

2.1. Sustancia y fronteras de la enfermedad mental

José María Álvarez, Fernando Colina

La locura escapa por definición al entendimiento humano. Algo de ella se resiste a entregarnos sus secretos. Los puntos de vista desde los que se la ha estudiado son distintos, incluso contrarios. A partir de esos enfoques se construyeron los grandes modelos o entre ellos la alienación, la enfermedad mental, la estructura clínica, el síndrome, la dimensión o el espectro. Pero cualesquiera que sean los paradigmas elaborados, en el fondo siempre podrán reducirse a las posiciones adoptadas frente a las dos grandes preguntas formuladas por esa otra cara de la razón. Pues el estudio del *pathos*, lo queramos o no, nos obliga a decidir y tomar partido ante un par de cuestiones decisivas: la sustancia y las fronteras de la enfermedad mental.

Respecto a la sustancia, esencia o naturaleza de la enfermedad mental, la elección que se plantea no atañe a su etiología, cosa que unos consideran física, otros psíquica, familiar o social; incumbe más bien a una opción epistemológica, es decir, a pronunciarse sobre si la enfermedad mental es una construcción discursiva o un hecho de la naturaleza. Con relación a los límites y fronteras se abren a su vez dos interrogantes a menudo conjugados, a veces incluso sobrepuestos: en primer lugar, las relaciones entre lo uno y lo múltiple; en segundo lugar, la articulación o la contraposición entre lo continuo y lo discontinuo.

En torno a estas dos grandes cuestiones se erigen las corrientes esenciales de la psicopatología: la psicología patológica, liderada hoy día por el psicoanálisis, y la patología de lo psíquico^{a,1}, cuyo amplio

predicamento actual contrasta con la poquedad de sus teorías. Estos puntos de vista antagónicos se renuevan de continuo, pero siguen una lógica discursiva que avanza paulatinamente mediante una repetición continua y un movimiento pendular. Al analizarlos desde una perspectiva histórica, su hechura discursiva se realza y se advierte cómo estos modelos de conocimiento tratan de aprehender algo que por definición se escabulle, algo que las palabras no consiguen sujetar. De ahí que la rigidez característica del método de las ciencias naturales resulte en este ámbito del saber un lastre más que una guía, un impedimento que circunscribe el pensamiento psicopatológico al estrecho perímetro de la enfermedad y su curación.

De forma homóloga a la construcción del saber psicopatológico mediante un movimiento de balanceo, la clínica del caso por caso entraña una dialéctica que va de lo general a lo particular, de lo enfermo a lo sano y de lo que desequilibra a lo que estabiliza a cada sujeto. En este sentido se puede hablar de un paralelismo entre la progresiva elaboración del saber sobre el *pathos* y la clínica con el doliente, pues al fin y al cabo la historia de la psicopatología resulta de mayor utilidad cuando la escriben los clínicos. Esta concordancia es notoria en la permanente oscilación que atraviesa la historia y la clínica entre lo uno y lo múltiple, lo continuo y lo discontinuo.

Advertidos de este movimiento periódico y connatural a nuestra disciplina, nuestra propuesta favorece la articulación entre am-

^a Acomodamos a nuestro gusto los términos 'psicología patológica' y 'patología de lo psíquico', debidos a

Eugène Minkowski (Traité de Psychopathologie, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999 [1966], pp. 64-66).

bos polos, lo que se traduce en la búsqueda de lo discontinuo en lo continuo, y viceversa; búsqueda que se amplía a lo que de normal tiene el loco y lo que de loco tiene el cuerdo. De esta forma la clínica adquiere un movimiento dialéctico que parte del diagnóstico estructural y de las diferencias respecto a las formas patológicas vecinas, pero de inmediato se interesa por lo singular de ese sujeto, por lo que tiene de normal y comparte con el resto de congéneres. Por tanto, las relaciones entre lo uno y lo múltiple, lo continuo y lo discontinuo, se proponen aquí como pasos complementarios en el quehacer clínico.

1. PARADIGMAS

Si para introducir el problema nos ocupamos en primer lugar de una obra sobresaliente, el *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*² de Lantéri-Laura, ensayo por otra parte más que discutible, debemos aceptar con él cuatro paradigmas principales en la evolución de las teorías psiquiátricas: el del alienismo, el propio de la enfermedad mental, el que responde a las estructuras psicopatológicas y el que, con muchas dudas, suscribe como de los síndromes. Al margen de que la periodización pueda parecer muy esquemática, nos proponemos ahora avanzar un escalón más y analizar, en la misma línea, lo que a tenor de las propuestas recientes podríamos denominar paradigma de las dimensiones o de los espectros, entendidos como expresión más cabal y acertada del modelo psicopatológico actual. De este modo pretendemos completar por nuestra cuenta la secuencia del historiador sin alterar su lógica.

El periodo de la “alienación mental”, con el que el autor inicia su disección de la psiquiatría moderna, se extiende desde el final del Siglo de las Luces hasta 1854, momento en que J.-P. Falret publica el artículo “De la non-existence de la monomanie” y traza una línea de demarcación epistemológica muy nítida³. Con su célebre trabajo, Falret apuesta a favor de circunscribir toda

la psicopatología en torno a enfermedades cerradas e irreductibles entre sí, suficientemente identificables como para permitir cómodamente el alojamiento de la psiquiatría en la medicina. Hasta entonces el alienismo reducía la locura a una única enfermedad dotada de aspectos diferentes. Los alienados no eran más que aquellos enfermos, todos ellos parecidos y afectos de un mal común, que habían sido separados de la masa general de los insensatos y puestos en manos de los médicos. Pero, a partir de ese momento, la pluralidad radical de las enfermedades adquiere un dominio ostensible. Además de perder la referencia moral que acompañaba anteriormente a la génesis física, asunto más que relevante, el nuevo paradigma opone la multiplicidad a la singularidad precedente del alienismo y exige, en lo sucesivo, no solo un diagnóstico positivo sino también uno diferencial del resto de las enfermedades con las que debe evitar confundirse.

