



Carlos Castilla del Pino, 1922-2009

## EL RESCATE Y LA MEMORIA

### Carlos Castilla del Pino: de la neuropsiquiatría a la antropología dialéctica

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i172.1020>



Carlos Castilla del Pino nació en Cádiz el 15 de octubre de 1922, cursó sus estudios primarios en Málaga, secundarios en Sevilla y, en 1940, ingresó a la carrera de Medicina en la Universidad Central de Madrid, actual Universidad Complutense, donde se doctoró en 1947 con una tesis titulada *Fisiopatología y patología de la percepción óptica del movimiento*. En esos años se interesó en el estudio del sistema nervioso colaborando en el Departamento de Histología del Instituto Cajal y fue también médico interno del Hospital Provincial de Madrid, que dirigía el Profesor Juan José López Ibor, permaneciendo allí hasta 1949, año en que fue nombrado director del Dispensario psiquiátrico de Córdoba, cargo que ejerció hasta su jubilación en 1987. Su adscripción política al comunismo impidió que, durante el franquismo, pudiera acceder a la cátedra universitaria, hasta que en 1983 fue nombrado Catedrático Extraordinario de Psiquiatría y Dinámica Social de la Universidad de Córdoba. En 1993 creó la Fundación Aula Castilla del Pino para promocionar la enseñanza y la investigación neuropsicopatológica. En 1999 recibió el Doctorado Honoris Causa por la Universidad Autónoma de Madrid y en 2004 por la Universidad de Cádiz, mismo año en el que ingresó como Académico de número en la Real Academia Española. Falleció en Córdoba el 15 de mayo de 2009.

### Obras

Carlos Castilla del Pino fue un incansable escritor: entre 1945 y 2009 produjo 1204 escritos incluyendo libros, capítulos de libros, artículos y conferencias. Dentro de esta inmensa obra destacan 27 libros y 168 monografías neuropsiquiátricas. Los primeros años de su producción están centrados en la neuropsiquiatría de la tradición iniciada por Ramón y Cajal y continuada por Lafora, Sacristán y la influencia que la psiquiatría alemana tuvo en España; luego se interesó en la fenomenología de Husserl, los desarrollos de la psicopatología de Jaspers bajo la influencia de Dilthey, los aportes de Heidegger al análisis existencial y, en su etapa madura, de 1966 en adelante, en el desarrollo de una antropología dialéctica de orientación marxista, a tono con los desarrollos culturales de la época, en la cual articular la psicopatología y sus respuestas terapéuticas. Verdadero intento de oxigenar con los aspectos del “mundo de la vida” una psiquiatría apoltronada tras los muros de un naturalismo académico de espaldas a las transformaciones en curso. Presentamos aquí, a modo ilustrativo un listado no exhaustivo de sus obras que permite tener una idea de sus intereses:

- *Fisiología y patología de la percepción óptica del movimiento* (1947)
- *El proceso de degradación de las estructuras delirantes* (1957)
- *Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica* (1966)
- *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación* (1968)
- *Naturaleza del saber* (1969)
- *Psicoanálisis y Marxismo* (1969)
- *La incomunicación* (1970)
- *Introducción a la hermenéutica del lenguaje* (1972)
- *Patografía* (1972)
- *Introducción al masoquismo* (1975)
- *Introducción a la psiquiatría, 2 volúmenes* (1978)
- *Una investigación de teoría psicopatológica* (1984)
- *Teoría de la alucinación* (1984)
- *Cuarenta años de psiquiatría* (1985)
- *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia, comp.* (1991)
- *Celos, locura, muerte* (1995)
- *Teoría de los sentimientos* (2000)

