

# Emil Kraepelin y la locura maniaco-depresiva

Kraepelin está nuevamente de moda. Se le cita abundantemente, se le traduce a pesar de las dificultades que entraña su prosa prolija, incluso se leen algunos fragmentos de sus numerosos escritos psiquiátricos. En el terreno de las psicosis, el meollo de sus demarcaciones nosográficas continúa latiendo en las renovaciones periódicas de las clasificaciones internacionales; asimismo, su visión aciaga de la enfermedad y el rol de lastre social que confirió al enfermo mental han preñado de influencias a un sector importante de los especialistas de la salud mental. A la par que se reaniman y extienden sus influencias, algunos autores han tratado también de sacudir con sus críticas algunos aspectos de su sistemática: en el plano epistemológico, su ideología decididamente antifilosófica, ingenuamente cientifista y naturalista<sup>1</sup>; en relación a la coherencia y al rigor de su método de recogida y valoración de los datos clínicos, las inconsistencias cada vez más verificables del escaso material con el que erigió las sucesivas remodelaciones nosotáxicas<sup>2</sup>; en el terreno estrictamente psicopatológico, los artificios que determinaron la invención de la demencia precoz, las parafrenias y la marginación de la paranoia<sup>3</sup>. A pesar de las fragilidades que revelan éstos y otros estudios críticos, su lectura y su referencia siguen siendo hoy en día inexcusables para cualquier aproximación al estudio de la psicopatología psiquiátrica.

Aunque la frase resulte pomposa, bien es cierto que en la historia de la clínica mental hay un antes y un después de Emil Kraepelin. A él le debemos las mayores concrecio-

<sup>1</sup> Se conoce suficientemente el empeño del Profesor Kraepelin por tratar de expurgar la observación científica de cualquier posible contaminación filosófica y moral. Al igual que la gran mayoría de los médicos de su tiempo, Kraepelin consideró la vía de investigación estrictamente somática como la única posible en medicina mental. A este respecto, conviene recordar las palabras críticas del psiquiatra y filósofo Karl Jaspers, quien sintéticamente aseveró: «Que en la ciencia tienen una influencia formativa siempre las nociones filosóficas (y teológicas) dominantes, no puede ser puesto en duda. (...) La ineludibilidad de una actitud filosófica fundamental para el conjunto de una ciencia no significa la necesidad de una paralización de una filosofía» (K. JASPERS, *Psicopatología general*, México, F. C. E., 1993 (1913), pp. 938-939). Sin negar en absoluto el ímpetu que Kraepelin confirió a la investigación científica, Michael Shepherd, apoyándose en las consideraciones pertinentes de Karl Jaspers y Aubrey Lewis, resumió con agudeza el marco y las consecuencias del problema apuntado: «Él fue culpable de lo que los escolásticos medievales llamaron *ignoratio elenchi* y los lógicos modernos denominan *category error*. Tomado en su conjunto, su obra ilustra no sólo el valor potencial sino también las evidentes limitaciones de las ciencias naturales en el estudio del comportamiento humano. Ambas lecciones son hoy altamente relevantes para la teoría y la práctica de la medicina psicológica» (M. SHEPHERD, «Two faces of Emil Kraepelin», *British Journal of Psychiatry*, 1995, n.º 167, p. 182).

<sup>2</sup> Recientemente, en el Congreso de la European Association for the History of Psychiatry celebrado en Munich en septiembre de 1996, M. Weber, en su conferencia de «The Famous Diagnostic Cards: Observations or Preconceived Categories», mostró la precariedad de anotaciones contenidas en las historias clínicas redactadas por el propio E. Kraepelin; en teoría, dicho material fue la base de las distintas elaboraciones nosográficas vertidas a lo largo de las ocho ediciones del *Lehrbuch der Psychiatrie*. Se sabe asimismo, como el propio Kraepelin reconoció, que aún desconociendo el idioma de sus pacientes en su periplo en Dorpat, elaboró y publicó con esas observaciones dos ediciones de su *Libro de texto de Psiquiatría* (Cfr. E. KRAEPELIN, *Memoirs*, Springer, 1987, p. 40).

