

# ¿Qué es la locura?

Darian Leader

ensajosextopiso





**¿Qué es la locura?**



# ¿Qué es la locura?

DARIAN LEADER

TRADUCCIÓN DE RAQUEL VICEDO



**sextopiso**

Todos los derechos reservados.  
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida,  
transmitida o almacenada de manera alguna sin el permiso previo del editor.

Título original  
*What is Madness?*

Copyright © 2011, Darian Leader  
All rights reserved

Primera edición: 2013

Traducción  
© RAQUEL VICEDO

Copyright © EDITORIAL SEXTO PISO, S. A. DE C.V., 2013  
París 35-A  
Colonia del Carmen, Coyoacán  
04100, México D. F., México

SEXTO PISO ESPAÑA, S. L.  
c/ Los Madrazo, 24, semisótano izquierda  
28010, Madrid, España.

[www.sextopiso.com](http://www.sextopiso.com)

Diseño  
ESTUDIO JOAQUÍN GALLEGO

Formación  
GRAFIME

ISBN: 978-84-15601-23-4  
Depósito legal: M-9588-2013

Impreso en España

## ÍNDICE

Introducción	9
1. La locura silenciosa	19
2. Fundamentos	51
3. La psicosis	89
4. Lenguaje y lógica	123
5. El diagnóstico	149
6. Las causas de la psicosis	177
7. El desencadenamiento	217
8. Estabilización y creación	247
9. Aimée	285
10. El Hombre de los Lobos	309
11. Shipman	341
12. Trabajar con la psicosis	367
Epílogo	403
Notas	413



## INTRODUCCIÓN

Hace muchos años, cuando todavía estaba estudiando, empecé a trabajar como voluntario en una comunidad terapéutica una vez por semana. Sólo pensaba en el psicoanálisis y quería entender mejor el extraño fenómeno de la psicosis: las alucinaciones, los delirios y las alteraciones del habla sobre las que había leído, pero que nunca había experimentado de primera mano. La mayoría de los individuos que conocí eran bastante tranquilos y no mostraban muchos signos de estar «locos». Tomar medicación durante mucho tiempo los había desgastado, y se habían acomodado en sus tranquilas rutinas. Sin embargo, había un hombre que tenía muchas ganas de hablar, y nos pasábamos horas debatiendo sobre filosofía, política y actualidad. Se expresaba muy bien, era lúcido y extremadamente inteligente, y me quedé muy sorprendido cuando me enteré de que había pasado los últimos años en hospitales psiquiátricos. Charlando con él, no me pareció que estuviera más trastornado que los amigos de la facultad con los que quedaba cuando salía del trabajo en la comunidad.

Tras unas cuantas conversaciones, le pregunté a un par de empleados del centro por qué vivía en una comunidad terapéutica y por qué tomaba medicación. Las sonrisas irónicas que recibí como respuesta me dieron a entender que se me había escapado algún detalle obvio, algún hecho evidente que mi radar juvenil no había detectado. Y de hecho, así fue. Unos meses después, en el transcurso de una de nuestras charlas, mencionó un país del que yo no había oído hablar. Tras su sorpresa ante mi ignorancia, hizo una aclaración: me explicó que no vivía en Inglaterra, sino en Xamara, un lugar habitado por animales salvajes y una legión de dioses exóticos. Me

describió la geografía del lugar, su historia y su infraestructura. Todo tenía un nombre y estaba clasificado, como los reinos de Angria y Gondal que inventaron las hermanas Brontë en su infancia.

Para él, su rol como protagonista de la saga de Xamara no era incompatible con su vida y sus tareas cotidianas en la comunidad. Mientras lo describía, su voz no mostró entusiasmo, signos de emoción ni cambios de tono, como si se tratara de un hecho más de su existencia. Lo que realmente me impresionó fue esta continuidad en su voz: no había señales ni indicios en su discurso que indicaran que dejábamos el territorio de una realidad compartida para introducirnos en un mundo privado. Era como si nada hubiera cambiado, y en nuestras conversaciones posteriores no hubo vestigios de ninguna iniciación secreta o de que me hubiera hecho parte de su confianza. La vida siguió igual.

