

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12

Nº 3 (2011)

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

AMOK

Una carrera hacia ninguna parte.



José Camilo Vázquez Caubet



**Hospital Universitario
12 de Octubre**

 **Comunidad de Madrid**

Unas líneas a modo de prólogo

En este ensayo el doctor José Camilo Vázquez Caubet nos muestra que aquellos fenómenos que parecen ser exclusivos de una determinada cultura no son tan insólitos, y que existen en nuestra propia cultura.

Analizando de forma exhaustiva los diarios de viaje y relatos literarios que describieron el “amok”, el autor nos muestra una forma de expresión humana en los momentos más extremos de sus vidas que es aceptada en determinadas culturas. Con su actitud reflexiva, pone en evidencia, que en la actualidad estamos siendo testigos en nuestra cultura occidental de situaciones que nos recuerdan el “amok”.

Asimismo, da una explicación muy certera y documentada sobre la canalización de esta característica humana a lo largo de la historia a través de diversas situaciones que eran vistas con honor y se calificaban incluso de heroicidad, en cuanto iban encaminadas hacia un bien superior que ha variado en diferentes épocas de la historia.

Resulta muy interesante el análisis que hace este novel autor del entorno cultural y su proyección hacia el resto de colectivos humanos cuando se dan circunstancias similares. Con ello pone en evidencia que lo latente y por tanto, la causa desencadenante en todas esas situaciones, es la pérdida del honor y/o dignidad.

Tras toda esta exposición se llega a una reflexión psicopatológica muy interesante que se va hilando con distintas formas de enfermar, a partir de las interpretaciones que se dan según el entorno cultural en el que aparece “amok”. A modo de conclusión nos hace pensar sobre una sociedad en la que se debilitan los límites y se llega a una brutalidad semejante, en la que se pierden la comunicación y la reflexión para desembocar en este brutal “acting-out”.

Para terminar quiero comentar, que el mérito de este psiquiatra en formación, al escribir este ensayo, es despertar la polémica y los deseos de investigar sobre un fenómeno, que en principio parece exótico y extraño, y que es mucho más cercano a nuestra cultura de lo que pensamos cuando lo leemos en los libros como psiquiatría transcultural.

En Madrid, Abril de dos mil once

*Pilar Cano Cano
Coordinadora del Seminario de Psicopatología
UDM Salud Mental del AGC Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)*

José Camilo Vázquez Caubet, médico residente de Psiquiatría desde Mayo del 2009 de nuestra *Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid* (tomamos un breve respiro tras señalar este dato de filiación docente con la correcta terminología recién estrenada), realiza en las páginas siguientes un muy original ejercicio de reflexión psicopatológica. Poco habitual en alguien de su corta trayectoria profesional. No tan de extrañar en alguien con la cultura e inquietud intelectual de un alumno y compañero al que nos alegramos de conocer y a quien aventuramos un brillante porvenir profesional y humano.

Desde hace años tratamos de alentar en nuestros residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica – en breve también con las enfermeras EIR de Salud Mental - la tarea de observar y pensar la clínica más allá de terminologías y esquemas de trabajo reduccionistas, de animarles a pararse sin superficialidad ante el complejo fenómeno psicopatológico, a estudiar y a relacionar los conocimientos psicopatológicos acumulados a lo largo de años en textos y autores clásicos con el paciente que nos encontramos en el aquí y ahora.

Por eso nos encanta acoger en estos modestos *Cuadernos de Salud Mental del 12* y ayudar a difundir el ensayo que a continuación presentamos, realizado “*a iniciativa propia*”. Iniciativa propia que, a diferencia de lo que en

ocasiones nos sugiere dicha coletilla cuando la observamos lacónicamente plasmada en ciertos partes de Interconsulta (... “*a.p.p.*”), en el caso de Camilo nos parece plenamente sugerente y atractiva.

Esta tarea de reflexión sobre nuestro quehacer clínico es más pertinente que nunca en los tiempos que nos tocan vivir de Historia Clínica Electrónica y de presencia del ordenador en el sacrosanto espacio médico-paciente. Aquí y en Malasia. El ordenador: “*el chisme ese donde apuntan y consultan Uds. todo lo que nos pasa*”, como le definía el otro día una encantadora paciente viejecita de Villaverde... encantadora (no impresionaba de presentar síntomas de Amok) aunque informáticamente ilusa y con unas altísimas expectativas sobre nuestro sistema sanitario y quehacer que esperaba yo no defraudar torpemente en los primeros minutos de contacto al pedirla permiso para consultar unos mínimos datos antes de dejar ya de lado el ordenador para tratar de escuchar con interés su relato “*sobre lo que la pasaba*”.

Enhorabuena agradecida, Camilo, por el trabajo realizado que ahora compartes con el resto de compañeros del Area y con quien amablemente se acerque a estas páginas que ahora también lanzamos a Internet desde nuestra web www.psiquiatria12octubre.org.

En Madrid, Mayo de dos mil once.

*L. Santiago Vega González
Coordinador UDM Salud Mental
AGC Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)*

Fronteras a la deriva

*“Hay muchas cosas divertidas en este mundo:
entre ellas, la idea de que el hombre blanco
es menos salvaje que los otros salvajes”*

Mark Twain, Following the Equator (1897)

1.

La locura es la impredecibilidad. Cambian las normas del juego social para quien se ve desprovisto de juicio, y eso lo convierte en alguien incomprensible, extraño. El enajenado pierde, además del llamado “contacto con la realidad”, su condición como uno de los nuestros. Se alzan los puentes levadizos, siempre precarios, que antes se tendían entre los individuos. El enfermo, el loco, se convierte ya en el otro. Y será difícil conseguir traerle de vuelta de ese exilio.

Doble será el esfuerzo necesario si el punto de partida se encuentra tan lejano en lo geográfico como en lo psicopatológico. Ya desde el momento en que los ojos de Europa comenzaron a abrirse a los mundos de Ultramar, siempre resultó especialmente complicado el diferenciar al extranjero del loco. En determinadas épocas, de hecho, esta discriminación se obvió por irrelevante. Para el *zeitgeist* etnocéntrico de la era de las exploraciones, una cultura que no encajara satisfactoriamente dentro del mapa de coordenadas comprendido por los tres ejes sobre los que se funda Occidente: Atenas, Jerusalén y Roma, acabaría siendo susceptible de ser reeducada paternalmente dentro del proyecto colonial de las diferentes potencias. Las creencias y costumbres de estos pueblos considerados salvajes, primitivos, fueron objeto de atención para los primeros antropólogos y etnógrafos. Las más gravosas para los tabúes occidentales fueron ávidamente registradas y difundidas con una mezcla de horror y complacencia intelectual. Hechos seculares como los sacrificios humanos en la América precolombina o el canibalismo de determinadas tribus del Pacífico vinieron a legitimar la tutela moral europea y ayudaron a configurar por oposición una identidad que haría del difuso concepto de civilización su piedra angular, una combinación de autopercepción y teleología universal.

2.

La navegación habría de convertirse por tanto en el púlpito de Europa, y uno de los pioneros en el ámbito de las expediciones científicas sería el capitán James Cook, quien a bordo de un pequeño aunque robusto barco carbonero, el *Endeavour*, partió del puerto de *Plymouth* con el objetivo de registrar un importante evento astronómico desde la isla de Tahití. Una vez documentado el tránsito de Venus sobre el Sol, su viaje habría de continuar entre las corrientes del océano Pacífico a la búsqueda del Continente Austral, mientras los miembros de la *Royal Society* de Londres allí embarcados tomaban notas de lo visto y acumulaban toda clase de especímenes en las amplias bodegas del navío. En el año de 1770 la expedición recaló en Batavia, un puesto avanzado de la Compañía de las Indias Orientales Holandesas en la isla de Java. Allí, además de observar con preocupación cómo su tripulación era diezmada por la malaria y la disentería, el capitán *Cook* realizaba la siguiente anotación:

“Entre estos indios se practica la costumbre llamada el mock, o correr el mock, desde tiempo inmemorial. Es cosa sabida que correr el mock, en la acepción genuina de la palabra, consiste en embriagarse con opio, salir corriendo por la calle con un arma enristrada y matar a todo el que se encuentra al paso, hasta que el individuo cae muerto o es detenido.”¹

¿Se encontraba frente a una peculiar tradición secular o se trataba de algo diferente, quizás más preocupante? El tono de la descripción resulta impasible incluso para la proverbial flema británica. Y sin embargo el hecho es capaz de llamar la atención de Cook, quien lo registra en base a los testimonios de los nativos sin pretender juzgar ni extraer conclusiones del fenómeno. Interesado por las circunstancias que llevan a estos sistemáticos baños de sangre, interroga a los indígenas:

“ Uno de los oficiales cuya misión es, entre otras, detener a estos individuos, nos dijo que rara es la semana en que él o alguno de sus cofrades no sean llamados para capturar a uno de estos indios. [...] Se nos dijo que el indio que corre un mock es siempre un desesperado por algún ultraje, y que siempre toma primero venganza de aquellos que le ofendieron. [...] Son generalmente esclavos,

¹ James Cook, comandante del *Endeavour*. Relación de su primer viaje alrededor del mundo durante los años 1768, 1769, 1770 y 1771. Traducción de M. Ortega y Gasset. Editorial Espasa-Calpe. Madrid, 1944.

que se hallan más expuestos a la vejación y al insulto y que carecen de los medios para recabar el desagravio por medio de la ley, aunque a veces caen también los libertos en tal extravío.”

Más aún, Cook tiene el detalle de ahondar en las consecuencias a nivel legal que un arranque de estas características tendrá para el sujeto en el caso de que sobreviva:

“Si el oficial captura a uno de estos amocks, o mohawks, como también se los llama por una corrupción explicable de la palabra, vivos, su recompensa es muy considerable; pero si los matan nada se añade a su paga corriente; tal es, sin embargo, la rabia de su desesperación que tres de cada cuatro mueren en la refriega que se produce al tratar de arrestarlos, aunque los agentes disponen de instrumentos que son como grandes tenazas o pinzas, para hacer presa en ellos sin ponerse al alcance de sus manos. Los que caen vivos en manos de los agentes están heridos casi siempre, pero son descuartizados vivos en la rueda, y si el médico que reconoce las heridas las considera mortales, se impone el castigo inmediatamente, y el lugar de la ejecución es, por lo general, aquel en que fue cometido el primer asesinato.”

3.

