

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Crítica epistemológica de la “bipolaridad”. La ausencia de fundamento de la separación entre los “trastornos del juicio” y los “trastornos del afecto”.

Iglesias Colillas, Ignacio G.

Cita:

Iglesias Colillas, Ignacio G. (2015). *Crítica epistemológica de la
“bipolaridad”. La ausencia de fundamento de la separación entre los
“trastornos del juicio” y los “trastornos del afecto”*. VII Congreso
Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII
Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/228>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/Fwx>

CRÍTICA EPISTEMOLÓGICA DE LA “BIPOLARIDAD”. LA AUSENCIA DE FUNDAMENTO DE LA SEPARACIÓN ENTRE LOS “TRASTORNOS DEL JUICIO” Y LOS “TRASTORNOS DEL AFECTO”

Iglesias Colillas, Ignacio G.

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El propósito del presente trabajo es poner en evidencia la obsolescencia de separar tajantemente los llamados “trastornos del juicio” de los “trastornos del afecto”, separación que subtiende uno de los fundamentos epistémico - conceptuales en la caracterización de los llamados «espectros bipolares» según H. Akiskal. Elegimos dicho concepto como blanco central de la presente propuesta de revisión porque se nos presenta como la aporia máxima de la crisis en la cual se encuentra la psicopatología descriptiva de este tipo de padecimientos. Para llevar adelante la revisión propuesta nos detendremos en este breve y acotado estudio al análisis fragmentario de algunos trabajos de Griesinger y de Kraepelin, de Sérieux y Capgras y de Guislain. Se tomará de cada uno de estos autores un ejemplo clínico - conceptual ilustrativo que permite mostrar ocasiones en las cuales el pensamiento de estos psiquiatras clásicos exhibe la ausencia de fundamentos de dicha separación.

Palabras clave

Trastornos del juicio, Trastornos del afecto, Obsolescencia, Separación

ABSTRACT

EPISTEMOLOGICAL REVIEW OF “BIPOLARITY”. THE ABSENCE OF BASIS OF THE SEPARATION BETWEEN “JUDGEMENT DISORDERS” AND “MOOD DISORDERS”

The purpose of the present paper is to put in evidence the obsolescence of the sharp separation between the so called “judgement disorders” and the “mood disorders”, separation that underlies one of the main epistemological assumptions in the characterization of the «bipolar spectrum» according to H. Akiskal. We chose this concept as the main aim of the present critic revision because it appears to us as the maximum aporia of the actual descriptive psychopathology. To take forward the proposed review we will analyze, in this short research, some fragments of the works of Griesinger and Kraepelin, Sérieux and Capgras and Guislain. We will select from each author a clinical and conceptual example that allow to illustrate occasions in which the theory of these classic psychiatrists shows the absence of basis of that actual separation.

Key words

Judgement Disorders, Mood Disorders, Obsolescence, Separation

Introducción

A pesar de que Akiskal y cols. se dicen neokraepelinianos, y que su conceptualización no es más que una continuación del pensamiento del maestro alemán, Kraepelin mismo sostiene en al menos un lugar de su tratado que *“la hipótesis de base que consiste en oponer los trastornos del juicio a los trastornos afectivos, es únicamente de orden psicológico y no de orden clínico”*. En Griesinger tal separación no puede tener lugar ya que él considera que toda enfermedad mental es primero una “locura afectiva” y luego -o no- se vuelve además una “locura de la inteligencia”, pensamiento que sigue muy de cerca la noción de “frenalgia inicial” de Guislain. En Sérieux y Capgras hallamos paradigmática la categoría de los “delirios de reivindicación”, donde también se puede ubicar muy bien que diagnosticar solamente la exaltación o la depresión del ánimo puede llevar a errores clínicos severos.

Metodología

El procedimiento de revisión consistió en analizar -mediante la lectura en *inmanencia*- algunos puntos nodales de las conceptualizaciones de Guislain, Griesinger, Sérieux - Capgras y Kraepelin. Para ello se han seleccionado diversos párrafos tomados de las principales obras de estos autores, siendo el criterio de selección la potencia y la significatividad con la cual se presentaba esta imposible separación.