¿Cómo podía ser —me pregunté— que el delirio y la vida cotidiana estuvieran tan perfectamente entrelazados? ¿Cómo podía habitar uno dos lugares en apariencia distintos al mismo tiempo, como si no existiera ninguna separación entre ellos? Y aunque vivir en Xamara pareciera una locura, ¿por qué era necesario someterlo a un régimen médico o ser internado? No hacía daño a nadie y a él no le causaba molestias. Éstas son preguntas que todavía me hago, y en este libro he tratado de estudiar algunos de los vínculos entre la locura y la normalidad. ¿Se pueden separar estrictamente el delirio y la cordura o, por el contrario, puede el primero no sólo ser compatible con la segunda, sino, ser incluso un estado de la misma?

Éstas no son preguntas abstractas e intelectuales, están directamente relacionadas con el modo en el que la psicosis se trata en la sociedad de hoy día. Nuestra actitud ante la locura modela nuestra respuesta ante ella, tanto en términos de nuestras interacciones cotidianas como en la oferta de terapias disponible. Pero ha habido una marcada ausencia de diálogo entre las tradiciones. Durante al menos medio siglo han surgido teorías y terapias para la locura que son más o menos

desconocidas fuera de un campo profesional muy reducido. Proporcionan herramientas fascinantes y poderosas para entender la experiencia de la locura y para explicar por qué y cómo ocurre. También ofrecen un amplio abanico de posibilidades para la terapia y para analizar cómo puede estabilizarse la psicosis. Aunque nos guste pensar que el conocimiento es acumulativo y está unificado, especialmente en la era de Internet, éste no es el caso. Existe una seguridad molesta y superficial en los trabajos de investigación que se autoproclaman «actualizados», como si un artículo aparecido en 2010 en una publicación vistosa tuviera más valor que uno escrito cien años antes en una revista médica ya olvidada a la que sólo podemos acceder si acudimos a un archivo polvoriento.

El trabajo en el que me voy a centrar deriva de la tradición europea continental en psiquiatría. Psiquiatras de finales del siglo XIX y primeros del XX han sido abiertamente difamados por sus prejuicios en temas como la degeneración hereditaria, de constitución y mental, y, aun así, muchos de ellos se tomaron tiempo para escuchar a sus pacientes y para desarrollar teorías sobre la locura que fueran fieles a lo que habían aprendido tratando con ellos. La ausencia de tratamientos farmacológicos prolongados hizo que fuera posible estudiar cómo una persona cuya vida había sido destrozada por la psicosis era, con el paso del tiempo, capaz de encontrar un nuevo equilibrio. Estudiar lo que los psiquiatras llamaron los «mecanismos de restitución», los caminos de vuelta a la vida, ha sido parte central de esta investigación y, hoy día, tenemos mucho que aprender de ellos.

En este entorno cultural, las ideas del joven estudiante de medicina Jacques Lacan empezaron a brotar cuando comenzó sus prácticas de psiquiatría en París en los años veinte. Actualmente, se aplica el trabajo clínico lacaniano para el tratamiento de la psicosis en todo el mundo, especialmente en Francia, Bélgica, España, Italia, los países latinoamericanos y, cada vez más, en el Reino Unido. Hay una cultura floreciente de revistas, libros, boletines, congresos, cursos y conferencias exclusivamente dedicada a explorar los diferentes aspectos de

la locura. Hasta la fecha, profesionales lacanianos han publicado varios de miles de casos de trabajo con pacientes psicóticos. Aunque, por desgracia, fuera del medio la mayoría de los psiquiatras, psicólogos y trabajadores en el campo de la salud mental no han tenido acceso a estos trabajos de investigación por diversos motivos.

