer la posibilidad de transiciones efectivas entre uno y otro extremo [el de la demencia precoz y el de la locura maníaco-depresiva]»³⁵.

32. Cf. J.-P. FALRET, “De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l’alternative régulière de la manie et de la mélancolie” [1854], en *Des maladies mentales et des asiles d’aliénés*, París, Baillièrre, 1864, p. 456-475.

33. Cf. J. BAILLARGER, “Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l’une de dépression et l’autre d’excitation”, *Bulletin de l’Académie Impériale de Médecine*, 1853-1854, n° 19, pp. 340-352.

34. KRAEPELIN, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (8ª Ed.), vol. III, Leipzig, J. A. Barth, 1913, p. 1.183.

35. KRAEPELIN, E., “Las manifestaciones de la locura”, en A. HOCHE, E. KRAEPELIN, y O. BUMKE, *Los síntomas de la locura*, Madrid, Triacastela, 1999, p. 83.

Al darse por buena la asociación natural de la melancolía y la manía, se dejaba de lado el originario vínculo entre la melancolía y los delirios sistematizados (paranoia). De esta trabazón fue partidario Pinel, el fundador del alienismo, mediante su concepción de las locuras o delirios parciales. Desde su perspectiva unificadora, la melancolía se caracteriza sobre todo por la presencia de un delirio parcial, exclusivo o circunscrito a un «único objeto que parece absorber todas sus facultades». Así enfocado, el delirio parcial se conforma en torno a dos grandes polos: el orgullo extremo y el abatimiento pusilánime al tiempo que una profunda desesperación; también en contados casos, ambas polaridades pueden incluso alternarse, tal como ilustra con uno de sus alienados: «Un jurisconsulto desolado al verse privado de su único hijo, al que adoraba, cede a su intenso dolor, pierde la razón y poco después se ve transformado en el rey de Córcega»³⁶.

La hermandad de la melancolía y la paranoia –y con ella la noción de locura parcial– tuvo los días contados desde que Esquirol introdujera la escisión humor/razón en la melancolía pineliana. A partir de este corte se conformó un polo propiamente melancólico (*lypémanie*) y otro expansivo y razonante (*monomanie*), separación que sentaría las bases de la posterior oposición entre los trastornos del humor (locura maniaco-depresiva) y los trastornos del juicio (delirios crónicos). Sin embargo, en distintos momentos de la construcción del saber psicopatológico dicha afinidad volvería a resurgir y mostrarse problemática, de manera especial en la descripción de Cotard de los delirios de negación y enormidad, también en el delirio sensitivo de Gaupp³⁷ y Kretschmer³⁸, incluso en el diagnóstico de algunos locos célebres como Rousseau³⁹ o Schreber⁴⁰.

36. PINEL, Ph., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, París, Brosson, 1809 [2ª ed.], p. 166.

37. Véase R. GAUPP, *El caso Wagner*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998.

38. Al explicar el caso «El hijo de labrador J.», KRETSCHMER escribió: «[...] sospechamos que existen escalones intermedios entre la constitución asténica y el círculo constitucional maniaco y depresivo o, mejor dicho, que con frecuencia se puede considerar un mismo cuadro patológico como constitución asténica desde el lado caracterológico-reactivo, y como depresión constitucional desde su aspecto biológico-autónomo» (KRETSCHMER, E., *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Triacastela, 2000, p. 87).

39. Mientras Paul SÉRIEUX y Joseph CAPGRAS vieron en Jean-Jacques ROUSSEAU un caso ejemplar de delirio de interpretación, Emmanuel RÉGIS lo consideró un perseguido melancólico. De esta polémica nos hicimos eco en nuestra edición de P. SÉRIEUX y J. CAPGRAS, *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, 2008 (véase, en especial, la nota al pie 40 del capítulo «Variedades»). Más detalles se hallan en J. STAROBINSKI, *Jean-Jacques Rousseau. La transparencia y el obstáculo*, Madrid, Taurus, 1983, pp. 357-372.

40. Sobre los diagnósticos de Paul SCHREBER, véase J. M^a. ÁLVAREZ, *La invención de la enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008, pp. 403-504.

Terciando sobre esta problemática emprende Jules Cotard la descripción del delirio de negación, al que inicialmente concibe como el reverso del delirio de persecución de Lasègue. Él mismo confiesa su aspiración de describir «al *negador* resaltando principalmente las diferencias y los contrastes que presenta respecto al *perseguido*», propósito que culmina en el cuadro que cierra su artículo «El delirio de negación» (1882). Siguiendo ese proceder espera individualizar una nueva y «verdadera enfermedad», la cual reagrupe síntomas asociados entre sí y se diferencie del resto por sus características y evolución. Al igual que unos años después propondrá Freud, Cotard destaca la importancia de la autoacusación, signo que por sí mismo basta para distinguir a este tipo de melancólicos ansiosos de los perseguidos; estos melancólicos *se acusan a sí mismos*, y lo hacen de una manera tan llamativa que consideran justo someterse al último suplicio, pues «se lo tienen bien merecido por sus crímenes». De conformidad con estas observaciones, establece dos grandes clases de melancólicos: los que se echan la culpa a sí mismos y los que acusan al entorno social. Pero el delirio de negación, de progresar, puede alcanzar ciertas proporciones «monstruosas» hasta culminar en una forma particular de delirio pseudomegalomaniaco o «delirio de enormidad», variante caracterizada por ideas de inmortalidad e inmensidad, a cuya descripción dedicó su artículo de 1888 «El delirio de enormidad».