Queda así registrado el primer testimonio occidental de lo que pasará a denominarse *amok*, en lo que podríamos interpretar como un intento por reflejar mediante el término autóctono (literalmente: furia, rabia o ira ciega) una singularidad que se corresponde con su exótico origen. Y es que para los miembros de la expedición que regresarán a Inglaterra el *amok* será algo totalmente diferente a cualquier cosa que antes hayan visto o de la que hayan oído hablar. El antropólogo *Joseph Banks*, también tripulante del *Endeavour*, habrá de exponer sus registros para regocijo del círculo antropológico de la *Royal Society* de Londres, dando inicio a toda una serie de especulaciones y estudios acerca de este fenómeno, inicialmente interpretado en clave de hecho cultural-social específicamente malayo. Pero, pese a que esta primera aproximación no contemple en primera instancia el apelar a la enfermedad para darle sentido, lo cierto es que la sombra de la locura acabará planeando con el tiempo sobre estos arranques homicidas que de otra forma parecen difíciles de comprender. La confluencia entre psiquiatría y antropología cultural, será no obstante, bastante cauta, como se deduce del que la primera descripción

internacionalmente aceptada del *amok* como enfermedad mental se remonte a la realizada por el psiquiatra norteamericano Joseph Westermeyer en 1972.

Los comienzos, es justo recordarlo, casi nunca son sencillos. Y el de la psiquiatría como disciplina científica moderna no va a ser una excepción. Si la evolución de las nosologías va a hacer de la clasificación de la enfermedad mental autóctona un asunto peliagudo, no exento de polémicas, imaginemos las posibilidades reales que tenía un psiquiatra del siglo XIX de utilizar este caleidoscópico patrón de referencia en aras de discriminar locura y cordura en culturas tan ajenas, desconocedoras de frisos y capiteles. La psiquiatría va a ser, durante la construcción de la psicopatología clásica y el posterior auge psicodinámico, eminentemente eurocéntrica. Por lo tanto serán los residentes de las colonias y los antropólogos los principales interesados en el *amok* y otros tantos fenómenos doblemente extraños. Al poco tiempo de regresar Cook a Inglaterra van a registrarse nuevos casos en el seno de otras regiones diferentes a la malaya. Las Islas Filipinas, Laos, Papúa-Nueva Guinea o Puerto Rico tendrán su propia crónica negra, poniendo quizás en duda el tótem de la exclusividad cultural del fenómeno, pero siempre remitiéndonos a culturas con un fuerte componente indígena, lugares donde las influencias externas han sido, hasta el momento, mínimas.

Durante los doscientos años que van desde la descripción seminal de Cook a la inclusión del síndrome en la nosología psiquiátrica internacional la incidencia del fenómeno se irá haciendo progresivamente menor. Generalmente se atribuyó este hecho a la influencia occidental sobre la cultura nativa. Pero a finales del siglo XIX algunos casos de *amok* se sucedían todavía con cierta regularidad ante los ojos de los colonos, provocando la consecuente preocupación por parte de la administración. Más allá del pronto ajusticiamiento del asesino urgía conocer cuál era la raíz del *amok*. El objetivo, intentar atajar esta lacra, este apéndice de la barbarie. Se irán acumulando las evidencias, a veces contradictorias, acerca de los condicionantes que han podido influir en cada baño de sangre. En ocasiones el corredor de *amok* habría sufrido una importante afrenta o pérdida personal. En otras muchas, sin embargo, el arranque de furia pareciera carecer de justificación, como si – en concordancia con el pensamiento mitológico malayo- el individuo hubiera sido azarosamente poseído por un *hantu-belian*, el maligno espíritu del tigre a quien se le atribuye la capacidad de provocar estos accesos de agresividad inconsciente. También se decía que algunos sujetos lo habían emprendido intoxicados, mientras que otros sólo habrían hecho acopio de fuerzas propias desde su extremo estado de agitación. Parecía que sólo la muerte podía actuar como denominador común entre estos episodios, y que a la sociedad malaya únicamente

le quedaba aceptar todo esto con resignación, iniciando apresuradamente la ya familiar voz de alarma que seguía al brillo premonitorio del machete desenfundado: “¡*amok!* ¡*amok!*”. Las creencias espirituales de los malayos, pese a lo destructivo del fenómeno, habían mantenido cierto nivel de tolerancia hacia el *amok*. Pero a los ojos de los europeos se consideraba excesivo tener que pagar semejante tributo a la superstición.

4.

En este contexto, más allá de las disquisiciones de los expertos, serán los relatos en primera persona de numerosos testigos, la traducción de los cuentos y leyendas de la región, los rumores de garita o las cartas de los soldados a sus familias los que vayan dando a conocer lentamente el fenómeno de *amok* al público occidental. La perspicacia de algunos de estos observadores casuales va a proporcionar importantes claves que desembocarán en la progresiva desaparición del *amok* clásico:

*“Sea cual sea su historia familiar, el individuo es, en esos momentos, un maníaco homicida que lidia con la muerte y la persigue. En este país se le considera como una bestia extremadamente peligrosa, y como tal le tratan sus compañeros. Por lo general nunca se le atrapa con vida [...] Pero debe haber, en cualquier provincia malaya, un cierto número de personas a quienes, si fueran examinadas por médicos capaces, no se dudaría en clasificar de lunáticos y poner bajo arresto. Es por ello fácil de comprender que si un malayo da muestras de enajenación mental y sus allegados se dan cuenta de su significado, y si existe además una historia familiar que apunte a una locura hereditaria, va a ser muy improbable que se diga nada, ya que conducirá a una embarazosa investigación por parte de cualquier autoridad europea. La enfermedad, por lo tanto, va a tener tiempo de desarrollarse hasta que, un día, llegue la gota que colma el vaso y a un enajenado armado, temerario y ansioso por matar se le dará rienda suelta, lanzándose éste sobre la comunidad.”*²

El texto procede de la pluma de un alto cargo diplomático británico, Sir Frank Swettenham, instalado en Malasia desde 1871 hasta pocos años antes de su muerte en 1946. En él podemos

² *Amok*. From the writings of Sir Frank Swettenham; E.H. Kua, Mohd S. Sulaimi; Singapore Med J 1999; Vol 40(04)

apreciar un nuevo elemento: la huella del estigma. No es un hecho menor. Donde antes sólo podíamos ver arranques de furia justificados por la posesión maligna, es decir, superstición, ahora podemos llegar a utilizar estos datos para empatizar con una probable resignificación del fenómeno, que tendría en último término una función adaptativa para el afectado y su entorno más próximo. Lo demoníaco poco a poco se torna humano, aunque no por ello menos temible.

Más adelante Sir Frank continúa sus observaciones a propósito de un caso que le impactó especialmente. Sus palabras siguen siendo acreedoras de un reconfortante sentido común:

“ En cualquier país occidental los síntomas habrían llevado a sus familiares a ponerlo en manos de profesionales, a fin de ser controlado por su propio bien y por el bien del orden público. [...] Creo que cerca del 60 por ciento de los malayos que emprenden amok son enfermos mentales, generalmente por causas hereditarias. En el resto de casos, lo que sucede es lo siguiente: un serio problema sobrepasa al individuo. Puede ser insultado por otro sujeto, puede sufrir de celos, o ser desdeñado y rechazado por una mujer. Esto acabará sacándolo de sus casillas. Entonces, durante un tiempo, el individuo se dedicará a rumiar acerca de su problema. Finalmente llegará a una conclusión: “no puedo soportarlo. Debo emprender amok”. De esta forma el sujeto se convence de que ésa es la única manera digna de librarse de su aflicción, la única vía permitida por una tradición ancestral”.

5.

La valiosa información que sedimentará en torno a registros puntuales como los de Sir Frank dará lugar a que finalmente la psiquiatría se decida a tomar el testigo tendido por los antropólogos, clasificando el *amok* como condición psiquiátrica alrededor de 1849. La implantación progresiva de servicios sanitarios acorde con el modelo occidental y un manejo más racional de los episodios de *amok* llevará a la desaparición de los mismos a mediados del siglo XX, que será cuando dejen de encontrarse descripciones de casos en la literatura médica. Una de las hipótesis que intentarán explicar este hecho sugiere que para muchos de estos frenéticos sujetos el *amok* se trataba de un equivalente cultural del suicidio, ya que el Islam lo prohíbe severamente y por lo tanto el individuo trataría de provocar las circunstancias que desemboquen en su muerte. Este nuevo enfoque dio lugar a que las autoridades abandonasen la

pena de capital como castigo inmediato. Al convertirse la captura del sujeto vivo en prioridad, la posterior condena de prisión sería el principal elemento disuasor para estos suicidas-homicidas.

Será precisamente durante este declive epidemiológico del fenómeno cuando la literatura se encargue de catapultarlo a la fama mundial. Gran parte de esta difusión se deberá al éxito de los relatos coloniales concebidos por el estandarte del imperialismo británico, Rudyard Kipling. El *amok* será presentado dentro la saga de “*Soldiers Three*” aparecida primero en forma de fascículos para los lectores de la *Pioneer Press* de *Allahabad* (1888) y reeditada en 1899 ya como libro recopilatorio. Es dentro de una de estas narraciones, titulada “*Black Jack*”, donde *Kipling* emplea la expresión “*to run amok*” que más tarde se extendería como la pólvora. Todavía hoy es la forma más popular de referirse al fenómeno en el mundo anglosajón. Quizás queriendo crear un hábil juego de palabras, *Kipling* emplea el verbo *correr*. No en vano los ataques prototípicos del *amok* clásico se trataban de una carga homicida a toda velocidad, muchas veces en una imparable línea recta de destrucción. Asimismo, la expresión *to run* puede aplicarse al adjetivo *mad*, para referirse al inesperado salto hacia la locura. No sería descabellado que ante el término malayo *amok* (ira ciega), se hubiera adaptado la expresión *to run mad* (volverse loco) para hacer referencia al extraño fenómeno por medio de la analogía. De ahí la expresión *to run amok*³. Y probablemente de ahí proceda también el título de otro relato corto que le dará al término *amok* una fama imperecedera: *Der amokläufer*⁴, obra del austríaco Stefan Zweig, del cual nos ocuparemos en adelante.

Hemos puesto sobre la mesa una breve revisión histórica del concepto de *amok*, desde que fue avistado por primera vez en las colonias holandesas hasta que pasó a nutrir las bibliotecas del público occidental como exótica dolencia. Durante esos años, en el fondo, lo que se ha presentado ha sido el eterno dilema de definir la normalidad; con el agravante de tener que hacerlo en el seno de una cultura extraña. Y ante lo difícil de esta tarea, cualquier ayuda puede ser bien recibida. La literatura, en este caso, vendrá a aportar una perspectiva diferente a la de los hombres de ciencia, cargados de datos objetivos que en ocasiones pueden dejarnos fríos. Las páginas de los narradores añadirán -con talento y algo de suerte- el correlato emocional necesario para emitir un juicio personal. Y será éste un juicio a tener en cuenta, más allá del criterio de los expertos. Porque lo que relatos como el de Zweig nos proporcionan a cada uno de los lectores es la posibilidad de despojarnos de los detalles superficiales de sus páginas, olvidando el tacto del

3 Así como su chirriante traducción hispana en la forma de “carrera de *amok*”, “correr *amok*” o el descriptor del sujeto “corredor de *amok*”, como si de retransmitir una maratón apocalíptica se tratase.