## Un estudio sobre la depresión: fundamentos de antropología dialéctica

En 1966 aparece la primera edición de esta obra, que hoy presentamos a nuestros lectores. La elección se ha realizado pensando en dos premisas: la primera, que se trata de la primera publicación en donde Castilla del Pino presenta una mirada acabada de todos los aspectos psicopatológicos que forman el corpus de la depresión en la literatura neuropsiquiátrica europea de la época, a lo cual agrega su original y novedoso abordaje antropológico-dialéctico como forma de colocar esta particular forma del sufrimiento humano en el horizonte de la realidad sociohistórica. La segunda, que esta obra tuvo un impacto editorial notable, con nueve ediciones entre 1966 y 1991, dando notoriedad a su autor dentro de un arco de lectores que excede notablemente al grupo de los especialistas, para colocarlo en el campo de la cultura. Así lo ha reconocido el autor en el prólogo a la segunda edición de 1969: *“En algo menos de año y medio se agotó la primera edición de este libro ... el libro parecía ofrecerse al reducido círculo de los especialistas. Y no ha sido así, sin embargo. Según mis propias inferencias, el libro ha sido leído por un extenso círculo de lectores, que han mostrado interés por la aplicación del pensamiento dialéctico a una cuestión antropológica.”*

Por otro lado, no se puede soslayar que el momento de su publicación se corresponde con el momento del inicio de la crisis y transformación de ideas más importante que ha vivido occidente en la segunda mitad del siglo XX, y que trajo aparejada una revolución paradigmática en los aspectos fundamentales de la cultura: filosofía, historiografía, arte, cultura de masas: música, cine, radio, televisión.

Es notable como esta revolución de las estructuras sociales que se inicia en ese momento ya está claramente perfilada en las vivencias y el pensamiento de Castilla del Pino, al momento de escribir el prólogo de la primera edición, en la primavera de 1966: *“Esta monografía es un estudio sobre la depresión ... que presenta un punto de vista personal, al cual se ha llegado, con acierto o sin él, a través de una prolongada reflexión sobre tales problemas y a expensas de muchas horas de trabajo clínico directo ... este trabajo es la expresión de una profunda crisis intelectual y de todo orden que en el autor se ha ido verificando en los últimos diez años. Que esta crisis se traduzca en la propia tarea científica no debe extrañar. Pues, en verdad, esta labor – la realidad clínica – es simplemente una parcela de la realidad ... este estudio sobre la depresión (es) la forma como actualmente el autor ve estas realidades que son, para decirlo prontamente, el hombre y su situación. Razones ... que han llevado a plantear la teoría antropológico-dialéctica en el ámbito particular de la enfermedad.”*

## Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica

Ediciones Península, Barcelona, 1974. Introducción (pp. 11-20).

El término depresión, que ha de ser utilizado a lo largo de estas páginas de una manera constante, puede tener tres significados, aun dentro sólo del ámbito de la Psicopatología y de la Psiquiatría. La depresión en primer lugar es un *síntoma*, que a veces se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, a veces acompañando a otros que tienen o no relación directa con él. En segundo lugar, la depresión es un *síndrome* en el que lo nuclear del mismo es la tristeza, pero que, como tal síndrome, se enlaza con los otros síntomas que lo constituyen, con la suficiente constancia en su presentación conjunta como para inferir, lícitamente, una relación con el conjunto. Ese conjunto de síntomas, el síndrome, puede ser objeto, por sí mismo, de un análisis particular. En tercer lugar, la depresión es una *enfermedad*, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de él el síntoma habitual: la tristeza) y sobre la cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, patogenia, forma de curso, final y tratamiento).

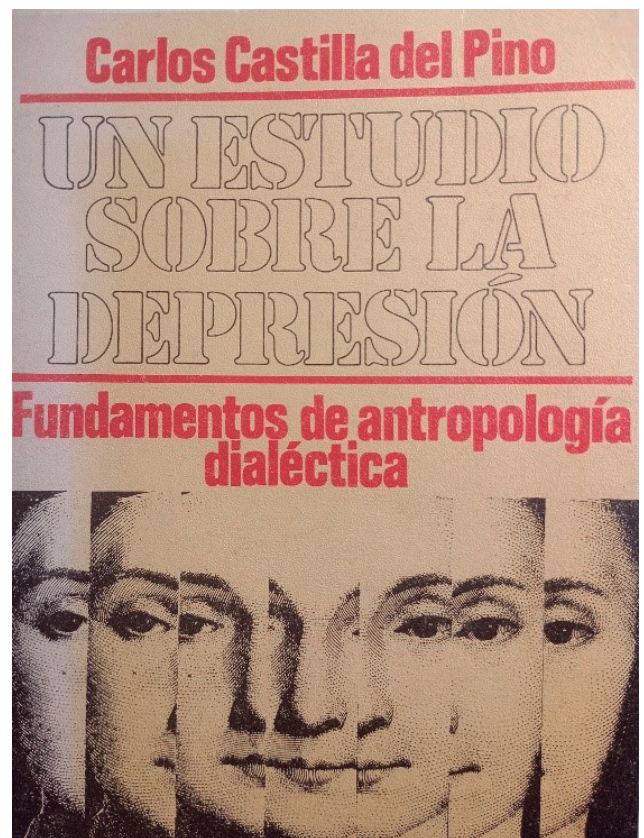
Apenas si es necesario decir que la literatura psiquiátrica acerca del problema de la depresión, que alcanza probablemente más de las veinte mil fichas bibliográficas, junto a ser inabarcable por su misma magnitud, ofrece la dificultad de no hacer siempre la deseada referencia a cuál de los tres aspectos antes citados concierne.