Con frecuencia se asume que el trabajo psicoanalítico que se lleva a cabo para el tratamiento de la locura es psicoanálisis clásico: el paciente se tumba en el diván y hace asociaciones libres, mientras que el psicoanalista hace interpretaciones relacionadas con su infancia. Aparte del hecho de que la mayor parte del psicoanálisis no es así, la verdadera confusión nace de la diferencia entre teorías y técnicas. Una teoría psicoanalítica de la psicosis no implica que necesariamente se utilice —o deba utilizarse— el psicoanálisis. Más bien al contrario, implica que las ideas analíticas pueden utilizarse para inspirar otros métodos de trabajo, otros tratamientos diseñados a medida de cada paciente en concreto. Este hecho ha sido obvio para los profesionales en los últimos cien años, aunque sigue generando malentendidos y confusiones, quizá, debido a los prejuicios arraigados contra el psicoanálisis, tanto fuera como dentro de su propio seno.

La atención a la singularidad de cada paciente que supone el enfoque psicoanalítico es aún más importante en la actualidad, ya que vivimos en una sociedad que cuenta cada vez con menos espacio para el detalle y el valor de las vidas individuales. A pesar del discurso de boquilla omnipresente que respeta la diferencia y la diversidad, la población está obligada más que nunca a pensar de modo uniforme, desde la guardería hasta los pasillos de la vida profesional. Este hecho se refleja en el campo de la salud mental, donde el tratamiento a menudo está considerado como una técnica casi mecanizada que se aplica a un paciente pasivo, y no como un trabajo conjunto de colaboración donde cada parte tiene una serie de responsabilidades. En la actualidad, cada vez hay más presión para que los servicios de salud mental sean considerados como una especie

de taller mecánico, donde la gente se rehabilita y vuelve a sus trabajos —o con sus familias— lo antes posible.

El sujeto psicótico ha pasado a ser considerado como un objeto al que tratar más que como una persona a la que escuchar. Con frecuencia, se desdeñan la especificidad y la historia personal del paciente. Los antiguos libros de psiquiatría, repletos de testimonios de pacientes, han sido reemplazados por estadísticas y diagramas pseudomatemáticos. Los estudios casi nunca mencionan lo que sucede en casos concretos, sino que presentan cifras que incluyen todos los casos. Uno ya no encuentra, por ejemplo, casos de individuos que respondieron a un tratamiento y cuál fue exactamente esa respuesta; en su lugar, aparecen estadísticas que reflejan el porcentaje de participantes que respondió o no al tratamiento. El individuo ha desaparecido.

Éstos son los hechos del panorama actual, y no sólo en el terreno de la psiquiatría, aunque habría sido de esperar que fuera precisamente ésta la que nos hubiera proporcionado un escenario diferente. A pesar de las advertencias de los psiquiatras progresistas a lo largo de los años y de los movimientos antipsiquiátricos de los años sesenta y setenta, la psicosis se sigue equiparando con el modo en el que algunos individuos no consiguen encajar en las normas sociales. Tal y como señaló la psicoanalista Marguerite Sechehaye hace años: «Cuando tratamos de construir un puente entre los esquizofrénicos y nosotros, es a menudo con el objetivo de conducirles de vuelta a la realidad —la nuestra— y a nuestra propia norma. El paciente lo nota y naturalmente se resiste a esta intrusión». Hoy en día el énfasis se ha puesto en el ajuste convencional a las normas sociales, incluso si eso significa que las cosas no irán bien a largo plazo para el individuo.

Este hecho se observa en los niveles más básicos de nuestra cultura, en las escuelas de educación primaria y secundaria, donde la fórmula de preguntas con respuestas predeterminadas ha sustituido a las preguntas de respuesta abierta. En vez de animar a los niños a pensar por sí mismos para elaborar

una respuesta, la fórmula simplemente propone dos o tres soluciones entre las que el niño debe elegir. Esto implica, por supuesto, que los niños aprenden que existe una «respuesta correcta» que otra persona ya conoce, y que no merece la pena que hagan sus propias interpretaciones. La clave del éxito es averiguar qué es lo que el otro quiere oír, en lugar de intentar encontrar una solución verosímil por uno mismo. No es de extrañar que los analistas sociales describan nuestra época como una era de «falso yo».