A diferencia de la corriente principal, la que hermanaba la asociación natural de la melancolía y la manía, la orientación desarrollada por Jules Cotard recupera la simetría entre melancolía y paranoia (delirio de negación *versus* delirio de persecución). Para fundamentar esta oposición, inicialmente Cotard echa mano del análisis semiológico, en especial de la «fórmula del delirio», principio rector de su metodología. Así lo propone en el segundo párrafo de «El delirio de enormidad»: «Aunque el análisis de semejantes casos psicológicos sea delicado y el diagnóstico sea a menudo tortuoso, parece que la dificultad no haya de referirse a la apreciación de las propias ideas delirantes. Nos cuesta concebir que frente a una forma delirante, el clínico se sienta importunado y dude en calificarla de idea de persecución, idea melancólica o idea de grandeza. Da la sensación, repito, de que la idea, que ha sido expresada claramente por el enfermo, debe caracterizarse con la suficiente claridad por sí misma». A esta oposición semiológica inicial (ideas de negación *versus* ideas de persecución), Cotard irá paulatinamente añadiendo otras en las que se perfila la simetría melancolía-paranoia: en el terreno del carácter, tendencias autoacusadoras frente a tendencias heteroacusadoras; en el ámbito etiológico, fenómenos psicomotores en contraposición a fenómenos psicosensores.

Las descripciones de Cotard sobre el delirio de negación y el delirio de enormidad, dada la precisión de su análisis semiológico y lo llamativo de los temas delirantes, consiguieron de inmediato hacerse un hueco en el abigarrado territorio de la patología mental; en cambio, las explicaciones psicopatológicas de esa «enfermedad» melancólica –inspiradas en las concepciones neuropsicológicas de Charcot sobre las afasias– apenas le sobrevivirían, tanto las que creyó fundadas en la «pérdida de la visión mental» como las que, a última hora, pergeñó a partir de la oposición entre las lesiones funcionales psicosensores y las psicomotrices. Poco después de la prematura muerte de Jules Cotard, en su intervención en el congreso de Blois (1892), Emmanuel Régis propuso nombrar al delirio de negación *Síndrome de Cotard*, epónimo con el que honraba al psiquiatra que lo había descrito⁴¹. Sería esta perspectiva sindrómica la que terminaría imponiéndose, hecho al que contribuyó con sus numerosas contribuciones Jules Séglas.

El tercer punto de apoyo de la transformación de la melancolía en una más de las enfermedades mentales se halla, en nuestra opinión, en la caracterización del sufrimiento melancólico, cuya llamativa intensidad contribuyó a situarla dentro de los dominios de la enfermedad y a menospreciar su tradicional vinculación con la creación. Fue el médico belga Joseph Guislain uno de los primeros en llamar la atención sobre el sufrimiento de los alienados, sobre todo de los melancólicos: «Para nosotros la alienación será, en la mayoría de los casos, un dolor del sentimiento afectivo. Ese estado es el que hemos designado con el nombre de *Frenopatías*»⁴². Pero la desmesura que ese «dolor moral» adquiere en la melancolía es tal que, no sólo hace de ésta una forma diferenciada de alienación, sino que ese dolor se convierte en su característica: «Toda melancolía expresa la lesión de un sentimiento; es una afección dolorosa»⁴³.

Las continuas menciones de Guislain al padecimiento melancólico están asimismo presentes en las descripciones de Griesinger. Lejos de ser un mero fenómeno característico, el sufrimiento se convierte en un elemento esencial de la explicación nosológica: el melancólico –subraya Griesinger– se encuentra cada

41. Véase AA. VV. *Congrès de Médecine mentale de Blois*, 1892. Una crónica de este congreso puede leerse en A. GIRAUD, «Le Congrès de médecine mentale à Blois», *Annales médico-psychologiques*, 1892, nº 16, pp. 177-195; en especial de la página 179 a la 183, donde se recoge la intervención de Camuset sobre el delirio de negación, y las réplicas, entre otros, de Régis y Séglas.