Más confuso que los anteriores, el tercer paradigma está fechado, dentro de este esbozo de periodización tan puntilloso, en 1926, año en que E. Bleuler propone sus ideas acerca del grupo de las esquizofrenias⁴. A partir de ese movimiento de concentración se recupera una visión unitaria, aunque ahora estructural^b, que reduce las inevitables subdivisiones e impide que cada autor bautice a su guisa no se sabe cuántas enfermedades. Con este gesto, además, se inaugura este balanceo entre lo uno y lo múltiple que no ha cesado de invadir el discurso de la psiquiatría desde sus orígenes, aunque la nueva unidad ya no es tan am-

^b Como se verá más abajo, el uso que Lantéri-Laura hace del término ‘estructura’ difiere ampliamente del que se le da en psicoanálisis, mucho más extendido gracias a la orientación lacaniana. Para Lantéri-Laura, la síntesis del órgano-dinamismo de Henri Ey constituye un ejemplo particularmente elaborado del punto de vista estructural. Por esa razón, para evitar equívocos, al tratar de la perspectiva psicoanalítica hablaremos de “estructuras clínicas freudianas” o “estructuras freudianas”.

plia como la de la alienación sino que está constituida por distintas agrupaciones. El modelo, por otra parte, recibe el decisivo empujón del psicoanálisis, que logra uno de sus mayores logros diagnósticos separando las estructuras neuróticas y psicóticas como mejor modo de reunir y distinguir los distintos padecimientos psíquicos.

Pues bien, a juicio de nuestro autor, a ese periodo de estructuras clínicas se le podría asignar una fecha de finalización en otoño de 1977, cuando la psiquiatría mundial pierde a Henri Ey, "ese maestro, liberal y autoritario a la vez, de muchos de nosotros"⁵. Desde el momento en que muere su maestro, la estricta periodización que Lantéri-Laura postula extravía la línea de reflexión anterior y se reconoce en dificultades para definir el modelo siguiente. Se pregunta, incluso, si proponer un cuarto paradigma puede ser una empresa razonable o no. "A decir verdad escribe, nada sabemos de lo que podría llegar a ser el paradigma de la psiquiatría después del último cuarto de nuestro siglo XX"⁶.

Pese a sus manifiestas dudas, acaba por formularlo, y presenta con titubeos crecientes el que llama paradigma de los síndromes. Síndromes que, en referencia ya al modelo dominante del DSM, considera que no remiten más que a sí mismos, sin otra referencia superior, y que, pese a la falta de teoría que la tiránica clasificación propugna, no hace más que seguir en el fondo la línea abierta sobre todo por la concepción de Jaspers. En cualquier caso, con este paso sindrómico hemos vuelto de nuevo a la multiplicación de las especies abandonando los firmes encorsetamientos estructurales. De nuevo importa más la especialización de los trastornos que atender a su género estructural. La multiplicación vuelve a desplazar a la unidad.

Por último, sin apartarnos a nuestro juicio de la lógica del autor, cabe completar su recorrido con un quinto paradigma, aún poco consolidado, que se va imponiendo paso a paso y que identificamos como el

de los espectros o las dimensiones. Un paradigma aún naciente en cuyo debate estamos inmersos a lo largo de este primer cuarto de siglo.

Ahora bien, antes de proseguir nuestra reflexión, es oportuno destacar que el intento de establecer discontinuidades históricas, sobre todo cuando los años transcurridos no son muchos y se intentan localizar con excesiva precisión temporal, puede deformar la visión y traicionar la memoria. Es posible que los tiempos no cambien tan deprisa como se nos muestra, salvo en su superficie y apariencia formal. Quizá el legado antiguo permanezca en el fondo tan activo como de costumbre, sobre todo en lo que atañe a la sustancia y fronteras de la enfermedad mental. La compulsión repetitiva del pretérito nos sacude. Si algo reina en nuestro desconcierto actual, en la indefinición del paradigma que ahora intentamos corregir, es el repiqueteo constante que ejerce sobre nosotros la tradición. En las fórmulas teóricas que guían nuestra valoración de los hechos clínicos y que rigen en las discusiones del presente, lo más llamativo es la emergencia convulsa y confusa de los protagonistas del pasado: la alienación, la enfermedad, la estructura y los síndromes. Esto es, la locura de la antigüedad preilustrada, decantada en alienación por el filtro de la naciente psiquiatría, la enfermedad que inaugura la especialidad, la estructura con que Freud interrumpe en los debates precedentes, y el síndrome que blande con éxito el DSM. Los cuatro definen los perfiles y las fronteras de los criterios dimensionales que últimamente se nos proponen.

En el fondo, y sin decirlo, la dimensión de las psicosis que nos anuncia la psiquiatría oficial no es más que un nuevo rostro de las concepciones del pasado, por lo que conserva gran parte de los ingredientes antiguos, de los que le resulta imposible desprenderse pero con los que no quiere dialogar. A la postre, todo lo que nos propone no es más que la integración de la continuidad propia de alienación en el seno

de la enfermedad, entendida ésta en su forma más o menos sindrónica o estructural, pero desprovisto de aquella exquisita comunicación entre lo racional y lo irracional que la caracterizaba. La dimensión mantiene el concepto de enfermedad pero dotándola de las propiedades de la estructura, aunque lo haga de una estructura que se ensancha elásticamente sin ánimo de precisar sus límites, como si recuperara parte del espíritu de la alienación. Aunque de lo que se trata, en rigor, es de mantener a toda costa los principios biológicos y conductuales del modelo positivista de la enfermedad pero conquistando nuevos territorios.

2. ENFERMEDADES MENTALES

Rígidos en su conjunto y bastante confusos los relativos a las estructuras y los síndromes, los paradigmas que acaban de apuntarse resaltan los progresivos puntos de vista con que la medicina mental ha descrito, organizado y teorizado el campo de la patología psíquica. De acuerdo con el modelo médico que les sirve de referencia, en especial el que desarrollara la Escuela de París, estos paradigmas se nutren del examen semiológico y clínico, la discusión acerca del diagnóstico positivo y diferencial, la evaluación del pronóstico y la propuesta terapéutica⁷. En el trasfondo de todos ellos palpita la discusión acerca de la enfermedad mental, su naturaleza, sustancia, formas y extensión. De ahí parten todas las reflexiones psicopatológicas de importancia. Tal es el centro en torno al cual gravitan los distintos paradigmas, modelos y teorías psicopatológicas.