En los últimos cincuenta o sesenta años nos hemos apartado tanto de la cultura del cuestionamiento, la apertura y la tolerancia, que resulta asombroso comparar los textos de los profesionales que trabajaron con la psicosis en los años cincuenta y sesenta con los de la actualidad. Muchos autores contemporáneos escriben como si los problemas de la locura simplemente se hubieran resuelto por medio de la investigación genética o neurológica: la psicosis es una enfermedad del cerebro y los medicamentos la curan. Hay, por supuesto, notables excepciones —y, en particular, me refiero al trabajo de muchos psiquiatras y profesionales de la salud mental en países escandinavos—, aunque el panorama general es bastante lamentable. El trabajo meticuloso a largo plazo, que dignifica a cada paciente por separado, ha sido sustituido por un énfasis pseudocientífico con resultados mensurables y visibles.

Dos psicólogos estadounidenses que han continuado la antigua tradición de la psicoterapia de la psicosis comparan sus esfuerzos con los de Horton, personaje creado por el Dr. Seuss, un amable elefante que tiene la capacidad de poder oír a los habitantes de un mundo microscópico contenido en una mota de polvo, aunque nadie en la jungla le cree. Él conoce la difícil situación que viven estos habitantes y el desastre inminente al que se enfrentan, pero no consigue que nadie le escuche. Horton se encuentra solo en su empeño por salvarlos, y la falta de apoyo de sus amigos macroscópicos, que hacen lo posible para obstaculizar sus intentos, dificulta todo mucho más. Cualquiera que trabaje en el campo de la salud mental, y que

esté a favor del enfoque psicoterapéutico, reconocerá la analogía inmediatamente: la obsesión con los resultados predeterminados, la conducta superficial y la «normalización» hacen que otras opiniones parezcan improbables e inverosímiles.

Espero que las ideas expresadas en este libro generen diálogo en torno a una serie de preguntas que, al fin y al cabo, nos conciernen a todos. Es necesario que se escuchen distintas tradiciones, del mismo modo que Philippe Pinel, a menudo elogiado por humanizar la psiquiatría en el siglo XVIII y principios del XIX, escuchó no sólo a sus pacientes y compañeros de la Europa continental, sino también a William Tuke y sus compañeros del York Retreat de Inglaterra. Estos cuáqueros eran partidarios de un tratamiento humanitario en pequeñas instituciones y que enfatizaban las relaciones interpersonales, en contraposición a los medicamentos. Recomendaron encarecidamente que se atenuara la pasión por «curar» y se cuestionara el «culto a la curación». Tuke se opuso a las restricciones y a los castigos, y su trabajo, continuado por Pinel y otros, finalmente condujo a la desaparición de técnicas brutales aplicadas en psiquiatría en muchos países.

Podría parecer que este maltrato no existe hoy día, pero el hecho es que la violencia hacia los sujetos psicóticos ha adoptado una forma distinta. Posteriores historiadores de psiquiatría han sido críticos con Pinel y Tuke, argumentando que las restricciones simplemente se desplazaron del exterior al interior, en forma de técnicas de dirección moral y sugestión. Si bien el uso de la fuerza externa y la restricción disminuyó, la violencia seguía estando presente al imponer una forma de ver la vida. El profesional que intenta injertar su propio sistema de valores y opinión de la normalidad en el paciente se convierte en el colonizador que intenta educar a los nativos, sin duda, por su propio bien. Ya se trate de un sistema secular y educativo o religioso, sigue destruyendo la cultura y la historia de la persona a la que pretende ayudar.

No hace mucho una de mis pacientes fue hospitalizada durante un episodio maniaco. Cuando llegué a la sala, vi que

un corpulento vigilante de seguridad estaba sentado sobre ella, mientras una enfermera intentaba ponerle una inyección. Como uno de los aspectos más terribles de su infancia había sido estar sujeta mediante la fuerza, esta situación la hacía sentir mal, y se resistía con más ímpetu. Esto aumentó la presión física, aunque la brutalidad de la escena continuó después de que la sedaran, de forma distinta, pero no por ello menos significativa.

