

El término «locuras discordantes» de Ph. Chaslin y el concepto de «escisión esquizofrénica» de E. Bleuler

Trabajo original

Resumen

En este artículo se consideran tres puntos. En primer lugar, se esquematiza el libro sobre semiología mental de Phillippe Chaslin basada en el análisis de los signos de los casos clínicos concretos y de los «tipos clínicos», entre los cuales describe las «locuras discordantes». En segundo lugar, se analiza el concepto de «escisión» (Spaltung) esquizofrénica de Eugen Bleuler como uno de sus «síntomas fundamentales» mediante el cual se describió el orden psíquico infraestructural, cuya naturaleza exige un método semiológico específico. Finalmente, se analiza la afirmación hecha por Bleuler de que podía haber utilizado el término «discordancia» para su concepto de «escisión esquizofrénica» y lo que esto significa.

Palabras clave

*Escisión esquizofrénica
Semiología fenomenológica
Discordancia
Semiología clásica*

Introducción

A pesar de que el libro de semiología de Ph. Chaslin (1912)¹ es posterior a la obra de E. Bleuler sobre esquizofrenia (1911),² Chaslin continúa en su trabajo la forma de aproximación semiológica naturalista y realista a la patología mental que predominó en el siglo XIX. La obra *Elementos de semiología y clínica mentales*, donde analiza según sus criterios el significado de *discordancia*, constituye

Summary

Three issues are considered in this article. Firstly, the book on mental semiology by Phillippe Chaslin is outlined. It is based on the analysis of the signs of specific clinical cases, and of “clinical types”, among which the “discordant follies” are described. Secondly, the concept of schizophrenic “splitting” (Spaltung) by Eugen Bleuler is analyzed as one of its “fundamental symptoms” through which he described the infrastructural psychic order whose nature requires a specific semiological method. Finally, the assertion made by Bleuler stating that he could have used the term “discordance” for his concept of “schizophrenic splitting” and the meaning of this notion are discussed.

Key words

*Schizophrenic splitting
Phenomenological semiology
Discordance
Classical semiology*

una de las expresiones más acabadas de ese modo de hacer semiología. Durante ese siglo la psiquiatría consideraba al semiólogo como alguien que observando metódicamente podía y debía extraer los signos de las enfermedades mentales, entendidas estas como desórdenes objetivos, sin que ese saber integrase la consideración de la relación médico-paciente.

En cambio, el trabajo de Bleuler que introduce el concepto de escisión* es anterior al de Chaslin, se entronca con la evolución

Autor

Humberto Casarotti

Psiquiatra, neurólogo, médico legista.

Traductor al español de la obra de Henri Ey.

Correspondencia:

Presidente Berro 2531

CP 11600 - Montevideo

humberto.casarotti@gmail.com

* Aunque en nuestro medio se acostumbra hablar de «disociación», en este artículo se utiliza «escisión», como lo han hecho los traductores del libro de E. Bleuler para la Editorial Polemos, por ser el que traduce mejor el sentido de Spaltung.

que habían iniciado Kahlbaum y Kraepelin y que, continuada, revolucionó la psiquiatría al centrarla en el saber psicopatológico. En esa línea, la semiología psiquiátrica se convirtió en una lectura psicológica de la realidad mental patológica, y ya no más en puras ideas de cómo sería lo patológico en la vida mental.

Si bien durante el siglo xx la psiquiatría siguió diferentes vías en su desarrollo, una línea fuerte de pensamiento psiquiátrico fue la que entendió necesario proceder de acuerdo con una semiología fenomenológico-estructural. Ese hecho hace necesario preguntarse cuál fue el sentido de la afirmación que E. Bleuler hizo en Ginebra (1926) de que si hubiera conocido la palabra discordancia la hubiese utilizado en lugar del término escisión (*Spaltung*).