42. GUISLAIN, J., *Traité sur les Phrénopathies, ou doctrine nouvelle des maladies mentales*, Bruselas, 1835, p. XI.

43. GUISLAIN, J., *Leçons orales sur les phrénopathies, ou Traité théorique et pratique des maladies mentales*, vol. I, Gante, Hebbelynck, 1852, p. 103.

vez más dominado por un estado de dolor moral que persiste de por sí y que aumenta con cada impresión moral⁴⁴. También la caracterización de la melancolía realizada por Heinrich Schüle destaca los aspectos dolorosos y el sufrimiento, en especial cuando examina los trastornos de la inteligencia característicos de esta enfermedad: «El resultado es una incomodidad y una pereza siempre crecientes de la actividad intelectual; finalmente la conciencia sólo contiene la *idea-dolor*»⁴⁵. Tan impresionante le parece el dolor de los melancólicos («un dolor infinito»; «el síntoma más característico de esta enfermedad») que, cuando describe sus delirios y los contrasta con los propios de la paranoia, destaca: «La diferencia psicológica esencial entre los dos tipos de ideas delirantes es la siguiente: en el delirio sistematizado, el deliro se establece de golpe (incluso si era general y vago al principio); en la melancolía, por el contrario, el delirio es secundario; en el primero es un elemento esencial e indispensable, mientras que en el segundo es accidental y puede a menudo faltar. Una vez creado, el delirio sistematizado alivia al enfermo gracias a la explicación que aporta; pero en la melancolía esa explicación no hace sino añadir un dolor nuevo»⁴⁶.

Como la mayoría de los autores, también Séglas destaca el «dolor moral», singular manifestación a la que dedica numerosas reflexiones en las que lo compara con el dolor físico⁴⁷. A sus ojos, el melancólico es un enfermo «ingenioso en lo que concierne a atormentarse»⁴⁸. Sus discrepancias con Cotard no radican ahí, sino en la metodología que uno y otro emplean. Si para Cotard la «fórmula del delirio» bastaba para establecer las distinciones nosográficas, Séglas afirma que ésta «no es suficiente para caracterizar un estado mórbido»⁴⁹, con lo cual las ideas de negación pierden su especificidad. Frente a la

44. Véase, W. GRIESINGER, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, París, A. Delahaye, 1865, p. 264.

45. SCHÜLE, H., *Traité clinique des maladies mentales*, París, Delahaye y Lecrosnier, 1888, p. 26.

46. *Idem*, p. 124.

47. «El estudio clínico de la génesis del dolor moral en el melancólico nos conduce pues a conclusiones conformes a los resultados experimentales. En primer lugar, resulta de la producción de un nuevo estado cenestésico penoso y de trastornos intelectuales psicomotores que se manifiestan como una disminución de la actividad intelectual voluntaria. De tal modo que el dolor moral, al igual que la sensación de *displacer*, se reduce a un sentimiento de impotencia [...]. Este dolor moral, una vez producido, actúa a su vez sobre los mismos fenómenos que le dieron nacimiento, aumentándolos. Por su parte, estas nuevas modificaciones repercuten en el estado emocional. Así se establece el círculo vicioso en que el melancólico gira durante toda su enfermedad» (SÉGLAS, J., *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic, op. cit.*, p. 88 y p. 90; esta monografía puede leerse traducida en el presente volumen).

48. *Idem*, p. 92.

49. SÉGLAS, J., «Le délire systématique primitif d'auto-accusation», *Archives de Neurologie*, 1899, VII, p. 443.

«fórmula del delirio», Jules Séglas propone investigar «la génesis de las ideas delirantes», guía que debe servir de elemento capital para el diagnóstico. Desde su punto de vista se trata de enfocar el conjunto clínico-evolutivo: «el diagnóstico completo debe contemplar siempre todos los otros síntomas [además del delirio], tanto los somáticos como los psíquicos, su modo de aparición, su sucesión, sus respectivas relaciones, así como la evolución del conjunto de la afección»⁵⁰.

De resultas de la aplicación de esta metodología, Séglas caracteriza la melancolía delirante por la naturaleza tormentosa de los temas delirantes; el trasfondo siempre presente del dolor, el sufrimiento y la inhibición mental; la insignificancia [*humilité*], la pasividad y la resignación; la extensión «centrífuga» de sus ideas, esto es, el temor de que sus allegados sufran las consecuencias de su desgracia o de su maldad; la actitud delirante de espera, destacada por Lasègue cuando propuso que el melancólico está a la espera de juicio, mientras que el perseguido ya está condenado; el carácter retrospectivo que lleva al enfermo a buscar alguna falta cometida en el pasado que explique su situación actual; la presencia relativa de alucinaciones visuales frente a rareza de las auditivas. Tanto la melancolía simple como la delirante se asientan, según Séglas, en una alteración de la personalidad que se origina a consecuencia de modificaciones orgánicas, alteración que por sí misma es la causante del dolor moral, del que derivan las ideas delirantes (negación, hipocondría, culpa o condena).