En consecuencia, nos encontramos aquí, como primera tarea, con la necesidad de llevar a cabo una problemática verificación de los supuestos sobre los cuales cada investigador se mueve cuando formula hipótesis o resultados, cualesquiera que estos sean, acerca de la depresión concebida tan genéricamente.

Una simple referencia al aspecto terapéutico bastará para poner bien de manifiesto el problema, muchas veces insoluble, que nos plantea la "movilidad" de que dotamos al objeto. ¿De qué depresiones se trata cuando se habla de los efectos que determinada droga provoca? Tales efectos son, naturalmente, dependientes de que los sujetos en los cuales se produce estén afectados de una "depresión-enfermedad". Pues no cabe duda que no puede ser lo mismo dar indiscriminadamente esa determinada droga en un sujeto triste por la muerte de un ser querido o por un fracaso amoroso, triste por las infundadas referencias de que cree ser objeto merced al delirio esquizofrénico o triste sin motivo, según se dictamina por el psiquiatra, en la melancolía endógena. ¿Modifican tales drogas sólo el síntoma tristeza?; ¿o ac-

túa sobre el síndrome depresivo cualquiera sea la causa que lo provoque?; o, finalmente, ¿actúa sobre la enfermedad-depresión?

Para mayor complejidad, indiquemos de antemano que ni siquiera acerca de la existencia de tales tres puntos de referencia existe conformidad, ni incluso dentro de la misma tendencia psiquiátrica o psicopatológica. Así, por ejemplo, la posibilidad de que sólo en atención a los síntomas psicopatológicos se pudiera hablar de enfermedad, cuando todavía desconocemos la causa concreta de la enfermedad, cuando todavía desconocemos la causa concreta de la enfermedad que se postula, es puesta en discusión en una polémica que desde hace 80 años (tras la enunciación de la nosología psiquiátrica por Kraepelin) todavía no ha cesado. Para muchos psiquiatras clínicos, la enfermedad es sólo definible por lo etiológico, lo causal. Determinados síndromes podrían mostrar ciertamente selectividad ante deter-



Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Ediciones Península, Barcelona, 1974.

minados agentes causales, pero, en todo caso, siempre queda a salvo la intrínseca inespecificidad del cuadro clínico de estado y de sus caracteres psicopatológicos, respecto de la causa que los provoca. De esta forma, los síntomas psíquicos se dan en una constelación sindrómica en virtud de leyes de regulación de las alteraciones funcionales, de las cuales los síntomas son expresión, pero siempre con relativa o total independencia de la causa que los suscita. Hoy sabemos que la epilepsia no es una enfermedad y que, como ataque epiléptico o sus equivalentes, aparece por las más diversas causas. Lo mismo ocurre respecto de la alucinación o del delirio y, desde luego, de la depresión. El concepto de enfermedad está en crisis en toda la Medicina, si por tal se entiende el conjunto de manifestaciones patognómicas que un enfermo presenta en virtud de una determinada acción patógena sobre su organismo.

