

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
40

Décimo Aniversario

*Caroli / Dubrovsky
Etchegoyen / Feldman / Goldchluk
Lanteri-Laura / Lolas Stepke
Noël / Olivera / Resnik / Ricón
Rojtenberg*

Volumen XI - N° 40 Junio - Julio - Agosto 2000

1990 - 2000

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebret

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembliit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), F. Caroli (París), M. Cetcovich Bakmas (Bs. As.), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), A. Heerlein (Sgo. de Chile), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lóo (París), M. A. Matterazzi (Bs. As.), J. Mendlewicz (Bruselas), A. Monchablón Espinoza (Bs. As.), R. Montenegro (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricón (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), L. Salvarezza (Bs. As.), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), T. Tremine (París), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Comité Editorial

Norberto A. Conti, Pablo Gabay, Anibal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusevich, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier y Silvia Wikinsky.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J. T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). CORDOBA: J. L. Fitó, H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. CHUBUT: J. L. Tuñón. ENTRE RÍOS: J. H. Garcilaso. JUJUY: C. Rey Campero; M. Sánchez. LA PAMPA: C. Lisofsky. MENDOZA: B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. NEUQUÉN: E. Stein. RIO NEGRO: D. Jerez. SALTA: J. M. Moltrasio. SAN JUAN: M. T. Aciar. SAN LUIS: G. Bazán. SANTA FE: M. T. Colovini; J. C. Liotta. SANTIAGO DEL ESTERO: R. Costilla. TUCUMAN: A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. AMÉRICA CENTRAL: D. Herrera Salinas. CHILE: A. San Martín. CUBA: L. Artiles Visbal. ESCOCIA: I. McIntosh. ESPAÑA: J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. EE.UU.: A. Sudilovsky (Pittsburg); C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). FRANCIA: D. Kamienny. INGLATERRA: C. Bronstein. ITALIA: M. Soboleosky. ISRAEL: L. Mauas. MÉXICO: M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. SUIZA: N. Feldman. URUGUAY: M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: polemoss @sminter.com.ar

En Europa: Correspondencia

Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebret, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easy.net.fr

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Creaciones Gráficas
Ayolas 3142 - Sarandí, Pcia. de Bs. As.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XI N° 40, JUNIO - JULIO - AGOSTO 2000

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

- Nuestra psiquiatría doscientos años después,
G. Lanteri-Laura pág. 9
- Origen y estructura del “aparato de influencia” en la
esquizofrenia, R. Horacio Etchegoyen pág. 15
- Mito y filosofía. Comentarios a partir
del psicoanálisis, Lía Ricón pág. 20
- Controversias entre los modelos adaptacionistas de la
psiquiatría y la ciencia evolucionista, B. Dubrovsky pág. 25
- Bioética y Salud Mental, Fernando Lolas pág. 34
- La psicofarmacología de la última década
Sergio L. Rojtenberg pág. 38
- El juicio de insania en la Grecia clásica, Elpidio R. Olivera pág. 42
- La influencia de la biología sobre la psiquiatría,
Noel Feldman pág. 47
- ¿Qué hacer con la transferencia en psiquiatría?, F. Caroli pág. 54
- Tratamiento grupal ambulatorio de pacientes
esquizofrénicos y otras psicosis deficitarias,
M. Amenta, M. Campi, A. Goldchluk, W. Kirschbaum,
F. Postare, V. Villar pág. 58
- ¿Corre peligro la psiquiatría pública? La situación
en Francia, Pierre Noël pág. 65
- Entrevista a Salomón Resnik, Martín Reca pág. 70
- In Memoriam – Profesor Doctor Exequias Bringas Núñez,
José Luis Fitó pág. 78
- Adhieren al aniversario de Vertex pág. 80

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición trimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con dos Suplementos anuales, indizada en el acopio bibliográfico “Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud” LILACS.

EDITORIAL

U

na década. Han transcurrido 10 años desde que Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría salió a encontrarse con los psiquiatras argentinos. El proyecto comenzó a diseñarse unos años antes en los pliegues de la democracia recientemente recuperada en Argentina. Quienes la imaginábamos, estábamos convencidos de la necesidad de crear, en el espacio de nuestra especialidad, un órgano que diera cuenta de la producción de los profesionales locales, de sus orientaciones teóricas, de las prácticas realizadas en sus instituciones asistenciales, de la situación sanitaria en el campo de la Salud Mental. No era un desafío menor. El surco trazado por grandes iniciativas anteriores como el mercado por Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, dirigida por el recordado Guillermo Vidal, constituía un ejemplo y un acicate para integrarnos a una tarea compleja.