A la par que Séglas fue desarrollando su concepción de la melancolía, la distancia con las descripciones de Cotard se agrandó. En su monografía *Le délire des négations* concluye que éste no constituye de ninguna manera y en ninguna circunstancia una enfermedad específica; por el contrario, esas ideas delirantes son sólo un síntoma que se encuentra en formas muy variadas de la alienación mental, de manera que por sí mismas no tienen nada de patognomónico. «El síndrome de Cotard –señala Séglas en las conclusiones de su monografía– se presenta la mayoría de las veces después de uno o varios accesos de melancolía, sobre todo ansiosa, y revistiendo la forma común. Indica, por lo general, un estado de cronicidad; la enfermedad tiende a pasar de intermitente, como era hasta entonces, a continua; no obstante, hay otros casos que pueden curar»⁵¹. Conforme a su concepción de la melancolía desarrollada en las *Leçons cliniques* entre 1887 y 1894, también las ideas de negación constituyen la manifestación de una alteración de la personalidad que sobreviene como efecto de modifi-

50. SÉGLAS, J., *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, op. cit., p. 558.

51. SÉGLAS, J., *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic*, op. cit., p. 222.

caciones de la base orgánica (cenestesia) y de la esfera motriz y afectiva de la vida psíquica.

Las descripciones y esbozos teóricos de los autores hasta aquí mencionados contribuyeron a asentar la versión contemporánea de la enfermedad melancólica. Pese a que la propuesta de Esquirol no llegara a materializarse, lo cierto es que la melancolía —«el sol negro de la melancolía», según la expresión de Gérard de Nerval— terminaría por oscurecerse en el firmamento de la clínica psiquiátrica, hecho al que contribuyó el auge alcanzado por la noción de depresión y por los actuales trastornos bipolares⁵². Así y todo, como desarrollaremos en los comentarios que siguen, damos por seguro que su marginación de la reflexión psicopatológica ha contribuido al empobrecimiento de nuestra disciplina y a allanar los relieves característicos de la clínica. De no ser por haberla reavivado Freud y la psicopatología psicoanalítica, seguramente la melancolía constituiría hoy día un mero epígrafe dentro del capítulo de historia de la psiquiatría.

III. PERMANENCIA Y ECLIPSE DE LA MELANCOLÍA

Es oportuno, por lo tanto, preguntarse por la melancolía, justo ahora, cuando casi ha desaparecido del discurso psiquiátrico, de sus conceptos y de sus técnicas narrativas. Su eclipse revela la situación actual de la profesión, que se caracteriza por el positivismo y el alejamiento de la tradición humanista. La triple inspiración filosófica, literaria y médica que aún alimentaba la disciplina durante sus dos primeros siglos se ha perdido. Sólo domina un materialismo activo y encogido que finalmente ha usurpado todo el terreno a los saberes psicopatológicos.

Quizá el motivo que nos anima en este momento a colaborar en la recuperación de su dignidad psicopatológica, y aprovechar así la oportunidad que nos brindan los textos de Séglas y Cotard, se entienda mejor si recordamos que la melancolía representa por sí misma, como ningún otro concepto, la locura antigua, la locura prepsiquiátrica anterior al siglo XIX. Un concepto que, pese a tantos esfuerzos en contra, se ha mantenido en activo, aunque es cierto que a regañadientes y en círculos cada vez más estrechos. En realidad, la teoría humoral, sobre la que descansó su nombre durante más de veinte

52. Al respecto de la transformación de la melancolía tradicional en las depresiones actuales, ver J. M^a. ÁLVAREZ y J. R. EIRAS, «Sobre la transmutación de la melancolía en depresión y algunas de sus consecuencias», en E. VASCHETTO (Comp.), *Depresiones y psicoanálisis*, Buenos Aires, Grama Ediciones, 2006, pp. 101-122.

siglos, es ejemplo de una sabrosa concepción precientífica que no es fácil de desterrar ni resulta recomendable hacerlo en su totalidad, aunque nos desconcierte su aparente anacronismo. Su contenido ofrece un testimonio revelador sobre una forma de entender los padecimientos del alma donde la razón y la sinrazón convivían indiferenciados, aún no divididos en dos campos incompatibles.

En sus orígenes, melancolía y locura fueron equivalentes. La melancolía antigua, la melancolía de origen hipocrático, aquella cuya palabra hacen remontar los historiadores tanto a Aristófanes como al propio Hipócrates en su tratado sobre *Aires, aguas, lugares*, no se limitaba a acoger las pasiones tristes que integraban su núcleo, sino que abarcaba confusamente todas las formas de enajenación, desde la hidrofobia a la licantropía, por señalar solo las más curiosas⁵³. Es decir, que constituía con su integración globalizadora, si la valoramos según los criterios presentes, el polo opuesto de las actuales clasificaciones dominantes que, con procedimientos meramente descriptivos –fenomenológicos– pero amparados bajo la justificación de la evidencia y del consenso, pretenden separar más allá de lo distinguible. Una quizá confundía demasiado, pero la otra, sin duda, diferencia en exceso.

