

PSIQUIATRÍA DESDE LA ACTITUD PERSONALISTA. LA PROPUESTA DE KURT SCHNEIDER

PSYCHIATRY FROM PERSONALISTIC ATTITUDE. KURT SCHNEIDER

Pilar FERNÁNDEZ BEITES
Facultad de Filosofía UCM
pilferna@ucm.es

RESUMEN: El objetivo de este artículo es mostrar que el marco conceptual que reduce la psiquiatría a una ciencia empírica, dejando al margen a la filosofía, es claramente insuficiente. Para ello se recupera la propuesta del psiquiatra Kurt Schneider y se muestran sus paralelos con fenomenólogos como Edmund Husserl o Max Scheler. El artículo se centra en la distinción entre motivo y causa, que es fundamental en la definición de neurosis y psicosis, y que es también el núcleo de la argumentación de Husserl cuando aboga por la “actitud personalista”, frente a la “actitud naturalista”.

PALABRAS CLAVE: psicosis, enfermedad, Husserl, Scheler, Jaspers

SUMMARY: The aim of this article is to show that the conceptual framework that reduces psychiatry to an empirical science, leaving philosophy aside, is clearly insufficient. For this purpose, the proposal of psychiatrist Kurt Schneider is recovered and compared with phenomenologists such as Edmund Husserl or Max Scheler. The article focuses on the distinction between motive and cause, which is fundamental in the definition of neurosis and psychosis, and which is also the core of Husserl’s argumentation when he defends “personalistic attitude” as opposed to “naturalistic attitude”.

KEYWORDS: psychosis, disease, Husserl, Scheler, Jaspers

El fuerte desarrollo de la tecno-ciencia que se inició en la Modernidad ha logrado prescindir ya casi por completo de esa “filosofía como ciencia estricta” que todavía reivindicaba a inicios del pasado siglo el fundador de la fenomenología, Edmund Husserl, y con ello ha logrado restringir el término “ciencia” a las ciencias empíricas. Fuera de las ciencias están las “artes”, entre las cuales se incluye absurda y arbitrariamente a la filosofía. En consecuencia, la psiquiatría que pretenda ser hoy una ciencia tendría que concebirse al modo de una ciencia “empírica”, es decir, de una medicina como “biología aplicada” que se ocupa de un ser vivo concreto, como es el hombre. Pero, según la conocida sentencia de Husserl, “meras ciencias de hechos hacen meros hombres de hechos”. Por ello considero que la psiquiatría no debería ser nunca una ciencia de hechos, pues así el hombre quedaría convertido en un mero hecho, en un conjunto de datos biológicos. Frente a estas posiciones científicistas cada vez más frecuentes, creo que debemos seguir manteniendo una “actitud personalista”, también reivindicada por Husserl, en la que el ser humano sea tratado siempre como “persona”, es decir, como un ser que no se reduce a un sistema biológico (o bioquímico o neuronal...).

La persona tiene, desde luego, un cuerpo biológico (*Körper*), del que se ocupa la medicina entendida como rama de la biología, pero también posee una mente o psique o conciencia, que hace que el hombre, lejos de reducirse a un ser vivo centrado en un entorno (*Umwelt*), se caracterice por su apertura o distancia al mundo (*Welt*). Esto implica que, para poder entender al hombre, a la biología haya que añadirle, de primeras, otra ciencia que es la psicología. El médico en su sentido más habitual se ocupa de curar la enfermedad corporal, de restaurar la salud corporal, y el psicólogo clínico o el psiquiatra se ocuparía de curar la mente, de restaurar la salud mental; sería algo así como el médico de la mente –como el filósofo era el cuidador o médico del alma en la filosofía clásica–. Pero aquí volvemos a tropezar con el mismo problema, porque si la psicología o la psiquiatría pretende ser una ciencia, si no quiere ser reducida a arte, tiene que dejarse transformar de nuevo en ciencia empírica y centrarse así en conductas externas o neuronales, de manera que la psiquiatría se clasificaría como rama de la biología: el psiquiatra se ocuparía de tratar causalmente las particulares partes del cuerpo que regulan la psique.

Pero este marco conceptual que reduce la psiquiatría a una ciencia empírica, dejando al margen a la filosofía, resulta claramente insuficiente. Por ello mi propuesta es volver a pensar las teorías de ciertos psicólogos o psiquiatras que eran médicos y también filósofos; en concreto, mi ensayo se centrará en la teoría de

Kurt Schneider. Este reconocido psiquiatra dialoga con Karl Jaspers, también psiquiatra y filósofo, y en sus escritos se encuentran claros paralelos con la teoría de Max Scheler (fundador de la antropología filosófica y la fenomenología de los valores), con quien se doctoró en 1921¹. En España, José Luis López Ibor se ocupó de la teoría de Schneider, teniendo también en cuenta las ideas de Max Scheler, y elaboró su propia teoría de la “timopatía ansiosa” (Ibor, 1966), pero sus líneas de investigación no parecen haber encontrado la repercusión que merecen.

1. Kurt Schneider y la actitud personalista

Como es sabido, Husserl distingue la “actitud naturalista” (*naturalistische Einstellung*), que es la propia del científico empírico, y la “actitud personalista” (*personalistische Einstellung*), que es aquella en la que se da el mundo personal. Por su parte, Schneider reconoce en la psiquiatría el ámbito naturalista (biológico), pero lejos de absolutizarlo y caer así en el “naturalismo” que Husserl critica con dureza, propone delimitar dicho ámbito tomando como punto de partida lo que en términos husserlianos denominaríamos una actitud personalista, que evita que la psiquiatría se convierta en mera biología aplicada.

En efecto, en tanto que psicólogo clínico, Schneider no sólo busca una teoría acerca de la mente, sino que intenta curar la mente, evitar sus “anomalías” y para ello se ocupa de explorar el amplio campo de las “anormalidades psíquicas”, proponiendo la siguiente clasificación en dos grupos bien diferenciados. En primer lugar, hay las “*variedades (Spielarten) anormales del psiquismo*”, en la que se incluyen las denominadas “neurosis” (aunque veremos que Schneider prefiere no utilizar este último término hoy habitual). En segundo lugar, hay las anormalidades que son “*consecuencia de enfermedades (y de malformaciones)*”, en la que se incluyen las “psicosis”. Y aquí el término “enfermedades” mantiene su sentido médico estricto de enfermedad biológica (alteración somática u orgánica) y, por tanto, es análoga a las enfermedades que trata el médico normal, es decir, el no psiquiatra, que se ocupa sólo del cuerpo y no de la psique.

