

NODVS XXXVIII
Gener de 2013

“Locos razonantes”: extraña asociación entre la razón y la locura

Trabajo leído y comentado en la clase del 25 de febrero de 2011 del Seminario Clínico y Presentación de Enfermos en la Comunidad Terapéutica del Maresme. Docente: Vicente Palomera. Curso: 2010-2011.

M. Laura Bueno

Resum

Este artículo es un resumen del libro *El delirio en la clínica francesa* de F. Colina y J. M. Álvarez, del apartado que trata las investigaciones sobre los delirios crónicos sistematizados llevadas a cabo por P. Sérieux y J. Capgras. En él se abordan conceptos psiquiátricos y entidades nosográficas como el delirio de interpretación, las locuras razonantes..., para finalmente realizar el diagnóstico diferencial con el delirio de reivindicación, los delirios interpretativos sintomáticos y las psicosis sistematizadas alucinatorias. A su vez ilustra el ámbito problemático en el cual se sitúan las relaciones entre la locura y la razón.

Paraules clau

P. Sérieux y J. Capgras, delirio de interpretación, “locuras razonantes”, delirio de reivindicación, delirios interpretativos sintomáticos, psicosis sistematizadas alucinatorias

“Locos razonantes”: extraña asociación entre la razón y la locura

Delirio de interpretación = “locuras razonantes”

Planteo abrir la conversación que hoy nos convoca con una pregunta, el *delirio de interpretación*: ¿se trata de una enfermedad mental? Sugiero que dicha pregunta nos puede orientar a la hora de trabajar el concepto clínico del delirio de interpretación, vale decir, las “locuras razonantes”.

Como veremos a lo largo de esta presentación, la lucidez y la reserva del sujeto, la ausencia de trastornos sensoriales, la corrección de actitudes alejan –a primera vista- toda suposición de psicopatía. Sin embargo, como venimos aprendiendo a través de las presentaciones de enfermos que conduce el Dr. Vicente Palomera, para descubrir ciertas particularidades y la estructura psicótica del sujeto, son necesarias conversaciones con ellos que nos orienten a localizar y aislar los fenómenos elementales y la certeza psicótica que los determinan.

Para trabajar en esta línea, estudiaremos el tema propuesto por Graciela Elosegui, el delirio en la Clínica Francesa, más precisamente, las locuras razonantes; el delirio de interpretación de P. Sérieux y J. Capgras.

Presentación y contextualización

Hoy abordaremos el tema *El delirio de interpretación*, publicado en 1909; son las investigaciones sobre los delirios crónicos sistematizados

llevadas a cabo por Paul Sérieux y Joseph Capgras, maestro y alumno respectivamente.

Situémosnos en el contexto de la época, alrededor de 1910 se constituye el edificio nosológico considerado en Francia como clásico, con el cual la psiquiatría francesa alcanza su punto de estabilidad.

Sérieux y Capgras

Es incuestionablemente bajo la influencia de Kraepelin que, a partir de 1902, Sérieux y Capgras inauguran una serie de trabajos sobre el delirio de interpretación, coronados por su célebre monografía sobre las *Locuras razonantes*. Se constata en ella que si bien las formas que son objeto de su trabajo estaban descritas, sin duda someramente, desde hacía ya algún tiempo (desde 1890 figura en las revisiones generales de Sérieux y de Séglas) ninguno había pensado hacer de ellas entidades mórbidas autónomas.

El trabajo magistral de Sérieux y Capgras consistirá finalmente en adaptar las grandes líneas de las concepciones de Kraepelin (quien por su lado dará, en su octava edición, un paso en la misma dirección que ellos) a la preocupación del análisis clínico y semiológico fino que caracteriza a la psiquiatría francesa de esta época, pero también a las formas clínicas heredadas de la tradición anterior.

P. Sérieux (1864- 1947), alumno de Magnan y uno de los introductores en Francia de la nosografía de Kraepelin. En 1888 culmina sus estudios de medicina con una tesis atrevida, en la que estudiaba comparativamente las psicopatías sexuales en los degenerados, los histéricos, los epilépticos, los maníacos, los melancólicos y los enfermos afectos de delirios sistematizados.