I. «Discordancia y locuras discordantes» de Phillipe Chaslin

(A) Del libro de Ph. Chaslin de 900 páginas, basado en la consideración de más de 350 observaciones clínicas, se destacan dos aspectos. Primero, que lo que Chaslin buscó hacer con este libro fue ayudar a aprender al que se interesa por la «medicina mental». Con este objetivo, optó por «presentar a los enfermos tan “vivos” como fuese posible, y al hacer esto, hacerlo —dice— de modo sencillo “solamente clínico, y de la manera más clásica, es decir, tomando en cuenta todos los signos presentes”». Cuando Chaslin hace esta afirmación señala al mismo tiempo que el hacer clínico no significa «para nada hacer psicología patológica». Y en segundo lugar referir el «plan de construcción del libro», donde lo central lo conforman dos partes: en la primera, que ocupa un tercio de la obra, considera la semiología, es decir, los signos que deben ser buscados y valorados para hacer el diagnóstico; en la segunda, que corresponde a casi dos tercios del texto, Chaslin presenta lo que llama «tipos clínicos». Es necesario aclarar que con el término *tipo clínico* no

denomina enfermedades sino enfermos: tipos de enfermos mentales.

(1) Chaslin presenta los signos semiológicos en la 1.^a parte en 27 capítulos organizados en tres categorías. A la mayoría de esos capítulos los titula de modo tradicional, de acuerdo con los tópicos mentales elegidos (atención, memoria, imaginación, emociones, pasiones, etc.); a otros en cambio los refiere como síndromes mentales (confusión mental, retardo mental, demencia), y finalmente en otros capítulos describe otros signos según su evolución o según su causa. Esta manera de presentar la semiología psiquiátrica es correcta desde el punto de vista de lo que constituye el motivo por el cual los pacientes o familiares consultan («tiene olvidos», «está nervioso», «está perdido», etc.). Sin embargo, esos «motivos de consulta» no son los síndromes reales de la patología mental, dado que estos no obedecen a esos puntillados abstractos.³ Es decir que cada uno de los capítulos de esta semiología solo constituye un ángulo de apertura a través del cual es posible percibir toda la patología mental.⁴ Y esto Chaslin lo ha captado, ya que si bien por un lado presenta, según su estilo de semiología analítica clásica, los signos aislados de su contexto psíquico, por otro, ese contexto psíquico aparece una y otra vez cuando describe los signos reales de sus pacientes «vivos».

(2) En la 2.^a parte, Chaslin presenta lo que llama «tipos clínicos». Aunque no fue alumno de J. M. Charcot, su concepto de «tipo clínico» se corresponde al concepto de Charcot de «tipo-idea o ideal» en dos aspectos. Primero, porque piensa igual que Charcot cuando este, al referirse a la patología del sistema nervioso, afirma que lo esencial es la anatomía patológica, «ya que es lo que da a la nosografía caracteres más fijos, más materiales, por así decir, que los síntomas mismos».⁵ Segundo, porque dice lo mismo que Charcot cuando este señala que frente a enfermedades como «la histeria que son como esfinges que desafían la anatomía más penetrante» (cf.⁵, p. 14) hay que buscar su consistencia patológica «en la descripción de los estados morbosos, en sus

* Cuando el psiquiatra entrevista a su paciente: (a) percibe lo que aparece como síntomas, y (b) basado en lo que sabe de patología mental, los interpreta como signos. Como signos de un desorden del orden corporal, o sea, como signos de enfermedad, ya que «la enfermedad o es corporal o no es enfermedad».

síntomas e interrelaciones así como en sus variaciones evolutivas». Chaslin afirma que mientras no se conozca su etiología real (cf.¹, p. 352), la clínica debe guiar al psiquiatra «a la espera de mejores momentos». Entendiendo por «mejores momentos» el logro de una patología mental que vaya más allá de la observación pura, pero afirmando que hasta que ese momento no se alcance es necesario «limitarse a las observaciones».

El método al que ambos autores se refieren es el que Charcot había llamado nosográfico o «método de los tipos»,⁶ donde el «tipo» es la forma ideal de la enfermedad que abarca todas las posibilidades de variación («donde a pesar de la gran variedad aparente de los fenómenos, siempre es la misma cosa»). Eso es precisamente lo propio de la patología mental, que exige que el semiólogo, frente a la variabilidad propia de la vida mental, descubra y reconozca qué es lo típico de un tipo en medio de la atipia de sus manifestaciones. Chaslin dice que eso que se presenta a la observación como una «máscara» es como toda máscara algo que oculta pero que también orienta a lo que está presente detrás de la máscara. Por eso es que Chaslin habla de la máscara de la demencia, de la debilidad mental, del estupor, de la confusión, etc.).