Pues bien, la interesante propuesta de Schneider consiste en defender que el nivel biológico de la psicosis sólo puede delimitarse desde el ámbito estrictamente psicológico de las neurosis. En efecto, para tratar la parte biológica de las

¹ Cf. Janzarik (2001), pp. 243-263.

anomalías psíquicas tenemos que recurrir, sin duda, a la medicina como ciencia empírica, que es a lo que se limitaría el psiquiatra naturalista, de modo que su función consistiría en administrar los medicamentos necesarios o realizar las operaciones pertinentes. Pero la tesis de Schneider es que las anomalías psíquicas no pueden entenderse sólo desde esa perspectiva biológica, porque para delimitar el mismo ámbito biológico de las psicosis es necesario recurrir al nivel estrictamente psicológico, o mejor, psico-filosófico, que está ya en el plano personalista.

Teniendo esto en cuenta, Schneider toma mucho interés en describir con todo el rigor exigible el nivel estrictamente psíquico (es decir, no biológico) y lo caracteriza como el ámbito de nuestra vida mental en el cual se producen lo que denomina las “reacciones a vivencia” (*Erlebnisreaktionen*), que, como tendremos ocasión de ver, son las reacciones “motivadas”. El nivel psíquico (no biológico) quedará así situado en el ámbito de la motivación. Y es únicamente desde dicho nivel de la motivación desde donde podrá deslindarse el ámbito biológico de las psicosis, que ya no son reacciones a vivencia, sino el mero resultado de causas biológicas.

Pero antes de entrar a fondo en estas cuestiones, me permito recordar algunas ideas de Husserl que nos ayudarán a entender la teoría de Schneider, porque, según defendió el fundador de la fenomenología², el ámbito de la “motivación” (*Motivation*) o del sentido constituye precisamente la *ley fundamental* del mundo “personal”, frente a la “causalidad” (*Kausalität*) que rige en el mundo “natural” (Beites, 2013).

Husserl reconoce, desde luego, que las relaciones de causalidad que acontecen en el mundo natural son las que a todos nos resultan más familiares: la causalidad de una piedra que golpea el suelo o que quiebra una rama. Pero añade que también en el mundo personal (o espiritual, pues en alemán se habla de “ciencias del espíritu”, no de “ciencias humanas”), existe una causalidad —un “porqué”—, a la que denomina “motivación”, para distinguirla de la causalidad natural. Así Husserl logra introducir el “porqué” de la motivación, frente al “porqué” causal. Dicho con sus palabras, la motivación o “causalidad personal” es:

² En *Ideas II* (Husserl, 1991) se tematiza la distinción entre actitud personalista y naturalista. En concreto, para el tema de la motivación puede consultarse el capítulo 2 de la sección tercera, que lleva por título “La motivación como ley fundamental del mundo espiritual” (§ 54-61); especialmente el párrafo 56 titulado “La motivación como legalidad fundamental de la vida espiritual”. Cf. también los apéndices correspondientes, sobre todo, el apéndice XII.

la expresión general para el modo en que los hechos espirituales aparecen ‘sobre la base’ de otros hechos o ‘porque’ éstos han aparecido. Y esta conexión del ‘por qué y porque’ (*Warum und Weil*) es una conexión que cae ella misma por completo en el ámbito espiritual y es ella misma algo espiritual (Husserl, 2004, p.109).

La motivación nos sitúa en el nivel de la “comprensión” (*Verstehen*), propio de las ciencias humanas (ya reivindicado por Dilthey), de modo que la comprensión por motivos se opone a la “explicación” (*Erklären*) por causas, característica de las ciencias naturales. El biólogo explica un fenómeno como la sonrisa acudiendo a causas fisiológicas, mostrando cómo los músculos o las zonas cerebrales intervienen en los tipos de sonrisa (distinguiendo, por ejemplo, la sonrisa espontánea de la sonrisa artificial, denominada “piramidal” por referencia al tracto piramidal), pero el investigador personalista intenta comprender el motivo de la sonrisa o de la risa, o de la furia o del odio; y el historiador o el psiquiatra personalista quieren comprender también los motivos de los hombres, es decir, el por qué los hombres se comportan o se han comportado de tal o cual manera.

Dicho en los términos que hoy son más habituales, los “motivos” reivindicados por Husserl desde la actitud personalista deben ligarse a la llamada casualidad “de arriba a abajo” (*top-down*) o “hacia abajo” (*downward*). Y las “causas” deben entenderse como meras causas eficientes, que son las que generan la causalidad “de abajo a arriba” (*bottom-up*) o “hacia arriba” (*upward*). Como sostiene un reconocido psiquiatra actual, Thomas Fuchs, estos dos tipos de causalidad son “circulares” (*feedback*) (en el ser vivo la causalidad de arriba-abajo es del todo a las partes y la de abajo-arriba es de las partes al todo) y, además de la causalidad “vertical”, que es la que se produce en el individuo, hay una causalidad “horizontal”, que liga al ser vivo con el entorno. En el hombre la causalidad horizontal se puede aplicar a su relación con las otras personas del entorno social y así Fuchs puede defender que las “enfermedades mentales” no son enfermedades del cerebro, sino que “son siempre enfermedades de la persona y sus relaciones con otras personas” (Fuchs, 2012, p. 342). Esto es lo que se denomina una “concepción ecológica de la enfermedad mental”, que implica una “concepción ecológica del cerebro” (Fuchs, 2017), y como vemos, en este planteamiento actual el término “enfermedad” se emplea ya en un sentido amplio, no meramente biológico, sino personalista.

2. Las “reacciones a vivencia” normales y las anormales (lo psicopático)

Entro ya en la descripción que lleva a cabo Schneider del nivel psíquico de las reacciones a vivencias. Como indiqué, se trata de un nivel “reactivo”, de reacción a una vivencia *previa* y esto significa que se trata de reacciones “motivadas” (frente a lo causado biológicamente). En las reacciones a vivencias hay las reacciones “normales” a vivencia, pero también hay las reacciones “anormales” a vivencia, que son el objeto propio del psiquiatra o del psicólogo clínico y quedaban incluidas en el grupo de las “*variedades (Spielarten) anormales del psiquismo*”³.