4 De nuevo, literalmente: “El corredor de *amok*”. “Amok o El loco de Malasia” en sus traducciones españolas.

traje de pana o el rumor de las aguas que corta el navío, para así evocar lo que hay de nosotros mismos en esta extraña historia. Tendremos la oportunidad de sentir la pesada humedad de los cenagales y el acoso de los mosquitos, pero también viviremos la humillación que llega tras el hastío, y con ella la frágil vivencia trasplantada que deberemos disecar cuidadosamente, con sinceridad, en la mejor tradición de la reducción fenomenológica: el *amok*. E intentaremos descubrir su verdadera naturaleza a través de una fuente de apenas centenar y medio de páginas, en las cuáles se nos presentará un episodio que dista mucho de ser prototípico. Su protagonista, podemos avanzarlo ya, ni es malayo ni llegará a matar con sus propias manos a nadie. Hablamos de presentar un caso de *amok*, paradigma actual de los síndromes ligados a la cultura, en un individuo tan ajeno al filo del kris o a los poderes del demonio-tigre como Zweig o cualquiera de nosotros. Un *amok* europeo. Una pregunta se hace inevitable. ¿Se basan, pues, estas reflexiones en las páginas de un relato tramposo, impreciso, fallido?

Nuestro objetivo será demostrar todo lo contrario.

El loco de Malasia

“No presiones sobre el enemigo desesperado”

Sun Tzu, El Arte de la Guerra

1.

Brilla la noche sobre el Índico. Un navío de línea, atestado de humanidad, mece perezosamente su carga rumbo a Occidente. El retumbo de las máquinas y el asfixiante calor obligan a los pasajeros a escapar de sus sarcófagos de metal, a salir en busca de un aire más limpio que el de los camarotes, viciado hasta la náusea.

Nuestro narrador, innominado, intuye entre las sombras la figura de un desconocido. Otro solitario. Sólo la brisa marina aviva en ocasiones los rescoldos de una pipa encendida. De no ser por ese brillo puntual nada haría pensar que hay vida en ese hombre que a duras penas arrastra sus pasos por la cubierta. Los dos extraños comparten silencios durante una, dos noches, hasta que uno de ellos finalmente cede al empuje de las palabras:

- “Quisiera pedirle algo... Es decir..., quisiera contarle algo. Ya sé, sé muy bien lo absurdo que es dirigirme al primero que encuentro, pero... estoy... estoy en un terrible estado psíquico... He llegado a un punto en que tengo que hablar con alguien sin falta... Si no, estoy perdido... Lo entenderá en seguida cuando... cuando se lo cuente... Sé que usted no podrá ayudarme..., pero este silencio me pone enfermo... y un enfermo es siempre ridículo para los demás...”

Primero aparecen tímidas, pero luego atropelladas. Torpes, las frases, se van liberando a borbotones, como si procedieran de una tubería abandonada, atascada por el desuso. Poco a poco el flujo de las palabras va recobrando algo parecido a un ritmo. Se entrevé ya una incipiente idea motriz. La confesión llega ya para saciar la sed de quien habla como si su propia boca fuera un verdadero manantial. Nuestro narrador escucha.

- “Perdone..., hablo con tanta excitación... Pero no estoy borracho..., todavía

no..., me ocurre a menudo ahora, en esta infernal soledad, se lo confieso con toda calma y serenidad... Piense usted que he vivido siete años casi exclusivamente entre indígenas y fieras..., allí uno se olvida de hablar tranquilamente... Y luego, cuando uno abre la boca, es como un torrente.”

Y continúa, tras agarrar una botella de whisky y apurar un trago.

- *“Pues bien, usted no dice nada, cumple ese deber... Le pido que hable conmigo, porque reviento a causa del silencio...”*

Quien asiste a este desahogo, a esta petición de auxilio, permanece junto a ese hombre angustiado al que se dispone - “claro, claro, no se preocupe”- a escuchar. Le intriga ese habla entrecortada, como febril, cuajada de circunloquios e indecisiones. Le extraña y conmueve ese discurso casi tan pegajoso como lo son todos los días por esas latitudes. Siente inmediata piedad por su carga. Y una historia -por desgraciada que sea- siempre resulta bienvenida cuando todavía se prevén largos días de travesía en alta mar.

Stefan Zweig nos plantea así el encuentro entre estos dos personajes, de los cuáles rápidamente descubriremos que uno no va a ser en adelante necesario. Ese narrador -quizás el propio Zweig evocándose durante uno de sus viajes- tan sólo tendrá sentido en la medida en que accione la espoleta de las angustias del auténtico protagonista, ese hombre doliente que toma el relevo de la narración y se confiesa buscando el alivio de una carga todavía desconocida. Pero es justo reconocer que nuestro supuesto Zweig no se evade con un “dónde habré dejado mi encendedor”. No rehúye el contacto, a todas luces incómodo, con aquel desconocido. De alguna forma, su extraña petición le ata. Resulta imposible negarse. Se establece una relación inesperada, donde la desesperanza rubrica un silencio que los compromete a ambos. Zweig calla. Está obligado a escuchar. Como diría refiriéndose a él mismo: “el destino me ha condenado con una mirada insobornable, una mirada dura, pero un corazón frágil.” Frente a esta sensibilidad habrá de desplegarse la historia del extraño pasajero.

2.

Un médico alemán de cierto éxito se pone en contacto de forma apresurada con el gobierno holandés. Se embolsa por adelantado la suma de dinero que se ofrece a los galenos dispuestos a

marchar a las colonias “donde reinan las fiebres y las cruces funerarias crecen tres veces más deprisa”. Su carrera está destrozada. Abandona el Hospital Clínico de Lepizig. Sus prometedoras investigaciones están ya truncadas. Nuestro protagonista explica la razón de esta huida. Sin nada que perder habla ya sin tapujos:

“En aquellos días me vi envuelto en un lío de faldas. Se trataba de una mujer que conocí en el hospital; había vuelto tan loco a su amante que él le disparó con un revólver y yo no tardé en volverme tan loco como él. Era por naturaleza tan fría y orgullosa que me enfurecía. Las mujeres autoritarias siempre me han tenido en un puño, pero esta me dobló de tal modo que mis huesos crujieron. Hacía lo que ella quería. Una vez metí la mano en la caja del hospital por ella y, cuando la cosa se descubrió, se armó una de todos los diablos.”

Se dispone pues a comenzar una nueva vida. Y no parece que huya únicamente de la justicia, sino que pone también incontables millas entre él y el influjo de esa mujer que le ha arruinado. Pero su relato no carga especialmente las tintas contra ella. De alguna forma vemos aquí el primer destello del profundo interés de Stefan Zweig por las teorías psicoanalíticas de su contemporáneo *Sigmund Freud*. Hay algo dinámico, un patrón cíclico que el propio protagonista es capaz de percibir y que saca a relucir en lo que podríamos interpretar como una especie de diván marinero: esa atracción inevitable hacia lo que denomina “mujeres autoritarias”. Podría pasar como un dato menor, como una preferencia anecdótica, como la de quien dirige antes su mirada a las mujeres de ojos oscuros y no sabría explicar por qué no le atraen tanto los claros. En su caso, sin embargo, esta querencia confesada será el preludio de una terrible abreacción. Por ahora sigue hablando:

“Sin dinero, sin reloj y sin ilusiones zarpé entonces de Europa y no estaba especialmente triste cuando abandonamos el puerto”

Huye pues, de sí mismo. Y el cambio de aires parece facilitar el olvido. El dolor queda enterrado bajo las luces de este nuevo presente. Mientras su mente se lame las heridas, el motivo de tan apresurado viaje va permeando lentamente hacia el subsuelo. Se hace finalmente inconsciente.

Pero las ilusiones que inicialmente despiertan las palmeras y los cálidos vientos que las mecen, el color y los aromas de Oriente, los cánticos de sus gentes, todo ello queda rápidamente

empañado por una realidad especialmente incómoda y testaruda. El médico intenta poner a su callado interlocutor en situación, por si a éste aún le engañase algún tinte de romanticismo:

“[...] este país le desgarró a uno el alma y le chupa la médula hasta los huesos. [...] En este invisible invernadero te abandonan las fuerzas; la fiebre, que contraes irremisiblemente por más quinina que tragues, te ataca los tuétanos, te vuelve lacio y perezoso, te debilitas como una medusa. Un europeo, cuando se aleja de las grandes ciudades y llega a una de esas malditas zonas pantanosas, se ve separado en cierto modo de su verdadero ser. Más pronto o más tarde se hunde. Unos se dan a la bebida, otros fuman opio y otros se dedican a repartir palos y se convierten en bestias. Todos contraen algún brote de locura”

Tengamos en cuenta que el propio Zweig vivió en sus carnes el permanente exilio. En su autobiografía *El mundo de ayer* nos pone en situación: “Nací en 1881, en un imperio grande y poderoso -la monarquía de los Habsburgos- pero no se molesten en buscarlo en el mapa: ha sido borrado sin dejar rastro. [...] Ahora soy un ser de ninguna parte, forastero en todas; huésped en el mejor de los casos. También he perdido a mi patria propiamente dicha, la que había elegido mi corazón, Europa, a partir del momento en que ésta se ha suicidado desgarrándose en dos guerras fratricidas.” Viajero por devoción primero y más tarde por necesidad, el políglota Zweig intentará asumir un papel como intermediario entre las culturas del Viejo Continente. Quizás la pérdida de este ideal en el fango bélico diera lugar a una cierta idealización, a la nostalgia por ese “mundo de ayer”. Por ello el hecho europeo va a ser una constante en toda su obra. Y este relato no va a ser la excepción.

Nuestro doctor intentará llevar consigo un pedazo de esa Europa abandonada a la carrera. Pero esa semilla no aceptará el ser trasplantada entre tanta maleza.

“Al principio aún era soportable. Me dediqué a todo tipo de estudios. [...] Coleccioné venenos y armas de los indígenas. Me ocupé en mil cosas para mantenerme alerta. Pero sólo funcionó mientras conservé las fuerzas traídas de Europa. Después me consumí. Los pocos europeos me aburrían, rompí toda relación con ellos, me di a la bebida y me encerré en mis sueños. [...] En realidad no hacía sino esperar, estarme quieto y esperar.”

