

lectual, me parece natural hacer entrar estas psicosis, tan poco diferentes, en el mismo marco y reducirlas a formas de la confusión mental primitiva.

Notas

1. Ver la descripción de Morel de los períodos de incubación, no es necesario agregar más: *Traité*, p. 463.
2. Cuando la afección se desarrolla tras una enfermedad infecciosa o una psicosis, el estadio de incubación puede pasar inadvertido.
3. Nunca se vería esta desconfianza particular antes de la eclosión de un delirio sistematizado agudo (*Ziehen*).
4. Más adelante justificaré la división de formas que adopto.
5. Confusión aguda.
6. Por ejemplo, el enfermo comienza a masticar ya cuando se le acerca el plato y luego se lleva la cuchara a la boca (*Ziehen*).
7. Como el enfermo Q... cuya observación presenté en otro medio, que repetía varias veces la palabra "brillant" "boyant" "bayant" "billant", etc.
8. El enfermero de este mismo enfermo un día anotó las siguientes palabras: "Ah! es tarde (trepa a la ventana, luego baja, se frota las manos bailando y quiere besarme). Cero... estropeado... hola... bueno... ha! estoy afeitado. Sí, Sí, eso es. Tenemos el honor. Quieres el jabón, es bueno el paraguas... ha... si mañana por la mañana después de la aguja no hay inyección, espera... rompa el extremo... golpeado, contento, cuerda, sorprendente doña Durand tenía un gran... Turlutu sombrero puntiagudo, algodón crudo... Enrique cuarto. Hacen falta cuatro, tres, dos uno y uno por todas partes, todo crudo ha! el cliente... al vapor... había unas abiertas... buen corazón... práctico... navega (camina sobre el colchón) no se doble como el jamón, soy de aplomo. Estoy en los pesos y medidas... Tres almaceneros podredumbre... Estas lentejas primero, espinacas después... molino de viento... vuelo... Como un viejo soldado, la música no hay peligro, está abierto... dale... chocolate... corre corre... pantalón... pie en el culo... hilo crudo, algodón... media de lana... no hay error... aguja... Angelical la puta... vermicelli, mi madre vende drogas, quería vender... caliente el chocolate, está bueno el rapé... molde de acero, jarrón de cobre... empieza a tener olor... no dirás nada, es una aguja perdida... pero no... son manzanas... ah! Bagnolet... solo... ya está... vendido."
9. La cabeza ha sido remplazada, la nariz es más grande que la cara, el corazón es de madera, los dientes están soldados, el paladar se cayó. Ver *J. Séglas*, el *Délire des négations*, *S.D. Encycl. Scient. des aide-mémoire*, p. 211.
10. *Loc. cit.*, obs. 1, p. 22.
11. *Loc. cit.*
12. Psicosis polineurítica de Korsakov.
13. Ver Schaefer, "Rapports entre le molimen menstruel et les psychopaties", *Soc. psych. de Berlin*, An. in *Archives de neurologie*, nro. 88, junio 1891, p. 455.
14. M. Hannion da un ejemplo: cuatro accesos mensuales que parecen corresponder a la época de reglas ausentes.
15. Krafft-Ebing, *Manuel de psychiatrie*, 1879.
16. Sauze, *Etudes médico-psychologiques*, etc., p. 67.
17. Schüle, *Discussion à propos de la communication de Schoenthal* (ya citado).

ZD/F
AS/f

(1)

Estado particular de histeria crepuscular* (1897)

Sigbert Ganser

Sigbert Johann Maria Ganser (1853-1931) realizó sus estudios de medicina en Würzburg continuándolos en Estrasburgo y Munich adonde sostiene su tesis bajo la dirección de B. von Gudden. Privatdozent en Würzburg pasa, en 1889, a la Clínica Universitaria de Munich adonde se destaca en el tratamiento de los alcohólicos y en el ensayo de las internaciones domiciliarias. A lo largo de su carrera colabora con A. Forel, F. Nissl, C. von Monakow y E. Kraepelin. En 1893 publica un artículo titulado "A propósito de ciertos síntomas de la histeria y de la relación entre histeria y alcoholismo", antecedentes directos de dos conferencias: "A propósito de un estado particular de histeria crepuscular", pronunciada en 1897 y publicada el año siguiente en *Archive für Psychiatrie* que se reproduce a continuación y, poco después, "Contribución a la teoría del estado crepuscular histérico". En ellas presenta su perspectiva de la hysterische Dammerzustand, un síndrome ya evocado en 1608 por el demonólogo Francesco Guazzo y observado en 1888 por Moeli en el ambiente carcelario.

