

CONFERENCIAS CÉLEBRES

Continuamos esta sección de la revista, dedicada a Conferencias célebres impartidas en la Universidad Autónoma de Madrid a lo largo de su historia, bien como Lecciones inaugurales de curso académico, o bien impartidas en su investidura por Doctores Honoris Causa nombrados por esta universidad. Se trata por tanto de conferencias con importantes contenidos relacionados con la ciencia y el progreso del conocimiento, e impartidas por personalidades ilustres del mundo académico, científico o social.

En esta ocasión publicamos el Discurso de Investidura como Doctor Honoris Causa de la Universidad Autónoma de Madrid en 1999, del Dr. **Carlos Castilla del Pino**, Catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Córdoba.

DISCURSO DE INVESTIDURA COMO *DOCTOR HONORIS CAUSA* POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

de

Carlos Castilla del Pino

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

EXPERIENCIAS VITALES EN EL MUNDO DE LA PSIQUIATRÍA

*Magnífico y Excelentísimo Señor Rector,
Excelentísimas Autoridades Académicas,
Ilustrísimos señores Profesores,
Miembros de la Comunidad Universitaria,
Señoras y Señores:*

El claustro de la Universidad Autónoma de Madrid me honra en el día de hoy otorgándome el doctorado *honoris causa*. Lo que voy a afirmar a continuación no está en inmediata relación con el acto que tiene lugar en este momento, pero considero oportuno decirlo. Quiero llevar al ánimo de ustedes que cualquier reconocimiento que proceda de la Universidad tiene para mí la mayor relevancia, la máxima valoración y aprecio. No hay ninguna otra institución en nuestra sociedad civil en la que el saber, el pensar para la creación de nuevos saberes, el aprender a pensar y la transmisión del saber en sí mismos posean rango prioritario. Estas son mis razones de fondo, y estoy seguro de que ustedes las comparten. Por eso están en la Universidad, como yo lo estuve y quise seguir estándolo, y volví a estarlo cuando me fue posible. Decía Spinoza que la razón la poseen los hombres para lograr la concordancia entre unos y otros; a diferencia de las pasiones que dotan de singularidad a cada ser humano, en la medida en que ni por intensidad ni por cualidad puede coincidir con otro en el sentimiento que les inspira un determinado objeto.

El objeto de nuestra razón, de nuestro raciocinio, y también de nuestros sentimientos es la Universidad. Todos somos críticos respecto de la institución universitaria, en la medida en que la consideramos a veces lejos del modelo que poseemos *in mente* acerca de ella. El propio Spinoza dice, en su *Ethica more geometria*, en el prefacio de la 4.ª parte, que titula *De la servidumbre del hombre o*

de la fuerza de las pasiones: “Entenderé, pues, por bueno lo que sabemos con certidumbre que es un medio que nos acerca cada vez más al modelo que proponemos. Por el contrario, entenderé por malo lo que, con certidumbre, sabemos que nos impide reproducir nuestro modelo”. Con otras palabras: el hombre, juez de todas las cosas, las habidas y por haber. Cuando la Universidad se acerca a ese modelo que tenemos como ideal, la juzgamos buena; la juzgamos mala cuando se aleja de tales parámetros.

Ha pasado mucho tiempo desde que don Francisco Giner de los Ríos escribiera que la Universidad no era sólo una institución transmisora de saberes sino creadora de saberes, al modo como Kant concebía que el verdadero propósito de la filosofía no era tanto saber de filosofía cuanto aprender a filosofar. La razón es bastante simple: los contenidos se aprenden en las bibliotecas y, por tanto, en los libros; los métodos, no, los métodos exigen ser magistralmente, -quiero decir por parte del maestro-enseñados.

La Universidad de cada país define al país que la mantiene. Pero yo, que inicié mis años universitarios en unas condiciones tan excepcionales como para no desear jamás que puedan repetirse, puedo afirmar que la institución universitaria es de tal índole que marca definitivamente, y siempre de manera positiva. Por deficitaria que sea en una determinada etapa histórica, la Universidad logra cuando menos que los que salgan de ella carezcan de un vicio incorregible: el ser autodidactas. ¿Por qué es así? La respuesta, a mi modo de ver, es ésta: aún en las peores circunstancias de la historia de una Universidad, siempre hay alguien al que, por su manera de deambular por aulas, bibliotecas o laboratorios, por la manera como le vemos pensar y enseñarnos a pensar, en suma, por sus conocimientos y sus actitudes, podemos denominarle no meramente “un” profesor, sino maestro, el cual, para aquel que se considera su discípulo, representará, aunque sea él solo de entre todo un claustro, a la Universidad entera, y la dejará a salvo definitivamente en su historia personal.