Objetivos

- Exhibir la obsolescencia de separar “juicio” y “afecto” al modo en que lo hacía la «Psicología de las facultades» posterior a 1800.
- Evidenciar que muchas de las llamadas “nuevas” conceptualizaciones que pretenden apoyarse en las neurociencias no hacen más que resucitar ideas obsoletas en la historia del saber psiquiátrico.
- Recuperar la importancia de los psiquiatras clásicos y sus conceptualizaciones a la hora de pensar los llamados “trastornos bipolares”.

Problemas

Habíamos dicho en la introducción que en al menos un lugar de su obra Kraepelin sostenía que *“la hipótesis de base que consiste en oponer los trastornos del juicio a los trastornos afectivos, es únicamente de orden psicológico y no de orden clínico”* (Kraepelin, 2003: 99). Ahora bien, no solamente Kraepelin se detuvo en esta cuestión -quizás sin extraerle todas sus consecuencias-, sino que también hicieron referencia a ello indirectamente los franceses Sérieux y su discípulo Capgras; y de hecho se trata de una problemática que llega hasta -o mejor dicho que viene desde- Guislain, el fundador de la psiquiatría belga que influenció fuertemente a Griesinger.

Dicen Álvarez y colaboradores: “cuando se pretende acotar los trastornos de la razón -por ejemplo, las ideas delirantes-, sea mediante la idea errónea, la irreabilidad del contenido o la densidad de la convicción, parece que todos nos ponemos de acuerdo con más facilidad. En cambio, fijar el límite a partir del cual la tristeza, el dolor de alma o la abulia se sitúan en el dominio de la patología, obliga a ciertas prestidigitaciones e invita a sobrevalorar la vertiente cuantitativa, precisamente la que introduce más confusión a la hora de separar fenómenos y oponer signos clínicos. Prueba de ello es la complicación que introdujo la melancolía en la psicopatología de las enfermedades mentales, resuelta finalmente mediante el reduccionismo que implica la exclusiva asociación con la manía; prueba de ello es también el despropósito nosológico en que se han convertido las actuales depresiones y los trastornos bipolares” (Álvarez y cols, 2012: XIV).

Sérieux (1864-1947) y Capgras (1873-1950) se destacan en la historia de la psiquiatría clásica especialmente por su estudio denominado “*Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*” (1909), donde distinguen los *delirios de interpretación* de los *delirios de reivindicación*. Me voy a detener especialmente en la caracterización que hacen estos autores del *delirio de reivindicación* para mostrar la insuficiencia del criterio esencialista que separa e independiza los “trastornos del juicio” de los “trastornos afectivos”, pretendiendo luego reformularlos -especialmente a estos últimos- como enfermedades autónomas con base genética.

A nuestro criterio, los *delirios de reivindicación* ilustran muy bien este problema aparentemente nosológico, pero que ya no puede seguir ocultando su raigambre epistemológica.

Según los autores, “el delirio de reivindicación es una psicosis sistematizada, caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija, que se impone al espíritu en forma obsesiva (...). El reivindicador se nos presenta esencialmente como un obsesivo y *un maníaco*. Hay en él una combinación íntima de estos dos estados, que conducen más a un delirio de los actos que a un delirio de las ideas. Sus tendencias interpretativas y su paralógica están menos marcadas que en los interpretadores”. Y más adelante agregan: “en el delirio de reivindicación encontramos espíritus exaltados, razonadores, exagerados, fanáticos que sacrifican todo al triunfo de una idea dominante; estos individuos son en su mayoría perseguidores y perseguidores repentinos; desde el comienzo eligen a una persona o a un grupo de personas que persiguen con odio o su amor enfermizos. Sin embargo, existen algunos que nunca llegan a ser perseguidores ni tampoco reivindicadores: su exaltación no se ejerce a expensas de otra persona sino que se emplea sólo en búsquedas especulativas” (*Ibidem*). Insisto nuevamente en que mi interés no es ni criticar a Sérieux y a Capgras ni poner en cuestión los *delirios de reivindicación*, sino mostrar que si reducimos la conceptualización a criterios puramente descriptivos podemos omitir muy fácilmente que en muchos casos -como en estos delirios que estamos comentando- lo fundamental no es el supuesto “estado de ánimo” o “afecto” (“exaltación”) sino el delirio subyacente que lo jalona. Cuando se independiza el criterio puramente descriptivo, vemos que un psiquiatra biológico puede muy bien diagnosticar a un reivindicador como “bipolar”.