La idea fundacional nació de una larga y fuerte amistad entre sus actuales Directores y tuvo, así, la impronta de un eje franco-argentino que luego se insertó en el espacio internacional.

Luego de numerosos avatares, en Agosto de 1990, entregamos el primer número. Ya había comenzado a conformarse el equipo que la sostuvo durante todos estos años. Para atender a la tarea de lanzamiento convocamos a un colega de larga trayectoria en nuestro país y en Chile y España: Rodolfo Daniel Spiguel. Fue él quien nos presentó al talentoso diseñador Alfredo Saavedra que, generosamente, creó el logotipo que nos distingue y el primer diseño de tapa e interior. Spiguel nos acompañó los tres primeros años aportando conocimientos, contactos e ideas de entre las cuales se destacaron, particularmente, esos detalles, centrados en la plástica y la literatura, que contribuyeron a dar una "personalidad" a Vertex. La Dirección para el área europea, dinamizada por Dominique Wintrebert, aportó; desde el principio, una fecunda integración de la producción científica nacional y extranjera en las páginas de Vertex. Fue así como entre otras importantes contribuciones nos llegaron entrevistas originales a personalidades como Margaret Tustin, Maud Mannoni, Jean Bergeret, y otros.

Un elemento central de nuestro proyecto fue, y es, su vocación por expresar un panorama nacional lo más amplio posible. Ese federalismo nos alentó desde el principio. Fue precisamente en Córdoba que se integraron los primeros miembros de nuestro Comité Científico: José Rapela, Elpidio Olivera, Sylvia Bermann y el Prof. Exequias Bringas Nuñez. Luego fue Santa Fe con Noel Feldman, Carlos Solomonoff, Pablo Zöpke y Aldo Mozotti; Mendoza con Eduardo Rodríguez Echandía y, enseguida, Buenos Ai

res con Fernando Alvarez, Isidoro Berenstein, R. Horacio Etchegoyen, Oscar Gershanik, Anibal Goldchluk, Miguel Angel Matterazzi, Lía Ricón, Hugo-Vez zetti y Luis María Zieher.

Los corresponsales fueron designados siguiendo el mismo principio federal. El primer equipo estuvo formado por Marta Cortés, Carlos Curtó y Alberto Sassatelli en Córdoba; Marité Colovini en Santa Fe; Jorge Pelegrini en Río Negro; José Luis Tuñón en Chubut; José Garcilaso en Entre Ríos; Benigno Gutierrez en Mendoza y Norberto Conti, Diego Friedman, Pablo Gabay, Ana Inés López Acosta y Nuria Stepansky en Buenos Aires. La mayoría sigue con nosotros; algunos, por cambios en sus lugares de trabajo, transfirieron a otros colegas la responsabilidad de las corresponsalías que aumentaron incesantemente en número y continúan haciéndolo hasta cubrir todos los centros asistenciales y formativos del país. Diana Kamienny fue nuestra primera corresponsal en el exterior. Rápidamente se agregaron otros argentinos residentes en diferentes países que se sintieron convocados por el proyecto Vertex. Desde el inicio contamos también con el apoyo de conocidos especialistas del espacio internacional: Peter Berner, Bernardo Dubrovsky, François Caroli, Georges Lanteri-Laura, Pierre Noël, Héctor-Pelgrina Cetrán, Bertrand Samuel Lajeunesse y tantos otros.

El incremento del trabajo nos condujo a incorporar, a fines de 1994, una Secretaría de Redacción a la estructura organizativa de la revista. La misma, coordinada por Norberto Aldo Conti, estuvo formada inicialmente por Fabián Triskier y Sergio Strejilevich y fue aumentando el número de sus integrantes hasta conformar el equipo actual del Comité Editorial que presentamos en este número. Sobre ese ámbito de discusión y trabajo, verdadero caldero de ideas, recayó la responsabilidad de diseñar los contenidos de Vertex y coordinar con el Comité de arbitraje la lectura crítica de los trabajos recibidos. Creemos que su cometido se ha cumplido con creces y que la incorporación de nuevos miembros, realizada este año, mejorará el saldo de su actividad.

En los años siguientes, como se puede apreciar en nuestra portada actual, se incorporaron a los diferentes estamentos de nuestro equipo muchos otros colegas, del país y del exterior, prestigiándolos y contribuyendo con sus conocimientos y criterios a conformar el perfil de Vertex. Los contactos y relaciones de la revista se extendieron más allá de nuestras fronteras y participamos de encuentros de editores de publicaciones científicas de habla castellana. Hoy tenemos un intercambio fluido con colegas y revistas de todos los horizontes.