Y, de modo inverso, está en entredicho el valor del síntoma como indicador de la especificidad del proceso morboso causal. Así, por ejemplo, un teórico del rigor gnoseológico de Kurt Schneider, que en aras de la claridad está dispuesto, muchas veces, a conformar la realidad a sus esquemas previos, ha podido decir que en el sector de las enfermedades que se caracterizan por perturbaciones del estado de ánimo (las psicosis afectivas: ciclotimia o maniacodepresiva, depresión periódica, depresión involucional, etc.) no podríamos mencionar ningún síntoma al que calificar de primer orden. Téngase en cuenta que para el propio Schneider “síntomas de primer orden” no son aquellos que están ligados por una relación que se presuponga de carácter específico con la alteración básica que provoca la perturbación psíquica (relación que lógicamente sólo habría de ser establecida si supiéramos la causa inmediata de la misma); los síntomas así denominados son tan sólo, por decirlo así, rasgos que la consideración clínica, en último término de base estadística, ha demostrado ser los que con mayor probabilidad se dan allí donde, por otra serie de razones (curso, final, etc.) se infiere que tal enfermedad está aconteciendo. No se olvide que los dos grandes grupos de psicosis –la esquizofrenia y la maniacodepresiva– carecen todavía del suficiente aporte de datos de orden somático sobre los cuales basar una etiopatogenia de precisión.

Todavía una aclaración, imprescindible en el ámbito en que vamos a movernos. El síntoma psíquico ofrece particularidades que lo hacen en sí mismo cuestionable. En efecto, buena parte de los síntomas psíquicos son *expresiones*, y en este sentido no hay una diferencia sustancial con los síntomas que aparecen en cualquiera

otra esfera de la patología. Pero tales síntomas son de escaso valor en la esfera de la psiquiatría general. No es posible fundamentar un síndrome exclusivamente por la observación de la conducta, o sea a través de la mera expresión (sin palabras). Un pliegue de la frente, el llanto, la agitación, el ataque epiléptico, la obnubilación de conciencia, etc., son ya, de por sí, expresiones muy ambiguas, que nada o muy poco dicen, no ya de los motivos, sino de las alteraciones psíquicas inmediatamente ligadas a ellas. No hay posibilidad de establecer un diagnóstico psiquiátrico a expensas de postulados behaviouristas. Es obvio que en todos los casos hay que ir “más allá” de lo que las expresiones objetivables nos revelan. Este más allá es “la vivencia”, lo experimentado por el enfermo, lo que de alguna manera precisa la correlación entre la expresión que veíamos y lo que el paciente siente y piensa. Pero, aun expresada esta necesidad de ir más o menos directamente al mundo vivencial del enfermo, para captar allí el síntoma psíquico –dejando al margen de momento toda otra correlación– la verdad es que el mero hecho de tomar como objeto la vivencia plantea ya problemas que están lejos de haber sido resueltos, y ni siquiera parecen haber sido encarados en toda su magnitud. Veamos algunos.

En primer lugar, la dificultad material de introducción en el mundo vivencial de otro, enfermo o no. Digo material porque la comunicación es siempre, incluso entre los sanos, de por sí difícil, aun allí donde la comunicación verbal es condición explícita de la transacción entre una y otra persona. La comunicación verbal no puede ser tomada *à la lettre*. Es preciso penetrar en la intencionalidad de lo vivido, como elemento imprescindible que es de lo psíquico en cuanto tal. Aun en el caso del paciente que voluntariamente acude a la consulta, e incluso más, el que sabe ya las condiciones, por ejemplo, de una psicoterapia que él mismo puede solicitar, tal comunicación está obstaculizada por múltiples sistemas de resistencia de todo orden, en cuya enumeración ahora no podemos entrar. En consecuencia, es exigible el máximo rigor para uno mismo en la calificación de lo comunicado con un término que implica ya la categorización de síntoma, es decir, de señal más o menos precisa de determinada enfermedad, tras cuya enunciación se pone en juego todo un haz de acciones de la más diversa índole y trascendencia. El delirio, la obsesión, la fobia, la alucinación, etcétera, exigen la previa comunicación, y, luego, la selección de lo comunicado para dotarlo de una categoría semántica. Esta es la segunda dificultad que se ofrece a la mera captación y valoración de síntomas. Y no es un hecho