En este punto, Schneider señala que el psiquiatra se ocupa tan sólo de las anomalías graves, que son las que requieren tratamiento, y no de las anomalías que coexisten en cualquier persona con la normalidad. Además, aclara que estas reacciones anormales suelen denominarse “neurosis”, pero prefiere no utilizar este término debido a su procedencia etimológica, que remite a los nervios. Los nervios son un factor biológico y por ello considera Schneider que el vocablo neurosis debería emplearse, más bien, para nombrar las anomalías del grupo contrario, que eran las psicosis (Schneider, 1946⁴, p. 28. Trad. Schneider, 1997, p. 75). Debido a esto, intenta evitar el término “neurosis” (que utilizamos hoy de modo generalizado, sin que se nos venga a la cabeza su etimología) y habla de “anormalidades psicopáticas”. De manera que, en su terminología, “lo psicopático” o el psicópata (no el neurótico) se distingue del ámbito de la psicosis, es decir, de “lo psicótico”.

³ En las cuales se incluyen, además, las “disposiciones intelectuales anormales” y las “personalidades anormales”, es decir, los rasgos de la personalidad, intelectuales y afectivos respectivamente, que son “congénitos”.

⁴ Este libro, *Beiträge zur Psychiatrie* (primera edición de 1946), fue titulado *Klinische Psychopathologie* en su tercera edición de 1950. Siempre que sea posible citaré la primera edición, indicando entre corchetes los añadidos a dicha edición. Para la traducción utilizaré la versión de Schneider (1997), aunque introduciré modificaciones cuando lo considere necesario.

Conviene aclarar que el primer capítulo de *Beiträge zur Psychiatrie*, titulado “Compendio de patopsicología de los sentimientos e impulsos” (“*Pathopsychologie der Gefühle und Triebe im Grundriß*”), pasa a ser un “Apéndice” final en *Klinische Psychopathologie* (por no tener una clara dimensión clínica, sino más bien filosófica). El segundo capítulo de *Beiträge zur Psychiatrie*, titulado “Reacciones anormales a vivencias”, se convierte en el capítulo tercero de *Klinische Psychopathologie*. Y el tercer capítulo de *Beiträge zur Psychiatrie*, “Hallazgos psíquicos y diagnóstico psiquiátrico”, pasa a ser el último de *Klinische Psychopathologie*, bajo el nuevo título de “Ciclotimia y esquizofrenia”.

Transcribo ya la definición que propone Schneider de las reacciones a vivencia normales, para poder entrar luego en las reacciones anormales o psicopáticas:

una *reacción a vivencia* es la *respuesta sentimental* motivada y con sentido *a una vivencia* (*eine Erlebnisreaktion ist die sinnvoll motivierte gefühlsmäßige Antwort auf ein Erlebnis*) (Schneider, 1946, p. 23. Trad. Schneider, 1997, p. 67). O, expresado de modo más breve, es una “reacción con sentido a vivencias (*sinnvolle Reagierung auf Erlebnisse*) (Schneider, 1946, p. 27. Trad. Schneider, 1997, p. 74).

Conviene ya indicar que, en la magnífica traducción de A. Sánchez Pascual, el término “*Erlebnisreaktion*” (reacción a vivencia) ha sido vertido como “reacción vivencial”, pero, en mi opinión, no es la opción más acertada, porque en ella se pierde la idea de que en esta reacción se parte de una vivencia previa a la que se reacciona. Dicho con más claridad, no se trata sólo de que la reacción sea una vivencia, sino de que la reacción lo es *a una vivencia*; a una vivencia que funciona como “motivo” para la reacción del sujeto; por ello prefiero la traducción más literal “reacción a vivencia”⁵, que deja claro que se trata de un término técnico.

Schneider explica el carácter reactivo de la afectividad, su ser reacción a vivencia, recurriendo al modo de expresarnos en el lenguaje cotidiano. Una tristeza o depresión “reactiva, motivada” es “la tristeza por algo”. Igualmente, en el caso del terror (*Schreck*), un terror motivado es el terror “por algo” o de algo (*über etwas*), que debe distinguirse de la reacción causal (acto “reflejo”), en la cual uno se aterroriza “a causa de algo” (*durch etwas*)⁶; a causa, por ejemplo, de la impresión sensorial de una explosión. En el terror motivado hay una “reacción a la *vivencia* del *contenido* del terror”, no se aterroriza uno a causa de una impresión sensorial (un fuerte ruido), sino que el terror es “por” el significado (*Bedeutung*) de una percepción sensible, como sucede también cuando escuchamos las palabras casi inaudibles que comunican una noticia terrorífica (Schneider, 1946, p. 34. Trad. Schneider, 1997, p. 82).

⁵ Como veremos, la reacción puede denominarse “reacción *de respuesta*” (o directamente “respuesta”), porque la respuesta lo es justamente *a una vivencia*, o mejor, a lo valioso o disvalioso dado en una vivencia.

⁶ El traductor elige “por” y “de” para traducir respectivamente *durch* y *über*. Pero *über* también admite la traducción “por”, que es la que, por mi parte, he utilizado, porque así se hace en otros autores. Teniendo esto en cuenta, *durch* lo he traducido como “a causa de”, pues esto nunca puede resultar confuso.

Es importante señalar que estas reacciones a vivencia se corresponden con lo que Max Scheler denomina “reacciones de respuesta emocionales” (*emotionale Antwortsreaktionen*), y con lo que Dietrich von Hildebrand, denomina “respuestas afectivas” (en las cuales debemos incluir las normales y las anormales). Ambos fenomenólogos hablan de respuesta que lo es “por” algo o “de” algo (“über”, “an”, “wegen”), siendo ese algo su “motivo”. Y estos “por” o “de” algo se distinguen del “a causa de» algo, que caracteriza el nivel causal⁷.

En concreto, Scheler muestra que en la vivencia a la que se reacciona no se capta algo sólo neutral, sino algo valioso o disvalioso, dándose dicho valor mediante la intencionalidad originaria del “percibir afectivo” (*Fühlen*). Es decir, se capta el carácter disvalioso de una situación en el percibir afectivo y ese disvalor motiva la reacción que lo es “por” dicho disvalor. Por mi parte, a esta intencionalidad de respuesta he propuesto denominarla “intencionalidad secundaria”, pues su objeto intencional, el motivo al que responde, es el dado en el acto previo de percibir afectivo, que es quien posee la “intencionalidad primaria” (Beites, 2013).