Del plan del libro hay que destacar que Chaslin, basado siempre en la observación, se vio siempre obligado por la realidad estructural de la patología mental a entrecruzar la parte de los signos y la parte de los tipos clínicos e inversamente. Lo cual quiere decir que captó que un síntoma no puede ser desinsertado de la forma de vida mental regresiva, de la cual y por la cual es un «síntoma» de esa estructura.

De ese modo en la parte de los signos: (a) en cada capítulo aparecen diferentes tipos de pacientes y (b) un mismo paciente aparece en varios capítulos.

Lo cual significa dos cosas. Primero, que los diferentes pacientes que aparecen en cada capítulo, por ejemplo, en el capítulo de los trastornos de la atención, presentan un tipo de trastorno atencional que les es característico, y segundo, que cada paciente además de tener

un trastorno en la atención también tiene otros signos (que aparecen descritos con sus características específicas dentro del capítulo correspondiente).

Así se entiende que Chaslin señale explícitamente que para comprender el caso concreto deben relacionarse cuidadosamente las dos partes del libro: la de los signos y la de los tipos clínicos. Y para facilitar al lector ese necesario cruce de información, este autor, lógico y ordenado como el pensador matemático que fue, coloca al final del libro «dos índices que —dice— son los que “median” entre estas dos partes».

Por un lado, un *índice de observaciones* (cf.⁵, p. 925) en el que orienta al lector a los sitios donde, desde diferentes puntos de vista, es estudiado un mismo enfermo. Cuando se quiere conocer el caso completo hay que recurrir a este índice para ubicar los pasajes que en cada capítulo corresponden al mismo caso. Por otro, Chaslin hace un *índice de temas* (cf.¹, p. 935), que orienta al lector a los lugares donde se hace referencia a un mismo signo o a un mismo tipo clínico.

Este aspecto que es relevante en el libro de Chaslin exige responder a dos preguntas.

Primero, *¿qué es lo que Chaslin ha percibido de la patología mental para tener que proceder de ese modo?* Lo que puede afirmarse es que Chaslin, aunque no los conceptuó, percibió los dos aspectos psicológicos centrales de la psiquiatría. Por un lado, que el diagnóstico de síndrome mental tiene prioridad respecto a la etiología. Esto se ve, por ejemplo, cuando señala que en lugar de decir «Delirio alcohólico», se debería decir «alcoholismo con delirio alucinatorio». En relación con esto dice claramente que el diagnóstico que importa desde el punto de vista de la patología mental es el trastorno mental en sí y en sus consecuencias, aunque esta prioridad de lo mental se desdibuje cuando clasifica los tipos clínicos. El otro aspecto psicológico de la psiquiatría es que Chaslin percibió que los signos descritos tradicionalmente (los capítulos de la 1.^a parte) solo son conceptos abstractos y no la realidad mental. Es decir que percibió

el aspecto psicopatológico central de toda la patología mental que consiste en que cada síntoma solo puede ser entendido cuando se ha aprehendido la forma mental regresiva que formatea el síntoma real.*

Y, segundo, Chaslin, que ha captado estos aspectos psicológicos de la clínica psiquiátrica y sobre cuya base construyó su libro, *¿por qué dice, sin embargo, que ese hacer clínico no significa «para nada hacer psicología patológica»?* Esta afirmación parece ser consecuencia de su hipótesis de trabajo, ya que si bien sintió en la práctica cotidiana esa característica estructural de la enfermedad mental, sin embargo su teoría —porque decirse ateórico es tener cierta teoría— le cerraba el paso a los conceptos propiamente psicopatológicos. Estos conceptos son posibles cuando se trabaja con una hipótesis que reconoce la existencia de un orden de realidad corporal psíquica subyacente, como una realidad que se desorganiza y cuyo desorden se expresa en los síntomas manifiestos.

(B) Dentro de los tipos de pacientes o tipos clínicos que pueden construirse mediante la observación y la evolución, Chaslin distinguió, guiado siempre por el criterio etiológico:

(a) algunos que parecen relacionados como causa próxima a trastornos somáticos específicos, y (b) otros que no son más que «modestos síndromes» (cf.¹, p. 12). Dentro de estos tipos clínicos que denominó «modestos síndromes» por no estar respaldados por una anatomía patológica, Chaslin distinguió, por la observación, cuatro subgrupos. Algunos suficientemente diferentes como para ser clasificados (neurópatas y desequilibrados, histeria, melancolía, manía, locuras sistematizadas); y otros tres, en cambio, de difícil caracterización: las locuras agudas, las locuras discordantes, y los tipos clínicos «en espera» (*types cliniques d'attente*).