Cualquier estudio del *pathos* que se precie, apenas inicia su andadura se ve comprometido a elegir entre distintas orientaciones doctrinales y a tomar partido por un modelo nosológico y terapéutico. De acuerdo con el andamiaje propio de la epistemología, el primer interrogante que sale al paso y obliga a decantarse se refiere a la sustancia de la enfermedad mental: ¿es un hecho de la naturaleza o una construcción

discursiva? No caben aquí medias tintas, ni menos aún esconderse tras la molición del eclecticismo.

A partir de esta elección forzosa, se pasará a formar parte de uno de los dos grandes modelos que tradicionalmente se disputan la primacía en nuestra especialidad: uno, de raigambre médica, antepone la enfermedad al enfermo; el otro, de filiación filosófica o psicológica, da preferencia al enfermo frente a la enfermedad. La historia de la clínica mental, analizada desde esta perspectiva, se nos figura como dos ramales que se entretajan, enroscan y caracolean sin llegar jamás a confundirse.

De varias maneras se ha calificado estas posiciones doctrinales irreconciliables, aunque la más enfática de todas proviene del alemán y alcanzó notoriedad a principios de XIX: los *Psychiker* (psíquicos) *versus* los *Somatiker* (somáticos). A la hora de concebir y tratar la locura o la enfermedad psíquica, los primeros se nutren de explicaciones y remedios de contenido anímico o psicológico; todo lo contrario proponen los segundos, quienes circunscriben la etiología y la terapéutica a los dominios del organismo⁸. Esas posiciones rivales se arraigan en la tradición y perduran a lo largo de la historia, como acertadamente anota Antoine Ritti al evocar un comentario de Lasègue. Este alienista francés, inspirándose en el Evangelio, expresaba con vehemencia el antagonismo de las dos escuelas médicas por antonomasia y tomaba claro partido por una de ellas: María, cogida a los pies del Señor, absorta y ajena al resto del mundo, representa la corriente psicológica; Marta, atenta al mundo real y hacendosa con las faenas domésticas, personifica la orientación médica⁹.

Si la pregunta por la sustancia de la enfermedad mental afianza estas orientaciones opuestas, la que atañe a sus límites y fronteras las revoca y reorganiza. Tanto es así que algunos partidarios del organismo se hermanan con los del psiquismo, y viceversa. Además, como enseguida mostraremos, insignes promotores de la visión

discontinua o estructural de la patología mental, a medida que maduraron en experiencia y saber la relativizaron en favor de la contraria, es decir, de la perspectiva continuista o elástica.

Hoy día apenas se discute acerca de la sustancia y naturaleza de la enfermedad mental, término que permanece agazapado tras el de 'trastorno'. Robert Spitzer, principal hacedor del DSM-III, mediante una destreza retórica envidiable, logra reforzar la creencia en las enfermedades mentales concebidas como hechos de la naturaleza. Aun careciendo del entusiasmo y la contundencia argumental que transmitieran las obras de Kurt Schneider, Paul Giraud o Henri Ey, esta ideología se ha extendido paulatinamente entre los especialistas, cada vez más ajenos a la reflexión psicopatológica.

Por eso se echa de menos, entre los partidarios del modelo biomédico, aquellos razonamientos sobre qué es la enfermedad mental y cuál es su naturaleza, "siempre orgánica en su etiología y siempre psíquica en su patogenia"¹⁰, según propone Ey; aquella "profesión de fe" que manifestaba K. Schneider respecto a la somatogénesis de la ciclotimia y la esquizofrenia¹¹; o la sensatez y circunspección de Guiraud cuando reconoce: "Desgraciadamente la psiquiatría no se ha beneficiado en las mismas proporciones que la medicina general de los descubrimientos hechos en el dominio de la etiología, de la anatomía y de la fisiología patológicas. Permanecemos confinados en el dominio de los síndromes clínicos sobre todo en la parte más importante y más interesante de la psiquiatría, a saber, el grupo de las psicosis maniaco-depresivas, de la hebefrenia y de los delirios. [...] Pues los psiquiatras clásicos, sobre todo Kraepelin y Bleuler, trabajando sobre síndromes clínicos los han considerado sin razón como enfermedades verdaderas"¹².

Mediante el recurso de desplazar y posponer el debate sobre el concepto de "enfermedad mental" se ha conseguido restarle importancia y dar a entender que nada tiene

de problemático en sí mismo. Lo cierto es que al examinarlo de cerca, enseguida se revela la heterogeneidad de sus componentes y se divisa el angosto pero irreductible paso que media entre dos tierras, ese inevitable "hiato [écart] órgano-clínico" del que hablara Henri Ey¹³. Cómo es posible que los procesos cerebrales materiales se transformen en un pensamiento o en un deseo, se preguntaba Griesinger: "Este problema no tendrá jamás solución para el hombre; y creo que, aunque un ángel bajase del cielo para explicarnos este misterio, nuestra sola inteligencia no sería capaz de asimilarlo!"¹⁴. Este dilema insondable afianza el extremismo de las doctrinas explicativas, garantiza su permanencia y justifica en parte la indecisión etiológica, la indefinición de las formas evolutivas y la dificultad de establecer una jerarquía en las manifestaciones clínicas.

Todas estas complicaciones, analizadas desde la posición contraria, constituyen el resultado de un forzamiento epistemológico, esto es, de la trasposición al ámbito subjetivo de un modelo propio de las ciencias de la naturaleza. Desde este punto de vista, las enfermedades mentales son elaboraciones discursivas de los psicopatólogos sobre rasgos y manifestaciones poco comunes de los considerados enfermos, es decir, invenciones ideadas por el discurso científico sobre la locura en su sentido más tradicional y antropológico. Al contrario que el modelo biomédico, donde la enfermedad se concibe como una desgracia inevitable, el enfoque psicológico reprueba el determinismo orgánico y resalta la responsabilidad y decisión subjetivas. Esta corriente psicológica de la patología destaca el análisis de las experiencias singulares del trastornado y privilegia el determinismo inconsciente de los síntomas, su sentido y su causalidad psíquica, los mecanismos patogénicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime a su malestar. Conforme a estos parámetros epistemológicos, esta orientación resulta inseparable de una psicología general que explique el

funcionamiento subjetivo y las leyes que lo constituyen y rigen¹⁵.

