

Erotomanía: análisis histórico-epistemológico del concepto y estudio de caso

María Laura Barrio, María Lourdes Cuerda, Bernardita Estivariz Barilati, Hernán Eduardo Lago, Lucila Lipszyc y Ana Laura Vega Poggi

RESUMEN

En este trabajo analizamos el concepto de erotomanía, centrándonos en la obra de De Clérambault, quien es el mayor exponente de la temática, realizando también un breve recorrido de la obra de quienes lo precedieron y focalizando la escuela francesa de psiquiatría. Asimismo, presentamos un caso clínico en el marco de dichos aportes.

Palabras clave: delirio, psicosis, erotomanía.

EROTOMANIA: HISTORICAL-EPISTEMOLOGICAL REVIEW AND ANALYSIS OF A CASE STUDY

ABSTRACT

In this paper we analyze the erotomaniac concept, focusing on the studies of De Clérambault, who is the main reference in the issue, and a brief analysis of his predecessors. Then, we present a clinical case and analyze it in the light of such contributions.

Key words: delirium, psychosis, erotomaniac.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2): 39-43.

Los clásicos no se leen, se releen.

Italo Calvino

INTRODUCCIÓN

Los grandes cuadros psicopatológicos han definido el avance de la psiquiatría como especialidad médica. Sus detalladas descripciones sintomáticas han sido utilizadas por las sucesivas generaciones de psiquiatras como brújula para surcar los controvertidos mares de la especialidad. En tiempos en los que las teorías positivistas prevalecen y la atención es predominantemente gerenciada, visitar la clínica delineada por los autores clásicos permite ratificar la concepción antropológica que debe predominar en nuestra especialidad, incorporando los avances neurocientíficos pero tamizándolos con una concepción humanística del sufrimiento mental; en este sentido coincidimos con Italo Calvino, quien en su obra *¿Por qué leer los clásicos?*, plantea “un clásico es un libro que está antes que otros clásicos; pero quien haya leído primero los otros y después lee aquél, reconoce en seguida su lugar en la genealogía”, y agrega, “el máximo ‘rendimiento’ de la lectura de los clásicos lo obtiene quien sabe alternarla con una sabia dosificación de la lectura de actualidad”. La importancia de construir un presente, con vistas a un futuro prometedor,

no puede ser escindida de una revisión del pasado, ya sea como brújula o como carta náutica para no naufragar en viejos errores, pero también para transitar los pasos de los que forjaron el progreso, el conocimiento que nos lleve a formular nuevos descubrimientos.

El delirio erotomaniaco y sus manifestaciones han capturado el interés de los psiquiatras desde sus primeras representaciones. Esto puede deberse a que sus síntomas se encuentran estrechamente vinculados a los sentimientos más puros y profundos así como también a las concepciones acerca de la sexualidad que atraviesan a todo ser humano.

Sorprendentemente, es escasa la bibliografía disponible acerca de este cuadro y sus derivaciones a la luz de los aportes realizados por autores clásicos. Según una búsqueda de trabajos actuales a través de Internet en distintas bases de datos bibliográficas (Pubmed, Lilacs, Scopus), se hallaron únicamente tres trabajos relacionados con la temática¹.

¹A partir de la búsqueda bibliográfica se hallaron únicamente tres artículos que describen el cuadro Erotomanía a partir de los aportes de los autores clásicos franceses:

- Calil LC, Terra JR. The De Clérambault's syndrome: a bibliographic revision. Rev Bras Psiquiatr. 2005 Jun; 27(2):152-6. Artículo en portugués.

- Cerqueira J. Erotomania: Bibliographic review and case report. (2012) Arquivos de Medicina 2012; 26 (5):195-201. Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar do Porto.

- Haustgen T, Gumpper S. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) II. His psychiatric heritage. Annales Medico-Psychologiques 2012; 170(5): 358-63. Faculté de psychologie, Strasbourg, France.

Recibido: 12/11/15

Recibido: 3/12/15

Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires.
Correspondencia: marialaura.barrio@hospitalitaliano.org.ar

Hemos decidido centrar este trabajo en De Clérambault, quien ha realizado los retratos que se instalaron definitivamente en el imaginario de la psiquiatría, brindándonos detalladas descripciones de lo que él definió como delirio erotomaniaco y convirtiéndose en el principal referente en la temática a tal punto que el cuadro actualmente lleva su epónimo, síndrome de Clérambault.