Los cuestionarios y entrevistas a los que fue sometida después de la sedación no le dieron ocasión de hablar mucho sobre lo que había ocurrido. No mostró interés por los detalles que habían precipitado su episodio. En vez de ello, describió cómo la habían obligado a adoptar una serie de conceptos y categorías que le resultaban extraños, como la protagonista de *4:48 Psychosis*, de la dramaturga Sarah Kane, cuya ira crece cuando su médico se niega a ir más allá de la cuestión de si autolesionarse la había hecho sentirse mejor o no. A mi paciente le dijeron que su conducta era inadecuada, y que tenía que aprender a pensar de modo diferente y a verse como una persona enferma que necesitaba tratamiento farmacológico para volver a ser «normal». Y que necesitaba un diagnóstico, un sello que permaneciera grabado no sólo en su historial médico, sino también en su mente, para el resto de su vida.

Por muy válidos que creamos que son estos conceptos de enfermedad y salud, estoy convencido de que debemos dar importancia al mundo interior y a las creencias de cada individuo, y tratar de no imponer nuestra forma de ver el mundo. Ésta es la diferencia entre higiene mental —en la que sabemos de antemano lo que es mejor para el paciente— y psicoterapia —en la que no—. Es fácil no detectar este tipo de violencia, pero está presente cada vez que intentamos machacar el sistema de creencias de un paciente imponiéndole un nuevo sistema de valores y políticas. Podemos comparar este enfoque con uno que no busque los errores, sino la verdad en la relación de cada persona con el mundo y el esfuerzo de activar lo que tiene de particular la historia de cada individuo para ayudarle a volver

a participar de la vida; no para que se adapte a nuestra realidad, sino para que aprenda en qué consiste su realidad, y cómo puede hacer uso de ella.

\* \* \*

Haré unas consideraciones sobre léxico y conceptos. A lo largo de todo el libro me refiero a «locura» y «psicosis», usando los términos indistintamente. No tengo una visión relativista —en la que la locura es simplemente lo que no encaja con las normas sociales—, por motivos que quedarán claros en capítulos posteriores. Reconocer que la psicosis existe, sin embargo, no significa que tengamos que estar de acuerdo con el discurso sobre salud mental y enfermedad. Que muchas personas experimenten niveles insoportables de sufrimiento no significa que sean «enfermos mentales», ya que, sencillamente, no existe nada llamado «salud mental». Cuando exploramos cada caso individual, comprobamos que individuos aparentemente «sanos» pueden tener delirios o síntomas que no generan conflictos en su vida y que, consecuentemente, no llaman la atención. Cada uno de nosotros se enfrenta a problemas que aborda a su manera, y lo que se denomina enfermedad mental puede, como veremos, constituir un intento de solucionar y explicar estos problemas. Usar estas etiquetas no sólo afianza la falsa dicotomía entre salud y enfermedad, sino que también eclipsa el aspecto creativo y positivo de los fenómenos psicóticos.

Me gustaría dar las gracias a varios amigos y compañeros por sus amables contribuciones a este libro: Josh Appignanesi, Chloe Aridjis, Devorah Baum, Sadie Coles, John Forrester, Anouchka Grose, Andrew Hodgkiss, Richard House, Ruiz Kary, Peter Owen, Colette Sepel, Christos Tombras y Lindsay Watson. En París, estudié sobre la psicosis con Eric Laurent y Colette Soler, y sus enfoques psicoanalíticos han sido fundamentales en este libro. Como siempre, el trabajo de Geneviève Morel me ha inspirado para cuestionar el conocimiento

recibido y para relacionar estrechamente cuestiones teóricas y clínicas. Jay Watts se esforzó incansablemente por sopesar y discutir mis opiniones lacanianas, y por ampliar mis horizontes. Astrid Gessert, Sophie Pathan y Patrick Blackett me otorgaron una ayuda inestimable en temas de investigación, y todos en la editorial Hamish Hamilton han hecho el proceso de publicación muy fluido: gracias especialmente a Sarah Coward, Anna Kelly y Anna Ridley. Simon Prosser ha vuelto a ser un editor perfecto, crítico e incondicional, y le estoy especialmente agradecido por sus comentarios y sugerencias. Mi agente, Tracy Bonham en Wylie, también me ha ayudado sistemáticamente con su estímulo y sus consejos. Por último, pero no por ello menos importante, gracias a mis pacientes psicóticos por todo lo que me han enseñado. Espero que el libro sea un fiel reflejo de su experiencia, y que oigan sus voces en él.