Si volvemos al ejemplo de Schneider, cuando me dan la noticia de una explosión cercana, reconozco la situación como peligrosa (disvaliosa) y esto motiva el terror que lo es “por” lo peligroso de dicha explosión (en los términos menos precisos de Schneider, éste sería el “significado” de la percepción). Sin embargo, el impacto sensorial del ruido de una explosión o de un fuerte portazo también puede causar en mí un estado emocional no intencional, un mero sobresalto sin objeto (un “acto reflejo”, en la terminología de Schneider), que en ningún caso tendría por objeto la puerta cerrada o la explosión.

Para explicar la reacción a vivencia, Schneider parte de la definición propuesta previamente por Karl Jaspers, que conviene recordar aquí. Según Jaspers, las “auténticas reacciones (echten Reaktionen)”⁸ son aquellas reacciones “cuyo contenido (Inhalt) está en relación comprensible con la vivencia, que *no* se habrían producido sin la vivencia y que dependen en su curso de la vivencia y de sus relaciones” (Jaspers, 1965, p. 320. Trad. p. 446).

⁷ Un filósofo analítico, pero próximo a la fenomenología, A. Kenny, opone con maestría el “por” (“at”) al “a causa de” (“because of”): enfado por lo que dices, frente a enfado a causa del hambre (Kenny, 1979, p. 74).

⁸ He de precisar que Jaspers incluye las reacciones psicóticas en las “reacciones patológicas a vivencias” y por ello a las reacciones neuróticas las denomina “auténticas reacciones”.

Además, Jaspers señala como característica de la reacción el tener un motivo comprensible y entiende por tal “*el motivo (Anlaß)*, que estando en una estrecha ligazón temporal con el estado reactivo, es suficiente para nuestra comprensión. Entre el *contenido (Inhalt)* de las vivencias y el contenido de la reacción anormal existe una relación comprensible. (...) En particular, con el cese de las causas desaparece también la reacción anormal” (Jaspers, 1965, p. 327. Trad. p. 455).

Por su parte, Schneider parafrasea los criterios de Jaspers del modo siguiente:

1. El estado reactivo no habría aparecido si no existiese una vivencia que lo causase. 2. El contenido de este estado, su tema (*Inhalt, Thema*), posee una relación comprensible con su causa (*Ursache*). 3. En su curso en el tiempo el estado depende de su causa, y, en especial, ese estado cesa cuando su causa desaparece. Ejemplo: una madre se preocupa por la enfermedad de su hijo; no se preocuparía si el hijo no hubiera enfermado. El contenido de las preocupaciones de la madre es esa enfermedad. Las preocupaciones oscilan de acuerdo con el curso de la enfermedad y cesan cuando ésta ha curado (Schneider, 1946, p. 23. Trad. Schneider, 1997, p. 67).

Sobre esta definición, en la que vemos que el término “causa” se emplea como equivalente a motivo (ya Sócrates se refería a los motivos como las “auténticas causas”), Schneider elabora la suya propia. En ella acepta la primera condición de Jaspers, de modo que la reacción exige una vivencia que la motive. También acepta la segunda, según la cual la reacción ha de estar referida al motivo inicial, la enfermedad del hijo; por ello si “existe una distimia triste *desde que* hubo una vivencia determinada”, pero esa vivencia ya no es el tema de la distimia, hemos de decir que no hay ya reacción a vivencia. Sin embargo, matiza esta segunda condición, incluyendo como reacción también el estado crepuscular tras una catástrofe y precisando que la condición no vale en sentido inverso (pues, según veremos, las psicosis pueden tener un motivo sólo aparente). Y, en la tercera condición, añade que la dependencia de la vivencia y la reacción no es estricta, pues no se reacciona siempre del mismo modo al recordar la vivencia inicial (“ahora lo veo de otra manera”, dice el lenguaje corriente). Estas oscilaciones aumentan cuando la vivencia es más lejana, de modo que el recuerdo de una experiencia dolorosa sólo produce su correspondiente reacción de sufrimiento intenso en algunas ocasiones, pero no en otras. A esto lo denomina “reacción discontinua (intermitente) a vivencia” (*zeitweiligen (intermittierenden) Erlebnisreaktion*) (Schneider, 1946, pp. 23-4. Trad. Schneider, 1997, pp. 67-8).

Entro ya en el tema de las reacciones anormales que interesan al psiquiatra. Aquí el punto clave consiste en describir el paso de una reacción normal a una reacción anormal, pero que *siga estando en el ámbito personalista de la motivación.*

Las reacciones anormales las define Schneider de modo muy laxo, diciendo que son las que se desvían del “término medio” “sobre todo por su intensidad inusitada —a la que hay que añadir la inadecuación en relación con el motivo (*Anlaß*)—, o por la anormalidad de su duración [o de su aspecto, o por el comportamiento anormal que inducen]” (Schneider, 1946 p.25. Trad. Schneider, 1997, p. 71)⁹. Y para explicar estas modificaciones de la reacción, Schneider acude a la noción de trasfondo (*Hintergrund*), que, a su vez, lo es sobre un fondo (*Undergrund*). Veámoslo con algún pormenor.

Según Schneider, hay la respuesta “reactiva, motivada [motivada inequívoca y directamente por una vivencia]” (Schneider, 1946, p. 14. Trad. Schneider, 1997, p. 194). Pero hay también la “reacción sobre trasfondo (*Hintergrundreaktion*)”, que consiste en una “*reactibilidad aumentada y ampliada (vermehrte und gesteigerte) sobre un trasfondo, sobre el suelo de otras vivencias*” (*Ibid.*). Transcribo los ejemplos de Schneider que son muy clarificadores:

Una [sencilla] *reacción sobre un trasfondo* sería la siguiente: [alguien recibe por la mañana una carta cuyo contenido le causa una ligera distimia. Aunque no está pensando todo el día en ella, subsiste una sorda tensión. En el trascurso de ese día ocurre algo que en otros días no habría dado motivo a una reacción sentimental digna de mención. Pero sobre el trasfondo de la impresión precedente se produce en esta ocasión una reacción vehemente, que en la mayoría de los casos no es tanto de tristeza cuanto de irritación. También sería una reacción sobre un trasfondo] cuando alguien un día en que le duele la cabeza reacciona con inusitada intensidad a algo que en sí mismo es irrelevante o el que después de una conmoción psíquica (*Erschütterung*) subsistiese un periodo de tensión con reactibilidad depresiva general aumentada y reforzada (*vermehrte und verstärkter*) (Schneider, 1946, p.25. Trad. Schneider, 1997, pp.70-1).