Creemos que, para comprender cabalmente la obra de este autor, es necesario interiorizarse de los trabajos de quienes lo precedieron. Por tal motivo comenzaremos con un breve recorrido por los aportes realizados previamente por sus colegas franceses. La riqueza de las representaciones de la psiquiatría francesa ha marcado en forma indeleble a toda la clínica psiquiátrica posterior, estableciéndose como referencia obligatoria para todos los análisis ulteriores.

En un segundo momento delinearemos un caso clínico, a manera de ejemplo de los planteos teóricos, intentando dejar establecida la vigencia que estos tienen a pesar del tiempo transcurrido. A partir de los aportes de Coetze y Kurtz hemos decidido construir nuestro caso de manera narrativa con la intención de obtener una comprensión holística del individuo y de su historicidad, utilizando fragmentos de historias de pacientes que reflejan la complejidad del cuadro pero resguardan totalmente su identidad y no obstaculizan su proceso terapéutico. Así, de esta forma, lograr un mayor entendimiento de la herencia que nos legaron los grandes maestros franceses con el fin de rescatar y revalorizar esas teorías aplicándolas a nuestra práctica diaria.

ESQUIROL, SÉRIEUX Y CAPGRAS

En primer lugar, consideraremos a Jean Etienne Dominique Esquirol, quien se formó en el Hospital de la Salpêtrière junto a Philippe Pinel. Fue considerado por este último como su discípulo y su alumno predilecto a quien legaría la dirección del hospital en 1820.

Ambos autores creían que el origen de las enfermedades mentales residía en las pasiones del alma y estaban convencidos de que la locura no afectaba total e irremediabilmente la razón del paciente.

En su propuesta clasificatoria, Esquirol precisa cinco géneros que denomina “formas generales de locura”, entre las cuales se encuentra la monomanía y dentro de esta última categoriza la monomanía erótica.

En cuanto a la monomanía, la describe como: “delirio que se limita a un único objeto o a un pequeño número de ellos pero con excitación y predominio de una pasión alegre y expansiva”. Se trata más bien de una afección parcial, es decir que el delirio se concentra sobre un objeto o sobre una serie de objetos circunscriptos, pero, por fuera de este, sienten, razonan y actúan como todo el mundo. Refiere que se trata de una afección donde la sensibilidad está agradablemente excitada; las pasiones son alegres, expansivas. La fisonomía es animada, móvil, sonriente y

los ojos son intensos y brillantes. [El paciente]Es alegre, temerario y audaz. Hace mucho ejercicio, es charlatán, ruidoso, pretencioso y rápido para irritarse.

En relación con la subclasificación de monomanía erótica, el autor refiere que se trataría de una afección cerebral, crónica, caracterizada por un amor excesivo, unas veces por un objeto conocido, otras veces por un objeto imaginario. Describe que en estos cuadros, las ideas amorosas son fijas y dominantes y que degeneran hacia la demencia. Por último, nos advierte acerca del riesgo suicida presente en estos cuadros como consecuencia de la desesperación por no haber podido obtener el objeto amado.

Otros aportes significativos fueron los realizados por Paul Sérieux y Joseph Capgras. El primero nació en París en 1864 y fue alumno predilecto de Valentin Magnan, con quien publicó *El delirio crónico de evolución sistematizada* en 1892, dando inicio a su inclinación por las locuras rasonantes. Por su parte, Capgras nació en la región de Tarn y Garona, Francia, en 1873. Fue discípulo de Joffroy y Sérieux. De su trabajo *La ilusión de los sosias en un delirio sistematizado crónico* surgió el síndrome de Capgras. Estos autores diferencian el “delirio de interpretación” del “delirio de reivindicación”, al cual describen como una psicosis sistematizada crónica, un estado de monodeísmo, con predominancia de una idea fija de características obsesivas que se impone al espíritu del paciente de modo sustancial, transformándose en guía de su actividad, la cual toma una forma patológica.