baladí. La realidad es que, al no existir una base común sobre la que edificar el concepto del síntoma, es posible siempre la contaminación con subjetividades que hagan, en última instancia y hasta cierto punto, del lenguaje psiquiátrico un diálogo de sordos. Si se atiende a la profusa literatura existente en torno a la estructura de la percepción delirante, valga de ejemplo, a expensas de la cual se trató de cimentar en las décadas del 20 al 50 el diagnóstico de esquizofrenia por buena parte de la clínica psiquiátrica alemana, puede verse hasta qué punto la percepción de la alteración de la vivencia era meramente presumida, mas no vista, y cómo, por tanto, se trataba, en último término, de una discusión exclusivamente académica. Cuando un enfermo refería una vivencia de extrañamiento de la realidad se la juzgaba dotada de una significación que muchas veces el propio enfermo estaba lejos de habernos dado base para establecer. Es así como en los últimos años, cuando hemos dejado a un lado hábitos que procedían de prejuicios que entonces no sabíamos reconocer, estamos asistiendo a la inteligibilidad de algunos fenómenos psicopatológicos sobre los que antes habíamos postulado, de una vez para siempre, su sin-sentido.<sup>1</sup>

Pero demos por supuesto ahora, y por sólo un momento, que, efectivamente, la penetración en el mundo vivencial del paciente ha sido posible. Que la comunicación el él se ha efectuado en condiciones óptimas, hasta el punto de captar, con la mayor sutileza, las alteraciones formales de la vivencia. Ya puedo decirme que ante él asisto a la estructura bímembre de la percepción delirante y a la alteración en uno de los componentes de la estructura de la misma; merced a la cual he visto que la intencionalidad, que da sentido a la percepción y que le dota de predicado significativo desde el primer instante, ha cambiado de dirección y efectúa, entonces, la “puesta en relación sin motivo” que caracteriza todo delirar. De hecho, muchos nos hemos entretenido en el curso de años en el ejercicio de una pesquisa fenome-

nológica, que gran parte de las veces era, desde luego, una autopesquisa, a través de la superposición de las toscas vivencias comunicadas por el paciente sobre las nuestras, de antemano afiladas. La mayor parte de los análisis psicopatológico-estructurales que se han llevado a cabo a partir de la escuela de Heidelberg eran autoanálisis formalistas. La situación llegó a tal extremo que el propio Kurt Schneider denunció el carácter inútil de la mayoría de las comunicaciones aportadas. Y es que, en efecto, faltó siempre una nota crítica que llamara al orden lógico a tanta divagación. Pues con ello se perdió de vista el hecho fundamental de que –dado por supuesto de que la comunicabilidad real entre paciente y psiquiatra se verificase– era preciso luego dotar de objetividad al resultado. Sólo así el resultado de mi pesquisa cumple los dos postulados exigibles a cualquier metódica científica, a saber: su comunicabilidad en primer término, y, en segundo término, la comprobación, gracias a ella, de su verificabilidad o inverificabilidad.

¿Cómo subsanar este *impasse*? En este punto, la psicopatología general que sistematizó Jaspers cumplió, en su día, un cometido realmente importante. A él se debe la introducción de un orden, cuando menos provisional, a la operabilidad con los síntomas psíquicos. Jaspers trajo a la psicopatología los dos conceptos de *comprensión* y *explicación* que Dilthey introdujera con anterioridad en la división de las ciencias. Los hechos de las “ciencias del espíritu” no serían explicables al modo como lo son los datos de la ciencia positiva, sino que sólo podrían ser verificados merced a la captación de su sentido. Esta captación del sentido es la comprensión. Por el contrario, las leyes de la física, los hechos de la ciencia natural no tienen sentido, son puras cosas sobre las cuales no podemos ejercer un acto comprensivo de su mero estar-ahí ni de su ser-así (*Dasein*, *Sosein*), sino que son explicables. ¿Qué aplicación podían ofrecer tales conceptos a la vida psíquica normal o patológica?