Nos parece más importante ubicar la textura del delirio -si es que lo hay- que la modalidad del afecto o el tono del “estado de ánimo”. Insistimos, lo decimos de esta manera para resaltar los problemas que conlleva la *reducción descriptiva* de la clínica.

En cuanto a la *evolución* de los delirios de reivindicación, dicen los autores que se trata de una enfermedad esencialmente paroxística, y “es fácil ver que los períodos de remisión coinciden con un éxito

parcial de las reivindicaciones, o se presenta luego de una escena de escándalo” (*Ibidem*: 129). Sérieux y Capgras consideran que la evolución de este cuadro no presenta fases determinadas -como las del “delirio crónico de evolución sistemática” de Magnan, por ejemplo- pero sí establecen que tiene un *comienzo súbito* que puede ser previsto por ciertos signos, entre ellos, la “impetuosidad del carácter, el orgullo desmesurado y la susceptibilidad mórbida” (*Ibidem*: 130). Luego, desde el momento en que acontece una causa ocasional banal, “que fija la fórmula de la idea obsesiva, la psicosis se manifiesta con todos sus síntomas. Después evoluciona por crisis sucesivas, separadas por intermitencias más o menos largas” (*Ibidem*). Nótese que si se independiza también la forma en que evoluciona este cuadro, la “periodicidad” tampoco puede tomarse como criterio único; estos autores muestran muy claramente que este tipo de delirio evoluciona con crisis intermitentes y sucesivas. Más adelante precisan que la marcha progresiva del delirio se acelera a través de estas remisiones y estos paroxismos alternantes. En todo caso, quiero destacar lo problemático que puede ser apoyarse *solamente* en criterios como “periodicidad” y “trastorno del afecto”.

Retomemos ahora la oposición entre los “trastornos afectivos” y los “trastornos del juicio” para ver si un rastreo genealógico de esta idea en la escuela belga - alemana permite ubicarnos mejor para indagar los puntos de quiebre del discurso psiquiátrico biológico actual. Así como en el apartado anterior expusimos lo inadecuado de independizar la “periodicidad” y los “trastornos del afecto”, en este ubicaremos -siguiendo a Guislain (1797-1860)- el llamado “trastorno del afecto” como *condición general e inicial de toda enfermedad mental*, que es otro modo de refutar su independización. En este autor ese “trastorno del afecto” se llama “*frenalgia inicial*”. “*Fren*” es un vocablo griego que compone la palabra *frenalgia* y significa “sentimiento, sede de las sensaciones”. “*Algia*” significa “dolor”, de ahí “*frenalgia*”. Literalmente: *dolor del sentir, dolor del sentimiento*. «Dolor moral» dirá Guislain.