Al recelar de la realidad ontológica de las enfermedades mentales, el enfoque de corte nominalista e historicista favorece la reflexión psicopatológica en la medida en que implica al sujeto en la causa, el desarrollo y la curación de su trastorno. Además, por el hecho de no someterse a la rigidez consustancial al método científico-natural, un problema puede ser analizado desde varias perspectivas, como enseguida mostraremos a propósito de los límites de la locura.

3. CONTINUO Y DISCONTINUO

La pregunta acerca de la sustancia de las enfermedades mentales suscita vivas controversias y divide a los contendientes en dos grandes corrientes, como también sucede con la relativa a sus fronteras y demarcaciones. A este respecto, la gran variedad de teorías existentes pueden reducirse asimismo a dos puntos de vista: la continuidad o la discontinuidad. Con estos términos acotamos las distintas posiciones doctrinales en función de si establecen o no límites entre la normalidad y la locura, es decir, si son partidarios de entidades nosológicas, estructuras clínicas o trastornos psíquicos, o bien lo son de dimensiones, ejes transnosográficos o espectros^c.

Resulta llamativo que las dos corrientes enfrentadas a propósito de la sustancia y naturaleza de la enfermedad mental, al tomar partido sobre los límites se reorganizan, y que algunos de sus partidarios cambien de posición. Kraepelin y Freud, los dos

grandes pilares de la clínica mental, elaboraron respuestas muy distintas a la pregunta sobre la sustancia. Pero acercaron sus enfoques al tratar de las fronteras, aspecto en el que coincidían pese a tan divergentes concepciones nosológicas: el primero creía en la enfermedades mentales naturales e independientes, creencia que argumentaba sobre todo a partir de las formas terminales^d; el segundo, en las estructuras clínicas, cuya conformación obedecía a procesos defensivos ejecutados por el sujeto.

Frente a esta opción partidaria de las categorías y la discontinuidad, llama la atención la cercanía de tratadistas provenientes de tradiciones distintas, como es el caso de Kretschmer y Melanie Klein. La descripción kretschmeriana del delirio de referencia resulta ejemplar para la visión del *continuum* psicopatológico, una continuidad gradual entre la neurosis y la psicosis, entre normalidad y locura, cuyo fundamento se asienta en la importancia concedida a los rasgos del carácter y las motivaciones personales^e. La contribución de Kretschmer, como la de Genil-Perrin, Montassut y otros partidarios de constituciones patológicas, propende al *continuum*¹⁶. Muy distinta es la fundamentación que lleva a Melanie Klein a conclusiones similares, tanto que esta psicoanalista es la pionera en proponer una forma de psicosis

^c Como señalábamos al principio, una variedad de esta pregunta incide sobre la relación entre lo uno y lo múltiple. Este matiz, que aquí sólo apuntamos, se aplica a aquellas concepciones que separan neurosis de psicosis o normalidad de alienación, aunque en el territorio de la psicosis o alienación no establecen fronteras rígidas. Ahí se pueden incluir la noción pineliana de aliénation, la Einheitspsychose de Griesinger o nuestra visión de los polos de la psicosis.

^d La nosología kraepeliniana englobaba todo el campo de la psiquiatría. En su opinión cada enfermedad tenía su causa, sintomatología, evolución y terminación específicas. Lamentablemente estas afirmaciones no se asentaban en los hallazgos y comprobaciones oportunas. Al contrario, a partir de 1896 justificó la existencia de las enfermedades a partir de las condiciones de aparición, la evolución y la terminación. Emil KRAEPELIN, "Einleitung" [Introducción], *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (5ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1896, pp. 1-11.

^e De hecho Kretschmer describe, dentro del delirio sentido de referencia, una "neurosis de referencia", en la que reúne "todos aquellos casos en los que el valor de realidad de las ideas referidas permanece por debajo del límite de lo psicológico" (Ernst KRETSCHMER, *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Triacastela, 2000. p. 249).

generalizada y originaria. Desde su punto de vista no habría organizaciones o estructuras psicopatológicas estables, sino “posiciones” por las que las personas transitan con relativa facilidad^f.

Como puede apreciarse, la cuestión de los límites, fronteras o litorales, renueva las posiciones adoptadas ante la primera pregunta por la sustancia de la enfermedad mental, de manera tal que los partidarios de la psicología patológica (psicoanálisis) se cruzan o coinciden con los defensores de la patología de lo psíquico (psiquiatría biológica).

Dos son los principios generales que ordenan la psicopatología de la discontinuidad: la jerarquía clínica y las diferencias semiológicas. Por principio jerárquico entendemos el ordenamiento en función de la gradación de importancia que se atribuya a los signos, síntomas o a los mecanismos psíquicos. Quiere esto decir que quienes conciben el *pathos* separado por diversas fronteras, se trate de enfermedades mentales o de estructuras clínicas freudianas, establecen una jerarquía en los síntomas o en los mecanismos que conforman la organización o estructura. Para ilustrar la graduación en el ámbito sintomático, baste mencionar la esquizofrenia de Bleuler (síntomas “fundamentales” *versus* síntomas “accesorios”), la locura maniaco-depresiva de Kraepelin (fuga de ideas, exaltación e hiperactividad *versus* bradipsiquia, depresión mental e inhibición), el automatismo mental de Clérambault (síndrome de pasividad inicial y triple automatismo mental tardío) o los síntomas de “primer rango” aislados por Kurt Schneider para afianzar su visión de la esquizofrenia.

^f Tan evidente es la perspectiva continuista o elástica de Melanie Klein que, de acuerdo con su concepción, no podría hablarse con propiedad de una psicopatología psicoanalítica, pues la psicopatología es de por sí estática (favorable a las categorías) y el psicoanálisis, dinámico. Al respecto, véase Jordi FREIXAS, *Psicopatología psicoanalítica. El modelo Freud-Abraham*, Barcelona, Columna, 1997, p. 523 y ss.