## 1. LA LOCURA SILENCIOSA

Ya sea en *Alguien voló sobre el nido del cuco*, *Inocencia interrumpida* o *Una mente maravillosa*, ¿por qué se retrata la locura de modo tan visible, tan tangible, tan audible? Las personas hablan con amigos imaginarios, echan espuma por la boca, tienen alucinaciones horribles, parlotean sin parar, se desgañitan gritando que existe una conspiración contra ellos. Generalmente, se retrata a los locos como increíblemente listos o increíblemente estúpidos, como genios o bestias, sin término medio. No hay duda de que a la locura a veces la acompaña una sintomatología llamativa, pero ¿qué hay del caso del hombre que actúa con calma en su vida profesional y familiar, y un día acude a su trabajo, cumple con sus obligaciones de manera impecable, y se dirige a un lugar público, saca una pistola y dispara a un personaje conocido? Nada anormal se ha percibido en su conducta hasta ese momento. De hecho, puede que incluso haya sido un ciudadano modelo, responsable, respetable y calmado. Pero, en el tiempo que precedió a su acto homicida, ¿podemos decir realmente que no estaba loco? Sin duda, esto nos lleva a pensar en esos casos de locura que son compatibles con la vida normal. Se trata de una locura silenciosa, contenida, hasta el momento en el que estalla la violencia.

¿Y si ese acto violento nunca hubiera ocurrido? ¿Y si, en nuestro ejemplo, el hombre se hubiera limitado a seguir con su vida? Si ya estaba loco antes de ese acto, ¿qué habría pasado si hubiera seguido en silencio, sin molestar a nadie, sin llamar la atención? Si la locura y la normalidad son, efectivamente, compatibles, ¿estaría esa persona más o menos loca según si apretara o no el gatillo? ¿Y si nada reseñable hubiera ocurrido,

y el hombre se hubiera limitado a seguir con su rutina y actividades cotidianas? Quizá, habría emprendido algún nuevo proyecto al jubilarse —un análisis histórico, una investigación genealógica, el estudio de una ciencia— o habría empezado a escribir —cartas, cuadernos, una novela—. A ojos de todos llevaría una vida normal, pero ¿sería una vida menos loca que su sombra más visible, más llamativa?

El hecho de que las crónicas periodísticas sobre «enfermedades mentales» estén a menudo relacionadas con crímenes violentos indica que los arrebatos dramáticos son lo que esperamos que sea la locura. Los defensores de la salud mental han trabajado mucho durante mucho tiempo para poner en entredicho esas asociaciones y, aun así, todavía forjan las percepciones generalizadas sobre la psicosis. Aunque las probabilidades de que te ataque al azar un presunto «esquizofrénico paranoide» son infinitamente menores que las de que te agreda una panda de jóvenes de raza blanca que sale de un bar, son las historias que he mencionado primero y no éstas las que son noticia. Quizá, a un determinado nivel, no sólo esperamos estas cosas de la locura, sino que de hecho las deseamos para exteriorizar los sentimientos latentes de violencia que todos escondemos en nuestro interior.

Cuando los grandes psiquiatras del siglo XIX —y principios del XX— comenzaron a investigar sobre la locura, se centraron en los síntomas visibles que llaman la atención. Estudiaron los actos violentos, las alucinaciones, los delirios, los cambios de humor y las pasiones extremas y agudas que sacuden la vida humana. Intentaron clasificar estos fenómenos, separando desórdenes, creando nuevas entidades diagnósticas y buscando los detalles que permitieran construir una taxonomía. Pero muy pronto descubrieron que para definir las formas que podía tomar la locura no podían limitarse a utilizar los síntomas sociales más obvios.