Joseph Guislain es considerado el fundador de la psiquiatría belga e influyó fuertemente en W. Griesinger (1817-1868). En cuanto a su concepción de la “alienación mental”, se lo ha ubicado como un teórico afín a las ideas de P. Pinel y a las de su discípulo Esquirol. Comentaremos aquí sus “*Leciones orales sobre las frenopatías*” (1852). Para Guislain la *frenalgia* no era un diagnóstico entre otros, sino que se refería al núcleo mismo del padecimiento psíquico. “A este fenómeno que aparece en el inicio de las enfermedades mentales lo designa con el término de “frenalgia” (ejemplarmente presente, según él, en la melancolía) y considera que el delirio es una reacción secundaria al mismo” -afirma Stagnaro en la presentación-. En la XXII^a lección Guislain propone que, en general, la alienación es una lesión del sentimiento y no un trastorno de la razón. Dice: “es ante todo una lesión de la sensibilidad; no es, en esencia, un trastorno de la razón, de las ideas, del espíritu. Considerándolo mejor, la alienación es un dolor; por ello decimos que la alienación es primitivamente una frenalgia, un dolor del sentido que es el punto de partida de las afecciones, de las emociones[1] (...). El dolor de *fren* puede estar latente, no ser aparente, y durar tan poco tiempo que es reemplazado por otros fenómenos que lo absorben. Pero el dolor puede no cambiar y ser durable. Puede constituir él sólo toda la enfermedad; entonces representa la melancolía afectiva, la melancolía sin delirio. La melancolía es inherente a la mayoría de las alienaciones mentales. Es ella la que forma el fenómeno inicial, es ella la que hallamos en el período prodrómico de estas afecciones” (Guislain, 1998: 32-33). Más adelante agrega que este *estado frenopático* puede no ser más que una tristeza, una angustia, una susceptibilidad.

Desde la perspectiva de este autor, sería totalmente absurdo pretender separar, al modo actual, lo *intelectual* de lo *afectivo*, ya que “lo afectivo” -llamado aquí *dolor moral*- es, como señalábamos más arriba, el núcleo generador del padecimiento psíquico. Dicho de otro modo, toda patología es “afectiva”.

La alienación es un dolor; por ello decimos que la alienación es primitivamente una frenalgia, un dolor del sentido que es el punto de partida de las afecciones, de las emociones. Al menos Guislain aun concebía que se puede estar triste o “bajoneado” sin ser rotulado de enfermo o de *bipolar*. Tenemos derecho y necesidad de sentir tristeza y dolor, si es que pretendemos experimentar la alegría y la felicidad, sea lo que sea que eso signifique.

Veremos inmediatamente el modo en que estas nociones impregnan profundamente la obra de Wilhelm Griesinger (1817-1868). Ya en 1845 criticaba los reduccionismos “psiquistas” -*espiritualismo*- y “somatistas” -*materialismo*-: “ni el materialismo, que intenta explicar todos los actos psíquicos por medio de la materia, ni el espiritualismo, que intenta explicar la materia por medio del alma, nos dan una idea exacta de lo que sucede en el alma. Y por otro lado, aunque llegásemos a saber todo lo que se produce en el cerebro cuando éste entra en acción, descubriésemos todos los secretos de la química, etc., ¿de qué nos serviría? (...). Este problema no tendrá jamás solución para el hombre, y creo que, aunque un ángel descendiese del cielo para explicarnos este misterio, nuestra inteligencia sola no sería capaz de asimilarlo. *¿Qué decir ahora del materialismo tan superficial y tan chato, que quisiera cambiar y negar los hechos más generales y más elevados de la conciencia humana, al no encontrar la huella palpable de los mismos en el cerebro?*[2]” (Griesinger, 1997a: 10).