Entre los cuadros propios del delirio de reivindicación se encuentran los llamados “enamorados”. Estos pacientes responden a una idea prevalente u obsesionante que aparece de modo más o menos abrupto quitándoles el reposo y manteniéndolos incapaces de razonar normalmente sobre aquello en que su idea fija recae. Las interpretaciones se originan de la pasión más que de errores de juicio, ya que sus razonamientos son exactos en términos lógicos. Esta idea que dirige tanto los pensamientos como los actos tiene características de idea obsesiva, pero en lugar de luchar contra ella como en el caso del paciente obsesivo, los enamorados buscan satisfacerla llegando a recurrir a prácticas en extremo cuestionables. El objetivo último es el triunfo de la idea fija, lo cual se acompaña de otra característica fundamental que consiste en un estado maniaco, o exaltación mental. Los reivindicadores son, sobre todo, maniacos rasonantes.

En cuanto al pronóstico, explican que se trata de un estado crónico sin cura y sin demencia terminal, a diferencia de lo expuesto por Esquirol, pero puede esperarse un apaciguamiento de los síntomas o incluso la extinción de estos debido a la influencia de la senilidad.

DE CLÉRAMBAULT

Gaëtan Henri-Alfred-Edouard-Marie Gatian De Clérambault nació el 2 de julio de 1872, en el seno de una

familia de la pequeña nobleza francesa, descendiente de Descartes por línea materna. Se desempeñó como médico psiquiatra en la enfermería de la Prefectura de la Policía de París desde 1905 hasta 1934. Veterano de la I Guerra Mundial, fotógrafo y etnógrafo, desempeñó ambas actividades durante su servicio en Marruecos, donde descubrió su afición por los drapeados en las telas de las mujeres de dicho país. Fue profesor asociado de Estética y Decoración de la Escuela de Bellas Artes de la Universidad de París. Cae el telón de su vida en 1934, cuando frente al espejo, ya con su avezada vista en déficit debido a una cirugía de cataratas sin éxito y con su arma reglamentaria, decide terminar con su existencia, no sin antes legarnos sus notables contribuciones en la búsqueda del fenómeno primigenio, elemental, fundador y pródromo de la psicosis.

Los delirios pasionales (conformados por la erotomanía, el delirio reivindicativo y el delirio celotípico), según el maestro de la observación y la interrogación, como sus alumnos lo proclamaban, derivan de lo que propuso como "Postulado Fundamental": "Es el objeto quien empezó y el que más ama o el único que ama". Dividió las psicosis en dos grandes grupos: el primero, integrado por aquellas comandadas en referencia al automatismo mental, compuesto por las que presentan eco del pensamiento y aneidismos diversos, y el segundo, mucho más reducido, dividido en delirios pasionales y paranoia.

Una gran crítica que plantea De Clérambault a lo largo del desarrollo del síndrome erotomaniaco, en relación con lo descrito por sus predecesores, es que estos proponían como condición, para el diagnóstico del mencionado síndrome, el requerimiento de que la idea sea platónica, que no tenga intenciones carnales de ningún tipo, que quede en el plano ideativo o sentimental, pero que en ningún momento el sujeto muestre intenciones de tener relaciones sexuales con el objeto. A través de su experiencia, el maestro De Clérambault pudo comprobar que varios de sus pacientes poseían intenciones "no platónicas" para con su objeto, planteando así que no es un requerimiento necesario que la idea sea platónica.

Plantea en la evolución del delirio erotomaniaco, el cual nos atañe en este trabajo, tres estadios, el primero llamado de Esperanza y caracterizado por aproximaciones al objeto e interpretaciones en relación con un supuesto amor que expresa el objeto para con el sujeto, seguido por un estadio llamado de Despecho, en el cual –si bien la esperanza se encuentra presente– lo hace de manera solapada y solo accedemos a ella bajo una rigurosa entrevista con el paciente, ya que ofrece interpretaciones ambivalentes con respecto al objeto: el sujeto, al ser rechazado o no sentirse correctamente correspondido, comienza a desarrollar sentimientos encontrados con un componente adverso que se muestra con mayor facilidad. Este segundo estadio es seguido por un tercero, al que De Clérambault llama de "Rencor", en el que –si bien al igual que en el anterior

se mantiene el componente de esperanza– lo que prima son los sentimientos negativos para con el objeto, y tanto este último como el sujeto mismo corren riesgo, ya sea que tome venganza contra el objeto o que trate de acabar con su propia vida, tal como lo describieron tanto Esquirol como posteriormente Sérieux y Capgras.