Buena muestra de que la persistencia de la melancolía representa el enemigo mayor de los paradigmas dominantes contemporáneos, se deduce del hecho de que la psiquiatría naciente intentara la desaparición del término desde sus comienzos, empeñada legítimamente, bajo la excusa de la nueva ciencia, en poner un poco de orden en una noción tan amplia, desdibujada e imprecisa.

Aunque la ruptura con la teoría humoral de Hipócrates y Galeno se venía fraguando desde la primera mitad del siglo XVII, no se acentuó hasta el siglo

53. Cf. HIPÓCRATES, «Aires, aguas, lugares», *Tratados hipocráticos*, vol. II. Madrid, Gredos, 1997. Con respecto a los estudios sobre la melancolía, resulta imprescindible –si quiere conocer la importancia que atesoró en el mundo antiguo– la magna contribución de R. BURTON, *Anatomía de la melancolía*, 3 vols., Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997 (vol. I), 1998 (vol. II) y 2002 (vol. III); entre los numerosos estudios críticos, véanse en especial: R. KLIBANSKY, E. PANOFKY y F. SAXL, *Saturno y la melancolía*, Madrid, Alianza, 1991; L. F. FÖLDÉNYI, *Melancolía*, Barcelona, Galaxia Gutenberg, 2008; S. W. JACKSON S, *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*, Madrid, Turner, 1989; J. PIGEAUD, *De la mélancolie. Fragments de poétique et d'histoire*, París, Dilecta, 2005; J. STAROBINSKI, *Historia del tratamiento de la melancolía desde los orígenes hasta 1900*, Basilea, Geigy, 1962. Asimismo, los dos recopilaciones de textos: Y. HERSANT, *Mélancolies. De l'Antiquité au XXe siècle*, París, Robert Laffont, 2005; P. DANDREY, *Anthologie de l'humeur noire. Écrits sur la mélancolie d'Hippocrate à l'Encyclopédie*, París, Gallimard, 2005.

XVIII, cuando Anne-Charles Lorry distingue entre «melancolía humoral» y «melancolía nerviosa»⁵⁴, y fue a Esquirol, ya en el XIX, a quien se le atribuye el golpe definitivo. Pero en el destierro final de la teoría hipocrática se quiso incorporar también el del término melancolía, con todo lo que eso supone respecto a una tradición de pensamiento.

Como señalamos antes, Esquirol intentó enseguida, con audacia neológica, recurrir al nombre de 'lipemanía' para identificar la forma melancólica de sus monomanías. Es evidente que, sin que se conociera aún el alcance real de la medida, estamos ante una declaración de principios, pues demuestra con claridad que, más aún que por la amplitud imprecisa del concepto, lo que molestaba a los neófitos de la nueva ciencia era ya el origen filosófico y literario de la palabra melancolía, fuentes de las que excluyen temerariamente la seriedad, el rigor y el espíritu crítico que atribuyen en exclusiva a las ciencias positivas.

Sabemos que Esquirol no obtuvo éxito en aquel primer intento, que sí logró en cambio con la noción de *furor*, la otra gran forma de locura greco-romana, que daba cuenta preferentemente del arrebató pasional que conduce a la alienación, pues durante la cultura helenística ninguna pasión atraía más condenas que la ira⁵⁵. El furor, del que dijo simplemente que era «un accidente, un síntoma, la cólera del delirio», quedó reducido a un vulgar adjetivo y desapareció de la terminología técnica y de los usos lingüísticos de la profesión.

Quizá esta resistencia inicial de la melancolía al ataque perpetrado por los padres de la disciplina fue su canto del cisne, pues hoy, dos siglos más tarde, tras quedar durante un tiempo identificada provisionalmente con la psicosis maniaco-depresiva, como forma menor y algo devaluada de la misma, entendida como tristeza endógena y sin causa, se intenta dar a ambas por desaparecidas tras el auge de la noción de bipolaridad. En cualquier caso, es evidente que este propósito inicial de Esquirol representa un hito a la hora de naturalizar la psiquiatría y tratar de romper con la especulación humoral y, a la postre, con la fuente humanista de nuestros saberes. La melancolía, en este sentido, constituye un escenario revelador de este combate ideológico con el que se estrena la profesión.

54. Véase Annaeus-Carolus LORRY, *De melancholia et morbis melancholicis*, París, Guillaume Cavelier 1765 (2 vols.); el primer volumen se ocupa de los síntomas y las variedades de melancolía; el segundo expone los distintos tratamientos.

55. En el mundo clásico se consideraba la ira como lo opuesto al ideal de la tranquilidad e imperturbabilidad del alma, por eso SÉNECA dice de esa pasión que es la más «repulsiva y rabiosa» (Véase SÉNECA, *De la cólera*, Madrid, Alianza, 2000).