El primer ejemplo es el de la tristeza al recibir una mala noticia. La tristeza permanece en el trasfondo y esto hace que ante una nueva situación se reaccione

⁹ “Las reacciones [emocionales] a vivencia inusuales por su grado, [duración], forma [o comportamiento] se llaman reacciones anormales a vivencia” (Schneider, 1946, p.64. Trad. Schneider, 1997, p. 162).

con tristeza, pero con una tristeza que ya sería excesiva, o bien que se reaccione con ira (cuando estoy triste “no estoy para bromas”, que lo que hacen es enfadarme). En el segundo ejemplo, el sufrimiento del dolor de cabeza sirve de trasfondo de mi reacción de furia ante una insignificancia. Para el tercero, podemos centrarnos en el caso que el mismo Schneider pone más adelante en el que, tras sufrir una pena, ella permanece como trasfondo y tenemos “la tendencia a reaccionar depresivamente por el menor motivo”, una inclinación a llorar. La reacción de llanto es ya una reacción sobre trasfondo; el trasfondo es la pena sufrida en tanto que permanece, y lo hace, no en el primer plano de la conciencia, donde ahora está el llanto debido a un nuevo motivo, sino en un segundo plano, en el trasfondo:

De conformidad con la esencia de la reacción a vivencia, la tristeza cesa cuando la causa desaparece. Pero en casos raros queda, más allá de ella, un estado de apatía, de no poder levantar cabeza. El valor del efecto causado (*Wirkungswert*) por la vivencia la sobrevive entonces, [actuando como causa, ya no como motivo¹⁰]. A veces queda también una inclinación a reaccionar depresivamente por el menor motivo, una inclinación a enternecerse y a llorar. Nosotros incluimos dentro de las vivencias sobre un trasfondo estas reacciones que requieren para su aparición un trasfondo de pena sufrida (*durchgemachtem Leid*) (Schneider, 1946, p. 31. Trad. Schneider, 1997, p. 79).

Para entender la reacción sobre trasfondo, creo que es interesante algo que Schneider decía en *Beiträge zur Psychologie*, aunque ya no lo recoja en *Psicopatología clínica*: “los trasfondos no son motivo de la reacción, cuyos motivos son ‘motivos secundarios accidentales’ (*sekundäre zufällige Anlässe*).” (Schneider, 1946, p. 25). Propongo interpretarlo así: los motivos de la reacción anómala son motivos “accidentales”, algo así como “objetos sustitutos” (Beites, 2013)), que motivan una respuesta anómala, y se distinguen del motivo inicial normal que resulta por completo comprensible. Este cambio de objeto es comprensible porque la tristeza inicial se mantiene en un segundo plano, en el que se va desligando de su objeto

¹⁰ Aquí Schneider considera que la reacción anterior, que era la normal, es ahora causa (Cf. también Schneider, 1946, p.15. Trad. Schneider, 1997, p. 195). Si no me equivoco, esto significa que permanece como estado no intencional y por ello va a generar la anomalía (por asociación), pero no debe confundirse con el nivel causal en sentido estricto, donde los estados no intencionales son causados de modo somático (no son, pues, un resto de intencionalidad).

intencional (aquel motivo por el que me he entristecido), de modo que lo que permanece es sólo la *parte no intencional* del sentimiento, el estado de tristeza (ya sin su objeto). Esta afectividad no intencional, pero procedente de respuesta intencional previa, es un “resto de intencionalidad”, un “vestigio de intencionalidad previa”, que actúa causalmente (*wirken*) como un trasfondo, porque es como si quedara a la espera de nuevos objetos que ya formarán parte de una reacción anómala.

El punto decisivo en estas descripciones reside, a mi juicio, en que al tratar la anormalidad nos mantenemos en el mismo nivel de las reacciones comprensibles: el sujeto reacciona por el nuevo motivo (el objeto sustituto), aunque su reacción resulte anómala debido al trasfondo. Dicho de modo más sencillo, el sujeto cree estar respondiendo con normalidad a la nueva situación, porque ella es también en algún sentido una situación disvaliosa, que merece, pues, cierta respuesta de tristeza. Sin embargo, desde fuera es fácil constatar que la respuesta dada es anormal por ser una reacción exagerada, excesiva, que se debe al trasfondo previo de tristeza¹¹.

3. El paso al nivel no personalista: la psicosis (lo psicótico)

Tras haber estudiado las reacciones a vivencia, paso a tratar el ámbito de las psicosis que son el otro gran grupo de anormalidades psíquicas. Y ahora ya debo hacer explícito el “postulado” o “hipótesis” central que permite a Schneider elaborar su clasificación de las anormalidades psíquicas, en la que, como hemos visto, se distinguen las “variedades anormales del psiquismo”, donde se sitúan las reacciones anormales a vivencias, y las anormalidades que son “*consecuencia de enfermedades* (y de malformaciones)”, donde se sitúan las psicosis.

Esta novedosa clasificación depende de una “hipótesis” central, porque, como afirma Schneider, si expusiéramos la clasificación de las anormalidades psíquicas sólo según lo que se sabe hasta ahora, la división sería muy distinta. En las psicosis estarían, desde luego, las psicosis “con base corporal reconocible”, que son las

¹¹ Ya puedo precisar que en el paso a la anomalía también interviene la “motivación asociativa” estudiada por Husserl, que no es la motivación de la que aquí hemos hablado, pero tampoco es causalidad (“de abajo a arriba”), pues pertenece todavía al ámbito personalista (Beites, 2014). E intervienen, además, otros factores, como la represión por “resentimiento”, brillantemente descrita por Scheler, que obligan a entrar en el tema moral de la libertad (causalidad “de arriba a abajo”).

causadas por enfermedades como, por ejemplo, por lesiones cerebrales, arterioesclerosis cerebral, malformaciones cerebrales, intoxicaciones (como la intoxicación alcohólica o por drogas). Pero a ellas habría que añadir un segundo grupo que sería el de las “psicosis sin base corporal reconocible”, en las que se situarían la esquizofrenia y la ciclotimia, que son las anomalías que más interesan al psiquiatra, pues la esquizofrenia responde a lo que entendemos por “loco” en el lenguaje habitual y la ciclotimia sería su paralelo en el nivel afectivo. Estas psicosis del segundo grupo se denominan psicosis “endógenas” porque, al no conocerse la enfermedad que las causa, parecen no tener causa; y las del primer grupo se denominan “exógenas” por conocerse dicha enfermedad.