J. Capgras (1873-1950), médico jefe en el Hospital de la Maison Blanche y posteriormente en Sainte-Anne.

Los argumentos desarrollados por los autores se nutren del estudio de unos sesenta casos seguidos durante décadas; cuarenta fueron observados y tratados por ellos. La obra está dedicada a los "*interpretadores puros*", es decir, a esos sujetos que, sin ver visiones ni oír voces, desvarían pero a la vez manifiestan una extraña articulación entre la locura y la razón que les hace merecedores del calificativo de "*locos razonantes*".

Volvemos a encontrarnos en el ámbito problemático en el cual se sitúan las relaciones entre la locura y la razón, y nos surgen más preguntas: ¿El loco siempre está loco? ¿La razón y la locura mantienen vínculos indestructibles? ¿Existen locos que razonan como los cuerdos, o quizás mejor que ellos?

Como iremos desplegando a lo largo de la clase, esta panorámica centrada en los vínculos de la razón y de la locura ilustra con claridad sobre la capacidad de la paranoia de poner en entredicho la visión médica de las enfermedades mentales.

La elaboración del *delirio de interpretación* se produce en el momento que se habían cuestionado definitivamente las agrupaciones nosográficas temáticas (Laségue, Foville) y evolutivas (Magnan). Con el nuevo siglo, los clínicos comenzarán a perseverar en los mecanismos íntimos y específicos de cada tipo clínico. De este modo, el campo de los delirios crónicos se ordenó en función de tres conceptos: el de interpretación delirante (delirio de interpretación, Sérieux y Capgras), alucinación (psicosis alucinatoria crónica, Ballet) e imaginación (delirios de imaginación, Dupré).

El *delirio de interpretación* se cierne sobre una categoría de alienados, que desde Pinel, Esquirol, Leuret, J.-P. Falret, Laségue, Foville, Magnan, Séglas y Régis, se venían caracterizando por conservar la integridad de sus facultades intelectuales a pesar de sus ideas delirantes, que concernían a aspectos muy parciales y puntuales.

Sintomatológicamente, se caracteriza por la existencia de dos órdenes de fenómenos en apariencia contradictorios:

1. Positivos: los trastornos delirantes manifiestos (concepciones e interpretaciones delirantes). Las interpretaciones delirantes que caracterizan el delirio tienen como objeto hechos tomados del mundo externo (percepciones exógenas) o del sujeto mismo (sensaciones endógenas).
2. Negativos: una sorprendente conservación de la actividad mental e integridad afectiva (ausencia o excepcionalidad de trastornos sensoriales).

Es una locura crónica, lúcida, sin demencia terminal, y con evolución por extensión progresiva del círculo delirante.

El delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por:

- 1- la multiplicidad y la organización de interpretaciones delirantes
- 2- la ausencia o la penuria de alucinaciones, su contingencia
- 3- la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica

4- la evolución por extensión progresiva de las interpretaciones

5- la incurabilidad sin demencia terminal

Introducción del delirio de interpretación

Desde hace ya mucho tiempo se ha agrupado bajo el nombre de “*Delirios sistematizados*” en Francia, de “*Paranoia*” en el extranjero, ciertos estados psicopatológicos caracterizados por la organización de un conjunto más o menos coherente de concepciones delirantes, que llega a convertirse para el autor, en la expresión indiscutible de la realidad. Antiguamente, se los clasificaba subdividiéndolos según la naturaleza del sistema delirante (delirio de persecución, delirio de grandezas...). Hoy en día, se sabe que este criterio es superficial, simplista y que reunía hechos inconexos, por lo tanto para establecer la autonomía de una psicosis es preciso estudiar el agrupamiento especial de los síntomas, la evolución completa de los trastornos mórbidos y tener en cuenta sus causas y su génesis. Así, pues, se considera a los “*delirios sistematizados*” como una manifestación mórbida susceptible de aparecer al inicio o en el curso de enfermedades mentales muy diferentes.