Todo lo que compone el síndrome erotomaniaco, ya sea su componente imaginativo e interpretativo como la conducta del objeto, procede en forma directa o indirecta del Postulado Fundamental.

De Clérambault plantea grandes diferencias entre los delirios pasionales mórbidos, entre los cuales se encuentra la erotomanía, y los delirios interpretativos. Estos últimos acaparan todas las esferas del sujeto, el delirio se irradia en todas direcciones y abarca la totalidad del sujeto, las interpretaciones no siguen una idea directriz, cada suceso es plausible de ser interpretado, se extiende y ramifica sin un fin, así tampoco puede marcarse un comienzo, un inicio del delirio. El sujeto siempre tuvo una personalidad que, como característica esencial, se encuentra marcada por la desconfianza. Muy por el contrario, los delirantes erotomaniacos, así como los delirantes pasionales, se caracterizan por un comienzo, un inicio que se puede marcar en la historia del sujeto. Posee un objetivo, un fin, al cual el sujeto tratará de llegar, poniendo en juego la totalidad de su voluntad. Otra de las cualidades de los delirios pasionales es que el delirio se encuentra delimitado, no se expande ni progresa a otros aspectos de la vida del sujeto, ni modifica la idea de sí mismo que posee el sujeto. El delirio se halla circunscripto a su pasión, al objeto, a todo lo que se encuentra entre él y su finalidad. De Clérambault ratifica aquí lo dicho anteriormente por sus predecesores, tanto Esquirol como Sérieux y Capgras. Sus ideas están asociadas unas a las otras pero nunca subordinadas entre sí, no hay una idea madre; por el contrario, en el erotomano, al remover de su vida el postulado o la idea fundadora, el delirio cae. El paciente paranoico realiza interpretaciones retrospectivas, y no hay manera de saber cuándo comenzó a delirar. Muy por el contrario, el erotomano y delirante pasional va hacia el porvenir, hacia el objeto.

Existen, según De Clérambault, signos que se pueden ver y otros que deben demostrarse de las conductas en los pacientes erotomaniacos, y los divide en:

Temas derivados y observados como evidentes:

-El objeto no puede ser dichoso sin el pretendiente.

-El objeto no puede tener un valor completo sin el pretendiente.

-El objeto está libre. Su matrimonio no es válido.

Temas derivados y que se demuestran:

-Vigilancia continua del objeto.

-Protección continua del objeto.

-Trabajos de aproximación por parte del objeto.

-Conversación indirecta con el objeto.

-Recursos fenomenales de los que dispone el objeto. Por

ejemplo, manipulando escenarios y objetos para aproximarse o interceder en la vida del sujeto.

-Simpatía casi universal que suscita el romance en curso.

-Conducta paradójica y contradictoria del objeto.

Si bien todos estos puntos raramente se encuentran reunidos en la signosintomatología de un paciente, la conducta paradójica o contradictoria del objeto se encuentra en todos y cada uno de los casos de erotomanía. Las ideas persecutorias que desarrollará el sujeto giran en torno de su separación del objeto o provienen directamente de este. Más tarde, en los últimos dos estadios evolutivos del delirio, el sujeto —ya harto y cansado de ser o creer ser rechazado y perjudicado por el objeto— supone odiar a este, por reversión psicológica. El sujeto se siente agraviado, herido, y pasa a ser un reivindicador, aunque inconscientemente la esperanza persiste. A diferencia de lo previamente descripto, en el delirante interpretativo, no existe una conducta paradójica del objeto: este es claramente dañino y busca en forma directa o indirecta perjudicar al sujeto. En la concepción pura que da De Clérambault del delirio erotomaniaco, este no presenta alucinaciones ni ideas megalomaniacas.

En la clínica nos recomienda no basarnos en los hechos, los cuales pueden ser negados por el sujeto, sino indagar y basarnos en el componente afectivo que presentan para él. En el pasional se produce un nudo ideoaectivo inicial, una emoción que se manifiesta en forma intempestiva, acaparando el espíritu del paciente; hay un comienzo, un inicio. No modifica su propia concepción así como solo afecta y modifica lo concerniente a su deseo, su pasión. Este mecanismo explica el tan frecuente talante hipomaniaco en la erotomanía, ya antes descripto por Esquirol en la monomanía y por Sérieux y Capgras en los delirantes. Diferenciando de Esquirol y coincidiendo con Sérieux y Capgras, De Clérambault refiere que la erotomanía no lleva al sujeto a la demencia.