Casi mil artículos, entrevistas, reseñas bibliográficas, informes de Congresos y reuniones científicas escritos por varios cientos de psiquiatras argentinos y extranjeros constituyen un índice de la dinámica de Vertex.

Pudimos así ingresar al acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" (LILACS), y estamos en condiciones de incorporarnos en forma inminente a Index Medicus con lo que los artículos publicados tendrán una difusión aun mayor. Para completar esa tarea levantamos en Internet, a partir de este número, una página web (www.editorialpolemos.com) que contiene toda la información sobre Vertex.

La particular etapa que atraviesa nuestra especialidad desde hace un par de décadas -esa crisis paradigmática que tan bien define Georges Lanteri-Laura- se vio reflejada en la selección de temas y en la orientación de los artículos de la revista. Integrar a nuestra publicación la masa de conocimientos, diferentes orientaciones y perspectivas teóricas, presentes en la psiquiatría contemporánea ha significado un esfuerzo particular y constante del Comité Editorial. La forma en que los lectores ven reflejados sus diversos intereses en nuestras páginas ha

bla del éxito obtenido en ese sentido. Más de un millar de colegas regularmente suscriptores y otro tanto de psiquiatras que frecuentan Vertex varias veces al año dan testimonio de ello.

Sin duda que no todo ha sido fácil. Las penurias económicas atravesadas por nuestro país, en particular en el rubro editorial, nos confrontaron a menudo con grandes dificultades materiales en la producción de la revista. Sin embargo, el apoyo otorgado por la industria farmacéutica permitió remontar momentos difíciles y entregar sin falta y puntualmente, en la primera quincena de cada trimestre, el ejemplar correspondiente.

La puesta en páginas contó con la creatividad y la colaboración de la diseñadora Mabel Penette que supo soportar las correcciones reiteradas y hacer las sugerencias certeras de una profesional competente.

El historiador del libro Roger Chartier dice que una publicación se construye a partir de tres vertientes: la dada por su condición de objeto material, la que intenta transmitir su contenido y la que aportan sus lectores. Hemos puesto el mayor cuidado y preocupación por garantizar lo primero. Para ello elegimos un diseño que incluyera el color y la ilustración acompañando al texto científico. Fue una apuesta arriesgada que hoy se ve ampliamente justificada al comprobar que grandes publicaciones mundiales, anteriormente caracterizadas por la monótona sobriedad tradicional en las revistas médicas, comienzan a adoptar un criterio semejante. Del contenido se hizo cargo, con nuestra intermediación comprometida, el sujeto colectivo conformado por la comunidad de especialistas que publican en Vertex. Por fin los lectores, apropiándose de las ideas lanzadas a navegar por la revista, terminan haciendo "su" número de Vertex a través del caleidoscopio de su subjetividad. Una empresa colectiva que nos une con el lazo de esa particular pasión que anima a los hombres cuando reflexionan sobre su condición humana y la locura.

Al cabo de esta década de trabajo reiteramos para los años por venir la misma invitación de nuestro primer editorial: "... a todos aquellos que se sienten concernidos por el destino de nuestra especialidad a participar en esta experiencia dando su punto de vista, proponiendo trabajos, aportando sus críticas a la redacción".

Nos alienta el deseo de aprehender cada vez desde más cerca la verdad que se desprende de la experiencia. Queremos compartir con quienes nos acompañen en esa aventura, el riesgo de asomarnos a la duda crítica, a los límites que impone un no-saber radical inherente a nuestras prácticas. A la pasión de seguir operando sin renunciar a la ciencia a nociones provisorias que no dejen fuera la dimensión humana de la locura.

Al tiempo que no concebimos la renuncia a una psicopatología sobre la cual asentar nuestra reflexión, ubicamos a la clínica como fuente orientadora de nuestros asertos. Una exigencia ética impregna esa gestión.

Seguimos en ruta ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

El número especial que presentamos en esta entrega contiene, exclusivamente, artículos de miembros de nuestro Comité Científico para lo cual le hemos dado una diagramación especial, no incluyendo las tradicionales Secciones que nuestros lectores volverán a encontrar, nuevamente, a partir de la próxima aparición.