Y es que como él mismo cuenta, no se le envía a ninguno de los principales enclaves coloniales. No habita una portuaria Batavia, ni tampoco Surabaya. Y el europeo necesita de la ciudad, de la polis, para ser él mismo. Ni siquiera la presencia de otros iguales reconforta, pues son todos exiliados en la barbarie. De ahí la arquitectura victoriana, los trajes impecablemente limpios y almidonados, camisa, chaleco y chaqueta a pesar de la asfixiante humedad. Por eso, en el caso representativo de las colonias británicas, el té de las cinco servido por hombres de ojos rasgados, o un partido de cricket disputado entre cañas de bambú. Son intentos por reconstruir un hogar perdido, pero que finalmente quedan en un perpetuo carnaval. Porque Europa, como propone George Steiner⁵, es una idea. Una idea que surge de la unión de cinco conceptos: la posibilidad de ser caminada, las contradictorias herencias grecorromana y judeocristiana, la filosofía de los cafés, la obsesión por el recuerdo, por los grandes nombres que visten sus calles, y finalmente la convicción del futuro declive, la conciencia de una perdición que siempre está llamando a nuestra puerta. Pero en la lejanía todo es diferente. Europa se confunde entre dioses extraños y espíritus caprichosos, se pierde entre las calles sin nombre, duerme la resaca narcótica que exigen los espíritus inquietos y despiertos tras descubrir que no pueden cambiar las cosas. Sólo le queda al europeo la mirada al abismo. Sabe que todo está perdido. Acecha la depresión.

Es en este ambiente opresivo donde transcurre nuestra historia. Una larga espera. La soledad insalvable. Hierde pacientemente el tiempo al naufrago entre lianas. Él no lucha. Sabe que ha sido vencido. Y cuando su espíritu se encuentra más aplastado por el peso del silencio, de la renuncia, de las expectativas amputadas, en ese preciso momento en que el aire se detiene y los pájaros callan ante la inminencia del huracán, entonces, es cuando *ella* llama a su puerta.

3.

“Era justo después de la estación de lluvias... nadie había venido a verme, ningún europeo. Había pasado días y días sentado en casa con mis mujeres amarillas y mi buen whisky. [...] Me encontraba completamente hundido, enfermo de Europa. Si leía alguna novela que hablaba de calles luminosas y mujeres blancas, los dedos me empezaban a temblar. [...] No tengo palabras para describirle exactamente mi estado. Era una especie de enfermedad tropical, una nostalgia rabiosa, febril, y sin embargo mustia”

5 La idea de Europa. George Steiner. Ediciones Siruela; Madrid; 2005.

La visita que el médico recibe ese día resulta doblemente inesperada. Como si de un delirio hecho carne se tratase, nuestro protagonista no acaba de enmarcar lo que está sucediendo dentro de la realidad. Como si ésta hubiera quedado en suspenso lo analiza todo desde la extrañeza de la despersonalización.

“Una mujer irrumpe en casa de alguien que se consume en su soledad. Es la primera mujer blanca que pisa su umbral desde hace años..., de pronto él percibe que algo maligno está ahí, un peligro.”

La desconocida irrumpe con ligereza, saludando al doctor con halagos. Sin realizar una demanda clara inicia una conversación intrascendente mientras toquetea y hojea los libros que tapizan una estantería. Rechaza el té que se le ofrece. Sus formas son expansivas, dominantes, y no tardan en importunar al animal que lleva años hibernando entre palmeras.

“Me di cuenta desde el primer momento de que aquella mujer era más fuerte que yo, de que podía doblegarme a su voluntad, cuando quisiera. Pero... también había en mí algo maligno..., el hombre que se apresta a la defensa, una cierta irritación, pues..., como le he dicho..., desde el primer momento, incluso antes de verla, presentí que aquella mujer era un enemigo.”

¿Qué busca exactamente? Ella menciona mareos, algún desmayo ocasional, todo como de pasada. Le sucede desde hace unos días. No es que le preocupe demasiado, pero quién sabe, en un lugar como éste, donde son tan frecuentes las fiebres... El hombre, acorralado, intenta recuperar el control de la situación. Adoptando el papel de doctor se recupera poco a poco de la sorpresa inicial. La tantea con preguntas técnicas, “¿le sucede a menudo?”, “¿tiene fiebre?”. Una vez que ha recuperado por completo el aplomo se permite llegar al fondo de la cuestión. Tiene una clara sospecha. Ya sin dudar pregunta: “¿Ha tenido hijos?”. Sí, los había tenido. Uno. El doctor asiente. Dispuesto a demostrarle a esa mujer que él no se va a dejar engañar se apresta a poner las cartas sobre la mesa: “¿Se encontró también en un estado parecido?” La expresión e incluso el tono de voz de la visitante cambian, se tornan más duros, decididos. Y se desata la contienda.

“¿Sabe, doctor, lo que quiero de usted o no lo sabe?”

Él afirma. Ella no desea al hijo. Él es la solución. Pero la ley prohíbe esos métodos, como ella misma debe saber.

La mujer no pierde la compostura, pues “hay casos en que no sólo no están prohibidos, sino que incluso están indicados.”

“No sin una buenas razones médicas”, se resiste.

“Usted las encontrará”, afirma ella. “Es médico”

Cada palabra de esa desconocida hiende en el tiempo pasado. Como uñas rascando el barniz van desconchando el olvido. Uñas pintadas, de mujer, que le cerraron las puertas de la medicina académica, que le condenaron a una prisión verde esmeralda, que le arrancaron hasta el último marco de su bolsillo. Y agazapado, el deseo intolerable de ser dominado. Todavía no lo sabe, pero todo ello se revuelve en un magma inconsciente que ya arde.

“Era una orden y yo, débil de mi, temblaba de admiración ante el poder demoníaco de su voluntad. Pero no capitulé todavía, no quería que viera que ya estaba derrotado.”

El médico le pregunta por qué acude precisamente a él. El resquemor le invade. Ella no tiene problemas para argumentar sus decisiones. Le considera el perfecto ejecutor dado su aislamiento, su exilio desesperado, su necesidad de dinero. Le confiesa sus planes para él. Le pagará por desaparecer. Será generosa. Ha decidido de antemano la cantidad exacta con la que comprar su mano y su silencio. Doce mil florines. A él le duelen más que treinta denarios.

“ Yo temblaba... temblaba de rabia y... sí, también de asombro. Lo había calculado todo [...]; me había tasado y comprado sin conocerme, había dispuesto de mí basándose en un presentimiento de su voluntad.” “Sabía que ella me odiaba porque me necesitaba y yo la odiaba porque... no estaba dispuesta a suplicar.”

El médico, el hombre, está viendo regresar ese patrón que siempre le ha marcado. Se sabe débil. Ama a aquellas mujeres que se le muestran superiores. Pero también odia que esa debilidad se haga explícita. Él podría ser feliz junto a una fuerte personalidad que a su vez fuera discreta, una mujer con la sutileza suficiente como para no abusar de su poder infinito sobre él. Simplemente él desea que no se proclame a los cuatro vientos esa fragilidad. Pero quién es él

para ella. Sólo una herramienta. Ella tiene cosas más urgentes a las que dedicar sus energías que a adoptar un nuevo sirviente. Pisotea el único reducto de dignidad de este hombre que, quién sabe, quizás hiciera carrera como médico para poder ser amado.

“No sé si alguna vez he sido lo que se llama un buen hombre pero... creo que siempre he estado dispuesto a ayudar [...] a mantener el aliento de una criatura viva con la ayuda del puñado de ciencia que me habían embutido en el cerebro. [...] Tenía la sensación de que aquellas personas me necesitaban, de que las salvaba de la muerte o la desesperación... Pero aquella mujer... me exasperaba su orgullo. [...] Puso a la defensiva todo lo que había en mí de reprimido, oculto y maligno.”

El mundo queda así dividido: aquellos que necesitan al médico, aquellos a los que él necesita y esas almas que apenas importan y bien podrían ser tratadas como enseres o animales. Ella requiere de su arte, pero no llora de angustia como la mujer de un malherido, ni se tira a los pies del doctor suplicando un remedio mágico que nunca tuvo. Ofrece una moneda de cambio que en realidad poco le importa, y él con disgusto la observa antes de rechazarla. Esa desconocida arrogante consigue que se inviertan los papeles. Él ya sólo piensa en una miserable revancha, una victoria simbólica que le permita acceder a sus deseos -pues es ya su esclavo- pudiendo guardar una mínima compostura. De pronto recuerda que su estado es el producto inequívoco de un hecho bien concreto.

“Y entonces... me obsesionó la idea de humillarla..., a partir de ese momento vi su cuerpo desnudo a través del vestido..., a partir de aquel momento viví sólo con la idea de poseerla... no era por lascivia, por lujuria, por deseo sexual... era simplemente el ansia de someter aquel orgullo..., de dominar como hombre.”

Se lo propone. Le da a conocer el nuevo precio por sus servicios. No se aceptan otros modos de pago. Encendido de ira, inflamando los restos de su orgullo, se rebela: *“Puesto que no quiere pedir, se lo exigiré. Creo que no hace falta ser más explícito. Ya sabe lo que quiero de usted.”*

Pero ella, después de sostenerle la mirada durante un segundo interminable, se ríe. Le desprecia. Lo tiene ya a sus pies, y él se sabe derrotado. Se ríe de sus pretensiones en su cara.

Ella nunca dejó de tener el control de la situación, y ni siquiera necesita palabras para aplacar semejante rebelión. Se ríe y se da la vuelta. Él observa paralizado. La desconocida, esa mujer que es única y a la vez es todas las mujeres que ha amado, abre la puerta y abandona la cabaña con pasos rápidos. Él lloraría si pudiera, imploraría por su perdón, iría tras ella porque ya no es más que su esclavo. Pero no puede moverse. No tiene fuerzas ni para respirar.

Pasan los minutos. La creciente distancia se convierte en agonía. Ya no oye siquiera pasos. Su corazón bombea plomo fundido. Sus miembros despiertan. Su mirada ha cambiado. ¡Todavía está a tiempo! ¿De qué? No lo sabe. Sólo sabe que debe correr.

En ese instante comienza la carrera.

Se desata el *amok*.

4.

Tradicionalmente se han identificado cuatro fases en el proceso que conduce al *amok*⁶. Por lo general éste se suele iniciar con un periodo de retraimiento, lo cual puede pasar fácilmente inadvertido. Durante esta fase el sujeto vive inmerso en la rumiación de sus preocupaciones. A este aislamiento va a seguir, a veces de forma inesperada pero siempre brusca, el paroxismo homicida tan característico del *amok*. El individuo que lo acomete desatará su frenesí contra la comunidad hasta que resulte muerto en la refriega, sea capturado, o bien caiga presa de su propio agotamiento hasta quedar en estado de estupor. Se ha observado que aquellos que sobreviven al acceso de furia asesina por lo general entran en una última fase de amnesia, parcial o completa, centrada en torno al episodio.