En cuanto a los *delirios sistematizados crónicos*, se impone la necesidad de separarlos en dos divisiones, por una parte, *psicosis adquiridas* que, alterando profundamente la mentalidad del sujeto, desembocan con rapidez en la demencia; por otra, *psicosis constitucionales* (“psicosis crónicas a base de interpretaciones delirantes = delirio de interpretación”) que no modifican la personalidad, de la cual ellas son una exageración, y no se encaminan hacia el debilitamiento intelectual.

La interpretación delirante es definida como un razonamiento falso que tiene como punto de partida una sensación real, un hecho exacto, el cual, en virtud de asociaciones de ideas ligadas a las tendencias, a la afectividad, toma, con ayuda de inducciones o deducciones erróneas, una significación personal para el enfermo, empujado ineluctablemente a relacionarlo todo consigo mismo.

La interpretación delirante se diferencia de la idea delirante, concepción imaginaria, elaborada en todos sus componentes o, al menos, no deducida de un hecho observable. La interpretación delirante tiene un punto de partida exacto, en cambio, la idea delirante es errónea hasta en su fundamento. A su vez, la interpretación delirante tiende a realizarse, orienta y domina la actividad del sujeto.

El *delirio de interpretación* es una *psicosis sistematizada crónica* caracterizada por: la multiplicidad y la organización de interpretaciones delirantes; la ausencia o penuria de alucinaciones, su contingencia; la persistencia de lucidez y de actividad psíquica; la evolución por extensión progresiva de interpretaciones; la incurabilidad sin demencia terminal. Psicosis constitucional cuyo origen debe buscarse, no en la acción de un agente tóxico, sino en la predisposición psicopática... el delirio de interpretación revela esencialmente una malformación congénita, una degeneración.

“Locuras razonantes”: los sujetos afectados conservan, fuera de su delirio parcial, toda su vivacidad de espíritu. No merecerían el epíteto de alienados en el sentido etimológico del término (*alienus*, extraño), continúan en relación con su medio, su aspecto se mantiene normal, algunos logran vivir en libertad hasta el fin de sus días (en caso de ser ingresados es más por su carácter violento que les vuelve peligrosos que por sus ideas delirantes). Inteligencia intacta: asociación de ideas normales, recuerdos fieles, curiosidad despierta... No se pueden evidenciar ni alucinaciones, ni excitación, ni depresión; ausencia de confusión, ninguna pérdida de sentimientos afectivos.

Hoy nos dedicaremos a los *interpretadores*, esos sujetos que, más que cualquiera de los otros, ponen de relieve la asociación extraña de la razón y de la locura, y merecen de ser calificados de “locos razonantes”.

Diagnóstico

El conocimiento de los síntomas, las fórmulas, las variedades de la evolución y de las causas del delirio de interpretación permite abordar el diagnóstico.

¿Cuándo es legítimo admitir que se trata de un delirio de interpretación?

- Cuando un delirio más o menos sistematizado se organiza sin participación notable de los centros sensoriales, con la ayuda de razonamientos afectivos cuyo punto de partida —exacto— determina conclusiones paradójicas o quiméricas;
- Cuando esta psicosis, preparada durante una larga incubación, progresa por la acumulación de interpretaciones múltiples;
- Cuando en el curso de su evolución, no muestra tendencias ni hacia la curación, ni hacia el debilitamiento intelectual.
- Este diagnóstico positivo se establecerá si se constata la ausencia de ciertos signos: fuera de complicaciones transitorias, no se deben encontrar ni alucinaciones activas, ni excitación, ni depresión, ni confusión, ni amnesia, ni pérdida de los sentimientos afectivos, sin negativismo, sin manierismo; fuera de su novela delirante, el individuo no manifiesta ningún trastorno mórbido.

Diagnóstico diferencial:

I. Delirio de reivindicación

Psicosis sistematizada crónica caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija que se impone al espíritu de manera obsesiva; ella

sola orienta por completo la actividad en un sentido manifiestamente patológico y la exalta en razón de los obstáculos encontrados. Este estado de monoideísmo, de prevalencia mórbida, se desarrolla en sujetos degenerados; no termina en demencia.

Se pueden distinguir dos variedades según un carácter de la idea obsesiva que da a los reivindicadores un aspecto especial: 1º el *delirio de reivindicación egocéntrico*; 2º el *delirio de reivindicación altruista*; el mismo individuo evoluciona en ocasiones de uno al otro o los presenta combinados.