<sup>3</sup> Sobre este particular hemos insistido en algunas de nuestras publicaciones; véase especialmente «De nuevo la paranoia», en J. M.ª ÁLVAREZ; F. COLINA (dirs.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997.

nes de la orientación atomista de la psicopatología, los logros más notorios en la disección y separación de la patología mental en trastornos y enfermedades mentales independientes. Toda su sistemática, tan pretendidamente naturalista, está jalonada por un empeño indeleble: la aspiración a diferenciar y clasificar el conjunto de los fenómenos de la locura en entidades morbosas homogéneas e independientes; tal pretensión, afianzada especialmente en la obra de L. Kahlbaum, determinó su concepto de enfermedad (*Krankheitsbegriff*), continuamente presente y eje central de toda su elaboración nosológica. Siguiendo a una distancia prudencial la referencia al modelo anatomoclínico y a la parálisis general, las enfermedades por él descritas debían de presentar una etiología idéntica, unas manifestaciones similares, un curso y una terminación homogéneos, y una histopatología particular. Del mismo modo que sus coetáneos y predecesores, también nuestro autor se topó con el escollo infranqueable de la demostración y verificación de la anhelada etiología orgánica, tal y como lo requería la coherencia del modelo. En la misma senda que Falret padre, quien desazonado por los parvos hallazgos anatomopatológicos decidió estudiar la evolución de los cuadros clínicos, iniciando así la dimensión diacrónica de la clínica mental, Kraepelin perseveró en su orientación atomista situando las manifestaciones terminales de los cuadros clínicos como criterio definitivo y esencial; dicho criterio, basado especialmente en la detección de los signos del deterioro intrínsecos a la enfermedad, le permitiría a la postre confeccionar toda su nosografía, especialmente las categorías demencia precoz, paranoia y parafrenia.

Frente a esta orientación atomista y fragmentadora se ha erigido desde antiguo una visión unitaria de la locura. Wilhelm Griesinger, el representante más sagaz e influyente de esta segunda orientación psicopatológica, defendió que la locura («el órgano enfermo de la locura es el cerebro») muestra dos grandes grupos de estados fundamentales de anomalías psíquicas: la producción mórbida de emociones y de estados emocionales, y las lesiones de la inteligencia y de la voluntad. Empero, lejos de dividir el ámbito de las enfermedades mentales (*psychischen Krankheit*) en relación a estos dos polos, los del humor y la razón, Griesinger aseveró: «La observación nos muestra, además, que los estados que forman el primer grupo preceden, en la gran mayoría de los casos, a los estados del segundo, y que estos últimos no son otra cosa que la consecuencia y la terminación de los primeros, pues la enfermedad cerebral no tiene cura. (...) La primera clase incluye las formas de la melancolía, de la manía y el *Wahnsinn* (delirio alucinatorio exaltado); la segunda contiene la locura sistematizada, la demencia parcial y la demencia general»<sup>4</sup>. En efecto, en esta concepción unitaria de la psicosis, tanto la melancolía (*Schwermuth*) como la manía (*Tobsucht*) son concebidas como los primeras manifestaciones, más o menos duraderas, incluso definitivas, de la edificación de la psicosis única (*Einheitspsychose*); por su parte, la alternancia melancolía-manía se explicaba según este modelo como un progreso o un retroceso en el *continuum* de la psicosis.

Bien distinta es en este punto la visión de Emil Kraepelin y sus antecesores más directos: Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger. En 1854, dos de los alumnos más prestigio-

<sup>4</sup> GRIESINGER, W., *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, París, A. Delahaye, 1865, pp. 246-247; traducción francesa de la segunda edición alemana de 1861.