Al describir someramente la índole de mi formación como psiquiatra tengo que decir que la figura de Cajal está presente en mi vida desde los once años, cuando leí todo el primer volumen y parte del segundo de su *Recuerdos de mi vida*. Un año después falleció en Madrid y su muerte —la recuerdo con absoluta nitidez— no pasó inadvertida para el adolescente de doce años y dos días que yo era aquel 17 de octubre de 1934. El gran neuropatólogo Hugo Spatz afirmó en cierta ocasión que la figura de Cajal era insólita, que ni en la Alemania de entonces ni en la del pasado cercano había existido alguien equiparable en ejemplaridad a Cajal en nuestro país, al margen de la disciplina en que cada cual investigarse. Cajal, como lo señaló muy tempranamente Ortega y Gasset, que lo respetó al máximo, fue un fenómeno social, hoy, por fortuna, irrepetible, pero que, en su contexto histórico, la España de hace un siglo, resulta sólo milagrosamente imaginable. Todavía poseía ese halo cuando yo iniciaba mis estudios.

No concibo mi trayectoria vital, repito, sin la imagen de don Santiago Ramón y Cajal, solitario en la España de hace cien años, cuando lleva a cabo una obra que sigue formidablemente vigente en la neurología actual; solitario en su ancianidad; visto desde hoy, epígono del sabio romántico, ideal heroico de la civilidad. Y maestro siempre. He oído a algunos de sus discípulos, como don Fernando de Castro o don Gonzalo Rodríguez Lafora, contar hechos vividos por ellos que demostraban cómo ejercía Cajal su magisterio. Referirlos ahora sería algo de segunda mano. Hay uno, sin embargo, que no lo es, porque cualquiera puede comprobarlo. Me produjo una profunda conmoción cuando lo supe, y no me resisto en este momento a contarlos por extenso. El día 15 de octubre de 1934, dos días antes de morir, Cajal escribe a Rafael Lorente de No, su último discípulo, todavía un joven de menos de treinta años, residente en el Rockefeller de Nueva York, una carta autógrafa, incluso en el sobre, en la que-imagínense la caligrafía- le dice lo siguiente: «Estimado compañero y amigo: Yo me encuentro muy grave con una colitis que dura cerca de dos meses y que no me permite abandonar el lecho, ni comer ni escribir. Sirva ésta para decirle que recibí su trabajo sobre el asta de Ammon del ratón, agradeciéndole el regalo. Dos observaciones no más: 1. Espinas. Note Vd. que no se trata de excrecencias puntiagudas irregulares sino de genuinas espinas terminadas por una bola. El pedículo a veces es demasiado pálido [Al margen, Cajal le dibuja un esquema de estas neuronas y sus espinas]. 2. Asta de Ammon.

El ratón es poco favorable para un estudio estructural del asta de Ammon. Es difícil descubrir las células de axón corto y ofrece una tendencia excesiva a dar macizos de fibras sin detalles. ¿Por qué no ha trabajado Vd. en el conejo de 20 a 40 días? El Cox [se refiere al método de Cox, variante del método de Golgi] me proporcionó magnífica arborización suelta de células de axón corto y multitud de detalles que no siempre se ven bien con el método de Golgi. Le saluda cariñosamente su viejo amigo Cajal». Naturalmente, la carta le llegó a su discípulo bastantes días después de la muerte del maestro... No es deseable nunca que en una Universidad haya pocos maestros, pero ¿no es verdad que un maestro como éste salva por sí sólo a una Universidad por menesterosa que sea?

Mi primer laboratorio fue precisamente de neurohistología, en el que practicaba ya entonces el método de Golgi: pobres e infantiles efectos miméticos de aquel magisterio admirable, que decidió mi vocación hacia la neuropsiquiatría. Al mismo tiempo que por la morfología del sistema nervioso sentía una gran curiosidad por el ser humano, por sus motivaciones e intenciones dispares, unas manifiestas, otras ocultas, ante las cuales ese ser que tenemos delante, a veces nosotros mismos viéndonos como un sujeto más, resulta siempre una caja de sorpresas insospechadas, y en todo caso un paisaje fascinante. En esta faceta, la lectura hacia los quince años de la obra de Freud, (hoy tan criticada, pero que no hay que olvidar que fue la primera psicología de la motivación, la primera que, marginando funciones concretas, como la sensación, percepción, atención, etc. trata de aprehender e interpretar el sentido de una conducta y la estructura intencional del sujeto) y la de algunos textos de psicología y de clínica psiquiátrica, fue un impulso fundamental para asentar mi proyecto de vida intelectual y profesional.