En la obra de Chaslin, los pacientes, que desde entonces se van a llamar «esquizofrénicos», aparecen como un conjunto al que denominó grupo de las «locuras discordantes». Estas «locuras discordantes son aquellas que tienen por carácter común el presentar una

discordancia (cf.¹, p. 831), una desarmonía entre los síntomas, síntomas que en cierto sentido parecen independientes unos de otros».

Al definir de ese modo la discordancia Chaslin establece una diferencia entre el tipo de las «locuras discordantes» y los otros tipos clínicos. Los otros tipos son las sumatorias de los signos que describe en la 1.^a parte, cada uno según sus características típicas. En cambio las locuras discordantes no corresponden a ningún signo que aparezca con ese nombre como capítulo de la 1.^a parte. Es decir que Chaslin percibió que la discordancia no es un signo como los otros, sino que es «algo presente» que significa que los signos carecen de armonía, incluso cuando parecen ser independientes entre sí. Para explicar esta carencia de unidad era necesario ver más allá de los síntomas observables, es decir, exigía y exige reconocer la existencia de un nivel psíquico cuya desorganización es lo que se manifiesta como desarmonía. Al parecer, Chaslin por el hecho de tomar contacto con los pacientes «tan vivos como fuese posible» sintió la realidad de la discordancia y recurrió a este término, pero no pudo conceptualizar su verdadera naturaleza. Sintió su realidad, pero no pudo definir este signo según su carácter propio. Este fue el trabajo que llevó a cabo E. Bleuler.

II. Disociación (escisión) esquizofrénica y autismo en E. Bleuler, como «síntomas fundamentales»

De acuerdo con lo señalado en la introducción, corresponde ahora considerar la obra de Bleuler sobre esquizofrenia. Su trabajo constituye lo central de una línea evolutiva que fue iniciada por E. Kraepelin⁷ varios años antes y continuada a lo largo del siglo xx. En esta evolución pueden establecerse dos períodos.

El primero, en que Kraepelin al estudiar las formas evolutivas precoces y graves de la *dementia praecox* captó que, por detrás de la variabilidad sintomática, existía una unidad de

* Dos consideraciones pueden facilitar el imaginar la misteriosa alteración que es la discordancia esquizofrénica: (1) Con respecto al riesgo de suicidio en los esquizofrénicos Bleuler dice, al final del capítulo sobre tratamiento, que es mejor no controlarlos excesivamente, porque si se los controla mucho el riesgo se incrementa y, en cambio, si se «los deja hacer lo que quieren», por su modo de obrar discordante terminan no suicidándose. (2) Cuando se ha aprehendido la discordancia en su realidad, se hace evidente que un actor que puede representar otros tipos de patología mental no puede, en cambio, representar a un paciente con esquizofrenia. Es que la discordancia solo puede ser «sentida y pensada», y si alguien buscara representarla teatralmente frente a un psiquiatra su intención de simular la discordancia lo traicionaría, porque se haría evidente su intención de ser discordante, intención que, como tal, es precisamente no discordante.

** Textos publicados en una recopilación hecha por el Dr. J. Garrabé precedida de un prólogo de su autoría (cf. ref. 22).

proceso biológico, ya que las diferentes formas (catatónica, hebefrénica y paranoide) tendían a evolucionar a un tipo de déficit semejante al que denominó *Verblödung* («como un débil tímido»). Progresivamente Kraepelin fue comprendiendo que el «rasgo fundamental común de este cuadro patológico (cf.⁷, p. 151) es la *pérdida de la unidad interna* de la actividad intelectual, emotiva y volitiva» —o ataxia intrapsíquica, como lo había denominado previamente Stransky—. Y dice, del mismo modo que lo va a afirmar Chaslin, que: «esa desarmonía caracteriza toda la conducta de los enfermos», por lo cual (cf.¹, p. 221) «el hecho decisivo para el diagnóstico es siempre el *cuadro completo* de la enfermedad y no el síntoma aislado».