Sin embargo, la hipótesis central de Schneider, que considera como “una hipótesis muy bien fundada”, es que también las psicosis del segundo grupo (las endógenas, que incluyen la esquizofrenia y la ciclotimia) han de tener causa y para justificar esta hipótesis recurre justamente a las descripciones del ámbito personalista que ya hemos estudiado. El argumento es que las psicosis del segundo grupo han de tener causa biológica debido a *su falta de analogía con las reacciones anormales a vivencia*, que Schneider se ha esforzado en describir con el rigor que merecen¹². Dicho con sus palabras, en la psicosis encontramos síntomas que “carecen de analogía en la vida psíquica normal y en sus variaciones anormales (...), en ningún caso [las psicosis] están motivadas por vivencias, si se entienden éstas en el sentido de reacciones a vivencias” (Schneider, 1997, p. 33).

Esto significa que en las psicosis no es posible encontrar ninguna analogía con las reacciones anormales a vivencia, por muy anormales que éstas sean, y es esto lo que *obliga a postular su causa biológica*, pasando del nivel personalista motivacional al nivel causal. Expresado de otra forma, Schneider define en primer lugar lo estrictamente psíquico como reactivo, aportando las descripciones precisas de esas reacciones a vivencias, y así puede justificar la hipótesis central de que las psicosis han de estar causadas por enfermedad, precisamente por no poseer dicho carácter reactivo. Mediante esta argumentación, Schneider logra evitar que la esquizofrenia y la ciclotimia, al no tener base corporal reconocible, se trasladen al apartado de lo estrictamente psíquico, tal como quieren algunos autores (Schneider, 1997, cap. 1).

¹² Esgrime también otros argumentos, que mostrarían directamente su dimensión biológica, como la importancia de la herencia en estas enfermedades o la “primacía indiscutible de la terapia somática (en las ciclotimias no hay otra)”.

En su caracterización de las psicosis, Schneider muestra que en ellas se produce una “*ruptura total de sentido*”: “Pero, ante todo, estas psicosis rompen el carácter cerrado del desarrollo de la vida, la legalidad de su sentido, la continuidad de su sentido” (Schneider, 1997, p. 33). Desde luego, como precisa Schneider, también hay ciertas “rupturas” en las reacciones a vivencia, pero lo importante es que ellas no rompen la continuidad de sentido:

Es cierto que también toda legalidad de sentido descansa sobre un *fondo* que ni es vivenciado ni vivenciable. Los movimientos que se producen en ese fondo pueden dilatar, tensar, relajar, lesionar la continuidad de sentido, como ocurre en ciertas fases del desarrollo (pubertad) o en no pocas depresiones (depresiones de fondo), pero no rompen esa continuidad ni siquiera cuando alcanzan un tamaño psicopático. *Únicamente la enfermedad hace eso, pero no es forzoso* que lo haga, sobre todo no es forzoso que lo haga en los estadios iniciales (Schneider, 1997, pp. 33-4).

Sólo la enfermedad (biológica) rompe la continuidad de sentido. Schneider pone el ejemplo de una psicosis con percepción delirante (esquizofrenia), en la que el sujeto cree que un perro le está espiando (Schneider, 1997, p. 140). Y la distingue de una neurosis (una psicopatología, en su terminología), como puede ser una reacción paranoide sobre trasfondo en la que un sujeto, que siente angustia porque cree que le van a detener, reacciona considerando que todo el que sube por la escalera es un policía. Esto último, desde luego, no es normal, pero es comprensible para la persona normal. Sin embargo, las psicosis ya no las entiende la persona normal: nos parece absurdo que alguien crea en serio que un perro le está espiando.

Las neurosis pueden estar muy lejos de la normalidad, pues, como sabemos, en las personalidades psicopáticas de Schneider están, por ejemplo, los “desalmados”, que carecen de compasión, vergüenza o remordimiento: los desalmados “criminales” y también los “completamente sociales” que “caminan sobre cadáveres”. Sin embargo, pese a tratarse aquí de reacciones de máxima anormalidad, ellas siguen siendo comprensibles, porque podemos entender que alguien se haya convertido en un desalmado (o sea un desalmado). Por el contrario, en la psicosis nos encontramos con un brusco cambio causal, con el que el propio sujeto no se identifica. Como afirma Schneider en su famosa formulación, el sujeto “tiene” la psicosis, pero “es” la neurosis: “no se tiene una neurosis, sino que se la es” (Schneider, 1946, p. 28. Trad. Schneider, 1997, p. 75). Es decir, la psicosis se tiene, como se tiene cualquier otra enfermedad biológica (es el efecto de una causalidad que se impone al sujeto). Por el contrario, la neurosis se la *es* (donde este “ser” incluye también

un hacerse libremente), de modo que hay “el psicópata” y, sin embargo, no hay “el psicótico”, sino sólo alguien que tiene una psicosis.

Llegados a este punto, puedo precisar que, si los términos “medicina” y “enfermedad” se restringen al ámbito naturalista, sólo habría enfermedad en la psicosis, que se trataría con la terapia médica, es decir, con la terapia farmacológica o quirúrgica propia del nivel causal (causalidad “de abajo a arriba”). Pero lo cierto es que, además de las psicosis, hay las neurosis o psicopatologías que estudiamos en el anterior apartado, en las cuales encontramos anomalías que, no siendo enfermedades-biológicas, no requieren una terapia médico-biológica, pero sí requieren una cura, es decir, una terapia psicológica o “psicoterapia”, propia del nivel motivacional (de donde parte la causalidad “de arriba abajo”): “Como no se trata de enfermedades, tampoco el tratamiento puede consistir, dejando aparte algunos apoyos lo más pequeños posibles en una terapia médica, sino únicamente en una psicoterapia” (Schneider, 1946, pp. 28-9. Trad. Schneider, 1997, p. 76).

4. La psicosis en su relación con el nivel personalista de las reacciones a vivencias

Schneider tiene el mérito de poner de relieve el corte entre el nivel de las neurosis y las psicosis, pero, pese a ello, no deja de estudiar las relaciones entre ambas, lo cual nos va a permitir enlazar el nivel causal con el nivel personalista de la motivación, logrando así una visión global de la persona¹³.