Cuando decidí formal y oficialmente mi dedicación a la neuropsiquiatría, todavía en España, como en el resto de Europa, salvo Francia, la neurología y la psiquiatría constituían una sola especialidad, y esto, que desde el punto de vista de la división social del trabajo es hoy inviable, facilitó una visión unitaria -que hoy existe con carácter generalizado, pero que entonces era discutida insistentemente- para lo neurológico y lo mental. Era la época en la que cualquier psiquiatra que se preciase había de adquirir una formación neuropatológica, más aún dentro de la tradición española, en la que la máxima figura de la historia de nuestra psiquiatría fue Nicolás Achúcarro, el único en que se pensó como verdadero continuador de la trayectoria de Cajal, discípulo a su vez de Kraepelin y de Alzheimer, y que, además de psiquiatra clínico, era un neuropatólogo excepcional; y asimismo sus discípulos y seguidores, como dos a los que conocí, José M. Sacristán y Gonzalo Rodríguez Lafora, este último a quien se debía el hallazgo, a sus veinticinco años, del substrato neuropatológico de la enfermedad que hoy lleva su nombre, la epilepsia mioclónica de Unverricht, y que ahora se conoce como enfermedad de Lafora... Lo neurológico y lo mental: dos caras del mismo objeto, hasta cierto punto intercambiables.

Por todo esto, atravesé etapas de mi vida inicial como neuropsiquiatra en la que me incliné por la neurología; otras, en la que me dediqué más a la psicopatología y la psiquiatría. Esta es la razón por la que en mi currículum figura un número bastante considerable de monografías y artículos de neurología, algunos de neuropatología, incluso de neurofisiología, que desconciertan a los que desde hace treinta años me ven como psiquiatra e ignoran que es en mi generación cuando tiene lugar la escisión en dos disciplinas distintas.

Lo tuve claro desde el principio y habría de decidir la formación que yo mismo me había de trazar a modo de programa: la psiquiatría ha de sustentarse sobre la psicopatología; ésta, sobre la psicología; ésta, a su vez, sobre la neurofisiología; desde hace unas décadas, esta última en la biología molecular. Niveles distintos de una misma realidad, cada uno de los cuales nos la hace leer en un discurso propio, con su léxico peculiar, limitado, pero insustituible; formas genéricas de aprehender la naturaleza y las propiedades del fenómeno psicofísico. Ninguna de ellas sustituye a la otra; cada una complementa a las demás; no hay monopolio de alguna sobre las restantes. Hoy estamos en una etapa de enorme fecundidad y brillantez de la investigación biológica, pero del mismo modo que la fonología o la neurolingüística no sustituyen, ni lo pretenden, a la semántica, la psicología y la psicopatología no se subsumen en la neurofisiología, que tiene otra manera y otras cosas que decir acerca del mismo fenómeno. *Mutatis mutandi*, tampoco la Psiquiatría queda absorbida por la Neurología, ni siquiera en el

capítulo de la patología cerebral. Cada nivel epistémico de una misma realidad supone un modelo epistemológico de esa realidad, con métodos específicos de aprehensión e investigación. Una cosa es la abstracta unidad de todo lo real y otra, muy distinta, la multiplicidad y especificidad metodológicas para cada uno de los niveles en que esa realidad se nos presenta en tanto objeto de y para el conocimiento.

En la época de mi formación en la disciplina neuropsiquiátrica, la biología molecular era tan sólo una hipótesis de trabajo, esbozada por Razhvesky, por Schrödinger, entre nosotros por Julio Palacios y por Fernando Ramón y Ferrando. No lo eran, sin embargo, otras formas de indagación biológica, como la investigación metabólica y bioquímica, entonces incipiente y prometedora; la clásica y de larga tradición, la neuropatológica, a la que muchos le atribuían el haber dado de sí cuanto podía una profecía tan audaz como equivocada-; la genética, que se inició en psiquiatría a comienzos de los años 20. Para los dualistas, sostenedores *a priori* de la distinta naturaleza de lo neurológico y lo mental, su tesis parecía encontrar apoyo en la respuesta a la siguiente cuestión: la lesión neurológica en cualquier sector del neuroeje da razón suficiente para la explicación de la alteración funcional, y con ella de la sintomatología de la enfermedad neurológica. Así, contamos con una explicación topográfica para las parálisis, las anestias, las afasias, agnosias, apraxias.