Como quiera que sea, la melancolía se confunde con la historia de la psiquiatría. El primer libro de psiquiatría, a juicio de Pinel, ya es un libro sobre la melancolía: las *Conversaciones en Túscolo* de Cicerón⁵⁶. La moderación de las pasiones, entendidas como principio ético dominante de la Antigüedad, tal y como las presenta Cicerón en su texto, es en verdad una lucha contra las causas pasionales de la melancolía, tal y como las enfocaba el helenismo y como aún resuenan en Pinel y Esquirol. Por ese motivo, la melancolía y la locura fueron sinónimos en nuestra civilización occidental. De hecho, la melancolía es la única enfermedad cuyo nombre entronca en el lenguaje común. El pasado noble de la melancolía, del que habla Starobinski, da cuenta de este suceso.

La melancolía fue la enfermedad del alma por excelencia durante muchos siglos y, pese a todo, pese a la batalla desatada por el positivismo, sigue aspirando a un importante papel en los conflictos humanos. A fin de cuentas, es la única enfermedad que no ha cambiado de nombre, y es la que mejor define el malestar vital donde todos nos reconocemos. Hay una clara sintonía con ella, dada su *comprensibilidad* –jaspersiana– y su continuidad natural con la tristeza. No por nada la melancolía ha estado siempre en el centro de gravedad de las enfermedades mentales, aunque hoy ocupe en el imaginario social un rango inferior al de la esquizofrenia, ya plenamente independiente y quizá más moderna en su aparición, y tienda a desaparecer, como decimos, de la nomenclatura técnica.

Pero conviene respetarla. Su noción quizá esté muy alejada de nuestros hábitos metódicos e inductivos, y resulte muy literaria y especulativa para los nuevos ánimos esquirolianos del presente, pero la literatura y la especulación no envejecen. Dan cuenta de un dominio del hombre al que no podemos acceder por otros medios.

Desde luego, hoy sorprende el orden heteróclito con que la teoría humoral que la sustentaba mezclaba todo con todo. La causalidad que sugiere resulta incongruente a ojos de un moderno que ya se ha acostumbrado desde niño a los ideales y los métodos de la ciencia. Recordemos, por lo pronto, que proponía dos tipos de causas, las remotas y las inmediatas, que a su vez podían ser físicas, celestes, humanas y divinas. En su célebre trabajo, que

56. Cf. CICERÓN, *Conversaciones en Túscolo*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005. La importancia de esta obra en la historia de la psiquiatría ha sido analizada por F. COLINA en «Cicerón en la Psiquiatría», prólogo a CICERÓN, *Conversaciones en Túscolo*, op. cit., pp. 7-25; sobre el nexo de unión entre Cicerón, Pinel y Freud, puede leerse en J. M.^a ÁLVAREZ, «Psicopatología y psicoanálisis. Comentarios sobre el *pathos* y el *ethos* en Cicerón, Pinel y Freud», *Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM. La Otra psiquiatría, 2006, pp. 29-62.

recupera la tradición hipocrática ampliada con las aportaciones medievales, Ficino habla de una triple causa de la melancolía humoral: celeste (divina y astrológica), humana y natural⁵⁷. Al tiempo, aprovecha en su estudio las simetrías entre el microcosmos y el macrocosmos y la existencia de una simpatía universal para dar cuenta de las amplias correspondencias de la tristeza. Su principal valor descansa en la alegoría a la que nos invita, tan ajena a los hábitos actuales, pero de gran riqueza interpretativa y simbólica. Aunque caótica y confusa para los ojos de hoy, tiene en cambio la gran ventaja de no reducir la tristeza al concepto moderno de enfermedad, del que hay que saber desprenderse de cuando en cuando para no quedar atrapados en su arrogante cientificidad.

Ahora bien, la desvalorización actual de la melancolía no se detiene en el desprecio de los valores especulativos de la reflexión y en la censura del término, sino que alcanza también al carácter genial que había acompañado siempre a algunos de los embargados por la tristeza, al estar sometidos a esa tensión fecunda que puede establecerse entre la infinitud indeterminable y la individualidad concreta⁵⁸. El antiguo hombre melancólico de Aristóteles y Ficino, artista y creador, se convierte en la segunda mitad del XIX en un degenerado, en un sujeto peligroso para la sociedad, rompiendo de este modo la continuidad de los lazos que unían al genio propio del helenismo con el hombre renacentista y los soñadores románticos. El individuo excepcional, que encarna los valores del binomio genio-melancolía, es condenado por la psiquiatría en una época obsesionada por el igualitarismo, el eugenismo y la productividad.