Directores



Juan Carlos Stagnaro

*Médico Psiquiatra (UBA), Hospital "J.T.Borda", GCBA.
Jefe de Trabajos Prácticos, Depto. de Salud Mental e
Instituto de Historia de la Medicina Fac. de Medicina, UBA.
Subdirector de Carrera de Médicos Especialistas en
Psiquiatría, Facultad de Medicina, UBA.
Miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos
(APSA), de la Société Médico Psychologique y de la
Société de L'Evolution Psychiatrique.
Presidente de la Asociación Franco-Argentina de
Psiquiatría y Salud Mental.*



Dominique Wintrebert

*Médico psiquiatra, Psicoanalista. Jefe de Servicio,
Hospital "Les Murets", La Queue en Brie, Francia.
Miembro de la ECF, Miembro de la Asociación Mundial
de Psicoanálisis.
Presidente de la ACF-Ile de France.
Responsable d'Unité Clinique du departement de
psychanalyse de l'Universite Paris-St Denis.
Miembro de la Société Médico Psychologique y de la
Société de L'Evolution Psychiatrique.*

Comité Editorial



Norberto A. Conti

*Médico Psiquiatra (UBA).
Jefe de Servicio Hospital "J.T. Borda", GCBA.
Jefe de Trabajos Prácticos, Departamento de Salud Mental, y Docente de Carrera
de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UBA.
Profesor adjunto de Psicología y Psiquiatría Fenomenológica, Facultad de
Psicología, UBA.
Presidente del Capítulo de Historia de la Psiquiatría de la Asociación de
Psiquiatras Argentinos (APSA).*

Pablo M. Gabay

*Médico Psiquiatra (UBA).
Médico Asistente e Investigador Asociado del Centro de Estudio y Tratamiento de
los Trastornos Cognitivos, Hospital "D.F. Santojanni", GCBA.
Docente Adscripto, Departamento de Salud Mental y Docente Titular de la
Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UBA.
Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de
Gerontoneuropsiquiatría (SAGNP).
Miembro de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP).*



Anibal Goldchluk

*Médico Psiquiatra y Psicoanalista.
Jefe de Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J.T. Borda", GCBA.
Miembro titular y Vicepresidente del Capítulo de Psicofarmacología de la
Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
Miembro de la American Psychiatric Association (APA).*



Gabriela Silvia Jufe

*Médica Especialista en Psiquiatría (SSP). Médica Asistente y Coordinadora del Programa de Residencias, Hospital "T. Alvear", GCBA.
Docente de la I Cátedra de Farmacología y de Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UBA.
Docente de Residencias (Hospitales "T. de Alvear", "Tornú" y "P. Piñero".
Miembro del Grupo Universitario de Neuropsicofarmacología.
Miembro de la American Psychiatric Association (APA)..*



Eduardo Leiderman

*Médico Especialista en Psiquiatría (SSP)
Ex Fellow de Psiquiatría Biológica y Psicofarmacología del Albert Einstein College of Medicine.
Miembro del Grupo Universitario de Neuropsicofarmacología.
Miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y de la American Psychiatric Association (APA).*



Daniel Matusевич

*Médico Especialista en Psiquiatría (SSP)
Médico de planta y coordinador de la Sala de Internación de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.
Secretario Científico del Capítulo de Psicogeriatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
Miembro de la International Psychogeriatric Association (IPA).*



Martín Nemirovsky

*Médico Especialista en Psiquiatría (SSP).
Magister en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud .
Miembro del Grupo Universitario de Neuropsicofarmacología.
Supervisor de Residencias (Hospitales "T. Alvear", "Belgrano", "P. Piñero" y "Tornu").
Asesor de Clepios, Revista para Residentes de Salud Mental
Miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y de la American Psychiatric Association (APA).*



Fabián Triskier

*Médico Especialista en Psiquiatría (SSP).
Médico de planta de la Sala de Internación, Coordinador del Programa de Residencia y Vocal del Comité de Docencia e Investigación, Hospital "P. Piñero", GCBA.
Jefe de Trabajos Prácticos, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.
Egresado de la Carrera en Problemáticas Sociales Infanto-juveniles, Postgrado del Centro de Estudios Avanzados, UBA.*



Silvia Wikinsky

*Dra. en Medicina(UBA), Médica Psiquiatra(UBA).
Docente de la I Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.
Miembro de la Carrera de Investigador Científico (CONICET)
Miembro del Grupo Universitario de Neuropsicofarmacología y del Colegio de Estudios Avanzados en Psicoanálisis.*

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (1039) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, en tres copias en papel y una copia en diskette identificando el programa de edición de texto utilizado (para P C) y el nombre del archivo. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberán acompañarse, en hoja aparte, 4 ó 5 palabras clave, resumen en castellano y en inglés que no excedan 150 palabras cada uno y el título en inglés. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, que contengan aproximadamente 1620 caracteres por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...