Los síntomas psíquicos ofrecen, según Jaspers, dos

1. Quiero repetir que el problema no se mantiene simplemente en el plano, por decirlo así, de la posibilidad o no de una epistemología psicopatológica. La cuestión traspasa al orden de la acción y de ahí la trascendencia. Hemos visto variados casos en los que, por ejemplo, un tratamiento de electrochoques se había instituido sobre la base de que un descreimiento religioso respondía al apagamiento de los sentimientos vitales que caracteriza la melancolía. Se podría componer un anecdotario dramático-pintoresco con casos análogos, que han implicado reclusiones prolongadas y tratamientos drásticos. Llamo la atención de tales hechos como constatación de una realidad (y no como exposición de meros errores diagnósticos, los cuales, por trascendentales que sean, pueden ser justificados muchas veces); y en justa compensación al reproche que se han cuidado de hacer otros psiquiatras clínicos, con inusitada frecuencia, de la práctica del psicoanálisis durante meses y meses a pacientes que resultaron ser netamente psicóticos. No cabe duda de que a la hora de la estimación de tales conductas erróneas habría que calibrar cuál implica mayor responsabilidad: si la del psiquiatra clínico, que procede a indicar un tratamiento físico con un estudio muchas veces brevísimo y, por tanto, forzosamente superficial del paciente, o la del psicoanalista que, cuando menos, se ha esforzado hora tras hora con el paciente en una comunicación que, por cierto, hoy estamos lejos de reputar injustificada.

posibilidades. O son comprensibles, lo que puede hacerse “ver” mediante la captación de su sentido como vivencia aislada o a través de la continuidad del sentido con la vida psíquica restante, o no lo son. En este último caso, la vida psíquica se ofrece rota, discontinua, ha perdido su sentido. Al hacerse incomprensible hemos de postular que algo nuevo ha acontecido al sujeto, merced a lo cual su vida psíquica se fragmenta. Este algo es el *proceso* patológico que ahora actúa, o actuó con anterioridad, y sólo puede ser inteligido mediante una explicación. La vida psíquica en continuidad de sentido es comprensible, y debe concebirse como *desarrollo*. Si esta vida psíquica en desarrollo no es normal estamos en presencia, no de locuras, sino de anormalidades de la personalidad.

Pero este esquema gnoseológico tan útil no ha dejado de ser hendido una y otra vez hasta hacerlo más que problemático. Hoy solo a duras penas y en determinados casos puede ser mantenido. Veamos unas cuantas objeciones.

En primer lugar, comprensibilidad e incomprensibilidad son criterios subjetivos. Hace algunos años, Kherer llamó la atención sobre la movilidad que cada cual confiere al límite de lo que le resulta comprensible resulta a todas luces un grave obstáculo a la objetividad del método. La objeción ha tenido su ejemplarización práctica: los psicoanalistas no pusieron límite a lo comprensible; los psicopatólogos académicos lo pusieron en exceso pronto. En segundo lugar, es evidente que la comprensión de la continuidad de sentido sólo puede verificarse en la vida psíquica consciente. Pretender simplificar el problema mediante un razonamiento afín al de Lindworski (sólo lo consciente es psíquico, el objeto de la psicología es lo psíquico; luego el inconsciente no es objeto de la psicología), es excluir de la investigación, mediante un silogismo falaz, todo lo que concierne a la motivación: la vida psíquica inconsciente queda excluida de la comprensibilidad. Precisamente Ch. Buhler llamaba la atención recientemente acerca de que la diferencia histórica entre la psicopatología actual y la inmediatamente anterior estriba en que ésta era una “psicología de funciones” mientras la psicología de hoy es una “psicología de la motivación”. Que el hombre se rige por motivos de la mayor parte de los cuales no es sabedor es cuestión obvia. En otro lugar he señalado (Castilla del Pino) que no haber distinguido Jaspers entre lo comprensible y lo comprendido ha sido el origen de su limitación, de la cual su obra ha sido víctima desde la primera edición (1913) hasta la última (1948). “Ser comprensible” es una cualidad de la vivencia,