En el caso del *amokläufer* de Zweig podemos identificar, en efecto, esos primeros años de aletargamiento, de anergia y abolición de la voluntad. El interés por la vida queda progresivamente anegado por la soledad, la falta de incentivos para un hombre de ciencia y el ambiente opresivo de la selva, donde la temporada de lluvias puede obligar a los habitantes a guarecerse durante semanas y nunca acaba de poner fin a las altas temperaturas de la región. A pesar de conocer su lengua los nativos le resultan extraños, sus costumbres inasequibles. Los

6 Running *amok*; Schmidt K, Hill L, Guthrie G; The International Journal of Social Psychiatry; 1977; 23(4):264-74.

demás colonos no le aportan mayor alivio. Sus visitas a la población cercana se distanciarán en el tiempo hasta ser finalmente evitadas por completo. La progresiva dilución de su red social va a ser a su vez causa y efecto de esta deriva vital que ya es caída en barrena. El doctor recurrirá a la bebida con el fin de anestesiar el hastío. Pero el alcohol tan sólo agravará un embotamiento en el cual se mezclan elementos de un pasado reprimido. Aún en el caso de que sus pensamientos no siempre rondan las causas de su exilio, las heridas sufridas; aún cuando el rencor y el arrepentimiento no se hagan explícitos durante esos largos años, lo cierto es que toda esa emoción contenida, aprisionada bajo toneladas de océano, habrá fermentado como las aguas de los pantanos que le rodean. Su psique se mantiene apenas en inestable equilibrio, olla a presión con su válvula oxidada. Sólo necesita el golpe de calor que libere toda esa furia acumulada.

Y finalmente estalla. Pero en su caso se trata de un *amok* diferente. Abandona su cabaña a la carrera. Persigue con rabia animal, ajena al filtro de la conciencia, a esa mujer sin nombre. Pero nadie da la voz de alarma. Él no es malayo. No puede tratarse de un *amok*. Esa misma noche fatal, pasados los primeros minutos de estupefacción, monta su bicicleta y emprende la persecución a lo largo del camino. Cuando poco le falta para alcanzarla es interceptado por uno de los sirvientes de esa mujer. El nativo se defiende como le es posible. Ofrece fiel resistencia, y el doctor le golpea hasta derribarlo. No le mata, aunque confiesa que, de haber llevado encima el revólver, seguramente lo hubiera hecho. Lo deja rápidamente atrás, a pesar de que la bicicleta ha quedado inutilizada en el forcejeo. Pero es tarde, demasiado tarde. Ella ya ha subido a su automóvil. En el camino sólo quedan una estela polvorienta y un hombre obcecado, en imparable frenesí. Él mismo -ya tiempo después, en la cubierta del barco- es capaz de describir su estado, aunque se autoexamina empleando la lente de la metáfora:

“¿Sabe qué es el amok? [...] Es más que una embriaguez..., es una locura, una especie de rabia humana..., un ataque de monomanía homicida, insensata, que no se puede comparar con ninguna intoxicación alcohólica... Durante mi estancia allí yo mismo estudié algunos casos [...], aunque sin desentrañar en ninguno de ellos el terrible secreto de su origen... De alguna forma guarda relación con el clima, con aquella atmósfera sofocante y pesada que ataca los nervios como una tormenta, hasta que estallan... Pues bien, el amok es esto: un malayo, un hombre cualquiera, sencillo y de buena pasta, bebe su brebaje..., está ahí sentado, abúlico, indiferente, abatido..., igual que yo estaba en mi habitación... y, de repente, se pone en pie de un salto, coge su puñal y sale

corriendo a la calle... corre en línea recta, siempre derecho..., sin saber adónde... Todo cuanto se interpone en su camino, hombre o animal, él lo abate con su kris y el delirio de la sangre lo vuelve aún más furioso... Mientras corre le sale espuma por la boca, aúlla como un loco..., pero sigue corriendo y corriendo, no mira a la derecha ni a la izquierda, corre lanzando gritos agudos, con su ensangrentado puñal, siguiendo siempre esa misma y espantosa línea recta... Las gentes de los poblados saben que ninguna fuerza puede detener al loco homicida..., de modo que, cuando lo ven, previenen a los demás con gritos de: “¡amok, amok!”, y todo el mundo huye..., pero él corre sin oír, corre sin ver, derriba todo lo que encuentra a su paso..., hasta que lo matan de un tiro como a un perro rabioso o cae él mismo, exhausto, echando espuma por la boca...”

En el transcurso de un *amok* prototípico entre siete y diez personas resultan muertas de media, incluyendo al propio homicida. Otras tantas suelen acabar heridas. Sus coordenadas principales son las siguientes: el factor cultural malayo, lo irrefrenable del ataque, su final igualmente abrupto. En el relato que nos ocupa la furiosa persecución es interpretada en clave de *amok*, pero su protagonista no asume esa etiqueta de forma consciente o, como mucho se muestra ambivalente al respecto. ¿Es o no es *amok* lo que le posee? ¿Lo deja Zweig a nuestro escrutinio? La segunda fase de este *amok*, el ataque, no arroja un terrible recuento de víctimas. Nadie muere, de hecho, a manos de quien lo acomete. La rabia, más larvada quizás, va a prolongarse durante los días en que la persecución se mantenga. ¿Con qué objetivo? Aproximarse, someterse, respirar.

“ [...] mi voluntad me apremiaba a correr tras ella... ella..., no sé para qué..., llamarla o golpearla o estrangularla... pero tras ella... tras ella...”. “Yo mismo no me comprendía... me limitaba a correr tras el objeto de mi obsesión.”

Apenas ha tratado unos minutos con esa mujer. No sabe nada sobre ella, no la conoce. Nada tienen en común salvo el hecho de compartir ambos su vergonzante secreto. Pero eso es justo lo que azarosamente los ha unido antes de su fulgurante repulsión. Ahora él permanece todavía atado, como con cadenas. Ella lo arrastra sin que nada pueda evitarlo. ¿Por qué? No por quien pueda ser en realidad esta mujer sin nombre, sino por ser el objeto en que todo se vuelca, en quien se proyecta el sufrimiento reprimido del médico errante, del hombre vapuleado, del débil amante. No sabría poner en palabras por qué su cuerpo emprende una carrera a toda

velocidad, como una piedra se precipita hacia el suelo por efecto de la gravedad. Las masas se atraen con fuerzas proporcionales. Y es el peso de toda una vida el que le arrastra. Confunden más que explican, en realidad, las palabras.

5.

No llega, al final de esta carrera, ninguna amnesia disociativa. Tampoco hay suicidio. La narración así lo exige. Nuestro protagonista, por el momento, está condenado a permanecer vivo. Debe narrar. Sus alocados pasos le han llevado desde su apartada cabaña hasta un baile en la casa del gobernador, donde su obsesión rebasa cualquier dique tendido por el protocolo y las buenas costumbres. En su torpe danza todavía es ella quien, aterrada, es capaz de guardar la compostura, de marcar el paso. Con amable frialdad se desembaraza de su perseguidor que, nuevamente rechazado, se tambalea ya hacia las tabernas. Bebe hasta casi perder la consciencia. Pero no lo consigue. Permanece insomne. Pasa una noche febril, todavía viviendo como entre sueños, mortificado, y escribe veinte desesperadas páginas ofreciendo su alma en sacrificio. Que sea lo que *ella* decida. Él sólo aspira a obedecer. O morir. La respuesta, cuando llega, resulta una magra esperanza. En lápiz ha garrapateado una nota que en realidad consiste en tres puntos suspensivos marcados con sangre. La muerte acecha. Su marido estará de vuelta en pocos días. No debe saber de su estado. El desesperado, espera. Se sienta en su cabaña, frente al reloj. Junto a él, su vieja pistola. Para cuando finalmente vuelven a llamar a su puerta ya todo está perdido. “*Come quickly*”, ruega el sirviente. Ella se desangra, ya inevitablemente muerta a causa de una burda carnicería. No ha cedido. Cualquier tormento antes que rogar al médico, que confiar en la bestia ahora domada. Él permanecerá a su lado durante las horas que le queden de agonía. Toda su anterior furia se purgará ahora a través del sufrimiento. Cuando amanezca el día siguiente y regresen ya las preguntas cuerdas, y la consternación del marido, y el fuego en las sienes, sólo nos quedará de nuestro doctor la cáscara vacía de un hombre muerto en vida.

De ahí hasta que se despida de nosotros, precipitándose junto al cadáver de su dueña en el puerto de Nápoles, no harán falta más que un puñado de páginas.

Así culmina su persecución, su carrera, ¿su *amok*?

Así narrada, la historia del doctor puede conmovernos por su crudeza. Pero también es cierto que, al mostrarnos los antecedentes de su protagonista, su personalidad, sus heridas

vagamente cicatrizadas, puede ponernos en situación de comprender lo ocurrido. Podemos llegar a empatizar, a sentir la fuerza de la liberación de las emociones reprimidas. Podemos imaginar nuestro corazón acelerado y la restricción de la conciencia, viendo el mundo como a través de un túnel, corriendo sólo en línea recta. Y no importa tanto que el médico, como europeo, no se acoja al mito de la posesión por parte del *Hantu Belian*. Incluso para nosotros, seres racionales, existen horrores que nos superan y son capaces de poner en marcha la carrera.

Cuando observadores directos como Sir Frank Swettenham comiencen investigar, a preguntar acerca de las historias personales de los homicidas, no tardarán en encontrarse con explicaciones capaces de poner nombre a lo desconocido. El duelo por un ser querido, la humillación insoportable, una traición que de pronto es descubierta... Surgirán explicaciones muy mundanas. Muchos de los afectados de *amok* serán enfermos gravemente deprimidos, o sujetos fuera de la realidad acorralados por las trampas de su propia mente. Cabrá ayudar, será posible evitar estos asesinatos. Por lo menos intentarlo. Escuchar será el primer paso.

Lo que arroja en nuestra opinión el relato de Stefan Zweig es que *amok*, en potencia, somos todos

Pero, ¿coincide esta rica puesta en escena con la descripción clínica que figura hoy en el manual de psiquiatría por excelencia, el DSM?

Frenando la carrera

“Platón es mi amigo, pero más amiga es la verdad ”

Aristóteles

1.

Se acepta comúnmente que la psiquiatría transcultural moderna hunde sus raíces en un artículo⁷ pionero de Arthur Kleinman, el cual intenta poner en común algunas de las conclusiones⁸ que se extraen del rico (aunque a veces confuso) diálogo previo entre antropología y psicopatología. Dicha rama de la psiquiatría estudia la prevalencia, la distribución geográfica y las formas de la enfermedad mental en diferentes sociedades humanas. Consciente de que los valores culturales y la realidad social de cada grupo humano influyen en la expresión y significación de la patología mental, la psiquiatría transcultural intenta poner en contexto cada caso concreto. Nos anima a permanecer alerta, a no dejarnos llevar por las lógicas asunciones de la práctica psiquiátrica habitual, tan centrada en el modelo occidental de enfermar como hace trescientos años. Existe para ello, como parte de las últimas páginas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR en las siglas anglosajonas de su última versión), un apéndice dedicado a este enfoque transcultural.