También jerárquica es la concepción freudiana de la patología mental, cuyas categorías nosológicas derivan de mecanismos de defensa. “El criterio esencial según el cual es necesario circunscribir los síntomas [...] y las formas de enfermedad es el mecanismo”, sintetizó Freud en 1914¹⁷. Esta psicología patológica concibe los trastornos psíquicos como organizaciones estables, las cuales cristalizan y se conforman en la infancia a consecuencia de la puesta en marcha por parte del sujeto de diversos mecanismos psíquicos inconscientes. Se trata, por tanto, de modos de enfermar característicos del hombre, modalidades que la clínica clásica describió y el psicoanálisis contribuyó a hacerlas inteligibles. Seguramente la imagen más clarificadora de su concepción estructural, fue la que Freud enunció en la conferencia XXXI de las *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis* (1933): “Cuando arrojamus al suelo un cristal se rompe, pero no de una forma caprichosa; se rompe, con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya delimitación, aunque invisible, estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos psíquicos son como estructuras, agrietadas y rotas”¹⁸.

El segundo principio se basa en las diferencias semiológicas. Como disciplina fundamental que es, la semiología aporta a la psicopatología sus cimientos y encofrado. En ella se asientan las teorías explicativas, sean partidarias de las enfermedades mentales o de las estructuras clínicas, pues en ese estado inicial de observación del *pathos* sólo hay una clínica¹⁹. La semiología instituye un lenguaje común o *thesaurus semeioticus*. Y como lenguaje que es, su fundamento reside en la oposición y diferenciación de los elementos constitutivos. Más que ninguna otra perspectiva, la concepción discontinua del *pathos* se apoya en las diferencias entre locos y cuerdos, en esos contrastes que aporta sobre todo la semiología. Morselli, uno de los insignes tratadistas de esta materia, da por hecho que los enfermos son

distintos y que esas diferencias se ponen de relieve en signos observables: “Dígase lo que se quiera, en las afecciones del sistema nervioso, lentas y apiréticas, existe siempre en el hábito externo, en la expresión, en el comportamiento de los enfermos, un aspecto particular que los hace diferentes [...] Si tomamos como punto de partida esta idea [...] es innegable que el alienado se diferencia *in media* del individuo de mente sana en el comportamiento, el porte, el modo de presentarse, de gesticular y de vestir, en la expresión facial de los estados de conciencia internos, en la reacción a los estímulos percibidos, en la actuación en el seno de la familia y en la sociedad y, en términos generales, en las relaciones de adaptación al entorno [...]”²⁰.

Transformadas en signos, esas desemejanzas expresan a través de diversas facetas el trasfondo de la alteración. De la caracterización de esas diferencias arranca la semiología, cuyo desarrollo transita de lo uno a lo múltiple, de lo tosco a lo sutil, de los grandes fenómenos a los pequeños indicios, de lo genérico a lo elemental, tal como se puede observar de formar meridiana en los estudios sobre las alucinaciones que van desde Esquirol hasta Lacan, pasando por Baillarger, Séglas y Clérambault. Psicopatólogos de corrientes distintas suman aquí sus esfuerzos, contribuyendo a perfeccionar el legado clásico. En este sentido, como heredero directo de la clínica clásica²¹, el psicoanálisis ha contribuido a la semiología especialmente en el terreno de los fenómenos elementales, los trastornos del lenguaje y los lenguajes del cuerpo.

4. ARTIFICIOS

La visión discontinua del *pathos*, sea como estructuras freudianas o como enfermedades mentales, se distingue por el hecho de destacar lo invariable y lo más enfermo del sujeto. De ahí surgen sus virtudes y sus limitaciones. Entre las bondades, la más importante es la resolución que aportan sus descripciones y explicaciones, las cuales

aíslan, caracterizan y diferencian determinados estados psicopatológicos prototípicos. A esto se añade que esos estados clínicos son rubricados mediante casos paradigmáticos que quintaesencian una categoría nosológica. Entre las limitaciones destaca la penumbra, más o menos intensa, que cubre la linde entre dos territorios vecinos. Basta que se establezcan demarcaciones precisas y taxativas para que aparezcan un sinnúmero de casos fronterizos, límites o inclasificables. En el caso de la clínica clásica, si tomamos a Kraepelin como referencia, enseguida advertimos hasta qué punto tuvo que recurrir a forzar sus agrupaciones para mantenerlas independientes. Este asunto resulta especialmente llamativo en los artificios tendentes a separar la paranoia de las formas ligeras de la demencia precoz paranoide o de la parafrenia sistemática²²; otro tanto se advierte en la continua reordenación de la melancolía y la melancolía involutiva en referencia a la locura maníco-depresiva, la cual, en 1913 adquiere unas proporciones inmensas²³.

La misma dificultad afecta a la psicopatología psicoanalítica. Algunos autores la resuelven creando una categoría intermedia (los estados límites y las patologías narcisistas) entre el binomio tradicional neurosis y psicosis, con lo que el asunto se da por zanjado. En cambio, en la orientación lacaniana clásica el problema de la frontera entre neurosis y psicosis no admitía estados intermedios, con lo que hace tres décadas se tendía a amplificar el diagnóstico de neurosis, en especial la histeria disociativa (locura histérica). Conforme a los desarrollos más recientes, inspirados en referentes topológicos, sobre todo en el nudo borromeo, comenzaron a proliferar casos “inclasificables” y “raros”, es decir, manifestaciones clínicas distintas del prototipo de la psicosis schreberiana o de las neurosis tradicionales²⁴²⁵. Al contrario de lo que sucediera hace treinta años, hoy día se prefiere ampliar el territorio de la psicosis e incluir en ella formas discretas y norma-

lizadas de locura, las cuales constituirían expresiones clínicas concordantes con el malestar actual; con esta nueva opción, la rígida perspectiva estructural, partidaria de la discontinuidad, se vuelve más elástica y casi dimensional.