Sin embargo, este criterio es inaplicable y fracasa una y otra vez para la explicación del cuadro clínico de la enfermedad mental y no se puede hablar del mismo modo de una neuropatología del delirio o de la alucinación, de los comportamientos extraños del esquizofrénico, de su autismo, de las profundas oscilaciones del estado de ánimo del maniacodepresivo, con sus delirios de exaltación o de depreciación de sí mismo. Para decirlo de otra manera: para los dualistas, entre lo neurológico y lo mental existiría una barrera definitivamente infranqueable, como la existente entre dos territorios absolutamente distintos, no por su cualidad sino por su naturaleza. ¿Es que lo físico y lo mental son dos mundos, para usar una expresión que mucho después harían suya Popper y Eccles? Este doble modelo (el dualismo no es más que eso en el fondo, a saber: un modelo para la *res extensa* no extrapolable a la *res cogitans*) ha sido un obstáculo en sí mismo e históricamente se ha mostrado entorpecedor para el progreso científico. Pero ¿no es todo esto una separación artificial? El dualismo naufragaba en algunas situaciones como la patología del lóbulo prefrontal, en la que a la lesión no seguían parálisis ni agnosias ni afasias, sino alteraciones de conducta, formas inadecuadas de comportamiento, como el conjunto denominado desde el siglo XIX *moria*.

Por otra parte, determinadas enfermedades como el Alzheimer, la parálisis general progresiva, la corea de Huntington, los mismos tumores del lóbulo prefrontal, la enfermedad de Korsakoff, etc. por lo que concierne a sus síntomas, unos neurológicos, otros mentales, ¿eran enfermedades neurológicas o enfermedades psiquiátricas? La historia contemporánea de estas dos disciplinas, la neurología y la psiquiatría, había hecho ver ya por entonces que, lo mismo que pasó a la Filosofía, a la que las ciencias positivas arrancaron uno tras otro espacios de conocimiento, saberes que hasta entonces le pertenecían (la física, la matemática, la cosmología, etc.), a la psiquiatría se le desprenderían sus entidades nosológicas. Por lo pronto, esas enfermedades que acabo de nombrar, como antes la corea de Sydenham, hasta el primer cuarto de este siglo considerada una forma de neurosis, hasta que se demostró su naturaleza reumática y lesional en el cuerpo estriado; luego, la epilepsia, a la que todavía en mis tiempos de formación se la conocía como la tercera forma de psicosis endógena, junto a la esquizofrenia y la maniacodepresiva, un planteamiento que hoy nos resulta disparatado e inconcebible, gracias al electroencefalógrafo que la colocó entre las enfermedades neurológicas.

Con estas premisas teóricas y de principio, acompañé mi formación clínica con la neuropatológica. Durante algunos años hice compatible mis tareas en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General y en una Sección de Neuropatología del Instituto Cajal. Era aún estudiante de 5º de Licenciatura. En el Cajal quedaban dos antiguos discípulos de Don Santiago, D. Jorge Francisco Tello y Don Fernando de Castro. Tello era entonces como un fantasma, y parecía distante, reservado, y yo sentía hacia él un respeto que me impedía acercarme a él. Con de Castro tuve alguna relación: le mostré mis preparaciones conseguidas con el método de Oscar Schültze a la sosa y plata, preparaciones preciosas, en cortes muy extensos del córtex cerebral. Él me mostró algunas de las suyas de ganglios del simpático,

tan espectaculares que, se decía, habían recorrido muchos de los laboratorios de neurohistología de Inglaterra y Estados Unidos; me hacía ver sus intervenciones de injertos intercambiados de pares craneales de gatos. Estudié algunos cerebros de catatónicos, de seniles, algunos tumores cerebrales. Comencé a poner en marcha un método de impregnación de las neuronas con el cromato de plata amoniacal en cortes obtenidos por congelación, que perfeccioné años después. Pero no tenía a nadie a quien dirigirme para que resolviera mis problemas. Fueron años de soledad, de autodidactismo, con todo lo que este tiene de formación viciosa, pero también con lo que tiene de conciencia de la necesidad de autovalimiento: o uno sale adelante por sí mismo o perece, es decir, abandonas.