Dicho apartado consta de dos puntos principales. Por una parte se nos ofrece una serie de pautas para la *formulación cultural* de casos. Su objetivo: ayudar a integrar el contexto étnico y cultural del individuo dentro del cuadro clínico para una más correcta evaluación psicopatológica. Debemos, para ello, interesarnos por la identidad cultural del sujeto, su adscripción o no a un grupo de referencia, las explicaciones que dentro de éste se le dan al proceso por el que acude el paciente, así como el entorno psicosocial en que habitualmente se mueve y su papel dentro de éste. Debemos tener en cuenta, asimismo, los matices que surgirán inevitablemente como parte de la relación entre médico y paciente, al enfrentarnos a expectativas y roles diferentes a los acostumbrados. El diagnóstico, el pronóstico y las posibilidades de

7 Kleinman AM (Jan 1977). "Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry"". *Soc Sci Med* 11 (1): 3–10.

8 Pues será lo largo de los años 50 y 60 del siglo XX cuando surjan las primeras reuniones de expertos dirigidas a tratar las cuestiones fundacionales de esta -por entonces- incipiente disciplina psiquiátrica.

tratamiento deberán ser también atendidas y negociadas desde esta perspectiva, a fin de evitar que nuestra buena voluntad nos lleve a malentendidos contraterapéuticos.

El segundo punto, por otra parte, expone los denominados *Síndrome dependientes de o ligados a la cultura*. Aquí podemos reconocer, además del *amok*, otros tantos cuadros de nombre a veces impronunciable. Desde el *Dhat* hindú, pasando por la *Boufée delirante*, el *Koro* o el *Pibloktoq* ártico, todos estos cuadros se caracterizan por encontrarse clásicamente limitados a una región geográfica muy concreta, o bien al área de influencia de la cultura que los acuna. Pero no es éste su único requisito, pues:

- Deben ser considerados como una patología dentro de dicha cultura, así como ser medianamente reconocibles por la mayor parte de los miembros de la comunidad.
- Por el contrario, dichos trastornos deben ser completamente extraños para culturas ajenas a la originaria del cuadro.
- Su aparición no puede deberse a alteraciones orgánicas, tisulares, o moleculares objetivables (en cuyo caso daría el salto a otro grupo nosológico como trastorno secundario), sino que el cuadro ha de ser primario, psicógeno.
- Debe amoldarse al modelo médico de la cultura matriz: poseer una explicación cultural, un pronóstico vital y un manejo o tratamiento tradicional.
- Y, finalmente, el factor cultural ha de ser predominante para su desarrollo.

Visto lo cual, ¿cumple el *amok* estos requisitos?

2.

Como hemos expuesto, la cultura malaya fue la que en principio dio asiento al fenómeno *amok*. Su área de influencia se limitó inicialmente a determinadas tribus de Borneo y Java. Más tarde su sombra creció, alcanzando gran parte del sureste asiático. Tanto Malasia como Indonesia, Papúa-Nueva Guinea, Filipinas y Laos informaron acerca de estos casos siempre sorprendentes para los viajeros europeos. Tengamos en cuenta que no estamos hablando de una enfermedad infecciosa que, a modo de epidemia, saltase de isla en isla apuntándose nuevos tantos. Su incidencia (desde el punto de vista académico) dependía directamente de la presencia de los observadores en aquellos parajes. Por lo tanto era de esperar que el fenómeno creciese a

medida que el conocimiento del penúltimo continente se hacía cada vez más preciso. Pronto el *amok* adquirió una entidad propia y, aunque todavía temido, por lo menos estaba ubicado. Existía además una explicación aceptable culturalmente: la posesión por parte de un espíritu maligno, así como un contundente remedio: la muerte. Además, las férreas normas de conducta de la cultura malaya (indulgentes con los niños, pero poseedora de un fuerte código sancionador de las conductas perturbadoras en el caso de los adolescentes) justificaban de alguna manera que un individuo resentido y libre del miedo a ser castigado actuase con tamaña ferocidad, por puro efecto rebote.

Pero el hecho de que se dieran casos de *amok* en Puerto Rico (curiosamente también una isla tropical) haría descarrilar uno de sus criterios básicos, si no el más importante: la especificidad cultural. Conocida como “Mal de Pelea”, esta variante de *amok* no podía entenderse ni desde la explicación animista ni desde la represión educacional malayas. Sin embargo sí podría reconocerse como *amok* en caso de atendernos a sus destructivas consecuencias: ese arranque repentino de agresividad irrefrenable, inconsciente, letal. Y no será difícil encontrar ejemplos similares, patologías paralelas, una vez abierta esta senda. Nos preguntaremos, ¿dónde se ha visto antes esa furia homicida individual sin sentido?. Con suerte el ejercicio de abstracción nos llevará a identificar otros tantos nombres extraños como el desaparecido *Berserk* escandinavo, el *Cathard* Polinesio, o el *Iich'aa* de los Navajo. Todos ellos comparten la constelación semiológica básica del *amok*: predisposición, aparente ausencia de causa y frenesí homicida. Incluso en nuestra sociedad Occidental, ¿no suenan ecos familiares al recordar masacres como las de *Columbine* o la de *Virginia Tech*? El término que usan los americanos para referirse a estos ataques indiscriminados no suele ser *amok*, sino el coloquial “*going postal*”, que hace referencia a una terrible cadena de hasta veinte incidentes que tuvieron lugar en oficinas del servicio de correos estadounidense entre 1986 y 1997. Cuarenta personas habían muerto tiroteadas al finalizar este periodo a causa de repetidos accesos de furia por parte de algunos de sus trabajadores, que emprendieron su venganza armados ya no con puñales malayos, sino con armas de fuego.

¿Hacia dónde nos llevan estos ejemplos de agresividad plástica, ubicua? ¿Podrían tratarse en el fondo del mismo perro -rabioso, eso sí- pero con distinto collar; o tendríamos la fortuna de encontrarnos vacunados frente al *amok* de alguna manera? Desde luego parece claro que lo que nos protege (en el caso de que el *amok* sea realmente un hecho circunscrito) no es el lugar en que habitamos. ¿Será entonces la causa que lo provoca?

3.

Por definición, la causa principal de un *síndrome dependiente de cultura* ha de ser la cultura que comparte un determinado grupo humano. Según *Kroeber y Kluckhohn*⁹, la cultura es un producto histórico que incluye ideas, patrones y valores, incorporándolos de forma selectiva y aprendida. Está basada en símbolos, y representa una abstracción de la conducta del grupo y sus productos.

La violencia, asimismo, ha tenido siempre un papel capital dentro de la cultura de las poblaciones humanas. Sus manifestaciones espontáneas y los métodos destinados a canalizarla impregnan todos los registros históricos disponibles, y se hacen presentes incluso en hallazgos arqueológicos que se remontan a épocas sorprendentemente pretéritas. A la luz de ellas podría decirse que existe violencia entre nosotros desde que existe el animal humano.

El *amok*, como manifestación explosiva de estos impulsos agresivos, no ha sido un fenómeno estático. Su significado ha variado con el tiempo, a pesar de que la forma permaneciera relativamente bien conservada. Entender la evolución de la cultura que da asiento al *amok* debería (si es cierto que es la cultura malaya la que específicamente lo provoca) arrojar fuertes evidencias causales al respecto. Remitiéndonos a la obra¹⁰ de un estudioso del tema:

“La palabra amok originalmente significaba entregar hasta el último aliento en la batalla. No procede del campo semántico del crimen, sino del de la guerra. El amok posee una tradición antiquísima. Vencer o morir era su consigna. Los guerreros poseídos por el amok del Sur de la India o Malasia pertenecían a una élite conjurada. Estaban entrenados para lanzarse sobre las líneas del enemigo despreciando la muerte. Esta forma de lucha no conocía la precaución ni la cautela, como tampoco ningún cálculo estratégico. Ya fuera por fidelidad a un caudillo o como acto de fervor religioso, los guerreros caídos eran considerados héroes por el pueblo y favoritos de los dioses.”

Los textos más antiguos de la cultura malaya, sus epopeyas y crónicas, beben de dos fuentes principalmente: la hindú y la islámica. Al espíritu heroico de la mitología hindú se le

9 Extraído de: Neurocultura; Francisco Mora; Alianza editorial; 2007.

10 Tiempo de horror: *amok*, violencia, guerra; Wolfgang Sofsky; Ed. Siglo Veintiuno; 2004

suma la energía combativa de un Islam en expansión. Los actos que relatan son épicos. La veneración hacia el guerrero es la norma. Nos hallamos en una época muy anterior a la llegada de los colonizadores europeos. En este ambiente cultural florece la entrega absoluta al combate. Como dice Sofsky:

“Entregar la vida sobre una montaña de enemigos muertos con sus propias manos: ése parece el más alto honor del guerrero, una visión que el guerrero malayo poseído por el amok comparte con todos los soldados veteranos y grandes guerreros de los campos de batalla de la historia, tanto con los héroes griegos de las puertas de Troya como con los Berserkers de Odín, los guerreros furibundos envueltos en pieles de oso que formaban la guardia personal de los caudillos vikingos”

Este alto honor, reservado sólo para los más bravos de entre los combatientes, parece dar rienda suelta a los impulsos agresivos sancionados en otros contextos. La cultura de una sociedad en constante conflicto armado establece para la violencia un cauce construido en laurel y oro. Por él desciende un caudaloso río de sangre.

“La guerra brinda la rara ocasión de poder matar a otras personas en un alto número. Lo que la vida civil niega, en la guerra no sólo se permite, sino que es justo lo que hay que hacer. Aniquilar a todo el que esté en condiciones de levantar siquiera una mano para defenderse no deja de tener cierto sentido en el fragor de la batalla. Los jefes tal vez se preocupen por la disciplina de sus tropas, pero es la embriaguez de la sangre lo que realmente confiere al asalto cuerpo a cuerpo la energía necesaria. El amok en la guerra surge de la escalada de violencia propia de la batalla. El amok, en la vida civil, por el contrario es un acto en el que se arremete contra gente indefensa hasta que le arrancan el arma de las manos. No obstante, en tiempos, quien actuaba presa del amok también lo hacía en nombre de la muerte, de la fe y del honor. El amok era para el noble malayo lo que el duelo era para el caballero europeo. Durante un tiempo, el baño de sangre incluso adoptó características rituales.”