"CASO SEÑORA M"

Conocimos a la señora M a sus 64 años, en la última de sus tantas internaciones psiquiátricas. Comenzó sus consultas a los 25 años, luego de crecer en un hogar signado por la locura, donde reinaban las conductas bizarras y el abuso. Realizó múltiples tratamientos, de psiquiatra en psiquiatra, de psicólogo en psicólogo, así durante una década ¡hasta cumplir sus 34 años!

Fue entonces cuando comenzó una terapia de corto plazo en un Hospital General. Allí conoció al Doctor R, un joven residente de Salud Mental, de su misma edad, a quien le fue sencillo admirar. El Dr. R marcaría un antes y un después en la vida de la paciente, convirtiendo lo que iba a ser una terapia de corto plazo en un tratamiento de más de 30 años.

Las consultas eran frecuentes, probablemente más de una vez por mes y, con el tiempo perdieron, para la paciente,

su objetivo terapéutico y se convirtieron en una excusa para el encuentro. Nos relata durante la internación que, en las consultas, el Dr. R, antes de su llegada, generaba un clima romántico y cálido... dedicado para ella, para enamorarla ¡bajaba las persianas, embellecía el consultorio con la presencia y el aroma de jazmines y hasta rozaba sutilmente sus piernas con las de ella, por debajo del escritorio ¡buscando el contacto físico!

Los días pasaban y las visitas se fueron tornando lo más importante y especial en la vida de la señora M. Expresaba sus sentimientos hacia el Dr. R a través de incontables cartas de amor que no eran entregadas y registraba lo sucedido en diarios íntimos a los cuales solo ella accedía. Buscaba excusas para llamarlo sin claros motivos y no perdía oportunidad para pasar por el consultorio del Dr. R, sabiendo que él también la estaría esperando.

De a poco, su marido, el señor S, comenzó a tener ciertas sospechas de que sus sentimientos por la señora M no le eran correspondidos. Hasta llegar el día en que no toleró más la indiferencia y comenzó a buscar entre sus pertenencias algún dato que justificara la distancia existente entre ambos... hasta que encontró las cartas al Dr. R, que determinarían la separación que culminaría en el divorcio.

Ella ya no encontró obstáculos para entregarse al amor que le profesaba el Dr. R, por lo que decidió corresponderlo y, decidida, concurrió a su visita habitual. Las cortinas se encontraban bajas, con la luz románticamente tenue, como acostumbraba esperarla el Dr. R. Ese mismo día le transmitió sus sentimientos, y considerando que era el momento adecuado para entregarle sus cartas y confirmarle que el amor que profesaba por ella era correspondido... se quitó la ropa, afirmándole su amor, y se desnudó frente a él.

Si bien no recibió la respuesta esperada, la señora M no perdió la esperanza. Continuó convencida de que era otra de las maneras en que el Dr. R ocultaba su amor ante el mundo. No obstante, cuando él le informa que no podrán continuar el tratamiento juntos, la señora M —ante la imposibilidad de verlo y sin lograr comprender el cambio brusco de su conducta— siente que la vida ha perdido sentido. Luego de meditarlo una semana, compra una hoja de afeitar, se cerciora de que no haya nadie más que ella en su hogar, M, permanece en el baño parada frente al espejo por horas hasta que, al fin, se realiza un corte en aquella vena del cuello que le quitaría la vida. Su hija la encontró en el baño de la casa, inconsciente. La llevaron a una Clínica donde, finalmente, recuperada de la lesión autoprovocada, comenzó un nuevo tratamiento psiquiátrico distanciándose, muy a su pesar, del Dr. R. No obstante, al día de hoy, continúa recordando a aquel joven doctor, sin olvidar su número telefónico y tratando de volver a él ¡ya que, al fin y al cabo, él nunca dejó de amarla!