Bleuler, quien había bregado a principios de siglo por la desaparición del concepto de histeria crepuscular, pretende incluir las observaciones de Ganser entre las manifestaciones de la esquizofrenia simple. J. F. Allen opina que "la utilización del adjetivo esquizoide para calificar lo que S. Freud y J. Breuer habían llamado estado hipnoide y la noción de esquizofrenia simple abrieron la puerta a una confusión que dura hasta nuestros días". Nissl lo entendía como un signo de negativismo anunciador de la catatonía, T. Ziehen como una simulación patológica, Kraepelin no lo consideró patognomónico ni de la histeria ni de la demencia precoz pero reconoció que esta-

* Trabajo presentado en la Conferencia de Psiquiatras y Neurólogos de Alemania Central (Halle, 23 Oct. 1897) y publicada en *Archive Für Psychiatrie*, XXX, 1898, p. 633. Trad. Franc. D. F. Allen, *L'Évolution psychiatrique*, 58, 1, 1993.

ba más próximo de la primera y que se observaba en ciertos alienados reclusos en prisión, A. Costedoat lo define como una suerte de "broma patológica". En 1952 G. Daumezon, P. Paumelle y P. Koechlin intentan ordenar la confusión: "Se ha producido un deslizamiento -afirman en los Annales médico-psychologiques- desde las descripciones originales en los histéricos hacia una asimilación del síndrome de Ganser con las pararrspuestas de los esquizofrénicos" aludiendo a las confusiones que generan las similitudes en el lenguaje de los pacientes con síndrome de Ganser designados como "pasar de lado", "respuestas de lado" (Vorbeigehen) y las pararrspuestas (Vorbeireden) de los esquizofrénicos. Mientras que en nuestros días D. F. Allen lamenta que la utilización de los conceptos de Ganser hayan quedado enredados en los meandros dispares de la esquizofrenia, el peritaje jurídico y las neurosis de guerra mientras que debería más resueltamente continuar siendo una referencia indispensable en la clínica de la histeria.

H. Ey en la línea de P. Janet (de conciencia "hipnoide" o de reducción del campo de la conciencia en los histéricos) lo categoriza como una forma de estado crepuscular histérico y H. E. Lehmann en el Tratado de Psiquiatría de H. I. Kaplan y B. J. Saddock lo ubica confusamente como un "trastorno psiquiátrico funcional que ocupa un lugar intermedio entre las neurosis y las psicosis y entre la enfermedad y la simulación"; aunque para incluirlo luego en el "grupo de los estados crepusculares histéricos".

J. C. S.

Señores, estos últimos años he visto cierta cantidad de pacientes cuya particularidad me ha resultado incomprendible hasta ahora. Es por ello que debo reconocer que he omitido estudiarlos siguiendo ejes precisos.

Pienso que estas observaciones merecen vuestra atención, pues plantean un gran número de cuestiones prácticas, de verdadero interés. Estos pacientes tienen cierta cantidad de rasgos en común, lo que justifica su agrupamiento en una entidad nosológica específica. Elegiré los rasgos salientes a partir de cuatro casos, para presentar una descripción. El fenómeno más evidente es su incapacidad de responder correctamente a las preguntas más sencillas, aun si sus respuestas nos muestran que han comprendido bastante bien el sentido de la pregunta. En

sus respuestas, manifiestan al mismo tiempo una ignorancia más que sorprendente y una falta de conocimientos que sin duda antes tenían, o siguen teniendo.

Como ejemplo cito una conversación que tuvo lugar con uno de estos pacientes:

"-¿Puede contar hasta diez? -Sí. (Pero no lo hace y permanece silencioso) -Cuenta entonces. (No lo hace y sólo lo hace si se le indican las respuestas.) Uno, dos, tres, cuatro. (Vuelve a quedar en silencio.) -¿Después de uno viene...? -Dos. -¿Y luego? -doce, noventa y tres..., -¿Y después de noventa y tres? (Se sigue de esta manera.)