Pero en algún momento este primer significado heroico se pierde. Quizás los cambios sociales secundarios a la estabilización de la región dejasen fuera de contexto a esta élite de

guerreros predispuestos al frenesí. Pudo ocurrir lo mismo a nivel social que lo sucedido en Japón al concluir su etapa feudal. La modernización del país tras la caída del shogunato Tokugawa supuso la pérdida de los privilegios de su casta guerrera. El samurái, obligado a entregar su espada, no siempre será capaz de afrontar esa amputación de su identidad. Muchos, incapaces de dedicarse a otras tareas más allá de las marciales, se convertirán ya no en ronin¹¹, sino en meros delincuentes, salteadores de caminos o vagabundos. La paz en Malasia despojaría al *amok* de un valor adaptativo que tan sólo podía encontrar su lugar en el campo de batalla. Pero los valores que habían promovido hasta entonces el frenesí del *amok* todavía estaban presentes, aunque fuera en la forma de un eco cada vez más incómodo y chirriante. Su cántico de guerra se hacía cacofonía a medida que la cultura malaya culminaba su tránsito hacia una época de paz. Documentos previos¹² al cuaderno de bitácora de James Cook así lo atestiguan:

“ En 1516 un comerciante portugués escribió sobre una costumbre de Java: cuando están gravemente enfermos, algunos de ellos hacen a Dios la promesa de morir con más honor que de enfermedad en el caso de su curación. En cuanto se encuentran bien, agarran un puñal, salen a la calle y matan a todo el que se encuentran, hombres, mujeres y niños. Rabian como perros enloquecidos y matan hasta que se les da muerte a ellos ”

Ya no se nos habla del honor conquistado en el campo de batalla, sino del arrebatado de la desesperación. Estos casos, en que se difuminaban los límites entre el suicidio y el ritual, se hicieron tan frecuentes que en muchos pueblos se construyeron largas lanzas acabadas en forma de horquilla ganchuda con el fin de mantener a distancia a estos individuos. Aquellos que emprendían la carrera sangrienta ya no lo hacían motivados por la sed de gloria. No había ya una guerra de la que regresar triunfalmente extenuado. Ante la anodina muerte de los tiempos de paz sólo cabía emprender un furioso y nostálgico viaje en el tiempo. Un viaje hacia la montaña de cadáveres, hacia el guerrero elegido, hacia la epopeya. Recordaría este último acto de rebelión al suicidio del escritor japonés Yukio Mishima. Ya en pleno siglo XX acometió su propia muerte a través del antiguo ritual samurái del *seppuku*. Se encontraba profundamente avergonzado ante la pérdida de los antiguos valores guerreros de su país. Mishima, como el *amok*, agonizaba herido

11 Literalmente: “Hombre ola”. Dícese de aquel samurai que no debe lealtad a ningún señor, lo cual le empuja a una vida errante, a la deriva, sin rumbo ni dirección. Su figura es recurrente durante el periodo feudal japonés (S, XII-XIX), dadas las permanentes luchas de poder entre clanes, la destrucción de alguno de los cuáles siempre arrojaba a los senderos a numerosos guerreros, en adelante huérfanos de un señor al que servir.

12 Duarte Barbosa. The Book of Duarte Barbosa: An Account of the Countries Bordering the Indian Ocean and their inhabitants. Hakluyt Society; London; 1921

de muerte por la traición de los tiempos. Acelerar la destrucción era lo único que podía devolverles, al menos por unos dolorosos minutos, todo aquel mundo que les había sido arrebatado.

Los conquistadores holandeses -como expone *Sofsky*- fueron los primeros en torturar hasta la muerte a los posesos que sobrevivían, con el fin de robarles la gloria de haber ejercido una violencia sagrada. Así fue como el guerrero entregado ciegamente a los dioses degeneró en asesino callejero presa de los malos espíritus. La destrucción del código de honor desposeyó al *amok* de su significado cultural, y la sociedad malaya comenzó a comprender que quizás pagaba un precio demasiado alto por los despojos de un fenómeno en franca retirada.

4.

¿Qué podía mantener vivas las brasas moribundas de la ira *amok*? A medida que pasaba el tiempo bajo el dominio europeo los casos se sucedían con menor frecuencia, cierto. Pero todavía existía una “tozuda” proporción de malayos que emprendían la carrera a pesar de haber sido resignificada hacia una posesión maligna, una condición temida y vergonzante, sancionada con el mayor de los castigos. El *amok* había completado ya su viaje hasta convertirse en un hecho contra-cultura. ¿Quién querría entonces iniciar la matanza? ¿Qué clase de persona empuñaría el *kris*?

Una observación que se ha venido repitiendo desde que al fenómeno se le intentó aplicar una óptica racional es que la mayor parte de los sujetos de lo emprendían -además de ser principalmente varones- mostraban algún indicio de enfermedad mental. La explicación animista siempre ha estado ligada a las dolencias de la psique. La posesión por parte del *Hantu Belian*, el espíritu del tigre, podría no ser una excepción en este sentido. ¿Podría ser que este estigma nos ayudase de alguna forma a comprender lo que subyace a la furia *amok*? Tras un vasto análisis de la literatura previa y habiendo recopilado información de cientos de casos, Saint Martin¹³ expone los hallazgos más comúnmente realizados al estudiar desde el punto de vista clínico a los individuos que acometieron *amok*:

- Trastorno psicótico o trastorno afectivo mayor, especialmente trastorno bipolar.
- Trastorno de la personalidad, con especial tendencia hacia los subtipos antisocial o límite.

13 Running *amok*: A modern perspective on a Culture-Bound Syndrome; Manuel L. Saint Martin, M.D.,J.D.; Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry; 1:3; June 1999.

- Trastorno paranoide de la personalidad y/o ideas delirantes de perjuicio.
- Historia reciente de graves pérdidas personales y antecedentes de estresores psicosociales.
- Historia de comportamiento suicida e ideas de rabia, desesperanza y venganza.
- Esquizofrenia paranoide con alucinaciones de contenido imperativo.

Lo que estos datos arrojarían sería algo de comprensión desde lo incomprensible. De ser cierto lo que expone Saint Martin, nos encontraríamos ante lo que en gran medida podría ser una expresión temible de estados mórbidos previos. No sería por lo tanto una entidad primaria *per-se*, sino la consecuencia de un trastorno mental grave. Cuando el *amok* se produjera a causa de alteraciones sensoperceptivas -por ejemplo-, a raíz de vivencias irrecrables para la comunidad sana, el efecto sería especialmente angustiante, como atestiguan las descripciones clásicas al referir la aleatoriedad de los ataques. Pero identificar un patrón, proponer factores de riesgo fiables, conocer las fases del proceso, van a ser medidas capitales para luchar contra esta incertidumbre y prevenir en lo posible el inicio de un *amok*.

A ojos de culturas ajenas a la malaya puede ser incomprensible que un individuo poseído por un espíritu maligno arremeta violentamente, sin mediar provocación alguna, contra cualquier desconocido que se cruce en su camino. “*Cosas de salvajes*”, cabía pensar en la época victoriana. Ahora bien, asumiendo la tesis de la enfermedad mental de base, no nos cuesta tanto imaginar a un sujeto occidental, atormentado por voces que le recriminan los fracasos de una vida, aterrado por las miradas amenazantes de los transeúntes, que le siguen inexplicablemente hasta más allá de la puerta de su casa; un sujeto que se ve finalmente empujado a buscar en la muerte ajena su propia autodefensa. No suena tan desconocida la compasión homicida de quien amplía su suicidio a todos los miembros de su familia, en el contexto de un trastorno depresivo. Cobrará un sentido la matanza de extraños si todos han sido percibidos como el verdadero enemigo, en el marco de un delirio crónico de perjuicio. O si tras años de desprecios por parte de sus vecinos, ese individuo que ha sido, es y será “*el raro del pueblo*” -hoy llamado *trastorno de la personalidad*- abandona las rumiaciones de su amargura y se apresta a armarse, hoy por fin, con el objeto de cobrarse su venganza.

Las concordancias entre el *amok* malayo y determinados episodios de violencia extrema en nuestra sociedad se hacen manifiestas, por lo menos en lo que al punto de partida se refiere. Tras una revisión de 196 casos de violencia homicida equiparable al *amok*, todos ellos reportados por

la prensa alemana, *Adler* y colaboradores¹⁴ establecieron que hasta un 42% de los sujetos tenía diagnosticado un trastorno mental, principalmente ideas delirantes y alucinaciones en el contexto de episodios psicóticos. Un nada desdeñable 25% se encontraba libre de antecedentes personales, pero contaba con al menos un caso de suicidio dentro de su historia familiar. Un 28% de los ataques fueron cometidos en estados de intoxicación por sustancias. Un modesto 11% se debió únicamente al arrebató del crimen pasional. Además, entre todos ellos resulta difícil establecer el porcentaje de individuos no diagnosticados en el momento de dar rienda suelta a la violencia. El desenlace fatal, no en pocas ocasiones, nos habrá arrebatado la posibilidad de comprender y ayudar a esa persona que muere matando. Una base mórbida podría, por lo tanto, vincularse a la aparición de episodios de *amok*. Los autores de dicho estudio advierten, asimismo, que a la enfermedad mental se le suele asociar algún desencadenante grave. Entre los sujetos que emprenden el *amok* suelen abundar las historias de pérdidas personales recientes, los conflictos sociales inveterados o la insatisfacción personal.

Podríamos emplear la metáfora del embudo para explicar el fenómeno *amok*. Desde un punto de vista clínico la base del embudo es amplia, tanto como dar cabida a todos los posibles cuadros predisponentes. En el sujeto que emprende la violencia extrema podremos describir desde el cuadro psicótico por excelencia, la esquizofrenia, a la callada obcecación del trastorno obsesivo de la personalidad, pasando por episodios psicóticos breves, determinadas crisis disociativas como consecuencia del estrés extremo o la angustia inenarrable del trastorno depresivo mayor. Pero el final del embudo se estrecha. Ni mucho menos todos los enfermos mentales corren el riesgo de emprender el baño de sangre. El estudio de Adler cifra la incidencia del fenómeno en menos de uno por cada millón de habitantes al año. Sin embargo la matanza, cuando se desata, suele ser en esencia similar en todos los casos. Y si nos quitamos las máscaras que nos encubren, occidentales o malayos, para aplicar la hipótesis de la enfermedad mental a un ser humano genérico, veremos que el *amok* no es incompatible con las oficinas y las armas de fuego, de la misma forma en que el anhelo de muerte del enfermo deprimido puede encontrar su sitio también entre las palmeras del supuesto paraíso. De confirmarse esta hipótesis, esencialmente patoplástica, cabría dudar que el *amok* cumpliera los criterios que conforman un *síndrome dependiente de cultura*. Y esto sería así porque la cultura sólo habría otorgado la forma visible del fenómeno en una región determinada, una Malasia que susurró el sueño apenas

14 Adler L, Lehmann K, Räder, Schnemann K; "Running amok". Content analytic study of 196 news presentations from industrialized countries. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie; 1993 Dec;61(12):424-33

recordado de la épica guerrera, impuso las vestiduras, concedió los aullidos, afiló el *kris*. Pero no fue la cultura su verdadera la causa, ni determinó las consecuencias, que en todo lugar serán siempre arrebató, carrera, carne hendida, sangre y muerte, más allá del nombre que se les ponga.

5.