Egocéntricos: en la base de la psicosis se encuentra un hecho determinado (ya sea un perjuicio real o una pretensión sin fundamento), el enfermo ambiciona la satisfacción de sus deseos egoístas, la defensa de sus propios intereses.

Altruistas: reposa sobre una idea abstracta y se traduce por teorías impersonales (ciencia, filosofía, política, religión, etc.). Al contrario que los anteriores, que son siempre perseguidores en conflicto con los demás, éstos, dominados por las preocupaciones altruistas, dañinos únicamente consigo mismos y con su familia a la que arruinan: sacrificaran toda su fortuna a la edición de sus numerosos escritos, a la preparación de sus experiencias, al ardor de su proxelitismo.

A pesar de su aparente diversidad, que obedece únicamente a los diferentes modos de reacción, todos los reivindicadores son idénticos; su psicosis se caracteriza por dos signos constantes; la *idea prevalente* y la *exaltación intelectual*.

El delirio de reivindicación se caracteriza por dos síntomas: 1º la *idea obsesiva*, 2º la *exaltación maníaca*.

1º *Los reivindicadores son obsesos*: Irresistibilidad de la idea obsesiva: la idea que los tiraniza no les deja un instante de reposo, el deseo de hacer triunfar su causa no tiene freno y los subyuga por completo, los reivindicadores permanecen incapaces de razonar sobre aquello que recae en su idea fija. Estas interpretaciones revelan más pasión que delirio.

2º *Los reivindicadores son maníacos razonantes*: La causa de la anomalía de su conducta es que sus pensamientos y sus sentimientos están activados por una fuerza maníaca. Su excitación es creciente; los reivindicadores buscan por todos los medios atraer sobre ellos la atención. Esta actividad desmesurada y continua no puede ser asimilada a una reacción secundaria y accesorio; únicamente son contingentes los modos variables por los que ésta se manifiesta; pero en sí misma permanece como una de las expresiones esenciales de la psicosis.

La evolución del delirio de reivindicación está estrechamente ligada por una parte a la irresistibilidad de la idea dominante, por otra a la persistencia de la actividad mórbida. Bajo esta doble influencia los enfermos agrandan el círculo de sus reivindicaciones y de sus acusaciones. Pero a pesar de que las ideas de orgullo alcancen con el tiempo un grado extremo, jamás desembocan, como en los interpretadores, en megalomanía.

El inicio difiere en las dos psicosis. Tanto en una como en la otra, las interpretaciones se subordinan a una idea directriz, pero el carácter de las ideas no se parece en absoluto. El delirio de reivindicación tiene por punto de partida una idea fija; en el delirio de interpretación se llega a una idea fija tras una larga fase preparatoria. Desde el origen, el reivindicador tiene su sistema establecido, su objetivo único consiste en hacer triunfar su idea obsesiva. Por el contrario, el interpretador comienza por emitir juicios falsos sin un plan determinado, y tan sólo los coordinará secundariamente alrededor de una idea principal.

Bien diferentes son las interpretaciones. Las del reivindicador se manifiestan únicamente por deducciones que le dicta su pasión. Y jamás experimenta la necesidad de construir un delirio retrospectivo, jamás concluye en una concepción delirante del mundo exterior, jamás alcanza la megalomanía sistemática (cambio de nombre, proclamarse rey...).

En el interpretador, por el contrario, las interpretaciones falsas se multiplican, se asiste a la edificación de verdaderos delirios, contruidos sobre juicios falsos traídos con ocasión de las más insignificantes impresiones sensoriales, sensitivas o cenestésicas, actuales o pasadas.

Las reacciones del interpretador son transitorias siempre, a veces efímeras; las del reivindicador, en contraposición, atestiguan una actividad perversa, son parte intrínseca de su anomalía y permanecen en primer plano sin cesar.