Durante otra conversación: "1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 1, 0, 11, 1, 4, 17, 1, 8, 19, 2, 0, 21, 24, 27. -Dos más uno igual a...? -Tres. -¿Tres más dos? -Siete. -¿Cinco más dos? -Cuatro. -¿Cuatro menos uno? -Cinco. (Luego se corrige: tres). -¿En qué ciudad estamos? -En Berlín, en Rusia. -¿Qué hace Ud. aquí? -Queremos ir a cazar y soltaron nuestros caballos. -¿Cuántas narices tiene Ud.? -No sé. -¿Tiene una nariz? -No sé si tengo una nariz. -¿Tiene ojos? -No tengo ojos. -¿Cuántos dedos tiene? -Once. -¿Cuántas orejas? (Primero se toca las orejas y después responde: dos.) -¿Cuántas patas tiene un caballo? -Tres. -¿Un elefante? -Cinco."

Se le muestra una moneda y se le pregunta qué es. Responde: -"Un mapa geográfico que una persona ata a la cadena de su reloj." Mira el águila que hay en la moneda y dice: -"No conozco... Es el káiser Wilhelm."

Se le muestra un escudo y se le pregunta: -"¿Conoce este escudo? -No conozco; es un juguete que le dan a los niños. -¿Cómo se llama Ud.? -Me llamo Fürst." (Incorrecto.)

Estas respuestas, bastante representativas de mis casos, plantean naturalmente el interrogante de saber si deben ser tomadas en serio o si se trata de un torpe intento de simulación; no podemos dejar de reconocer que el paciente deja de lado la respuesta correcta y elige una que es falsa. A primera vista, la elección de las respuestas pareció intencional. Hasta un niño reconocería fácilmente el error. La hipótesis de simulación es tanto más pertinente cuanto estas personas eran criminales y, salvo una excepción, habían sido llevados de la cárcel al hospital: sus supuestos síntomas debían examinarse a fin de juzgar si eran auténticos (...).

En sus conductas habituales, los pacientes presentan un cuadro que solemos ver en el delirio alucinatorio agudo. Todos te-

nían alucinaciones en las esferas auditiva y visual. Esto era evidente en su comportamiento, que parecía ser en gran parte una reacción directa a las alucinaciones más vivas, o también una expresión emotiva ligada a las alucinaciones que sufrían estos pacientes.

Un paciente, en extremo vivo y agitado, saltaba a menudo de su cama, tomaba una postura de combate, extendiendo su brazo como para tirar, luego se precipitaba para protegerse detrás de la cama; en otra oportunidad, se escondía bajo el colchón. Durante este tiempo, hablaba mucho de la guerra con los cosacos, de la caza y así. Por momentos, estaba más tranquilo, permanecía acostado, con la mirada fija, como perdido en un sueño, sin participar de lo que ocurría a su alrededor. Su rostro pálido y enflaquecido, con evidentes signos de profundo agotamiento, expresaba en su aspecto fijo los vivos afectos producidos por la tensión, la ansiedad y el desconcierto: todo esto sucedía de una manera que se contraponía a la impresión de una intencionalidad o de una voluntad. Era evidente que se encontraba totalmente preocupado por sus alucinaciones y que era incapaz de darse cuenta del sitio donde se hallaba (el hospital), de la naturaleza del entorno o de su propia situación; además, ignoraba el tiempo. Cuando se le hacían preguntas, solía ignorarlas, las comprendía muy lentamente y respondía de manera muy distraída. Ya fuera que se le hablara de su situación real, de los suyos, de su situación económica, de la acusación que pesaba sobre él y de los motivos de sospecha en cuanto a su delito, nada de esto lo afectaba en lo más mínimo. Se comportaba como si le hablaran de cosas extrañas, sin prestarles ningún interés.