Ceden las últimas esperanzas, se rebasan los diques de la norma social, el *amok* se libera cuando el individuo pasa de un salto al otro lado de la frontera. La violencia es animal, sí, un Cancerbero de numerosos collares. Sólo en uno de ellos puede leerse “*amok*”, si bien eso no significa que las heridas que infligen sus dentelladas no sean siempre las mismas, que duelan por igual. Al abrigo del análisis clínico anterior podemos ya decir que siempre existieron dos formas de *amok* entre los malayos. Teníamos por una parte el *Beramok*, caracterizado por la pérdida personal y el duelo, seguidos de un periodo de retirada del mundo exterior. Por otro lado encontraríamos el *amok* puro, por así decirlo, que siempre fue el menos frecuente. En él pesaban más las ideas de perjuicio y su correspondiente venganza. Estos dos perfiles clásicos pueden superponerse hoy en día a los cuadros psicopatológicos que antes hemos descrito. Los pasos del *amok* pueden ser explicados:

- La primera fase, de rumiación y encierro, puede entenderse desde la progresiva inhibición que provoca el trastorno depresivo endógeno, o bien la gran pérdida. Llegan la abulia, la anhedonia; no se disfruta ya del mundo que antes se abría ante nosotros. Moverse un palmo se convierte en ingente tarea. Pero también existiría este repliegue hacia los adentros durante el *trema* de una esquizofrenia incipiente¹⁵. Al modificarse la percepción de lo externo, al ir confluyendo todo hacia lo autorreferencial, la novedad aterra. Cualquier estímulo es peligroso. El individuo acorralado se refugia en la soledad, hasta el momento en que todo se comprende y adquiere su nuevo sentido. El momento que llama a la acción.

- La segunda fase del *amok* es salto, grito, patada en la puerta. Es frenesí disociativo en ocasiones, cuando una olla a presión revienta sin poder contener por más tiempo los caudales de una descarga simpática prolongada en exceso. Es el día en que ese otro individuo, catalogado de impulsivo o antisocial u obsesivo,

15 Klaus Conrad, *La esquizofrenia Incipiente*, Editorial Triacastela

o bien de temperamento explosivo, harto de su papel como víctima, decide devolverle al mundo su sufrimiento. Saca su pistola del armario. Es la liberación, la omnipotencia del animal humano liberado, que corre y muerde sin posibilidad de retorno al redil.

· Las fases tercera y cuarta serán las más variables, en función de la respuesta de la sociedad ante este desafío furioso. Dependerá básicamente del perfil de quien lo acometa el persistir buscando la muerte o abolir todos sus recuerdos en caso de sobrevivir a la carga. En ningún caso quedará indiferente o reconciliado, tras la renuncia al último tabú.

De los 196 casos de Adler surgieron también dos patrones de comportamiento *amok*, tal y como sucedía con las descripciones de la tradición malaya. La clave a la hora de establecer las categorías fue la relación del asesino con sus víctimas. Por un lado existían aquellos que mataban en primer lugar a su familia y allegados en una forma de suicidio extendido. Estos solían ofrecer, hasta emprender *amok*, una buena adaptación social. Por lo general eran personas sin antecedentes psiquiátricos previos, quizás primeros episodios depresivos no diagnosticados. Solían ser sujetos de mayor edad, más meticulosos a la hora de matar. Normalmente ponían punto y final al episodio con el suicidio. Por otra parte existían aquellos individuos que inexplicablemente tendían a verter la sangre de los extraños. Agredían de forma furiosa a unas gentes con las que no guardaban ninguna relación. Por partes iguales dejaban un rastro de muertos y heridos. Su tasa de suicidio era baja. Correspondían por lo general a trastornos graves de la personalidad o cuadros delirantes activos.

El paralelismo no es casual, ni se justifica exclusivamente como descripción *ad hoc*. A nuestro entender las dos variantes clásicas de *amok* se ven reflejadas hoy en cualquier parte del mundo. No es necesario recurrir a la consabida globalización para justificar este tipo de acción violenta, aunque sí puede explicar la progresiva homogeneización de sus medios. Los instintos básicos tenían ya una representación universal antes de la llegada del barco de vapor o el primer vuelo de un avión a reacción. Ante la agresión externa o interna, desde los albores de los tiempos, sólo han existido tres opciones posibles: huir, luchar o inhibirse. La causa, por lo tanto, no cambia. Tan sólo lo hace su barniz cultural. Existe, por ejemplo, en la India una gran preocupación ante la posible pérdida espontánea del fluido seminal. Da lugar a un cuadro denominado *Dhat*. También forma parte de los síndromes dependientes de cultura, si bien

existen autores¹⁶ que ponen en duda su especificidad cultural, y por lo tanto su existencia misma como entidad nosológica. Esta neurosis de pérdida seminal (fluido con una enorme carga simbólica) produce numerosos síntomas de corte hipocondríaco: desde la pérdida de fuerzas y energía vitales hasta la ceguera. Pero resulta iluso relegar su presencia a tierras lejanas. En nuestra cultura Occidental el tabú de la masturbación masculina se ha basado en amenazas muy similares, y se ha debido también a ese temor que al fin y al cabo es comprensiblemente universal. Y es que su esencia, el temor a la pérdida de la fecundidad, es la verdadera razón de ser de dicha neurosis; su origen. Cambiemos el machete malayo por el subfusil Kalashnikov o la katana japonesa. Como bien afirma Jin-Inn Teoh¹⁷, profesor de psiquiatría en la Universidad Aberdeen de Londres:

“ El amok existe en todos los países, diferenciándose únicamente en los métodos y las armas empleadas en el ataque. La cultura se convierte en un factor modulador que determina cómo se manifiesta el amok, pero no si éste ocurre o no ”

Desgraciadamente existen demasiados ejemplos capaces de confirmarnos este hecho.

6.

Desde que apareció la cuarta edición del DSM en 1994 se ha criticado la clasificación de los *síndromes dependientes de cultura* por su tendencia a caer en la tautología. Hasta donde se sabe, todos los trastornos psiquiátricos dependen en cierto grado de la cultura en que se manifiestan. La cultura impregna la vivencia del mundo y de uno mismo hasta el punto de teñir no sólo el síntoma (expresión simbólica de la dolencia), sino las propias vivencias internas, los marcos de referencia, el saber si uno siente mucho o poco dolor, o aterrorizarse ante la llegada de ideas que no son propias. Ni siquiera las emociones son puras en ese sentido. Sin posibilidad de comparación frente *al otro*, se muestran ciegas, se acallan. Si intentamos diseccionar sujeto y cultura, como si de extirpar un tumor maligno se tratase, jamás obtendríamos la forma limpia del síntoma. Ojalá fuera posible. Los matices que la cultura nos brinda, en cambio, como células invadiendo los intersticios entre las fibras, nos condenarían a cortar por error tejido sano si

16 Culture bound syndromes: the story of dhat syndrome; A. Sumathipala, S.H. Siribaddana, D. Bhugra; British Journal of Psychiatry; 2004; 184, 200-209

17 Teoh J-I. The changing psychopathology of amok. Psychiatry. 1972; 35;345-351

cayésemos en ese error.

Escapa al objetivo de estas reflexiones plantearse si la existencia de los *síndromes dependientes de la cultura* resulta coherente nosológicamente o no. Nos hemos limitado a poner sobre la mesa un caso concreto: el *amok*. Y partiendo de la narración de un literato hemos intentado seguir los pasos de este cuadro tan esquivo, queriendo dar con lo que esta dolencia tiene de realidad y de mito. Y poco importa que el relato de Zweig, después de insinuárnoslo, no nos presente un caso verdaderamente ajustado a los cánones del *amok* más ortodoxo. Porque más allá del trastorno descrito en los manuales, cuando el dolor se hace carne y gemido, cuando pasa del libro de texto al cuerpo del enfermo, entonces, hablamos ya de una dolencia que se manifiesta en toda su trágica riqueza. El acierto yace entonces en el contraste que se nos plantea, indulgente, revelador, entre el *amok* europeo y el *amok* malayo. Porque ese contraste no disimula lo esencial, esa condición que los usos y las armas y los gritos de batalla sólo engalanan: su humanidad. Y se quedará corto incluso el considerar que sus formas dependan de una cultura determinada. Arder de furia y deseo sumiso frente a una mujer de hierro, por ejemplo, dependerá tan sólo de la historia singular del médico que nos brinda Zweig. Si ella no hubiera aparecido, jamás se habría narrado ese atípico *amok*. Tendremos, en último término, un *trastorno dependiente de persona*. Y no hay apéndice que pueda incluir esa posibilidad en forma de clasificación.

Como el investigador que alterna grandes y pequeñas lentes de aumento, intentando no perder la perspectiva al mirar por su microscopio, hemos pasado del mundo interior del doctor atribulado hasta las más grandes teorías sociológicas o los instintos básicos, comunes a todos los animales. Tanto en lo cercano como en lo más abstracto siempre podremos atisbar parte de la verdad. En este sentido el mundo nos ofrece evidencias sobradas de que la violencia es y será un fenómeno eterno. Cada cultura intentará proporcionar unos cauces, pero siempre habrá tiempo para que se desborden. El ataque repentino y letal del *amok* siempre será una posibilidad a tener en cuenta, y el ponerle un nombre exótico para luego relegarlo a las islas más recónditas no servirá para apartar de nosotros la violencia. Como mucho, la negación, podrá ayudarnos a postergar el terror. Breve consuelo. La historia del loco de malasia representa para nosotros un testimonio inestimable, en la medida en que nos sumerge más allá de lo que el clínico verá, con suerte, en la consulta. No pocas veces desearemos el haber podido estar ahí, presenciando desde una esquina, invisibles, cada minuto de la vida de quien en menos de una hora de consulta debemos de comprender a fin de asignar diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Pero aún

suponiendo que se cumplieran nuestras fantasías más *orwellianas* nada podría ofrecernos una comprensión tan pura como la de la vivencia hecha palabra, la de la literatura, esa inmersión que ha de poner de manifiesto los arabescos filtros de la mente. No queremos conocer la forma del mundo antes de la mente, ni tampoco la que ésta arroje después. Nuestro anhelo no irá más allá del poder esbozar ese filtro invisible que todo lo transforma, la esencia sedimentada de la persona. Querremos, finalmente, ser capaces de comprender. Ser el otro, transitoriamente, en nuestra propia persona. Asumiendo que el *amok* de Zweig no se trata de una metáfora, sino de la expresión de una posibilidad universal, queremos ser capaces de apreciar sus indicios. Querremos ser capaces de percibir y detener esta carrera enloquecida antes de que comiencen a darse sus primeros pasos. Con suerte estaremos allí, en el momento último, con la mano tendida, antes de que surja la decisión de dar el salto más allá, cuando se cruce esa frontera de la que jamás se vuelve.

En Madrid, a día 14 de Mayo de 2010

NOTA FINAL:

La ilustración de portada corresponde a *Scavando nell'acqua*, de Lorenzo Mattotti.

Y TRES AGRADECIMIENTOS:

Al profesor Luis Montiel, por iniciarme en la alquimia del dolor.

Al doctor Álvaro Huidobro, tenaz y desinteresado en sus correcciones.

| Y a la doctora Olga Bautista, más implacable todavía con el autor.