Como en Guislain, también en Griesinger encontramos la idea de que toda enfermedad mental presenta una afección de los sentimientos en sus primeros períodos, especialmente manifiestos en la tristeza: “la locura (...) la mayoría de las veces consiste principalmente en una lesión de los sentimientos” (*Ibíd*: 77). Pero en Griesinger esta noción sube un nivel en complejidad, ya que la tristeza es una especie de producto del lastimoso combate que libra el antiguo *Yo* contra la inevitable penetración de las ideas patológicas. En el contexto de estar describiendo qué entiende por “sentimiento de sí mismo” y cómo éste sufre una serie de metamorfosis cuando la locura amanece, Griesinger plantea una distinción que impactó profundamente en todas las conceptualizaciones psiquiátricas sobre las *psicosis maníaco - depresivas*[3]: “todas las disposiciones del humor -afirma- y todas las emociones se dividen entonces en dos grandes clases, las emociones expansivas (y al mismo tiempo afirmativas), y las depresivas (negativas y asociadas a la repulsión). La alegría, el júbilo, la jovialidad, el engreimiento, la esperanza, el coraje, la arrogancia, etc.; pertenecen a la primera clase, mientras que la maldad, el mal humor, el descorazonamiento, la tristeza, la pena, la vergüenza, el miedo, el terror, etc., pertenecen a la segunda” (*Ibíd*: 80). Y prosigue: “este informe nos da la base de una clasificación para los estados de locura que consisten fundamentalmente en el imperio de los dolores morales, en consecuencia para las formas primitivas de las enfermedades mentales (...). Encuentramos dos clases principales: en una, el desorden capital consiste en ciertas disposiciones depresivas, negativas, y en las emociones, todos los estados de melancolía; en la otra, consiste en emociones expansivas, afirmativas (monomanía) (...). En sus elementos psicológicos, los estados que designamos con el nombre de manía se asemejan mucho a la cólera, y éstos encuentran, desde el punto de vista nosológico, su lugar natural entre la melancolía y la monomanía” (*Ibíd*: 81).

Los inicios de la enfermedad mental. La noción de “frenalgia” o “dolor moral” puede entenderse muy bien al examinar el comienzo de toda enfermedad mental. En los primeros períodos, la locura consiste entonces para Griesinger en un *estado emocional*. Destaca también la importancia de la *duración* e *intensidad* de los fenómenos psíquicos a la hora de juzgar su morbidez. Ubica así tres grandes categorías de “trastornos elementales” que en las diversas formas de locura se agrupan de diversas maneras: *lesiones de la sensibilidad, lesiones del movimiento y lesiones de la inteligencia*. Precisando luego: “nuestra división de los trastornos psíquicos en tres grandes clases es tan sólo exterior, destinada a facilitar su estudio” (*Ibíd*: 94). Es decir, hay que examinar los distintos modos en que la “frenalgia” -el *dolor moral*- se expresa y manifiesta a largo de su *evolución*.

“La observación muestra que en la gran mayoría de los casos la locura comienza, no con discursos desprovistos de sentido o con actos extravagantes, sino con cambios en el carácter, con anomalías del sentimiento de sí mismo y del humor, y con los estados emocionales resultantes (...). La disminución de la fuerza y de la energía del *yo*, y la represión del conjunto de sus ideas tienen como resultado *un estado psíquico doloroso de un tipo indeterminado*, un trastorno de los sentimientos extremadamente lamentable por el hecho mismo de su oscuridad; las nuevas ideas y las nuevas inclinaciones mórbidas que surgen entonces acarrean un estado de quebranto del ánimo, el sentimiento de la división de la personalidad y un avasallamiento inminente del *yo*. El dolor moral se muestra bajo una de las formas conocidas de agitación, de ansiedad, de tristeza, y trae consigo todas las consecuencias (...) de perturbación en la actividad motriz de la mente” (Griesinger, 1997a: 94). Para Griesinger, entonces, en el inicio, toda locura es una “locura afectiva” que luego deviene o no “locura de la inteligencia” (*Ibíd*: 103).

Conclusiones

El más sucinto análisis de los fragmentos examinados muestra rápidamente que:

1. Es muy riesgoso pretender separar taxativamente “juicio” y “afecto” porque lleva a errores diagnósticos graves, como puede deducirse de lo expuesto sobre los *delirios de reivindicación* de Sérieux y Capgras;
2. Como lo plantearon casi todos los psiquiatras clásicos, todo diagnóstico debe realizarse a partir de la *impresión de conjunto de las manifestaciones psicopatológicas*, y nunca a partir de la reducción a un único elemento, menos aun cuando ése único elemento proviene de la descripción superficial de alguna conducta;
3. *Toda enfermedad mental implica un padecimiento afectivo.* El paradigma intelectualista de la locura, que impregnó fuertemente el siglo XIX, y que no es otra cosa que el reverso de independizar “lo afectivo”, ha caído hace ya mucho. Hablar entonces de “trastornos afectivos” es una redundancia o una verdad de Perogrullo.
4. Griesinger mismo sostuvo que “desde un punto de vista empírico, debemos ante todo mantener el hecho de la unidad del alma y del cuerpo” (Griesinger, 1997a: 9). Metodológicamente hablando, y esto ya es una consideración referente a la *epistemología clínica*, sólo tenemos acceso a un *discurso*, a lo que el paciente dice de sí y a las unidades de significación que se desprenden de éste. Por supuesto, “sentimos” muchas veces el dolor, la tristeza, la ansiedad o la euforia del sujeto pero, nuevamente, ésta sólo adquiere un sentido clínico al ser contrapuesta a los *dichos* del paciente.

NOTAS

- [1] Las itálicas me pertenecen.
- [2] Las itálicas me pertenecen.
- [3] Término acuñado por E. Bleuler en su libro *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, de 1908.

BIBLIOGRAFÍA

- A.A. V.V. (2003). DSM - IV - TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Ackernecht, E.H. (1962). Breve historia de la psiquiatría. Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires.
- Akiskal, Cetkovich - Bakmas, García-Bonetto, Strejilevich, Vázquez (2006). Trastornos bipolares. Conceptos clínicos. Neurobiológicos y terapéuticos, Buenos Aires: Panamericana.
- Álvarez, J.M. y cols. (2012). “La locura maníaco - depresiva de Emil Kraepelin, Presentación”. Kraepelin, E. (2012). La locura maníaco - depresiva. Madrid: Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga.
- Bercherie, P. (1986). Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires: Manantial.
- Conti, N. (1996). “Jean - Pierre Falret”. El rescate y la memoria. Vertex. Rev. Arg. De Psiquiat. Vol. VII, 226-227. Buenos Aires: Polemos.
- Griesinger, W. (1997a). Patología y terapéutica de las enfermedades mentales. 1ª Parte. Presentación de J.C. Stagnaro. Buenos Aires: Polemos.
- Griesinger, W. (1997b). Patología y terapéutica de las enfermedades mentales. 2ª Parte. Presentación de J.C. Stagnaro. Buenos Aires: Polemos.
- Guislain, J. (1998) “Lecciones orales sobre las frenopatías”. Alucinar y delirar. Tomo I. Selección y presentación de textos Juan Carlos Stagnaro. Buenos Aires: Polemos.
- Kraepelin, E. (2003). “La locura sistemática (paranoia)”. Escritos Psicopatológicos. Traducido de la versión francesa aparecida en “Analytica 30”. Versión de exclusiva circulación interna de la cátedra de Psicopatología II de la UBA. Buenos Aires: Cátedra de Psicopatología II.
- Kraepelin, E. (1996). La demencia precoz. 1ª parte. Presentación de Juan Carlos Stagnaro. Buenos Aires: Polemos.
- Kraepelin, E. (1996). La demencia precoz. 2ª parte. Presentación de Juan Carlos Stagnaro. Buenos Aires: Polemos.
- Kraepelin, E., Kalhbaum, K., Hecker, E. (1996). La locura maníaco - depresiva. La catatonía. La hebefrenia. Buenos Aires: Polemos.
- Kraepelin, E. (2012). La locura maníaco - depresiva. Madrid: Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga.
- Sérieux, P. Capgras, J. (1992). “Las psicosis a base de interpretaciones delirantes”. Poubellification. Lacaniana 3. Buenos Aires: Laberintos.
- Sérieux, P. Capgras, J. (2003). “El delirio de la reinvidicación”. Escritos psicopatológicos. Unidad I. Ficha de circulación interna de la cátedra II de Psicopatología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Sérieux, P. Capgras, J. (2007). Las locuras razonantes. El delirio de interpretación. Madrid: Alienistas del Pisuerga.