No obstante, aquí dejamos constancia de la obstinación de la melancolía por permanecer y defender a contracorriente el lirismo y el misterioso placer de la tristeza. Es verdad que la melancolía, con el apoyo de Freud, que fue su valedor a lo largo del siglo XX –siempre el psicoanálisis aparece como contrapunto y a la vez sostén de la psiquiatría–, ha mostrado enérgicamente su resistencia y no ha desaparecido hasta fecha muy reciente. Y no lo ha hecho, por supuesto, para la corriente que aún se muestra permeable al psicoanálisis y se deja inspirar por la lectura de Freud. Por lo tanto, la pregunta obligada

57. Véase MARSILIO FICINO, *Tres libros sobre la vida*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.

58. La vinculación de carácter genial y la melancolía fue expuesta por ARISTÓTELES en el Problema XXX, convirtiéndose desde entonces en una referencia habitual; véase: ARISTÓTELES, *Problemas*, Madrid, Biblioteca Clásica Gredos, 2004, pp. 382-392; o también, la nueva versión realizada por Jackie PIGEAUD: *Aristóteles. El hombre de genio y la melancolía (problema XXX)*, Barcelona, Acontilado, 2007.

para los más optimistas es si este concepto, tan antiguo como nuestra cultura, no reaparecerá una y otra vez, quizá con otras figuras pero con la misma intensidad, para mostrarnos lo que la historia tiene de novedad pero también de repetición trascendental.

A los nostálgicos de ella, es decir, a los melancólicos de la melancolía, se nos tendría que preguntar por las ventajas de la permanencia de su concepto y por las razones que nos animan para salir en su defensa frente al simplismo de las propuestas positivistas. Se nos debería preguntar, por lo tanto, por qué creemos en su permanencia. Y, puesto que nos exigimos estas preguntas, no está de más avanzar algunas respuestas ventajosas.

En primer lugar, podemos aludir simplemente al respeto. La teoría humoral, que ha explicado durante más de veinte siglos el universo de la tristeza, es poderosamente alegórica⁵⁹. Ese contexto simbólico es el que ha sido amputado, y lo ha hecho por mor de los objetivos reductores de la ciencia, representados por la teoría de la evidencia, la causalidad biológica y los modelos conductuales que excluyen la dimensión del deseo y el sentido interpretativo de los actos. La teoría humoral, que se basaba en el fisicalismo de la discrasia humoral, no era una teoría reductora, pues se acompañaba simultáneamente de consideraciones psicológicas, morales, mágicas, teológicas e incluso astrológicas, con las que se entremezclaba de un modo inseparable. Quizá de un modo laberíntico y borroso para nuestra sensibilidad actual, atenta a otras formas de verdad y a las exigencias del método experimental, pero sin la simplicidad algo lerda de la reducción contemporánea. El ánimo triste era entendido desde una perspectiva múltiple que, siguiendo las tétradas pitagóricas, mezclaba las cuatro cualidades (seco, húmedo, frío y caliente), los cuatro elementos (agua, aire, tierra y fuego), los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), los cuatro temperamentos (sanguíneo, colérico, melancólico y flemático), en armonía con las cuatro edades de la vida, las cuatro estaciones y los cuatro puntos cardinales.

Por su sincretismo, permitía la transición desde la melancolía poética y amorosa a la melancolía morbosa, puentes que hoy están obstruidos. Y, como arquetipo universal del sufrimiento, daba respuesta al juego continuo que se establece entre locura y normalidad. Concedía, al mismo tiempo, un soporte teórico a la comunicación entre el extremo loco y las afecciones comunes del alma. Además, y por si fuera poco, la tristeza aparecía también bajo una

59. Sobre la teoría humoral, véase en especial J. CLAIR, *Mélancolie. Génie et folie en occident* (Galeries nationales du Grand Palais), París, Gallimard, 2006.

perspectiva moral, no sólo natural. Punto de vista que, por fortuna, alguna corriente psicoanalítica aún conserva, entendiendo en parte la depresión como un pecado y una cobardía⁶⁰.

Poseía, en definitiva, una unidad constitutiva que hoy damos por perdida pues, gracias a la generosidad de sus correlaciones, permitía concebir la unidad en la multiplicidad sin entrar en grave contradicción. Manteniendo la continuidad y comunión de todas las formas de enajenación, aceptaba de buen grado identidades múltiples dentro de la unidad de la locura. Representaba por lo tanto una suerte de psicosis única y múltiple a la vez, sin que esto llegara a repugnar al pensamiento tal y como ahora irrita a la razón científica. Recordemos en este sentido que, según Schopenhauer, «la facultad filosófica por excelencia consiste, siguiendo a Platón, en conocer la unidad en la pluralidad y la pluralidad en la unidad»⁶¹. Porque fue Platón, como recuerda Schopenhauer, quien sostuvo en *Fedro* que «si creo que hay algún otro que tenga como un poder natural de ver lo uno y lo múltiple, lo persigo yendo tras sus huellas como tras las de un dios»⁶².