Schneider comienza advirtiéndolo que “la esquizofrenia no debemos imaginarla de manera demasiado simplista como consecuencia de una enfermedad” y esto se debe a que las psicosis toman elementos del nivel reactivo. Por ello admiten cierta modificación psicológica (que se añadiría al tratamiento causal) y no son fáciles de distinguir de las neurosis.

En la interesante propuesta de Schneider, lo atribuible a la enfermedad (es decir, lo causado somáticamente) es la “existencia” (*Dasein*) de la psicosis, pero no su “ser-así” (*Sosein*), su esencia, porque en su ser-así la psicosis puede estar referida a contenidos que toma del nivel reactivo motivacional. Es decir, el cuerpo

¹³ López Ibor (1966, p. 164) también apuesta por una teoría que suavice el corte entre la neurosis y la psicosis. Dice oponerse así a Schneider, pero, como vamos a ver, Schneider va en esa misma línea.

es causa de la existencia de la psicosis, pero cuando ya “existe” dicha psicosis, su ser-así (y no de otro modo) se conecta con lo ya dado en el nivel reactivo:

Mucho menos resulta posible deducir del acontecer corporal el aspecto especial, el *ser-así* (*Sosein*) de la psicosis. Lo único que es posible atribuir directamente a la enfermedad diagnosticable es *que* hay una psicosis, su existencia (*Dasein*): sin esa enfermedad no existiría” (Schneider, 1997, p.109). “[En la psicosis] su *existencia* no es comprensible a partir de experiencias y vivencias, a diferencia de lo que ocurre con su *ser-así* –temático y con contenidos. (Schneider, 1997, p.162).

Dicho de modo más plástico, la enfermedad trabaja con material reactivo, es decir, comprensible:

No es posible mirar los fenómenos psicóticos como burbujas que emergen, sin sentido y sin conexión mutua, de la somatosis. Lo único que entonces cabe pensar es que la enfermedad traspone a lo psicótico constelaciones, intereses, conflictos biográficos, que ya están ahí (*bereitlegende*), y los deforma, o sea, que la enfermedad ‘trabaja’, enteramente o en lo esencial, con un material prepresicótico o extrapresicótico (Schneider, 1997, p. 35). *Cf.* también (Schneider, 1997, p. 178).

En las características de las psicosis, Schneider ya incorpora su “ropaje” reactivo, pues la psicosis “*ofrece el aspecto* de una reacción (*wie eine Reaktion aussieht*)” (Schneider, 1997, p. 177)¹⁴. Es decir, la psicosis tiene aspecto reactivo, aunque ese aspecto sea falso y debido ello la psicosis admita una cierta modificación psicológica (las ciclotimias son menos modificables y esto apoya la tesis de Schneider de incluirlas también en las psicosis). Además, Schneider sostiene que las psicosis pueden “ser desencadenadas mediante vivencias (*durch Erlebnisse ausgelöst*)” (Schneider, 1946, p. 34. Trad. Schneider, 1997, p. 82) (más en las ciclotimias que en la esquizofrenia), pero que esas vivencias ya no son un motivo, sino un “mero desencadenante” (Schneider, 1997, p. 163).

El punto más difícil de la teoría es, por tanto, explicar la diferencia entre el motivo de la neurosis y el posible desencadenante de la psicosis. Para ello Schneider

¹⁴ “Dado que los contenidos de todas las psicosis, sus temas, están marcados por las vivencias, todos ellos tienen sus rasgos psicógenos [rasgos ‘reactivos’, entendiendo ‘reactivos’ en este sentido impropio]” (Schneider (1946) p. 42. Trad. Schneider (1997, p. 91).

indica los siguientes criterios: la vivencia desencadenante 1) “no continúa siendo el contenido de la distimia” 2) “cuando desaparece la vivencia no cesa la distimia” y 3) “no hay una proporción más o menos adecuada entre la vivencia desencadenante (*auslösender*) y la gravedad de la autotortura (*Selbstqual*)” (Schneider, 1946, p. 34. Trad. Schneider, 1997, p. 82).

Veamos cómo describe Schneider el funcionamiento del “desencadenante”, referido en concreto al desencadenamiento de ciclotimias:

Lo que importa en tales casos es el efecto causado en lo corporal por lo afectivo (*Wirkung des Affektiven auf das Leibliche*), pero no el contenido de la vivencia. Dicho con otras palabras: la vivencia desencadenante no actúa en cuanto vivencia, sino en cuanto fuerza vital, en cuanto impacto (*Stoß*) vital. Por lo tanto, carece de significado que se trate de un desengaño amoroso o de una catástrofe amorosa o de la pérdida de un familiar. Lo que importa es sencillamente el efecto causado por el afecto (*Affektwirkung*) y ese efecto es *ciego para el sentido* (*sinnblind*). Esto es lo que diferencia a las psicosis endógenas desencadenadas psíquicamente de las reacciones a vivencias, en las cuales lo que importa es precisamente el contenido de sentido. Por lo tanto, un sujeto no puede volverse ‘loco’ por (*über*) una vivencia, pero a veces sí puede sin duda volverse ‘loco’ a causa de (*durch*) una vivencia (Schneider, 1997, p. 164).

Para acabar de entender la diferencia crucial entre motivo y desencadenante, recordamos que, según mi propuesta, en las neurosis el motivo auténtico deja paso a un objeto sustituto, al que también reacciona el sujeto, aunque lo haga de modo anormal. Sin embargo, en la psicosis la supuesta reacción es sólo el efecto de una causa. Su aparición en el nivel consciente puede ser desencadenada por una vivencia, pero se ve que esa vivencia podría ser cualquiera —da igual que sea, por ejemplo, un desengaño amoroso o la muerte de un familiar—, lo cual muestra que realmente el sujeto no se está dejando motivar por dicha vivencia, sino que se trata de un mero desencadenante que sólo activa la causalidad corporal. Como decía Schneider, el desencadenante no opera según su contenido, su objeto, sino sólo en función de su “impacto (*Stoß*) vital” (por ello utiliza Schneider el término “*Affekt*” que se refiere siempre a una emoción fuerte), y esto es “*ciego para el sentido*”.