Casi todos los autores importantes de este período que reivindicaron el curso definitorio de sus diagnósticos favoritos —demencia precoz, esquizofrenia, psicosis alucinatoria

crónica—, acabaron por admitir que se habían precipitado y que no todos los casos se ajustaban al patrón. Progresivamente, descubrieron que las características iniciales que utilizaron para diagnosticar y que les llamaron la atención podían mutar, transformarse o, incluso, desaparecer. Un trastorno extraño del pensamiento, por ejemplo, podía tener cabida en un cuadro de integración social y cohesión. Con el tiempo, podían desvanecerse las alucinaciones espantosas y establecerse un ritmo de normalidad. Alguien podía sufrir de manía persecutoria y, posteriormente, casi no mencionarla. Un sentimiento agudo de vacío podía coexistir con una vida profesional sin contratiempos y con una posición de responsabilidad social en la propia comunidad.

Un número aún mayor de casos ni siquiera llegaba a oídos de los psiquiatras. Se trataba de las discretas psicosis que siempre habían encajado bien en la sociedad, sin estallar con una sintomatología espectacular, sin desintegrarse en colapsos o crisis nerviosas. Ser psicótico no implicaba que la psicosis se desencadenara, en el sentido de una detonación repentina evidente para la persona y para su entorno. En un libro de texto de psiquiatría cualquiera de antes de la guerra se podía afirmar categóricamente que: «La mayoría de los paranoicos pasarán por la vida sin desarrollar nunca esa psicosis». Y Eugen Bleuler, a quien se le atribuye a menudo haber sido el primero en teorizar y popularizar la categoría diagnóstica de la esquizofrenia, concluyó tras muchos años de investigación que la forma más común de esquizofrenia era, de hecho, la variedad latente, la que nunca se hacía patente como locura. Añadió que en última instancia no existían signos clínicos que pudieran excluir el diagnóstico de esquizofrenia, una teoría que escandalizó a muchos de sus lectores y que, sin duda, escandaliza a muchos hoy día.

El punto de vista de Bleuler, como dijo un psiquiatra, rompió «el equilibrio y la armonía de los conceptos psiquiátricos». Significaba que no existía una prueba que pudiera demostrar que alguien no era esquizofrénico: no el tipo de

esquizofrénico cuyas acciones y palabras llaman la atención, sino el tipo silencioso y discreto que Bleuler y muchos de sus compañeros estudiaron. Como concluyó el estudioso de la esquizofrenia Silvano Arieti, después de más de tres décadas investigando en este campo, «Los psicóticos típicos que no reciben tratamiento parecen no saber que les pasa algo malo». Esa locura sutil y reservada ha recibido los nombres de «psicosis blanca», «psicosis normal», «psicosis lúcida», «psicosis cotidiana», «psicosis privada» y «psicosis ordinaria».

Reconocer la preponderancia de este tipo de psicosis y estudiar su estructura es especialmente importante en la actualidad por varios motivos. No sólo puede ayudar a acabar con el estigma de la locura, debilitando la ecuación que contiene conductas extravagantes y peligrosas, sino que, reconocer que la gente puede «estar» loca sin «volverse» loca y llevar una vida perfectamente normal, tendrá consecuencias de peso a la hora de ayudar a aquéllos cuya locura sí se ha desencadenado. Si comprendemos qué ha ayudado a alguien a mantenerse estable y a evitar los síntomas más demoledores y dolorosos de la psicosis, podremos utilizar lo aprendido para desarrollar vías de trabajo con aquellos que han sido víctimas del estallido de la locura.

\* \* \*

A principios del siglo xx, los psiquiatras franceses Paul Sérieux y Joseph Capgras estudiaron la enorme cantidad de material disponible sobre la locura silenciosa. El sujeto psicótico podía estar muy bien adaptado a su entorno, sin mostrar confusión o disfunciones intelectuales, ni alucinaciones, euforias o depresiones. Podía parecer que tenía una vida emocional normal y que se expresaba con un lenguaje claro, preciso y lógico. Estos casos mostraban «la extraña asociación entre razón y locura», con un delirio principal que incluso podría no parecer extravagante ni poco realista. La persona no manifestaba rarezas, aunque ciertas categorías del pensamiento no existían. Había

espacios en blanco en la conciencia de la persona, áreas en las que la información no se asimilaba.