Otro paciente presentaba un cuadro muy diferente al primero: acostado, inmóvil en su cama, con los ojos muy abiertos, mirando el techo. A veces se sentaba en su cama, mirando fijo al vacío o a su alrededor tímidamente, muy angustiado. No expresaba ningún pedido, no hacía ninguna pregunta, permanecía totalmente pasivo; su expresión de perplejidad y de malestar (*Befangenheit*) aumentaba si se le dirigía la palabra. Respondía a las preguntas con lentitud, con vacilación; si se insistía en la incoherencia de las respuestas, se irritaba un poco. Se sonrojaba y cambiaba de expresión. Si se lo visitaba dos veces seguidas, se mostraba asombrado y negaba el primer encuentro, aunque hubiera dado lugar a una larga conversación. Si se le hablaba de su inculpación o de su familia, no había en él la menor

reacción, todo le parecía extraño y lejano. Estaba desorientado en cuanto a la fecha, al lugar y a la duración de su internación, que para él siempre era de uno o dos días. Cuando se lo interrogaba acerca de las personas de su entorno que antes no conocía, les daba nombres de familia muy comunes, como Müller, Schültz o Lehmann. Si se le mostraba una llave, la asimilaba a un revólver de plata. Nombraba correctamente los relojes y cadenas, sin embargo, no podía leer la hora correctamente (en lugar de las nueve y media, decía cinco y media de la mañana). Leía mal las letras que se le mostraban. Ejemplo: e, u, a, eran identificadas todas ellas como e, s y r como i, t como f. Si se le pedía que leyera el diario: "Bismarck, el rey Alberto, Rothschild, dinero, Strehlen, Bismarck, Rothschild, majestad, consejeros superiores del rey"; siempre se trataba de los mismos nombres; por el contrario, la secuencia cambiaba. Una hora más tarde, sin embargo, durante el examen de sus capacidades gustativas, sabía leer correctamente los nombres de distintos productos. Designaba invariablemente un escudo, un marco y una moneda de cincuenta pfennigs como un marco. Describía un billete de cinco marcos como papel impreso de un valor que no podía reconocer. Por el contrario, más tarde, sabía leer el número cinco en el billete y reconocer el valor correcto de la moneda de cincuenta pfennigs y del escudo.

Cuando se le preguntaba, confirmaba lo que su comportamiento angustiado y rígido hacía suponer: que había tenido alucinaciones. Formas negras flotaban a su alrededor, lo amenazaban, silbaban y le hacían señas. Durante su conversación, sufrió un temblor temporal y espasmódico de las manos y piernas. Durante otro interrogatorio, manifestó una catalepsia moderada: sus brazos y dedos se ubicaban y se mantenían en una postura bizarra durante varios minutos seguidos. Además, mantenía la pierna en el aire durante varios minutos sin el menor esfuerzo, una vez que estaba en buena posición.

Un tercer paciente parecía mucho más libre y distendido en su comportamiento. Acostado, se quejaba sin cesar de que le prohibían levantarse; miraba a su alrededor sin manifestar ni ansiedad ni ningún otro trazo de malestar ni otro afecto. Respondía a las preguntas con más prontitud que los otros dos pacientes. Por el contrario, sus respuestas sobre el tiempo y el lugar eran inexactas; el contenido de sus respuestas se parecía al de los otros pacientes. En el hospital no se podían observar trastornos alucinatorios, pe-

ro durante su encarcelamiento, se quejaba de hombres negros que lo habían visitado a la fuerza y lo habrían atacado con fusiles, y varias veces exigió que se le diera otra celda. Negó reconocer las circunstancias de la demanda en su contra tal como había hecho antes durante el juicio y en prisión; además, se acusó él mismo de haber cometido varios crímenes, sin el menor signo de emoción. Los detalles son totalmente precisos. El conjunto del relato es narrado sin elementos de agitación particulares. Entre otras cosas, se acusó de haber arrojado a sus hijos a un río (el Elba) mientras huía cruzando el puente de Schandau. Estos crímenes eran mera fantasía. Sus respuestas sobre su edad, su familia y la cantidad de hijos, eran inexactas.

Estos tres cuadros clínicos que he esbozado a partir de la situación de los primeros días, pueden diferenciarse según su grado de confusión brumosa (*Benommenheit*). El primero da la impresión de estar dormido y muy preocupado por ilusiones sensoriales. El segundo, da la impresión de una inhibición completa, mientras que el tercero presenta una perfecta claridad de conciencia.