mientras que “ser comprendida” es una categoría que afecta al sujeto que la interpreta, y que forzosamente es otro en la pura investigación fenomenológica. ¿No ha demostrado el curso ulterior de la Psicopatología y de la Psiquiatría dinámica la discordancia entre lo que nosotros comprendemos y lo que, sin embargo, es de suyo comprensible? Ser o no ser comprensible es, en última instancia, cualidad de la vivencia, por tanto, su sentido o no sentido sólo en la persona y por la persona sujeto de la misma debe ser decidido. Precisamente hoy sabemos que todo cuanto el ser humano hace o verifica, en el nivel que sea, tiene un sentido que sólo aprehendiéndolo como parte de la totalidad que es de su propia vida puede hacerse inteligible. Lo simbólico de toda acción humana no es una seudesignificación sino una significación en sí, válida desde el sistema de normas y valores, de impulsos y afectos contradictorios del sujeto, que no siempre pueden ser superpuestos sobre el sistema del observador. Extensos sectores de la vida psíquica psicótica –de la locura– quedaban ya, de una vez para siempre, condenados a su inintelectión, y el propio Jaspers y toda la Psiquiatría académica que aún le sigue se han visto obligados a renunciar a la comprensión de lo no consciente, con lo cual toda la vida del neurótico e incluso las motivaciones de la vida psíquica del “normal” quedan fuera de su alcance. ¿Cómo es posible considerar que comprendemos los rituales obsesivos o la conducta de un perverso sexual con sólo la mera atención a lo que el propio sujeto, sin ningún otro esfuerzo, sabe de sí?

Como puede verse, la crisis del esquema jaspersiano ha sido –aparte la subjetividad del mismo– puesta de manifiesto sobre todo a través de la introducción de los motivos inconscientes. Es claro que aquí la continuidad de sentido no existe o subsiste a duras penas y que el sujeto la recupera, por decirlo así, mediante la concienciación de los motivos que hicieron posible su relativa o total pérdida de coherencia. Un enfermo, sin saber por qué, se angustia a la vista de alfombras. Sólo una hermenéutica de la misma le lleva a la concienciación y de aquí a la continuidad de sentido de este acto, hasta entonces para él incluso, incomprensible. A esta comprensión la llamó Martín Santos de tipo analógico-simbólica, completando así el esquema de los tipos de comprensión que estableciera Jaspers.

Ahora bien, ¿qué significa introducir la comprensión por motivos que se deslizan en niveles no conscientes de la persona? Significa, claro está, la inferencia de que lo hasta entonces visto como sin sentido es, en última instancia, de igual categoría que lo desde el primer mo-

mento comprensible. Este es el significado de la revolución freudiana, la cual, por su propia dialéctica, afectó a esferas más distantes de las que el propio Freud pretendiera. Recuérdense las reiteradas declaraciones de Freud de que el psicoanalista sólo podía tratar e interpretar el mundo y los contenidos neuróticos, y que las psicosis, como tales, permanecían inasequibles a su proceder. De esta forma, el alcance inicial que se le quería dar al método y a la doctrina interpretativa era, tan sólo, por expresarlo de algún modo, descender al nivel de lo no consciente en la búsqueda de las motivaciones reales de aquellos disturbios psíquicos por todos considerados, efectivamente, como condicionados por motivos –las que luego habrían de llamarse “reacciones anormales a vivencias”. La doctrina psicoanalítica era tan sólo, pues, en el comienzo, una “psicología de lo profundo” (*Tiefenpsychologie*), surgida precisamente como contraposición al supuesto académico de que lo inconsciente no era, de principio, objeto de la psicología.

Como hemos dicho antes, el desarrollo intrínseco a que la propia dialéctica del psicoanálisis impulsaba llevó –al margen de toda declaración de principios– a tener que ocuparse de los contenidos psicóticos. Con el “caso Schreber”, Freud inicia su pesquisa en el territorio de lo hasta entonces declarado como locura, como irracional, como alienación. Con posterioridad, es la sistemática de la interpretación onírica la que le lleva a sentar el carácter analógico entre el mundo del sueño y el de la psicosis. Más tarde, la equiparación entre el duelo normal y la melancolía... La invasión del campo restante de la Psiquiatría clínica no se hace esperar. La esquizofrenia, incluso las psicosis de causa orgánica conocida, lesional, van a ser interpretadas de acuerdo con las tesis psicoanalíticas. Es ya sólo cuestión de tiempo.<sup>2</sup>