El Departamento de Psiquiatría lo dirigía Juan José López Ibor. López Ibor conocía bien la psicopatología fenomenológica y la clínica psiquiátrica. Con él estaba por entonces también Manuel Peraíta, neurólogo, formado en Alemania con Altenburger y Förster, el gran maestro de la neurología de la preguerra mundial. Peraíta había precisado los cuadros neurológicos de la pelagra durante el Madrid sitiado en la guerra civil. He dicho en otro lugar que Peraíta fue para mí un maestro inolvidable, maestro en el saber y en el actuar, generoso en el enseñar. Con él comencé a estudiar esa zona limítrofe entre la neurología y la psiquiatría en sentido estricto, a saber, la patología cerebral, que ofrecía la posibilidad de un *continuum* entre neurofisiología, psicología, psicopatología y psiquiatría. Me hice mi propia batería de tests para la exploración de las agnosias, alexias, agrafias y apraxias.

El aparato teórico lo constituía, además de las aportaciones clásicas de la psicofisiología, la psicología de la forma, la *Gestalpsychologie*, aún entonces vigente, y con unos planteamientos muy dispares a los del rudimentario *behaviourismo*, que hubiera sido inútil tratar de utilizar en la exploración de estas funciones perceptuales perturbadas. Aún no se ha hecho suficiente justicia a esta corriente de la investigación que tuvo su relevancia desde 1911, con los trabajos inaugurales de Wertheimer acerca de la percepción del movimiento, el llamado «fenómeno *phi*», y que Kofka proyectó años después a la psicología evolutiva, Köhler a la psicología comparada, Katz a la psicología de la percepción táctil y a la psicología animal, y Lewin a la psicología de grupo. Es cierto que fuera del ámbito de la psicología de la percepción no rindió lo que en principio se esperaba de ella. Por ejemplo, se mostró absolutamente inoperante para la psicología de los sentimientos. Pero eso mismo pasa con el cognitivismo hoy. Sin embargo, a esta corriente psicológica de la *Gestalt* se debió la posibilidad de aplicar la psicología a la psicopatología. Los estudios sobre las afasias y agnosias de Goldstein y Gelb fueron pioneros en este sentido, y posteriormente los que llevó a cabo el gran neurólogo Viktor von Weizsaecker junto con Julius Stein y Prinz von Auersperg.

No podemos olvidar, en el campo de la psiquiatría propiamente dicha, que la primera vez que el deterioro cognitivo de la esquizofrenia se concibe como un descenso de la capacidad de abstracción, la denominada *pérdida de la conducta categorial*, se debe a Goldstein y Kasanin, que, contra el parecer de la mayoría de los psiquiatras, sostuvieron el carácter demencial, y por tanto orgánico lesional, del deterioro esquizofrénico y su parentesco con otras formas de deterioro y demenciación en patologías cerebrales de etiología conocida, como los traumatismos cerebrales de la región prefrontal y las que luego conoceríamos como epilepsias del lóbulo del hipocampo. Hoy todo esto es historia, pero hay que saber de dónde venimos si queremos hacer estricta justicia a los investigadores que nos han precedido, y que, para mi biografía intelectual, son ineludibles.

La patología cerebral, esa tierra de nadie entre la neurología y la psiquiatría, fue el territorio que consideré fronterizo, y por eso de elección, para la búsqueda de una base común entre ambas, en donde satisfacer mi anhelo de unidad epistemológica para las dos, algo que para la época era *ab initio* insostenible, porque, como he insinuado, el debate dualismo *versus* monismo era, en última instancia, una cuestión ideológica. La patología cerebral se avenía perfectamente a mi paralela dedicación a la neuropatología y la psicopatología, y cuando menos tenía la ventaja de contar con una lesión ostensible y localizable, y no con la desesperante opacidad que esa misma investigación mostraba en el campo de las psicosis cuyas etiologías son, todavía hoy, desconocidas: la esquizofrenia y la maniacodepresiva. Pero la patología cerebral me condujo a la necesidad de adquirir los conocimientos imprescindibles de la psicofisiología experimental del momento. Con este criterio, desde las agnosias ópticas, que elegí

como materia de investigación, llevé a cabo una serie de experimentos acerca de la percepción óptica del movimiento, y otros en relación con las denominadas “ilusiones” de movimiento.