Todos los pacientes de este grupo manifestaron fuertes estigmas histéricos durante el estado descrito: analgesia muy extendida, en un caso en el cuerpo entero y en la lengua, de manera que ni siquiera una aguja profundamente clavada le causaba la menor reacción dolorosa. En otros casos también, esta perturbación se hallaba extendida en grandes zonas del cuerpo. Se podían distinguir diferentes zonas del cuerpo en función de las sensaciones vividas. En un caso, las zonas analgésicas estaban cerca de las zonas hiperalgésicas: las zonas alternaban en sensibilidad según los días.

En todos los casos, el conjunto del cuadro se transformó de manera sorprendente después de algunos días. Los pacientes parecían tener una conciencia clara e intacta; estaban sorprendidos de encontrarse en el hospital y querían saber por qué estaban allí, y declaraban con una sinceridad convincente que no sabían lo que había pasado durante un período más o menos largo. Respondían correctamente todas las preguntas. Además, ignoraban totalmente las respuestas absurdas que habían dado antes y se mostraban asombrados e incrédulos cuando se les relataba su conducta anterior.

En este período su conducta era natural, sin pretensión particular. Eran conscientes de su verdadera situación. Hablaban de sus asuntos y se defendían exactamente como lo habían he-

cho antes ante el juez de instrucción. Con el regreso de esta claridad mental, todos los trastornos histéricos desaparecieron por completo. En varios enfermos, esta claridad mental no duró mucho, pero fue interrumpida periódicamente por una depresión profunda en la que reaparecían las alucinaciones, trastornos sensoriales histéricos y dificultades frente a las preguntas elementales ya descriptas.

Lo que todos los casos tenían en común eran los traumatismos que habían precedido la enfermedad y que, según nuestra experiencia, pueden considerarse como elemento causal importante o desencadenante de la enfermedad. La herencia no tiene ningún papel; por el contrario, tres prisioneros estaban bajo el efecto de un período de custodia permanente más o menos largo. En el primer caso, un episodio severo de tifus con una convalecencia prolongada y alteraciones psíquicas había precedido a la enfermedad mental. Ciertos problemas financieros y una gran depresión habían llevado al enfermo a cometer un crimen. En dos casos, había habido traumatismo de cráneo; una vez por una explosión de dinamita, en otra ocasión, por piedras caídas en una cantera. En ambos casos, hubo pérdida del conocimiento e indicios de trauma severo.

Si luego de estos cuadros no entro en una cantidad de detalles que darían a estos casos la marca de una verdad empírica, si atribuyo también a estos casos una patología real, espero no hallar objeciones. Estos casos concuerdan con otros cuya patología no deja ninguna duda; es importante destacar cómo los síntomas de la enfermedad parecen inmediatamente convincentes, aun para el observador experimentado. Mis pacientes jamás dieron la impresión de algo fabricado o artificial; sólo las respuestas inexactas dejan cierta duda y me intriga esta extraña manera de responder a las preguntas: también en este contexto el observador experimentado se ve profundamente impresionado. Debo decir que nunca tuve la impresión de que estos pacientes hayan intentado hacerme incurrir en un error. No dieron respuestas absurdas espontáneamente; estas respuestas aparecían sólo durante un interrogatorio y a menudo los pacientes manifestaban cuán penosos les eran estos interrogatorios repetidos. Se irritaban de que quisiéramos clasificar sus respuestas como falsas o necias, y a ellos mismos como animales o tontos, mientras que estaban persuadidos de la certeza de sus respuestas.

De esta forma, no he podido sustraerme a la impresión inmediata; para mí, se trata aquí de auténticos síntomas de enferme-

dades. Esto está confirmado por las súbitas modificaciones de los cuadros clínicos, por la presencia de amnesia de un episodio bien preciso y por el regreso simultáneo de la memoria para el periodo normal anterior al incidente, en una palabra, por una mezcla de manifestaciones de síntomas bien conocidos y cuya simulación por parte de la gente que ignora la psiquiatría es más que improbable. Las fluctuaciones de la conciencia, los trastornos de la memoria son indicativos de la histeria aguda. En mis casos, esto se acompaña de verdaderos síntomas de histeria. Considero la simultaneidad de los síntomas como algo de un significado extraordinario y de una importancia fundamental. Es ella, la simultaneidad de los síntomas, lo que caracteriza el conjunto de este estado como un estado del orden de la histeria crepuscular. Asimismo, es evidente que nuestro síndrome es una forma de histeria crepuscular. La naturaleza histérica, o digamos más correctamente, las manifestaciones histéricas que pueden acompañar numerosos casos de psicosis carcelaria, se me han pasado por alto hasta ahora. Además, hasta donde puedo juzgar, el aspecto histérico de la locura carcelaria ha sido ignorado por muchos otros. (...)