Este es el momento en que el psicoanálisis ya no puede constituirse sino en una suerte de escolástica doctrinal. El psicoanálisis como doctrina se cierra, componiendo una teoría autosuficiente. Hasta entonces el psicoanálisis era un método *más* de tratamiento de las neurosis y una teoría *más* de la interpretación de las mismas. A partir de 1910, aproximadamente, el psicoanálisis ha de ser cogido o dejado, aceptado o desdeñado *in toto*. Una terminología cada vez más particularizada

es puesta al uso exclusivo de los iniciados. La separación con las líneas clásicas de investigación se hace cada vez más marcada. La “historia del movimiento psicoanalítico” se verifica al margen –salvo en alguna excepción, como en Eugen Bleuler– de la Psiquiatría “oficial”.

Pero el problema de la comprensión por motivos, cuya continuidad de sentido se sumerge en lo no consciente, va a crear una serie de equívocos, los cuales todavía no han sido superados en su mayor parte. El primero de ellos es el rango que esta comprensión posee en la dinámica *causal* del disturbio psíquico, cualquiera que este sea. Si se recuerda la contraposición jaspersiana entre “comprensión” y “explicación” y se medita suficientemente sobre lo que en realidad implica (quizá más y mejor a través del propio pensamiento de Dilthey), es preciso reconocer que en ella están contenidos, implícita o explícitamente, aseveraciones que afectan a la determinación de los *fenómenos* psíquicos. “Comprender” es reconocer que los determinantes son *causas*. Las causas son siempre de orden material; los motivos son siempre de orden espiritual. De manera concreta se asiste aquí una vez más, a una expresión del dualismo materia-psyche. El primer equívoco a que da lugar la ampliación de lo comprensible que lleva a cabo el psicoanálisis –¡que pretendió ser siempre una mecánica psicológica de inspiración biológica! – es, por decirlo así, convertir la causa de la psicosis en general –para las cuales se postulaba siempre su organicidad y, por tanto, su explicabilidad– en motivos, es decir, en razones de orden anímico. Yo estoy convencido de que en realidad esto fue siempre un equívoco, cuando no el producto de una concreta *mauvaise foi* de la mayor parte de los psiquiatras oficiales. Freud ha indicado reiteradas veces (aunque no es posible que nos detengamos ahora en este respecto) que interpretar no significa *siempre* postular un determinado orden de causación. Por eso, se puede interpretar la índole de la regresión psíquica que experimenta un enfermo con una afección sifilítica del cerebro de acuerdo a los postulados psicoanalíticos, sin que ello implique la postergación del treponema *pallidum* como factor causal. Lo que se quería decir es que siempre la dinámica psíquica, normal o patológica, seguía luego sus propias leyes internas, al margen de las supuestas causas iniciales.

2. El carácter panorámico de esta revisión nos obliga a centrar, exclusivamente, nuestra atención en la línea central del movimiento psicoanalítico. Como es lógico hubo siempre asincronismos. Recuérdese que el primer ensayo de interpretación de la esquizofrenia desde el punto de vista psicoanalítico procede de 1906 y lo llevó a cabo C. G. Jung. La obra de Bleuler –*Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*– es de 1911.

El segundo equívoco está, como ha de verse, enlazado con el anterior. Se trata del hecho de que (cuando menos para las psicosis en las que la causa fundamental reiteradamente escapa a la indagación meramente física, y, desde luego, para la neurosis) son determinadas circunstancias ligadas al sujeto las determinantes de sus situaciones anómalas. En todo caso, pues tales circunstancias podrían influir decisivamente en la propia estructura del sujeto, constelando su modo de ser en el sentido intrínsecamente material. La enfermedad,

pues, es *una situación* y resultado de una situación. La enfermedad no es un hecho que por las leyes del azar acontezca al sujeto, sino un acontecimiento resultante de determinados modos de relación de la persona con el medio. Es cierto que a Freud escapó la influencia del medio en su total magnitud, fuera del ámbito familiar estricto: el medio era los respectivos modos de ser parentales, los cuales eran así en virtud de las meras relaciones modales de las personas.

[volver al índice](#)