- a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
- b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.

- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Nuestra psiquiatría Doscientos años después

Georges Lanteri-Laura

Ex Director de Estudios de la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Ex Jefe de Servicio del Hôpital Esquirol.

Saint Maurice, Francia

16, rue Charles Silvestri, 94300 Vincennes. E-mail: glanteri@club-internet.fr

Introducción

Para rendirle el debido homenaje a la Revista *Vertex*, quisiéramos poner el acento al menos en tres de sus eminentes cualidades. Por un lado, ha sabido durar diez años y va a durar aún mucho más; ahora bien, semejante éxito supone, por parte de sus fundadores y de todos los que en ella trabajan cada día, una labor cotidiana de atento mantenimiento y un esfuerzo, siempre renovado, para encadenar el número siguiente con el número anterior.

Por otro lado, la revista ha trabajado, durante estos diez años, para informar rigurosamente a sus lectores sobre la mayoría de los aspectos de la psiquiatría contemporánea, pero también de la historia de nuestra disciplina, y reflexionar, de manera abierta y crítica, sobre los principales problemas que en ella se formulan y se plantean todavía.

Finalmente, hizo todo esto evitando tanto el eclecticismo como el dogmatismo, gracias a pertinentes distinciones observadas entre sus diferentes registros: la semiología y la clínica, las distintas modalidades de abordaje terapéutico, las múltiples concepciones psico y fisiopatológicas, tales como la metapsicología, heredada de S. Freud y de sus sucesores, y la neuropsicología, la fenomenología y el cognitivism.

Ahora bien, la calidad de tales esfuerzos y su éxito se deben, desde luego, al saber y al *savoir-faire* de aquellos que dieron lo mejor de sus conocimientos y de su reflexión; pero también creemos que hay otro aporte que ha tenido un papel esencial. Estos diez años que

celebramos aquí han retomado por su cuenta, por así decir, y han actualizado los doscientos años de psiquiatría que los precedieron y en los que, por otra parte, se ubicaban y se siguen ubicando.

Tal es el sentido de nuestro título: queremos decir que una concepción lúcida y rigurosa de la psiquiatría contemporánea presupone un conocimiento riguroso de la psiquiatría de las décadas y lustros anteriores.

Evidentemente, el saber de la psiquiatría contemporánea no se reduce a ello, tiene su propia originalidad y sus innovaciones, y nada se opondría más al uso positivo de la mirada histórica en psiquiatría que el triste refrán que pretende rebajar el presente respecto del pasado: *nihil novi sub sole* (1).

Diez años, es la edad de la revista; ¿pero por qué decimos más arriba doscientos años en vez de cien o trescientos? Para nosotros hay varias razones convergentes que justifican esa fecha. Alrededor de doscientos años, es el final del Siglo de las Luces, el período en que los estados de Europa occidental se vuelven laicos y al mismo tiempo, vuelven laicas a sus instituciones hospitalarias y su justicia ya sea violentamente, como la Revolución francesa, ya por etapas, como los déspotas iluminados, Federico II, Catalina II y sobre todo José II y Leopoldo II. Son los años en que, después de Leyde y Viena, la Escuela de París crea el método anatomo-clínico, en que los "insensatos" se transforman en los "alienados", y también en que V. Chiarugi en el Gran Ducado de Toscana y Ph. Pinel en Bicêtre y luego en la Salpêtrière, muestran que se trata de enfermos que nece-

Resumen

Una concepción lúcida y rigurosa de la psiquiatría contemporánea presupone un conocimiento de la historia de la especialidad. En los últimos dos siglos la psiquiatría se organizó en torno a sucesivos paradigmas, en el sentido de T. Kuhn, que fueron el de la alienación mental, el de las enfermedades mentales y el de las estructuras psicopatológicas. Un balance actual nos permite esbozar lo que legamos a los colegas que nos sucederán en el ejercicio de nuestra profesión.

Palabras clave: Historia de la psiquiatría – Epistemología psiquiátrica – Clínica psiquiátrica – Paradigmas en psiquiatría.