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

sos y rivales de Esquirol, presentaron sus sucintas contribuciones sobre una forma de locura, ya conocida desde la antigüedad<sup>5</sup>, en la que se articulaban los dos polos extremos del humor. La *folie circulaire* de J.-P. Falret nombró un tipo de locura caracterizada por la evolución sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido; su intensidad y duración varían «en el conjunto y en cada uno de sus períodos, tanto en cada uno de los enfermos como en los diversos accesos que se suceden en el mismo enfermo»<sup>6</sup>. Por su parte, la *folie à double forme* de Baillarger consistía en la sucesión y alternancia únicamente de dos períodos, uno de excitación y otro de depresión: «Esta sucesión, en efecto, no ocurre por casualidad; he podido asegurarme de que existen relaciones entre la duración y la intensidad de los dos estados, que no son evidentemente más que dos períodos de un mismo acceso. La consecuencia de esta opinión es que esos accesos no pertenecen propiamente ni a la melancolía ni a la manía, sino que constituyen un género especial de alienación mental caracterizada por la existencia regular de dos períodos: uno de excitación y otro de depresión»<sup>7</sup>.

A lo largo de toda su vida, Baillarger sostuvo contra Falret una encendida disputa por la originalidad de la descripción de la futura psicosis maníaco-depresiva<sup>8</sup>; sus nombres, empero, así como sus contribuciones a esta forma de psicosis, fueron definitivamente relegados una vez que emergió la obra del sin par Emil Kraepelin sobre *das manisch-depressive Irresein*. En efecto, en la locura maníaco-depresiva reunió el Profesor Kraepelin todo el conjunto de las alteraciones maníacas y depresivas, exceptuando la melancolía involutiva hasta 1913, rompiendo asimismo con la idea tradicional de la sucesión y alternancia periódicas de ambas fases. En la octava edición de *Psychiatrie*, nos presentó nuestro autor la versión más depurada de este grupo de «afecciones endógenas» no demenciales, en las que comprendía: la locura periódica y la circular, la manía simple, la gran mayoría de los

<sup>5</sup> Un excelente examen histórico sobre las diferentes relaciones entre la manía y la melancolía puede leerse en S. W. JACKSON, *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*, Madrid, Turner, 1989 (1986), pp. 233-254. En particular, sobre las ideas de Aretete de capadocia: J.-P. HUBER, «Aretée de Cappadoce et la psychose maniaco-dépressive», *L'Information Psychiatrique*, 1985, vol. 61, n.º 10, pp. 1.375-1.386.

<sup>6</sup> FALRET, J.-P., «De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l'alternative régulière de la manie et de la mélancolie» (1854), en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864, pp. 461-462.

<sup>7</sup> BAILLAGER, J., «La folie a double forme» (1854), en *Recherches sur les maladies mentales*, París, Masson, 1890, pp. 143-157 (p. 144). Puede consultarse asimismo nuestra traducción española de dicho texto, así como nuestro artículo introductorio «De la Locura de doble forma a la Psicosis maníaco-depresiva», en *Rev. Esp. Neuropsiq.*, 1995, vol. XV, n.º 55, pp. 671 -680 y pp. 667-670, respectivamente.

<sup>8</sup> Quiso el destino, una vez murieron ambos contrincantes, que estas almas gemelas permanecieran enfrentadas, pero ahora en un remanso de paz. Los bustos de mármol blanco de ambos psiquiatras, uno frente a otro, asoman silenciosos sobre los arbustos del jardín de entrada de la Salpêtrière. Reunidos finalmente y con los labios sellados; ésta es la imagen definitiva con la que concluye esta rivalidad sostenida. Esa es también la imagen que el futuro les reservó: ser citados uno junto al otro —como hace ejemplarmente H. Ey: «Fue en 1854 cuando J.-P. Falret y Baillarger describieron (...)», ser recordados muy a su pesar por la impronta de un tercero (Emil Kraepelin y su locura maníaco-depresiva) que les fue muy ajeno, pero que consiguió que sus nombres se mencionaran en las páginas de historia de la psicosis maníaco-depresiva. Cfr. H. EY; P. BERNARD; Ch. BRISSET, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1969, p. 273. (Sobre los avatares de esta singular querrela, véase el excelente artículo de P. PICHOT, «The birth of the bipolar disorder», *Eur. Psychiatry*, 1995, n.º 10, pp. 1-10).