El movimiento siguiente fue el que realizó Bleuler cuando se preguntó qué tienen en común estos pacientes desde el punto de vista psicológico cuando son clínicamente diferentes durante el período de estado. Y como lo que tienen en común no es lo que está en el nivel de los síntomas manifiestos o facultativos, la respuesta que se dio Bleuler descubrió el nivel psicopatológico, el nivel de desorganización corporal mental subyacente. Respuesta que Bleuler estableció distinguiendo «síntomas accesorios» y «síntomas fundamentales».

Los síntomas accesorios son, de hecho, todos los signos clásicos que describe Chaslin, es decir, las manifestaciones que aparecen como señales de la existencia de una desorganización patológica, pero que no definen qué es lo específico de esa desorganización. El carácter de accesorio o secundario de estos síntomas lo destaca Bleuler cuando dice que «todos los síntomas accesorios pueden faltar, y sin embargo el paciente puede seguir siendo un esquizofrénico».

Es en relación con lo que Bleuler llamó «síntomas fundamentales» que el psiquiatra tiene que acceder a otro nivel de análisis semiológico; otro nivel u otro objeto formal, que exige otro método, en suma: un cambio en la aproximación al paciente. Estos síntomas «fundamentales» no podían ser «extraídos por la observación» como se procedía en relación con los síntomas

clásicos. En el caso de un esquizofrénico el psiquiatra captará en el diálogo razonado de la coexistencia que existe una opacidad que es típica de esta forma clínica. En el diálogo que puede parecer superficial, pero que es el tipo de diálogo que se tiene en el mundo humano, el paciente continúa actuando libremente (con el margen de libertad que tiene) y es donde se percibe que algo opaca las relaciones de comprensión. Actitud de «comprensión» que K. Jaspers y W. Dilthey llamaron *Verstehen*⁸⁻¹⁰ y que implica: (a) la penetración de la vivencia, (b) la observación de la conducta y (c) la interpretación de su significado.

Lo que permite descubrir los «síntomas fundamentales» de la esquizofrenia es el fracaso de esa actitud de comprensión que constituye el fundamento de la coexistencia normal. «Síntoma fundamental» que Bleuler definió como «lo peculiar que presentan los síntomas». Peculiaridad de la que Chaslin percibió su carácter estructural y que describió minuciosamente en los signos de la 1.^a parte pero que sin embargo no pudo expresarlo conceptualmente.

Lo que según Bleuler diferencia los síntomas accesorios de los fundamentales no es su complejidad sino su naturaleza. Cuando se comprende esta diferencia de naturaleza que hay entre los dos tipos de «síntomas» es que se hace posible captar en qué se distinguen el término de discordancia en Chaslin, puramente descriptivo y adjetivo, y el concepto de *Spaltung* en Bleuler. Este concepto (igual que el de sejunción de Wernicke,¹¹ el de disociación de P. Janet,¹²⁻¹⁴ y otros,¹⁵ de significación variada) es inédito y, como dice E. Minkowski,¹⁶⁻¹⁸ implica reconocer que la aprehensión de los síntomas mentales supone dos perspectivas. Una, donde el síntoma «accesorio» es captado como manifestación a nivel de la vida mental facultativa, supraestructural, y otra, donde «lo fundamental» es la aprehensión del tipo de desorganización psíquica infraestructural de la que dependen las manifestaciones. Es decir, aquello que formatea los síntomas, aquello que hace que los síntomas sean lo que son: «síntomas de tal tipo de desorganización».

Lo «fundamental» de cada tipo es lo que estructura los «síntomas», es lo que los hace ser «síntomas de tal estructura».

III. Sobre la base de lo dicho se hace posible entender el sentido real de la frase de Bleuler cuando, durante el Congreso de Médicos, Alienistas y Neurólogos franceses (Ginebra, 1926) dijo que «si hubiera conocido la palabra discordancia la hubiese utilizado en lugar del término *Spaltung*».¹⁹ Evidentemente esta afirmación no fue solo un cortés reconocimiento al término descriptivo de Chaslin, por el que hubiera utilizado discordancia en lugar de escisión, sino que fue expresar mejor con la palabra «discordancia» el concepto de «escisión» (*Spaltung*) que había introducido en 1911.