No puedo (...) clasificar una parálisis empedernida y perturbaciones sensoriales como simuladas, las considero histéricas. Dicho esto, estoy lejos de suponer que los trastornos en cuestión se resuelvan con el simple hecho de reconocer su naturaleza histérica. Digamos más bien que me interrogo sobre su origen. ¿Acaso nuestro síndrome es una expresión de la disipación y de la fluctuación de conciencia del histérico? ¿O acaso el problema está ligado a la amnesia local, como el fenómeno descrito por Janet? Recordemos que estamos lejos de conocer todas las perturbaciones elementales que engendra el estado histérico, y que, sobre todo, nuestro conocimiento de la sintomatología del estado crepuscular es muy fragmentario; muchas perturbaciones histéricas primarias cuya realidad no es cuestionada por ningún psiquiatra competente de la actualidad, eran consideradas antes como artificiales, simuladoras y eran recibidas con la mayor de las reticencias. Un estudio libre de todo prejuicio ha hecho reconocer su realidad. Así, tampoco nosotros debemos dejarnos inducir a error ante casos como los que dan la impresión de una simulación patente. De todas formas, la apariencia sola no basta, en ningún caso, para justificar el diagnóstico de simulación.

Bibliografía General

- A.A.V.V. "Hommage à Henri Ey". *L'Evolution Psychiatrique*, 42, 1977, Numéro special.
- Alexander, F. G., Selesnick S., T., *The history of Psychiatry*. Harper and Row, New York, 1966.
- Alvarez, J. M., Colina, F. (Eds.), *El delirio en la clínica francesa, De Lasègue a Clérambault*. DOR, Madrid, 1994.
- Alvarez, J. M., Colina, F. (Eds.), *Clásicos de la paranoia*. DOR, Madrid, 1997.
- Baillarger, J., Quelques exemples de folie communiquée, en *Recherches sur les maladies mentales*, T. 1, 1890.
- Bayle, A. L. J., Recherches sur les maladies mentales. Thèse, Didot Le Jeune, Paris, 1822, en *Centenaire de la Thèse de Bayle (1822-1922) La Paralyse générale (Maladie de Bayle)* T. 1., Masson, Paris, 1922.
- Bercherie, P., *Génese des concepts freudiens*, Navarin, Paris, 1983. [*La génesis de los conceptos freudianos*, Paidós, Bs. As., 1988].
- Bercherie, P., *Les fondements de la clinique*. Navarin, Paris, 1980 [*Los fundamentos de la clínica*. Manantial, Bs. As., 1986].
- Berrios, H., "Positive and negative symptoms and Jackson". *Arch. Gen. Psychiatry*, 42, 1, 1985, pp. 95-97.
- Berrios, G. E., Fuentenebro de Diego, R., *Delirio*. Trotta, Madrid, 1996.
- Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*. PUF, Paris, 1966. [*Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, México, 1971].
- Chaslin, Ch., *La confusion mentale primitive*, 2^{ème} partie, Paris, Asselin et Houzeau, 1895.
- CIE 10, *Trastornos Mentales y del comportamiento*, Meditor, Madrid, 1994.
- Clérambault, G. G. de, "Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée". *Arch. de Neurol.*, oct-nov. 1902.
- Clérambault, G. G. de, *Automatismo Mental. Paranoia*. Polemos, Bs. As., 1995.
- Collée, M., Quétel, C., *Histoire des maladies mentales*. PUF, Paris, 1987.
- Cotard, J., "Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse". *Annales Médico-Psychologiques*, Setiembre, 1880, t. IV.
- Daumezon, G., Koëchlin, Ph., Paumelle, P., "Syndrome de Ganser au cours d'un épisode dépressif". *Annales Médico-Psychologiques*, 1, 1952, pp. 427-434.
- Delay, J., Deniker, P., Pichot, P., Lempèriere, M. R., Sadoun, M., *Délire à deux et à plusieurs: étude de 22 familles délirantes*. *Congrès des aliénistes et neurologistes de Langue Française*, Nice, 1955.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Ameri-