Influido por las ideas de Goldstein y por las del norteamericano Karl Lashley acerca de la acción total del córtex, era lógico pensar en una unidad funcional, sensoriomotriz, que conjugara sensopercepción óptica y movimiento ocular: no la motilidad ocular voluntaria, dependiente de centros anteriores a la circunvolución prerrolándica, sino la intrínsecamente dependiente del pliegue angular, es decir, de la zona inmediatamente por delante de las áreas estriadas y paraestriadas del lóbulo occipital. Ni la percepción ni el movimiento eran susceptibles de análisis independientes. Para la percepción visual, el movimiento ocular es imprescindible; para el movimiento ocular, lo es la percepción visual. Donde más quedaba ilustrada la tesis de esta unidad sensoriomotriz indisoluble era, por supuesto, en el acto reflejo elemental -la mera relación estímulo/respuesta-, pero con mayor complejidad en la esfera óptica. La visión de la profundidad, a mayor abundamiento, exigía no ya la conjugación sensoriomotriz, sino la conjugación motora de ambos globos oculares.

En la esfera óptica, y sobre todo en la percepción de un objeto en movimiento, ocurrían las siguientes cosas: 1º) un objeto en movimiento sólo puede ser percibido como tal objeto en movimiento si a la percepción sigue un movimiento ocular persecutorio del mismo; 2º) pero el movimiento ocular persecutorio del objeto ha de disponerse, paradójicamente, *con antelación* a la percepción del objeto, una forma de motilidad proléptica, consecutiva en realidad a una representación del objeto inmediatamente antes percibido. Pero, además, la diferencia de acuidad visual entre la periferia y la mácula era el factor decisivo para provocar el movimiento ocular necesario para que la percepción fuera óptima tanto en reposo como en el movimiento. Mi primer trabajo, *La unidad sensoriomotriz en la esfera óptica*, que publiqué en abril de 1946, meses antes de terminar mis estudios de Licenciatura, trata de estos problemas, y sirven de base para lo que sería mi futura tesis doctoral, titulada precisamente *Fisiología y patología de la percepción óptica del movimiento*. Con este motivo, estudié los casos de agnosia óptica que se presentaron en el Departamento, y también las posibles alteraciones de la percepción óptica del movimiento en enfermos con lesiones lejanas y ajenas al lóbulo occipital, como, por ejemplo, hemipléjicos: fue sorprendente demostrar que bastaba una afectación cerebral de cualquiera otra localización ajena funcionalmente al lóbulo occipital para que un rendimiento tan sutil como la percepción óptica del movimiento resultara menoscabado.

Con estas premisas, dediqué mi atención al estudio de estas alteraciones en enfermos afectos de psicosis tóxicas, como, por ejemplo, el delirium tremens alcohólico, sobre el cual el neuropatólogo y neuropsiquiatra vienés Paul Schilder, luego psicoanalista, había hecho aportaciones en los años que precedieron a su exilio en Estados Unidos.

En suma, que los primeros años de mi formación, en lo concerniente a mi tarea investigadora, me centré en las afecciones cerebrales orgánicolesionales, una manera como otra cualquiera de no alejarme del principio de unidad de lo físico y lo mental.

Años después, el capítulo de la neurología, como parte de mi disciplina, se amplió a terrenos muy distintos, inherentes a la clínica propiamente dicha: a las enfermedades infecciosas del encéfalo (mi trabajo sobre el tratamiento de la meningitis tuberculosa con isoniacida es el primero que se publica en nuestro país, y me dio pie para observar un curioso síndrome maniaco en niños tratados con ese fármaco, cuando aún se estaba lejos de descubrir las propiedades antidepresivas de la iproniacida), a la epilepsia temporal, a formas excepcionales de enfermedades desmielizantes, como la enfermedad de Devic, etc.

Y al mismo tiempo, naturalmente, a la clínica psiquiátrica propiamente dicha, especialmente a la psicopatología de los fenómenos obsesivos y delirantes. En el año 52 se inauguró la era psicofarmacológica actual con la introducción de los primeros neurolépticos. Esto fue para mí decisivo, aparte razones de carácter práctico, por las consecuencias teóricas que trajo consigo. Me abrió una perspectiva psicopatológica, de la cual aún me nutro: la alucinación y el delirio, los dos síntomas positivos clave, definidores de la psicosis, se modifican hasta desaparecer, no por la amnesia, como en