Frente a los mencionados proyectos psicopatológicos favorables a la discontinuidad, el *continuum* aporta al conocimiento del *pathos* una mayor sensibilidad hacia las formas moderadas de la locura y promueve un hermanamiento del conjunto de experiencias humanas. Pero al oscurecerse el referente de los límites, las clases y las categorías, el clínico tiende a desorientarse y confundir cosas evidentes. Si a las estructuras freudianas y a las enfermedades mentales les interpelan los intersticios y les sobran los casos raros y fronterizos, a la psicopatología continuista le faltan distinciones cualitativas y adolece de casos típicos.

Resulta evidente que el interés actual por lo dimensional y los espectros obedece a las dificultades epistemológicas que suscita la propuesta categorial²⁶. Asimilar el *pathos* a enfermedades mentales independientes, como quiso J.-P. Falret, se reveló enseguida problemático. De ahí que la psicopatología psiquiátrica pretendiera rebajar tan ambiciosa propuesta mediante otras más modestas, como los síndromes o los trastornos. Sin embargo, contra lo que escribiera Lantéri-Laura, la ideología de las enfermedades mentales sobrevive incólume en las concepciones actuales pese a estar disfrazada de términos menos ambiciosos, como sucede con 'trastorno' en las clasificaciones internacionales.

En lugar de analizar las categorías nosológicas como construcciones artificiales elaboradas por los psicopatólogos, la psiquiatría biomédica promueve en la actualidad un movimiento pendular hacia los espectros. La fenomenología y la semiología clínica ceden su lugar a una contemplación lejana de rasgos (*traits*) o estados (*states*), los cuales se asocian en dimensiones (sintomáticas) o espectros (agrupaciones síndr-

micas con marcadores comunes). Da la impresión de que esta oscilación hacia el polo de los límites imprecisos pretende excluir el rígido modelo anterior de las categorías, modelo en el que se había creído con fervor hasta hace muy poco. Tanto trasiego indica la connatural dificultad de nuestro objeto de estudio, complicación que no cabe escamotear mediante la adhesión a posturas maximalistas que ciegan la reflexión sobre el *pathos*. Tan arraigadas y entusiastas son las creencias en los modelos que, como vulgarmente se dice, "a Rey muerto, Rey puesto". En realidad, esta reorientación hacia las dimensiones y espectros no es más que una reacción a las categorías y las estructuras, lo mismo que éstas son una corrección a la imprecisión de aquéllos. Sin embargo, cabría pensar una articulación entre ambos modelos, es decir, una dialéctica entre lo uno y lo múltiple. Para ello resulta imprescindible redefinir el modelo dimensional.

5. EJES

A decir verdad, en el paradigma dimensional biológico de los espectros no hay nada nuevo, salvo un *aggiornamento* inteligente. Si la locura representa el fondo de sinrazón que alimenta en cada momento nuestra alma, es decir, la irracionalidad que socava y hace fracasar todos los intentos del racionalismo. En este sentido la dimensión intenta retomar ese espíritu de continuidad y fluidez de las fronteras sintomáticas. Sin embargo, solo recupera las formas. No va más allá. No intenta hacer de la dimensión una línea que recorra como un hilo rojo todo el espectro humano que va desde las alteraciones mentales más profundas a la más inocua normalidad, desde su condición más cuerda hasta sus expresiones más enloquecidas. Así lo hace, en cambio, el eje de melancolía en su sentido más amplio que, de la mano del deseo y la tristeza, va prolongando los sinsabores desde los duelos circunstanciales y obligados de la vida a la amarga depresión y al dolor moral propio de la tristeza psicótica más asfixiante e in-

vasiva^g. Así lo hace también la paranoia, en este caso de la mano de la interpretación y la desconfianza, ampliando la suspicacia natural de cada uno de nosotros hasta la interpretación de perjuicio o la autorreferencia esquizofrénica.

Hay pues dos modos de entender las dimensiones, cuya división responde, una vez más, al primitivo modo de separar las concepciones de la psiquiatría. Uno lo entiende como una propuesta de continuidad entre las alteraciones mentales y la normalidad, donde la locura representada por los ejes de la melancolía y la paranoia es el denominador común, la simple sinrazón que nos desborda con sus pasiones y su interpretación, el dominio si se quiere donde todos nos reconocemos como locos y la psiquiatría solo viene a acotar unos espacios de intensidad pero no a romper la íntima relación de todo el malestar humano. O bien, de otro modo, la dimensión es el espacio estricto de la enfermedad, de donde se ha secado el pozo literario, poético y filosófico que integran la locura del alma, para perfilar un campo único de patología mental. Un campo de enfermedad pero, eso sí, sin enfermedades. Una dimensión que legitima al médico pero le exculpa del bochorno de identificar enfermedades inexistentes. Solo reconoce la dimensión psicótica de la persona, a la que aborda como una única *enfermedad*, y el resto no lo conoce, simplemente lo numera y diferencia superficialmente, pues no requiere atender a la subjetividad del enfermo, a lo que renuncia, sino cumplir con la simple descripción epidérmica de lo que sucede

apoyada por la promesa de una solución genética y cerebral^h.

De esta suerte, la dimensión de orden positivista se opone a la dimensión hermenéutica, de la misma forma que, como hemos señalado, la psiquiatría naciente dividió a los psiquiatras en somáticos y psíquicos ya en el alba de su legitimación. Las cosas, como vemos, no cambian tanto como parecen. La historia es muy resistente. Ni siquiera el corte freudiano vino a establecer un pugilato nuevo, simplemente amplió nuestro conocimiento para hacerlo. Nos aportó un modelo de aparato psíquico que no tenía precedentes, un planteamiento inédito del inconsciente y una teoría del deseo que nos permitían ensanchar nuestro conocimiento del hombre sin necesidad de recurrir a los espacios cerebrales, pero no cambió la dicotomía precedente.