estados patológicos incluidos bajo la rúbrica «melancolía», y un considerable número de casos de *Amentia*. Además de éstos: «(...) también incluimos ciertas disposiciones patológicas del humor más o menos acentuadas, ya sean periódicas o duraderas, que deben ser consideradas como los primeros estadios de trastornos más graves, y que por otra parte se funden, sin que puedan acotarse límites estrictos, con el conjunto de las constituciones personales. Con el paso de los años he adquirido la convicción, cada vez más férrea, según la cual todos los tipos clínicos arriba enumerados no son otra cosa que formas de las manifestaciones de un único proceso patológico»<sup>9</sup>. Este vasto conjunto de trastornos del humor, separados de la *Dementia praecox* porque «jamás» conducen a una demenciación profunda, comprende los siguientes tipos: «estados maníacos», «estados melancólicos o depresivos», «formas clínicas mixtas» y «estados fundamentales»; todos ellos comprenden asimismo numerosos subtipos<sup>10</sup>. Los *Manischezustände* destacan por el humor expansivo y alegre, que oscila entre la hipomanía y el furor; la fuga de ideas y la necesidad imperiosa de actividad son sus signos esenciales. En el polo opuesto, los *Depressivzustände* se caracterizan por la disforia triste y ansiosa, por la dificultad de pensar y de hacer. La asociación de manifestaciones maníacas y melancólicas que no pueden ser ubicadas en ninguno de los dos estados anteriores conforman los «estados mixtos». Finalmente, los «estados fundamentales» (*Grundzustände*) engloban un conjunto de patologías constitucionales de sintomatología moderada que «deben ser consideradas» como los primeros grados de la locura maníaco-depresiva<sup>11</sup>.

Consejo de Redacción (J. M.<sup>a</sup> A.)

<sup>9</sup> KRAEPELIN, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, vol. III, Leipzig, J. A. Barth, 1913, p. 1.183, 8.<sup>a</sup> ed.

<sup>10</sup> Las formas clínicas maníacas y depresivas se subdividen, respectivamente, en: Hipomanía, Manía furiosa o de atar (*Tobsucht*), Manía delirante y Manía confusa (*deliriose Formen*); Melancolía simple, Estupor, Melancolía grave, Melancolía paranoide, Melancolía fantástica y Melancolía confusa. Entre las numerosas combinaciones que pueden observarse y que dan cuerpo a los «estados mixtos», Kraepelin destaca los siguientes: Manía depresiva, Depresión excitada, Manía pobre en pensamientos (*gedankenarme Manie*), Estupor maníaco, Depresión con fuga de ideas (*ideenflüchtige Depression*), Manía inhibida, Inhibición parcial, Furor colérico (*Zorn-tobsucht*), Manía ergotista y Mezclas parciales. Por su parte, las formas clínicas descritas entre los «estados fundamentales» son cuatro: la constitución depresiva o disforia constitucional (*konstitutionelle Verstimmung*), la constitución maníaca o excitación constitucional (*konstitutionelle Erregung*), la constitución irritable (*reizbare Veranlagung*) y la constitución ciclotímica (*zyklothyme Veranlagung*).

<sup>11</sup> El lector interesado hallará en las páginas que siguen una traducción íntegra del texto dedicado a los *Grundzustände*, extraído del capítulo XI *Das manisch-depressive Irresein* (Cfr. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, cit., pp. 1.303-1.319).