el electrochoque, sino mediante la crítica lógica que el propio sujeto lleva a cabo: algo que hoy todo psiquiatra puede contemplar sin sorpresa, a medida que sus psicóticos van remitiendo de su psicosis, pero que hace 45 años marcó un hito en la historia de la psiquiatría, o, para ser más concreto, en la historia de la locura. El loco, lo vimos entonces, deja de serlo porque critica su estatus anterior, al que no duda en calificar de loco. Algo totalmente insólito. Esto me permitió introducir métodos lógicos en el análisis de estas formaciones psicóticas, y delimitar, en la alucinación y en el delirio, etapas de degradación sucesiva hasta la recuperación del juicio lógico de realidad. Tanto el delirio como la alucinación quedaron, desde mi punto de vista, redefinidos: la alucinación, no como percepción de lo que no hay, sino como percepción (por tanto, en el campo externo) de una representación (perteneciente al campo interior); y el delirio no como una falsa creencia sino como una interpretación a la que se confiere los rasgos de una denotación, es decir, de evidencialidad. Mis libros *Teoría de la alucinación*, de 1984, y *El delirio, un error necesario*, de 1998, recogen, en una visión de conjunto, lo que hasta entonces había expuesto parcelariamente en trabajos aislados.

Ahora bien, la clínica tiene, sobre otros espacios de investigación, la particularidad del necesario e ineludible encuentro con la persona, con el sujeto. Es cierto que el sujeto debe y puede ser hipostasiado en el ejercicio de la investigación, pero también es cierto reconocer que el enfermo, el sufrimiento del enfermo por su enfermedad, o el sufrimiento del sujeto capaz por sí mismo de llevarle a la enfermedad, y en ambos casos el menoscabo funcional que el síndrome provoca en su organismo, son insoslayables para el médico. Cuando hablo de “sufrimiento” no aludo en manera alguna a una consideración humanitarista del enfermo por parte del médico, porque entiendo que no es esa su misión -la mejor manera de conducirse humanitariamente con un enfermo es diagnosticarle correctamente y curarle, y si no, aliviarle-, sino del sujeto mismo afectado (como se afecta un órgano o un sistema a causa de una enfermedad).

La situación del médico es sustancialmente distinta a la del investigador en disciplinas básicas como la metabólica, la neurofisiológica o la genética: estos, en sus laboratorios, “no ven” al sujeto. El médico se encuentra con el sujeto enfermo de la enfermedad que padece, y también con que al mismo tiempo usa de ella como el ser humano usa de todo de lo que dispone, de sus vestidos, sus joyas, su genealogía, sus conocimientos, sus logros, sus fracasos. Esta situación la suscita la clínica médica en su totalidad, pero más nítidamente la clínica psiquiátrica, porque, aun cuando se encuentren deteriorados los instrumentos de que el sujeto se vale para la construcción del discurso, aun cuando -para decirlo de otra forma- esté menoscabada o incluso abolida la posibilidad de comunicarse como receptor, emisor o de ambas maneras, el sujeto está presente, la enfermedad misma le afecta como sujeto de manera directa e intrínseca, como en la demencia o en la psicosis o en la neurosis; o en ocasiones, en algunos de sus instrumentos particulares: la memoria, el pensamiento, el lenguaje, la sensorpercepción, la motricidad.

Es a finales de la década del 60 cuando, en lo que respecta a mi personal interés por los problemas de la psiquiatría en su conjunto, me centro en la patología del sujeto propiamente dicho. De la depresión al depresivo; de la manía, al maníaco; de la psicosis delirante crónica, al sujeto delirante; de la neurosis, al neurótico. El sujeto enferma desde lo biológico, pero también desde lo psicológico y lo social. A la enfermedad se llega, pues, desde una doble dirección, o biológica o psicosocial, y en ambos casos el perturbado es el organismo y desde él el sistema entorno. Los comportamientos psicosociales de un sujeto biológicamente enfermo no son los mismos que los de uno sano. Pero tampoco un sujeto que sufre por sus frustraciones psicosociales es biológicamente idéntico al sujeto que vive una existencia a gusto. El sujeto es un sistema de la economía del organismo tan fundamental como cualquiera otro para su homeostasis; pero también lo es para la homeostasis psicosocial.