Por otra parte, en esta línea de insistencia y repetición histórica, el modelo dimensional y médico de las psicosis, con que se intenta poner al día las clasificaciones, no es sino un eco del paradigma estructural que permanece vivo. El espectro psicótico no es más que el eco de la estructura. Recordemos que en el análisis estructural psicoanalítico la psicosis es única, pero no única en el sentido más vulgar de la psicopatología, que la reduce al reconocimiento de una causa común: la biológica. Única, más bien, porque no hay barreras entre las tres formas canónicas de psicotizarse: la paranoica, la esquizofrénica y la maniaco-depresiva. Cualquier psicótico puede transitar de una a la otra sin inmutarse. Puede empezar melancólico y acabar esquizofrénico o viceversa. Puede acomodarse en

^g El “dolor moral” (dolor anímico) constituye el signo principal y más llamativo de la melancolía según muchos clásicos de la psicopatología. Haciéndose eco de este parecer, Séglas escribió: el melancólico es un enfermo “ingenioso en lo que concierne a atormentarse” (Jules Séglas, *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic*, París, Masson, 1897, p. 92 [ed. española: Jules Cotard y Jules Séglas, *Delirios melancólicos: negación y enormidad*, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2008, p. 92]).

^h En uno de los contados textos dedicados a reflexionar sobre el concepto de enfermedad mental, H. Orthner – siguiendo los argumentos de Kurt Schneider – se muestra sorprendido de la afirmación de von Weitzsäcker según la cual el fin de la medicina no es solo curar. En su opinión, el médico debe limitarse a la enfermedad y, por tanto, a curar enfermos. Hans ORTHNER, “Zur Frage des psychiatrischen Krankheitsbegriffes”, *Psyche*, 1949, tomo 3, fascículo 8, pp. 561-574 (p. 573).

uno de los vértices del triángulo psicótico o puede volverse merecedor de formas mixtas: esquizo-paranoides, esquizo-afectivas o paranoide-melancólicas. Ese recorrido es lo propio de la hipótesis estructural, donde a la continuidad interna se opone una discontinuidad externa que intenta diferenciar las psicosis, hasta donde cabe, de las neurosis y de las patologías límites. La dimensión, en cambio, supera a la estructura en amplitud, derrocando sus límites, pero renuncia a establecer comunicaciones y diferencias internas.

Ahora bien, sea cual fuere el modelo utilizado, cada paciente es distinto y necesita una comprensión individualizada que trasciende cualquier categoría. Por eso se ha criticado tan virulentamente el uso abusivo del diagnóstico. No solo porque suponga un estigma del que es difícil desprenderse, sino porque condena a una identidad suplementaria que en el psicótico puede llegar a ser más absorbente que la propia. Una adscripción a veces tan cruel que en no pocas ocasiones parece infligir a los supuestos enfermos la agresión de un mote, hasta quedar identificados por una suerte de insulto *médico*. Pero también se critica porque nos hace olvidar que la clínica comienza después del diagnóstico, cuando ya hay que hacerse cargo del enfermo, lo que obliga a que el diagnóstico deba ser siempre provisional, laxo y lo menos público posible. Es después de haber llegado a adscribir el caso a una categoría, si este gesto se vuelve imprescindible dentro de los usos administrativos y burocráticos del dispositivo terapéutico donde cada uno ejerce, cuando ya no tenemos excusa para empezar a saber lo que le pasa al paciente, para intentar conocer los usos afectivos, las distancias que establece en sus relaciones y los procedimientos de saber que lleva a efecto. Por ello el uso intensivo del diagnóstico siempre revela una ideología médica de fondo, una renuncia a reconocer la subjetividad, a la que hay que intentar poner coto para que, en último extremo, si resulta ineludible su formulación,

no salga del ámbito profesional y se use lo menos posible. Atropellar este acotamiento vuelve escandaloso el hecho habitual de que en algunas prácticas de psicoeducación se intente forzar a los psicóticos a reconocerse bajo un diagnóstico y a humillarse tras una estúpida conciencia de enfermedad, que no ayuda a conocerse y a establecer distancias respecto al propio malestar sino a claudicar ante el saber médico. Eso es un atentado a la clínica que se practica de continuo en la psiquiatría actual, tanto que, con seguridad, este comentario crítico resultará anacrónico para la mayoría y probablemente ridículo a ojos de muchos. Sin embargo, la clínica, en su sentido más elevado, es un intento de comprensión y ayuda al otro que traspa cualquier clasificación, e incluso la desprecia.

Pero volviendo al centro de nuestro problema, descubrimos enseguida que el nuevo modelo dimensional positivista no renuncia a colocar el diagnóstico como corona de la intervención clínica, aunque su concepto sea amplio, más extenso y no tan categórico, lo que le vuelve curiosamente aún más impreciso que antes, pues no se sigue de ningún intento comprensivo añadido. A este registro de mayor continuidad no se le ha añadido el corrector que marca las discontinuidades internas, esto es, las diferencias dentro del mismo grupo dimensional que corrigen los excesos de la semejanza. No interesa conocer en profundidad cada caso sino recoger los datos imprescindibles, según un protocolo prefijado, para alojar o no al paciente en la dimensión común que le identifica. Tras esta renuncia a conocer en profundidad la psicopatología del paciente, que se suplanta con la atención prestada a confusos síntomas leves, blandos o subumbrales, se esconde la verdadera intención ideológica del modelo, que no es otra que abrir al máximo la posibilidad de prescripción y dejar el espectro tan difuso y con límites tan flexibles que previsiblemente la prevalencia e incidencia de las psicosis no dejarán de crecer en el futuro, desde que se imponga su uso, sin que para

ello sea necesario que la realidad cambie en absoluto. Es el modelo el que se adapta a los nuevos intereses y reduce, amplía, bautiza o ignora a su capricho las distintas figuras de la psicopatología.

Frente a este dimensionalismo de índole biológico y positivista se alza un estudio hermenéutico de la dimensión que intenta corregir los errores del otro, y no caer en la imprecisión de juntarlo todo sin quererlo

diferenciar después. Su intención reside en el intento de mantener la continuidad que aporta el concepto antiguo de locura, esto es, la comunidad de todos los trastornos y el componente de locura que existe en la normalidad tan elevado como la normalidad que se da en las psicosis, pero también estudiar y reconocer las diferencias que se van estableciendo en las discontinuidades internas a cada dimensión.