En el contexto de Chaslin «discordancia» era un término adjetivo para describir la falta de coherencia de diversos síntomas. A Bleuler «discordancia» le pareció un mejor término, pero para expresar un concepto diferente al de Chaslin: el del tipo de alteración en la coexistencia que caracteriza al proceso esquizofrénico. Lo que en 1911 denominó un «síntoma fundamental», la «escisión» (*Spaltung*), pasará a ser en 1926 «discordancia». Todo paciente psiquiátrico, también el esquizofrénico, pone de manifiesto su trastorno en el diálogo con los demás. Y en el caso del esquizofrénico ese trastorno es un proceso donde operan fusionadamente el déficit primario de cohesión (o *Zerspaltung*), y la escisión progresiva secundaria (o *Spaltung* sistemática) que el esquizofrénico lleva a cabo «intencionalmente». Operación de fragmentación de la persona que, al decir de J. Wyrsh,²⁰ transforma al paciente en un ser autista, haciéndolo centro de un «mundo propio y cerrado» (*Eigenwelt*). Seres que son diferentes, esencialmente individuales donde ninguno es igual al otro. No el tipo de diferencia que el hombre establece cuando en su normalidad psíquica normatiza su vida según sus valores propios, sino la diferencia de no poder acceder a coexistir en un mundo común que, permitiendo el acceso a las instituciones humanas, hace posible el proyecto

de ser persona. El trastorno esquizofrénico, haciendo actual la «latencia letal» (Bichat) del organismo mental libera las virtualidades pulsionales que, operando sin dirección personal, escinden progresivamente al ser, haciéndolo cada vez más *personne*, es decir, «nadie» (en francés: «une personne personne»). Pero un «nadie» que sigue obrando como alguien —como el yo esquizofrénico que es— y que así manifiesta su tragedia: la de que solo puede relacionarse con los otros de modo discordante, desconcertante, dado que vive autísticamente. En el pensamiento de Bleuler autismo y discordancia expresan una misma realidad: la de una forma de desorganización progresiva que posibilita que alguien «intencione involuntariamente» su propia destrucción, y que al hacerlo lo haga «discordantemente», desconcertantemente.*

Uno de los mejores textos para comprender y aprender lo típicamente desconcertante de estos modos de existir patológico con que los esquizofrénicos se relacionan con los demás es el publicado por H. Ey en la *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* en 1955.^{21, **, 22} El análisis de la estructura negativa (*la discordancia según sus 4 ítems: ambivalencia, extravagancia, impenetrabilidad y alejamiento*) y el de la estructura positiva (*el autismo, como forma de existir delirante que lleva progresivamente a dejar de ser delirante temáticamente*) es un texto magistral que hace evidente que la epifanía «autística» es apocalípticamente «discordante».

Además, el trabajo de H. Ey aportó dos desarrollos claves para la comprensión psicopatológica de la esquizofrenia. El primero, su idea de que las formas naturales de la esquizofrenia deberían ser caracterizadas según su potencial evolutivo como «formas de evolutividad severa, media o leve».²³ Y el segundo, su demostración de que captar el carácter propio del déficit persistente en que consiste el desorden esquizofrénico solo es posible cuando se ha captado lo que define a las psicosis agudas, y en especial a las formas de psicosis delirantes agudas.²⁴⁻²⁶

Si bien es posible afirmar que Chaslin por prudencia consideró que el grupo de las «locuras discordantes» era un «grupo provisorio», sin embargo la palabra «discordancia» hizo historia. Por haber nacido del contacto vivo con estos pacientes esta palabra proporcionó a la semiología un término al que Bleuler cargó de significado psicopatológico. Bleuler consideró que el término «discordancia» expresaba mejor que «escisión» el déficit mental específico que caracteriza a los pacientes esquizofrénicos.