El enfoque primigenio sigue en pie, porque no se trata de un cambio del paradigma monista del discurso psiquiátrico. Allí donde la investigación científicopositiva no llega -o no llega aún-, cabe la aproximación analítica, reflexiva, de los factores biográficos, psicológicos y socioculturales. Mis libros sobre la depresión, de 1966, el de la culpa, de 1970, la propia *Introducción a la Psiquiatría*, de 1978 y 1980, muchos otros que he dedicado a temas que comprenden formas relativamente precisables de

comportamiento, como la incomunicación, el silencio, la envidia, la construcción del personaje, la obscenidad, la sospecha, el odio, la creencia, etc. responden a mis actitudes intelectuales actuales, en las que los problemas psiquiátricos no se plantean bajo postulados distintos a los que denominaríamos genéricamente “problemas psicológicos”, porque no es factible una delimitación estricta de la normalidad frente a la anormalidad. Para escándalo de muchos, no existe aún una teoría de la normalidad, y las tesis de Canguilhem son discutibles en todos los extremos. Probablemente, el concepto mismo de normal es una trampa lingüística, un mal uso del lenguaje, que diría Wittgenstein, un sofisma, como se dijo desde mucho antes. Desde mi punto de vista, normal, anormal, patológico no son territorios distintos, que exijan ser abordados cada uno de ellos de manera singular y diferente, sino formas de comportamiento en situaciones biológicas y/o psicológicas y/o sociales distintas.

Al psiquiatra se le pide, en su práctica cotidiana, que diagnostique el trastorno mental y lo catalogue dentro de unos parámetros nosológicos que son, a su vez, un artificio sujeto al devenir histórico, como lo es toda taxonomía. Si se entiende la medicina como la patología de órganos, aparatos y sistemas, quizá fuera eso tan sólo lo que se le debiera exigir al psiquiatra, del mismo modo que a cualquiera otro médico, especialista en un órgano, aparato o sistema distinto al mental. Pero ¿es posible hacerlo sin que el psiquiatra sea llevado -no encuentro otra manera de expresarme- al hombre, al cual ese órgano, aparato o sistema le pertenece?

Esta no es una cuestión baladí, porque, de contestarse afirmativamente, y de requerirse una pericia en los comportamientos humanos, el psiquiatra se ve, a veces sin quererlo, transportado por fuera de los límites de la psiquiatría, y catapultado hacia la sociología sin ser sociólogo, hacia la antropología cultural sin ser antropólogo, por algunos terrenos estrictamente filosóficos sin ser filósofo, y hasta por la literatura. Pues la literatura no ha sido ni es solamente una forma de divertirse en el sentido estricto de la palabra, es decir, de apartarse de la realidad, sino una vía insustituible de conocimiento del hombre y su entorno, mediante un método casuístico, al modo de una historia clínica. Mucho antes de que supiéramos acerca de los instrumentos de que el hombre dispone en tanto que sujeto, de la percepción, memoria, imaginación, raciocinio, etc. poetas, dramaturgos y novelistas nos dieron idea de cómo era el hombre, qué era dable esperar de él, cuánto había de contradictorio en el seno de sí mismo. Parafraseando a Shakespeare, hay muchas más cosas en el hombre que las que nos enseñan la psicología y la psiquiatría.

Esta dispersión a que los psiquiatras estamos obligados es, por una parte, lo fascinante de nuestra disciplina; y por otra, una pesada servidumbre, a veces una dramática servidumbre. Sé por propia experiencia que nada decepciona más a un paciente de su psiquiatra que advertir cómo le supera en eso que de una manera tan genérica y ambigua llamamos conocimiento del hombre, experiencia de la vida. Esta exigencia que se nos hace como psiquiatras -saber más que nadie del hombre como tal, sano o enfermo es desmesurada, desborda nuestras posibilidades, pero, pese a ello, se nos impone y se nos requiere por parte de la sociedad y de sus estamentos. No hay opción: la experiencia misma lleva indefectiblemente al psiquiatra a derivar desde la enfermedad mental como objeto de diagnóstico y tratamiento, al sujeto enfermo mental que la padece. Cuando se tienen años de experiencia profesional de psiquiatra, uno está abocado indefectiblemente a la modestia, y en actos como éste de hoy se siente obligado a hacerse perdonar el haber tenido en algún momento de su vida la petulancia de creer que podía adquirir, más que cualquier otro profesional de cualquier otra disciplina, médica o no médica, ese tipo de sabiduría que es el conocimiento de las motivaciones del ser humano. Un acto de soberbia y pedantería, sin duda: no estoy en absoluto convencido de que el psiquiatra tenga mejores ni mayores motivos para saber del hombre más que cualquier otro ser humano, si éste se detiene a mirar en los demás y en sí mismo, si es atento, reflexivo y se atreve a ser veraz, aunque sea sólo consigo mismo.

Termino aquí. Doy de nuevo las gracias al Claustro de la Universidad Autónoma de Madrid por el honor que se me hace. Y ahora a todos ustedes por la atención mostrada al escuchar estas palabras mías.