En resumen, el *delirio de interpretación* es una psicosis en la cual la proliferación de interpretaciones múltiples y la irradiación progresiva de una concepción predominante determinan la organización de una novela delirante complicada, susceptible de desencadenar reacciones transitorias. El *delirio de reivindicación* es un estado mórbido continuo del carácter que, bajo el empuje de una idea obsesiva, se traduce en una excitación permanente, una sobreactividad anormal, independiente de todo sistema verdaderamente delirante.

Delirio de interpretación	Delirio de reivindicación
Estado delirante crónico.	Estado pasional (obsesivo) crónico.
Interpretaciones delirantes múltiples y diversas.	Interpretaciones erróneas, raras y muy circunscriptas, secundarias y accesorias.
Concepciones delirantes variadas. Idea directriz secundaria.	Idea prevalente y obsesiva primaria, localizada en un hecho determinado o una teoría abstracta.
Interpretadores perseguidos: ideas de persecución muy activas.	Idea de perjuicio, sin persecuciones físicas.

Interpretadores megalómanos: ideas de grandeza sistematizadas.	Hipertrofia del yo, sin megalomanía.
Falsedad y a veces inverosimilitud notoria de la novela delirante.	Tema prevalente plausible.
Actividad anormal.	Excitación intelectual permanente.
Reacciones en relación con sus móviles.	Reacciones desproporcionadas a sus móviles.
Estigmas de degeneración poco acentuados y electivos.	Estigmas numerosos.
Conservación del sentido moral.	Frecuencia de anomalías del sentido moral.
Extensión progresiva del delirio.	Irradiación menor.
Transformación del medio exterior.	Sin transformación de medio.
Incurabilidad.	Posibilidad de mejoría.

II. Delirios interpretativos sintomáticos

La interpretación errónea no es un síntoma patognomónico del delirio de interpretación; puede aparecer al inicio o en el curso de psicosis muy diversas. No solamente concurre a la organización de todos los delirios sistematizados, sino que incluso se encuentra en ciertos estados mórbidos desprovistos de sistematización.

Desde el punto de vista del rol que juegan las interpretaciones, se puede dividir a las psicosis en dos grupos. Primer grupo, aquellas en las cuales las interpretaciones aparecen de una manera accidental y fugaz; segundo grupo, aquellas en las que el número y la frecuencia dan a la enfermedad, al menos durante intervalos, un aspecto particular.

Primer grupo: *Psicosis con interpretaciones episódicas*

En este grupo podemos ubicar a las interpretaciones que tienen lugar en: la *parálisis general*, en la *histeria*, en la *psicasteria*...

Pero, el diagnóstico del delirio de interpretación se establecerá por los antecedentes, en los que encontramos al sujeto encaminado desde mucho tiempo atrás hacia el delirio sistematizado y gozando de una actividad intelectual y de una energía moral excesivas, un sujeto en plena posesión de sus facultades que argumenta con una serie de razones que denotan una convicción y una combatividad llevadas hasta el extremo.

Segundo grupo: *Psicosis con interpretaciones activas*

Nos referimos a las principales psicosis interpretativas: *locura intermitente* (psicosis maníaco-depresiva), *locura periódica de los degenerados*, *delirio de interpretación alcohólico* (delirio de celos), *demencia precoz* (pueden aparecer interpretaciones más o menos numerosas en las tres formas principales de esta afección: la *hebefrenia*, la *catatonía*, la *demencia paranoide*).

El diagnóstico resulta complicado al principio; más tarde esos casos se distinguen del delirio de interpretación por la absurdidad, la incoherencia de la novela construida, su duración generalmente transitoria, su rápida degradación.

III. Psicosis sistematizadas alucinatorias

El *delirio crónico de evolución sistemática* (Magnan) se puede tomar como tipo de estas psicosis, la mayor parte de las cuales sólo tardíamente conducen al debilitamiento. Esta afección esta compuesta por cuatro períodos, cuya sucesión metódica hace del enfermo primero un inquieto, después un perseguido, más tarde un megalómano, y por último un demente.

Primer período: Período de incubación o de interpretación: inquietud vaga, tendencia a las sospechas. Las interpretaciones son los síntomas principales de esta fase que puede durar dos o tres años.