Referencias bibliográficas

1. **Chaslin Ph.** *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris: Asselin et Houzeau; 1912. [Traducción al español: *Elementos de semiología y clínica mentales* (2 tomos). Buenos Aires: Polemos; 2010].
2. **Bleuler E.** *Dementia Praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Univ. Press; 1950. [Traducción al español: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Paidós; 1960] [Traducción al francés: *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris-Clichy: EPEL/GREC; 1993] [Traducción al español: *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Polemos; 2011].
3. **Ey H.** Discussion à propos de: Rebufat P. La notion d'espace et son utilisation en psychopathologie, *Entretiens psychiatriques*, 10, Toulouse: Privat, 1964: 209-211.
4. **Ey H.** Discussion à propos de: Hécaen H. La notion de schéma corporel et ses applications en psychiatrie. *Evol Psychiatr* 1948; 13:120-121.
5. **Charcot JM.** *Leçon d'ouverture. Clinique des maladies du Systeme Nerveux*, t. III: 1-22, Paris: Delahaye & Lecrosnier; 1887.
6. **Charcot JM.** *L'hystérie (textes choisis per E. Trillat)*, Toulouse: Privat; 1971.
7. **Kraepelin E.** *La demenza precoce*. In: *Tratatto di Psichiatria* (trad. al italiano), vol. II, cap. V, pp. 143-231; Milano: Valardi; 1907.
8. **Jaspers K.** *General psychopathology*, 7th ed. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press; 1997, pp. 27-31.
9. **Ghaemi SN.** *The concepts of psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press; 2003, pp. 78-93.
10. **Ghaemi SN.** *The rise and fall of the biopsychosocial model*. The Johns Hopkins Univ. Press; 2003, pp. 159-183.
11. **Wernicke von C.** *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos; 1996.
12. **Garrabé J.** *La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs*. *Evol Psychiatr* 1999; 64:717-726.
13. **Garrabé J.** *Dictionnaire taxinomique de psychiatrie*. Paris: Masson; 1989; cf. *Discordance et folies discordantes*, p. 61; *Dissociation*, p. 63.
14. **Thoret Y, Giraud AC, Ducerf B.** *La dissociation hystérique dans les textes de Janet et Freud avant 1911*. *Evol Psychiatr* 1999; 64:749-764.
15. **James T.** *Dédouplements*. *Evol Psychiatr* 1999; 64:739-748.
16. **Minkowski E.** *La gènese de la notion de schizophrénie et ses caractères essentielles*. *Evol Psychiatr*. Paris: Payot; 1925, pp. 193-236.
17. **Minkowski E.** *Les notions bleulériennes. Voies d'accès aux analyses phénoménologiques et existentielles*. *Ann Med Psychol* 1957; 115, 2: 833-844.
18. **Minkowski E.** *De la démence précoce a la schizophrénie*. In: *Traité de Psychopathologie* (Chap. V). Paris: Presses Univ. de France; 1966, pp. 80-108.
19. **Bleuler E.** *La schizophrénie. Rapport de Psychiatrie*. In: *Congrès des Médecins, Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française*. XXX^e session, Gèneve-Lausanne; 1926, pp. 3-23
20. **Wyrsh J.** *La persona del esquizofrénico*. Madrid: Morata; 1952.

21. **Ey H.** Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses délirantes chroniques (Les organisations vésaniques de la personnalité). Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (2), 3728, 1955 [Ey H. Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques. Préface J. Garrabé. Les Empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson; 1996, pp. 145-344]
22. **Ey H.** Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques. Préface J. Garrabé. Les Empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson; 1996, pp. 357-364.
23. **Ey H. et Bonnafous-Sérieux.** Études cliniques et considérations nosographiques sur la “démence précoce”. Ann Med Psychol 1938; 96, 1:151-181, 2: 360-394 [Ey H. Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques. Préface J. Garrabé. Les Empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson; 1996, pp. 107-117]
24. **Ey H.** Études psychiatriques, III t. Structure des psychoses aiguës et destruction de la Conscience. Bruges: Desclée de Brouwer, 1954 [Trad. española: Estructura de las psicosis agudas y desestructuración de la conciencia. Estudios psiquiátricos (II vol.). Buenos Aires: Polemos ; 2008]
25. **Ey H.** Etat actuel de nos connaissances sur le groupe des schizophrénies, 2è. Congrès mondial de psychiatrie (Zürich, septembre 1957), Evol Psychiatr, 23, 1958, 3:685-692.
26. **Ey H.** Les problèmes cliniques des schizophrénies. Evol Psychiatr, 23, 1958, 2: 149-211. [Ey H. Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques. Préface J. Garrabé. Les Empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson; 1996, pp. 365-412]