Dichos sujetos psicóticos eran como «especialistas» que veían el mundo en términos de su preocupación primordial. Podían llevar una vida cotidiana perfecta, y las personas a su alrededor no podían imaginarse ni remotamente que les pasara algo fuera de lo común. De hecho, Sérieux y Capgras, llegados a un punto de su estudio, incluso se preguntaron si el tipo de delirios que estudiaban podían clasificarse como «enfermedad mental». Alguien puede quejarse de sufrir algún tipo de injusticia por parte de sus superiores, una persona de origen humilde podría intentar demostrar que proviene de una familia noble o un cónyuge acusar a su pareja de comportarse de modo inmoral. En general, estas personas harían lo imposible para que una idea fija encajara, basándose en una falsa premisa. Pero, después, el razonamiento de la persona era hermético. Nunca apelaban a poderes sobrenaturales, se limitaban a utilizar argumentos válidos apoyándose en lo que no era intrínsecamente imposible.

La psicoanalista Piera Aulagnier comentó el caso de una paciente que era a todas luces un miembro «normal» de la sociedad, casada y con hijos, empleada en una tienda en la que conversaba normalmente con sus clientes, y que sólo buscó ayuda cuando desarrolló una fobia. Al poco tiempo, Aulagnier descubrió que la paciente tenía una teoría peculiar sobre cómo nacían los niños: el esperma del hombre no tenía ninguna función, excepto la de excitar el «aparato procreador» de la mujer, y la vagina introducía la sustancia del hombre en ese aparato. De ahí que los hombres murieran más jóvenes y perdieran el pelo. Estos delirios no habían llamado la atención de nadie, ya que nunca nadie le había pedido que expusiera su idea de la concepción, y cuando otros sacaban el tema solía decir: «O me voy o dejo de escuchar».

Tomemos otro ejemplo: uno de mis pacientes se quejaba de una sensación difusa de ansiedad, y se pasó muchos meses contándome cosas de su vida y de su infancia. Nunca había

visto a ningún psicoanalista o terapeuta antes, y se sentía molesto por esta reciente aparición de la ansiedad en su vida. Había tenido éxito en su carrera en el sector legal, y nunca había sufrido síntomas manifiestos o inhibiciones que supusieran un problema. Después de un tiempo, la causa de su aprensión se hizo evidente, y fue capaz de encontrar lo que parecía una solución viable para atenuarla, así que dejó el tratamiento. En una de las últimas sesiones, sin embargo, mencionó algo extraño: creía que cualquiera que tuviera su mismo nombre debía forzosamente compartir alguna cualidad con él. El nombre en sí no era inusual, y esto implicaba que cada vez que encontraba a un tocayo se sentía atraído hacia él, curioso por saber más.

Cuando le pregunté por esto se mostró inquieto, comprendiendo que lo que pensaba podía parecerme raro. Pero, en el fondo, estaba absolutamente convencido: el nombre sólo se le ponía a la persona en cuestión si ésta poseía una esencia interior, inmutable e invariable. Tuvo cuidado de no dar a conocer este delirio, y nunca le causó problemas. En realidad, podemos sospechar que le ayudó a mantener una identidad, ya que también creía que los que compartían ese nombre habían tenido un antepasado común. Como en el caso de la paciente de Aulagnier, no había motivos para que estas opiniones causaran problemas o conflictos, y podían permanecer ocultas en el curso de su vida cotidiana.

Si la paciente de Aulagnier no hubiera desarrollado una fobia y no hubiera visitado a un psicoanalista, sus delirios quizá nunca habrían salido a la luz. Habría podido continuar con su vida y ocultar sus pensamientos. Si no se producen roces importantes con las personas de su entorno, no se despiertan sospechas de que existe una psicosis, como era el caso de mi paciente, que tenía un delirio sumamente encapsulado. Y es exactamente de estas formas de psicosis de las que podemos aprender; estudiándolas, podemos tratar de comprender los mecanismos que han permitido a la persona «estar loca» —en silencio— sin «volverse loca». Dado que hoy día la salud mental