Segundo período: Sistematización delirante bajo la influencia de las alucinaciones auditivas. La alucinación auditiva verbal es el fenómeno capital de este período, esta evoluciona progresivamente. Por último, aparece un cortejo de trastornos sensoriales variados: alucinaciones motrices verbales, alucinaciones olfativas, gustativas e incluso, aunque más raramente visuales, trastornos de la sensibilidad general, de la cenestesia.

Tercer período: Período de megalomanía. El delirio de persecución pierde su actividad, se reduce a formas estereotipadas, se metamorfosea poco a poco en un delirio de grandeza.

Cuarto período: Período de declive, el alienado desciende en la escala intelectual. El nivel mental baja poco a poco, el enfermo se limita a

repetir las mismas concepciones delirantes, mezcla incoherentemente ideas de persecución de grandeza expresadas en un lenguaje lleno de neologismos.

¿Qué caracteres particulares distinguen las interpretaciones en cada una de estas dos formas clínicas?

El *delirante alucinado* siente un cambio íntimo que le inquieta; rechaza sin más dilación los pensamientos que le asaltan, tiene consciencia del desacuerdo entre su mentalidad anterior y estos pensamientos; se muestra indeciso. No llega a la certeza, a la sistematización hasta el día que la idea delirante se ha vuelto sensación. Ningún parecido con el *delirio de interpretación*, cuyo origen se pierde en la distancia. Lejos de ser consecutiva a una modificación brusca, la interpretación no es más que la ramificación de tendencias anteriores. El delirio se origina en medio de percepciones actuales y recuerdos antiguos, se enriquece cada día, no espera para sistematizarse la eclosión de trastornos sensoriales.

En el segundo período es la alucinación auditiva la que, por lo general, quebranta las excitaciones y orienta definitivamente las concepciones. Esta psicosis sensorial sigue una progresión que, desde el trastorno elemental del ruido aún indistinguible, conduce, por una serie de peldaños, al eco del pensamiento, alterando cada vez más la personalidad. Por el contrario, en el delirio de interpretación la personalidad jamás está desdoblada ni transformada.

El *perseguidor alucinado* sufre de su delirio, le es impuesto, de alguna manera, por el automatismo de sus centros sensoriales. No tiene consciencia alguna de elaborar sus alucinaciones, ellas no forman parte de su yo, las atribuye a una fuerza misteriosa, inventa neologismos que le parecen adecuados a la extrañeza de esos fenómenos. Vive en lo sobrenatural, se aísla, se aparta del mundo.

¿Qué diferente es el *perseguido interpretador*? Ninguna ruptura con el mundo exterior; extrae todos los elementos de su delirio. Él mismo crea, coordina sus concepciones; forman parte integral de su yo, sabe defenderlas mediante numerosos argumentos. Su sistema permanece poco más o menos verosímil, se mantiene en la esfera de las ideas de perjuicio, ideas de celos, y conserva a veces la apariencia de un no-delirio.

En el período del delirio crónico, en los primeros hay una intensidad de los trastornos sensoriales y cenestésicos y frecuencia de neologismos. Por otra parte, su dialéctica queda con inferioridad respecto a la de los interpretadores. En el delirio de interpretación pueden presentarse trastornos sensoriales pero son casi siempre episódicos, transitorios, reducidos a una frase o palabra, insuficientes para dirigir el sistema vesánico. Su progresión no es metódica, surgen bruscamente para desvanecerse, en general, del mismo modo. A veces incluso, dichas alucinaciones son criticadas por el enfermo. El interpretador se da cuenta de que se trata de un trastorno subjetivo, mientras que el alucinado, por el contrario, objetiva siempre y no consiente en discutir sus "voces".

Las alucinaciones, los neologismos, los dichos y los actos estereotipados, el debilitamiento intelectual manifiesto, son otros tantos de los signos que establecen un marcado contraste con la actividad psíquica persistente de los interpretadores.

Bibliografía

Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*, Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires: Ed. Manantial.

Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994). *El delirio en la clínica francesa*, Colección: Clásicos de la psiquiatría. Madrid: Ediciones Dorsa.

Sérieux, P. y Capgras, J. (1909). *Las locuras rasonantes*, El delirio de interpretación. La biblioteca de los alienistas del Pisuerga. Madrid: Ed. Ergon.