ANÁLISIS DEL CASO

En el análisis del cuadro consideramos que existe una secuencia lógica entre los autores mencionados y se pueden leer los síntomas en la misma clave a la luz de los aportes realizados por De Clérambault, quien de alguna manera sintetiza las contribuciones anteriores, ya que sistematiza y organiza las miradas de quienes lo precedieron.

En primer lugar, podemos ver cómo todas las ideas de la señora M dimanan del Postulado Fundamental de De Clérambault: “Es el objeto quien empezó y el que más ama o el único que ama”.

La señora M describe detalladamente cómo su psiquiatra es quien intenta enamorarla, preparando la atmósfera del consultorio con este fin y buscando incluso el contacto físico con ella, lo que corresponde a la temática derivada de este postulado.

Otra de las temáticas derivadas que se observa es la conducta paradójica del objeto, cuando la Señora M intenta justificar el rechazo de su analista, considerando que oculta su amor a ojos de terceros o por miedo a ser expuesto.

Asimismo, el objeto amado, en nuestro caso “el Dr. R” cumple con las características presentadas por De Clérambault: mayor rango social e instrucción académica, características que colaboran a que la señora S se sienta atraída por el objeto.

Además podemos precisar un claro comienzo de la ideación delirante erotomaniaca, lo cual marca una diferencia fundamental, para De Clérambault, de los delirios interpretativos. En nuestro caso, el delirio de la señora M comienza al conocer al Dr. R.

Como se ve ilustrado en el caso, la paciente va transitando por las tres etapas descritas por el autor: esperanza, despecho y rencor, y culmina en un suicidio frustrado. En palabras de Esquirol, “el suicidio ha sido y es una de las terminaciones de la erotomanía”.

Como podemos ver a lo largo del trabajo, todos los grandes maestros de la psiquiatría francesa consideran la erotomanía por separado de los delirios interpretativos, ya que solo se halla afectada la vida del sujeto en lo relacionado con el objeto “amado” y toda su sintomatología se produce desde su “pasión”.

Las descripciones aportadas por los autores clásicos nos brindan una mejor y mayor comprensión del delirio en cuestión, desde la denominación de monomanía haciendo referencia a la afección única de la pasión del sujeto por Esquirol, como la idea fija de características obsesivas que dirige por completo las actividades del paciente en la descripción de Sérieux y Capgras. De Clérambault, por su parte, agrega detalles a la evolución del cuadro caracterizando sus etapas, describe los signos que pueden encontrarse en la conducta del paciente y, finalmente, instaura el Postulado Fundamental como base del delirio erotomaniaco.

Como sostienen Sérieux y Capgras al describir las psicosis delirantes crónicas, el delirio permanece vigente. Es así como recordamos a la señora M, 30 años después, en la sala diciéndonos: “No me elijan un tratamiento; yo ya elegí un psiquiatra hace mucho tiempo... se llama Dr. R; él me conoce mejor que nadie; llámelo... anote, doctora...”.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Calil LC, Terra JR. [The De Clérambault's syndrome: a bibliographic revision]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):152-6.
- Calvino, Italo. ¿Por qué leer los clásicos?. Tusquets; Barcelona: 1993.
- Coetzee J.J.; Kurtz A. El buen relato. Literatura Random House; Barcelona: 2015.
- Calejo JJ, Cerqueira AM. Erotomanía: Bibliographic Review and Case Report. *Arq Med.* 2012;26(5):195-201.
- de Clérambault G. Automatismo mental. Paranoia. Polemos; Buenos Aires: 1995.
- Dewambrechies-La Sagna C. Clérambault, una anatomía de las pasiones. *Virtualia Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana* [Internet]. 2013 [citado 12/11/2015];12(27). Disponible en: <http://virtualia.eol.org.ar/027/Clinica-de-la-psicosis/pdf/Clerambault-una-anatomia-de-las-pasiones.pdf>
- Esquirol JD. Las enfermedades mentales, consideraciones en sus aspectos médicos, higiénicos y médicos-legales. Tomo II. Polemos; Buenos Aires: 2015.
- Haustgen T, Gumpper S. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) II. His psychiatric heritage. *Annales Medico-Psychologiques.* 2012;170(5):358-63.
- Sérieux P, Capgras Joseph. Las locuras rasonantes. El delirio de interpretación. Alienistas del Pisuerga; Madrid: 2007.