La noción humoral de la melancolía nos ayuda además a entender la permanente polaridad que presentan las manifestaciones de la tristeza. Pues en su discurso convivían una melancolía noble y otra ordinaria y vulgar, una egoísta y otra generosa. El melancólico era dios y demonio a la vez. Representaba la verdad directa pero también la ironía y el desenmascaramiento de todas las duplicidades del mundo. Era el sentimiento habitual de nuestra imperfección, como decía Diderot, pero también de nuestra nobleza, como subraya Kant, en *Lo bello y lo sublime*: «La genuina virtud, según principios, encierra en sí algo que parece coincidir con el temperamento melancólico en un sentido atenuado»⁶³. Por este motivo, el hombre que se sale de lo común es alguien que se sitúa en el límite de la enfermedad pero que mantiene un equilibrio suficiente en el seno mismo del desequilibrio,

60. «Se califica por ejemplo a la tristeza de depresión, cuando se le da el alma por soporte, o la tensión psicológica del filósofo Pierre Janet. Pero no es un estado de alma, es simplemente una falla moral, como se expresaba Dante, incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que no cae en última instancia más que del pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura» (LACAN, J., «Televisión», en *Psicoanálisis. Radiofonía y Televisión*, Barcelona, Anagrama, 1993, p. 107).

61. Cf. A. SCHOPENHAUER, *El mundo como voluntad y representación*, Madrid, Trotta, 2003; en especial, véase el Libro I, capítulo 15.

62. PLATÓN, «Fedro», en *Diálogos III (Felón, Banquete, Fedro)*, Madrid, Gredos, 1986, p. 386 (*Fedro* 266b).

63. KANT, I., *Lo bello y lo sublime*, Madrid, Espasa-Calpe, 1982, p. 29.

aunque siempre bajo el riesgo que sintetizó como pocos nuestro Sancho: «Señor, las tristezas no se hicieron para las bestias, sino para los hombres, pero si los hombres las sienten demasiado, se vuelven bestias [...]»⁶⁴. La tristeza inactiva e inhibida convivía con la melancolía artística y creativa, dando así respuesta, sin sorprenderse por la coincidencia, a la pregunta de Aristóteles sobre por qué todos los hombres sobresalientes eran melancólicos. Su gran potencia especulativa, hija de la profunda naturaleza de su padre Saturno, le permitía entenderla sin dificultad como un trastorno morboso pero también como un sentimiento noble, una fuente de inspiración y un armonioso acorde de la locura. La bilis negra obligaba al pensamiento a penetrar y explorar el centro de las cosas, pero también lo elevaba a las zonas más altas porque se corresponde con el más lejano y espiritual de los planetas. A fin de cuentas, cabe decir como resumen de estas tensiones que el proceso creador está constitutivamente ligado a la dimensión de la nada, que es el espacio por excelencia de la melancolía.

Junto a estos bienes conceptuales, la melancolía representa por sí misma una evocación de la historia de la psiquiatría. Frente a un naturalismo que se olvida de sus antecedentes, la melancolía trae a colación la memoria de la locura, la forma más constante e invariable de la misma. Los síntomas de la melancolía permanecen inmutables como un signo inalterable de la historia que se va moldeando poco a poco en cada época. Su sustrato psicopatológico permanece refractario a los cambios y las modas. Curiosamente, la esquizofrenia, mucho más moderna, cambia constantemente mientras que la melancolía permanece. Asunto que no debe sorprendernos en exceso sino ayudarnos a cavilar pues, hasta cierto punto, la historia misma es melancólica, es decir, paradójica y repleta de altas dosis de memoria y ambivalencia.

Por último, cabe destacar que la melancolía es el centro de gravedad del deseo y sus estrategias. La vida discurre como una secuencia de pérdidas y duelos inacabables⁶⁵. Somos melancólicos en cuanto que deseantes, por mortal necesidad. Esta pasión ascética de la melancolía explica la fascinación que ejerce sobre las conciencias con su secreta combinación de placer y sufrimiento. Asunto que los psiquiatras empiezan a olvidar tanto como sus pacientes, contribuyendo así con sus discursos a la multiplicación

64. CERVANTES, M. de, *Don Quijote de la Mancha*, Barcelona, Galaxia Gutenberg (edición dirigida por Francisco Rico), Parte II, capítulo XI, p. 775.

65. Este argumento desarrollado puede leerse en F. COLINA, *Deseo sobre deseo*, Valladolid, Cuatro, 2006.

desbordante de las depresiones. Como si la locura y la tristeza tuvieran razones que la razón médica no comprende. Un mundo sin melancolía, es decir, sin la inclinación constitutiva de pensar las cosas hasta el final, es un espacio abonado para la emergencia exponencial de las llamadas depresiones. La depresión se instala como síntoma de la posmodernidad y, según se ha señalado, como cáncer del siglo. Y tras la depresión, siguiendo la tendencia de una degradación permanente de la melancolía, el discurso médico promociona a la serotonina como causa de la enfermedad, sin darse cuenta del destino irónico que convierte a la discrasia serotoninérgica en una réplica tardía de la teoría humoral, aunque degradada y desprovista de sus conexiones y su grandeza.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban

Valladolid, julio 2008