Para terminar este ensayo, quisiera mencionar al menos la noción de “fondo” (*Untergrund*), que en Schneider es un “concepto-límite”. El fondo se distingue del “trasfondo” (*Hintergrund*) porque éste es vivenciado y, sin embargo, el fondo es no vivenciado y *no vivenciable*:

De este fondo —que no es vivenciado ni vivenciable (*nicht erlebte und nicht erlebtbare*)— de las reacciones a vivencia hay que distinguir el trasfondo —que sí es vivenciado— de no pocas reacciones a vivencia (Schneider, 1946, p. 25. Trad. Schneider, 1997, p. 70).

El fondo es, según Schneider, un “factor modificador” de las vivencias que determina el estado de ánimo medio; en el fondo intervienen causas corporales y él, a su vez, interviene en la modificación del trasfondo. Pero en esto ya no puedo entrar aquí. Tan solo quiero advertir que por no ser vivenciable, sino “extraconsciente” (*außerbewußt*), el fondo podría parecer una noción equivalente al “inconsciente” en el que se centra el psicoanálisis, pero sería un error entenderlo de ese modo, pues lo decisivo es que Schneider considera el fondo como un mero concepto-límite y así puede marcar distancias con dicha corriente psicoanalítica:

Saber qué es el fondo mismo es algo que rebasa la experiencia y constituye una cuestión puramente filosófica. Para nosotros es sencillamente un concepto-límite (...). Se trata, por lo tanto, de algo completamente diferente de lo inconsciente de que habla el psicoanálisis (Schneider, 1997, p. 69).

En conclusión, el presente ensayo ha tomado como punto de partida para el estudio de las anomalías psíquicas el ámbito personalista (motivación ligada a la causalidad “de arriba a abajo”). Siguiendo a Schneider se han descrito, en primer lugar, las reacciones normales a vivencia, para comprobar cómo se generan desde ellas las reacciones anormales. Se ha comprobado que el ámbito personalista abarca también dichas reacciones anormales a vivencia, pues el paso de lo normal a lo anormal es, a su vez, comprensible; según decía Spinoza, “la verdad es norma de sí misma y también de lo falso”. Frente al ámbito personalista de lo psicopático, se ha delimitado el ámbito naturalista de la psicosis (causalidad “de abajo a arriba”), en el cual las causas biológicas logran “romper” la comprensibilidad propia de la actitud personalista. Sin embargo, no necesariamente se produce una ruptura total porque, en palabras de Schneider, el sujeto que sufre la psicosis también “puede a veces enfrentarse, en cuanto *persona*, a la psicosis” (Schneider, 1997, p. 129)¹⁵. La razón es que la persona que “tiene” la psicosis queda siempre más allá, o mejor, más acá, de la mera causalidad biológica.

¹⁵ Scheler es más contundente pues sostiene que la enfermedad psíquica no puede afectar a la “persona” ni siquiera en los casos más graves: “lo que únicamente desaparece entonces es el *ser-dado* de su persona al otro (*Fremdgegebenheit*)”, es decir, lo que sucede es que “la enfermedad

Bibliografía

- BEITES, P. F. (2014), “Tipos de motivación y vida moral: la propuesta de Edmund Husserl”, *Investigaciones fenomenológicas*, 11, 2014: 81-98.
- BEITES, (2013), “Sobre la intencionalidad secundaria de las emociones”, *Diánoia*, vol. LVIII, nº 70, 3-34.
- CUTTING, J. (2009), “Scheler, Phenomenology, and Psychopathology”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, Volume 16, Number 2, June, pp. 143-159.
- FUCHS, TH. (2012), “Are Mental Illnesses Diseases of the Brain?”, en Choudhury, Suparna, and Slaby, Jan (eds.), *Critical Neuroscience: A Handbook of the Social and Cultural Contexts of Neuroscience*, Blackwell Publishing Ltd., 331-344.
- FUCHS, TH. (2017), *Ecology of the Brain*, Oxford, Oxford University Press.
- HUSSERL, E. (1991), *Husserliana IV, Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution, DordrechtBostonLondon Kluwer Academic Publishers. Trad. *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Libro II, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1997.
- HUSSERL, (2004), *Husserliana XXXVII, Einleitung in die Ethik. Vorlesungen Sommersemester 1920-1924*, DordrechtBostonLondon, Kluwer Academic Publishers, cop. 2004. Trad. *Introducción a la ética: lecciones de los semestres de verano de 1920 y 1924*, Madrid, Editorial Trotta, 2020. Edición de Mariana Chu, Mariano Crespo y Luis R. Rabanque.
- JANZARIK, W. (2001), “Jaspers, Kurt Schneider y la psicopatología de Heidelberg”, en *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana*, Madrid, Triacastela, 243-263.
- JASPERS, K. (1965), *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin, Springer-Verlag. (Trad. *Psicopatología general*, Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1973).
- KENNY, A. (1979), *Action, emotion and will*, London.
- KRAHL, A., and SCHIFFERDECKER, M. (1998), “Max Scheler and Kurt Schneider”, *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 66/2, 94-100.

hace invisible por completo su persona”. Por ello afirma Scheler que “la enfermedad psíquica suprime la imputabilidad (Zurechenbarkeit) de las acciones (...) a la persona”, porque debido a la enfermedad, “es imposible decidir a ciencia cierta si una acción dada de un hombre pertenece o no a la persona de ese hombre”. Y, sin embargo, no suprime la responsabilidad (Verantwortlichkeit) de la persona, “porque esta responsabilidad se halla en conexión esencial con el ser de una persona”, de modo que el enfermo sigue “siendo responsable de todos sus actos verdaderamente personales” (Scheler (1980), pp.478-9; Trad. pp. 632-3).

- LÓPEZ IBOR, J. J. (1966), *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, Madrid, Gredos.
- SCHALER, M. (1980), *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Gesammelte Werke, Band 2, Bern und München, Francke Verlag, sechste, durchgesehene Auflage, 1980. (Trad. *Ética*, Madrid, Caparrós, 2001).
- SCHNEIDER, K. (1946), *Beiträge zur Psychiatrie*, Wiesbaden, Georg Thieme.
- SCHNEIDER, K. (1966), *Klinische Psychopathologie*, 7ª verbesserte Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag. Este libro es la tercera edición de *Beiträge zur Psychiatrie*.
- SCHNEIDER, K. (1997), *Psicopatología clínica*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología. Traducción de *Klinische Psychopathologie* (14ª unveränderte Auflage) debida a Andrés Sánchez Pascual.

Recibido: 06/11/2021

Aceptado: 15/12/2021