RESUMEN

Se propone estudiar toda la psicopatología siguiendo dos ejes que responden a la dimensión paranoica y melancólica de la vida, que, como decimos, no afecta solo a los psicóticos sino a todos los hombres. De un lado, la melancolía, representada por el deseo y la tristeza, la soledad y la culpa, discurre desde la tristeza ordinaria a la depresión más intensa y psicótica, buscando un lugar compartido por la locura y la normalidad desde donde después se puedan establecer todas las diferencias posibles, indagando una semejanza que las agrupa sin renunciar por ello a las distancias y diferencias que las separan. Y del mismo modo, el eje de la paranoia aúna la desconfianza y los excesos de la interpretación que definen al hombre, trazando después la distinción que separa a quien tiene su grano normal de sospecha, del paranoico más receloso y de la propia esquizofrenia, entendida ésta como la forma más aguda y extrema de paranoia.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

La construcción del saber psicopatológico a partir de la transformación de la locura clásica en categorías nosológicas, enfermedades mentales o estructuras freudianas puede seguirse en todos sus detalles en el estudio de José María Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales* (Madrid, Gredos, 2008). Asentada esta perspectiva discontinua, múltiple y estructural, advertidos de sus bondades y también de sus límites, Fernando Colina, en *Melancolía y paranoia* (Madrid, Síntesis, 2011), analiza el otro punto de vista posible en el estudio del pathos, el continuista. En lugar de conformarse con los contrastes entre uno y otro, propone la articulación de ambos mediante los llamados ejes melancólico y paranoico.

Sobre el surgimiento de las grandes descripciones nosológicas, teorías y escuelas psicopatológicas francesas y alemanas, el libro de Paul Bercherie *Los fundamentos de la clínica* (Buenos Aires, Manantial, 1986) sigue manteniendo su vigencia y valor. Para la psicopatología francesa, en especial merece leerse la monografía de Rafael Huertas *El siglo de la clínica* (Madrid, Frenia, 2004). Abundante en datos aunque sin la hilazón de los anteriores, el texto de Germán Berrios *Historia de los síntomas de los trastornos mentales* (México D.F., F.C.E., 2008) resulta útil para consultar aspectos puntuales.

En lo tocante a la locura propiamente dicha, la obra de Michel Foucault *Historia de la locura en la época clásica* (2 vols., México D.F., F.C.E., 1976) es el principal referente. Agradable de leer, el texto de Roy Porter *Breve historia de la locura* (México D.F., F.C.E., 2003), presenta más bien una perspectiva histórica de las distintas visiones médico-psicológicas de la locura.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Minkowski E. *Traité de Psychopathologie*, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999 [1966], pp. 64-66.

- (2) Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela; 2000.
- (3) Jean-Pierre Falret, "De la non-existence de la monomanie" [1854], en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864, pp. 431-432 [ed. española: "Sobre la no existencia de la monomanía", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XV, nº 59, pp. 489-495].
- (4) Bleuler E, "La schizophrénie", *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXX session, 2-7 agosto, París, Masson, 1926*, pp. 2-23 [ed. española: "La esquizofrenia", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, nº 60, pp. 664-676].
- (5) Lantéri-Laura G, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, op. cit., p. 68.
- (6) Lantéri-Laura G, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, op. cit., p. 270.
- (7) Lantéri-Laura G, "L'objet de la psychiatrie et l'objet de la psychanalyse", *L'évolution psychiatrique*, 2005, 70, pp. 31-45.
- (8) von Feuchtersleben E, *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde: Als Skizze zu Vorträgen*, Viena, Carl Gerold, 1845, p. 74.
- (9) Ritti A, "Eloge du professeur Ch. Lasègue", *Annales Médico-psychologiques*, 1885, nº 2, p. 117.
- (10) Ey H, "Étude N° 4. La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales (La notion de «maladie mentale»)", en *Études psychiatriques*, Vol. 1, Tomo 1, CREHEY, 2006, p. 77.
- (11) Schneider K, *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997. p 33.
- (12) Guiraud P, *Psychiatrie Générale*, Le François, París, 1950, pp. 612-613 y 623.
- (13) Ey H, "Étude N° 26. Épilepsie", en *Études psychiatriques*, Vol. 2, Tomo 3, op. cit., p. 633.
- (14) Griesinger W, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (4ª ed.). Berlín: F. Wreden; 1871. p 6.
- (15) Freud S, "Presentación autobiográfica" [1925], en *Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu; 1976. p 44.
- (16) Genil-Perrin G, *Les paranoïaques*, París, Maloine, 1926; Montassut M, *La constitution paranoïaque*. París: Commelin; 1924.
- (17) *Minutes de la Société psychoanalytique de Vienne, Séance du 30 décembre 1914*, en *Les premières psychoanalystes*, vol. IV. París: Gallimard; 1983. p 311.
- (18) Freud S, *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*, *Obras completas*, Tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974. pp 31-33.
- (19) Lacan J, "Introduction à l'édition allemande d'un premier volumen des Écrits" [1973], en *Autres écrits*. París: Seuil; 2001. p 556.
- (20) Morselli E, *Manual de semiología de las enfermedades mentales. Guía de las diagnosis de la locura para uso de los médicos (Selección)*, Edición de Alianistas del Pisuerga. Madrid: Ergon; 2011. p 43.
- (21) Foucault M, *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. 2. México DF: FCE; 1976 (1964). p 261.
- (22) Kraepelin E, "Die Verrücktheit (Paranoia)", en *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (8ª Ed.), vol. IV, Leipzig, J. A. Barth, 1915, pp. 1709-1779 [ed. española: "La locura (paranoia)", en José María Álvarez y Fernando Colina (Dir.), *Clásicos de la paranoia*. Madrid: Dor; 1997. pp 121-197].
- (23) Kraepelin E, "Das manisch-depressive Irresein", en *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (8ª Ed.), vol. III, Leipzig, J. A. Barth, 1913, pp. 1183-1395 [ed. española: *La locura maniaco-depresiva*, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, en prensa].
- (24) Miller J-A et al., *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós; 1999.
- (25) Miller J-A et al., *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós; 2004.
- (26) Berrios G, Prólogo a Guimón J, *El diagnóstico psiquiátrico no categorial (Relaciones, dimensiones y espectros)*. Bilbao: OME editorial; 2007.