OUR PSYCHIATRY. TWO HUNDRED YEARS LATER

Summary

A lucid and rigorous conception of the contemporary psychiatry presupposes a knowledge of the history of the specialty. In the last two centuries the Psychiatry was organized around successive paradigms, in the sense given to the term by T. Kuhn. These were mental alienation, mental illnesses and psychopathologic structures paradigms. A current balance allows us to sketch what we bequeath to the colleagues that will follow us in the exercise of our profession.

Key Words: History of Psychiatry–Psychiatric Epistemology – Psychiatric clinic– Paradigms in Psychiatry.

sitan ser curados, y no de desviados que merecen ser castigados.

Es, finalmente, el período en que la patología mental conoce sus primeras formulaciones médicas precisas, en armonía con la exigencia de fundar hospitales específicos y de un razonamiento jurídico adecuado a tales conocimientos. Por todas estas razones, nos parece que la medicina mental vive entonces una modificación de conjunto, más o menos idéntica en todos los países civilizados, y que constituye la base sobre la cual, y de manera crítica, va a desplegarse una psiquiatría ulterior, siempre importante para nosotros(2).

Por ello es que recordaremos primero esos doscientos años, para tratar de distinguir algunos movimientos esenciales; luego intentaremos mostrar cómo tales aspectos mayores, cuando se los observa con una mirada distanciada(3) conveniente, pueden ayudarnos a comprender los principales significados de las tres últimas décadas, y en particular de los últimos diez años que han sido, en realidad, los nuestros.

Un movimiento de doscientos años de edad

No haremos aquí la crónica de la patología mental desde el final de la *Aufklärung*, pues las páginas de esta introducción no nos alcanzarían, y además, semejante ejercicio no presentaría mayor interés; resultaría fatigoso, y nunca lograría la exhaustividad que sólo puede pretenderse en la imaginación.

Tampoco trataremos de elegir algunos nombres importantes, para narrar acerca de cada uno de ellos todo lo que les debe nuestra disciplina, y evitaremos dicho ejercicio al menos por dos razones.

Por un lado, semejante selección resultaría inevitablemente arbitraria. Tal vez retendríamos el nombre de Ph. Pinel y, probablemente el de E. Esquirol, ¿pero, al elegir éste último, dejaríamos de lado, sin chauvinismo inaceptable, a alguien como J. Guislain?, ¿pero no deberíamos, en esa eventualidad, estudiar a E. Georget, y podríamos entonces, no decir nada de A. L. J. Bayle? En suma, nos encontraríamos en la alternativa de practicar un ostracismo muy abusivo, o de comenzar una letanía interminable, con faltas groseras en el primer caso y una tropa infinita en el segundo.

Por otro lado, correríamos el riesgo de partir a la caza de los precursores, limitando nuestro interés a aquéllos que creeríamos poder asociar con la posteridad. Nuestro maestro G. Canguilhem ya nos advirtió contra esta manera de tratar la historia de la medicina y pensamos que, al menos en este punto, siempre lo hemos seguido(4).

Pero tampoco fabricaremos una concatenación diacrónica de doctrinas expuestas una tras otra. Por una parte, dos teorías antagonistas pueden coexistir y no sucederse; por la otra, la referencia al cerebro no tiene el mismo sentido para A. L. J. Bayle(5) en 1822 que para J. Séglas en 1896(6), de manera que hablar de organicismo y oponerlo a alguna psicogénesis sin referencia sólo podría tener sentido precisando la fecha y el contexto.

Emprenderemos una reflexión totalmente distinta. Cierta familiarización progresiva con los autores,

las teorizaciones y las instituciones de estos dos siglos, nos ha ido mostrando que podíamos abordarlos haciendo sucederse un pequeño número de períodos, cada uno de los cuales se caracteriza no ya por una doctrina que lo habría dominado, sino por algunas convicciones compartidas de antemano por casi todos, aceptadas como indiscutibles, tácitas y que por eso mismo permitían que en su interior se enfrentaran teorías, se opusieran médicos y compitieran instituciones.

Es bastante parecido a lo que T. S. Kuhn, en sus trabajos de epistemología y de historia de las ciencias dio en llamar paradigmas(7), término que retomaremos con gusto por nuestra cuenta, para enfatizar la especificidad de nuestro proceder.

Cuando tratamos de percibir los paradigmas en cuestión, vemos con bastante claridad que podemos separar tres períodos fáciles de situar, aunque no alimentamos la ilusión sobre la precisión, un tanto aleatoria, de los años retenidos: el primero va de 1793 a 1854, el segundo de 1854 a 1926, el tercero de 1926 a 1977. El primero se caracteriza por la primacía de la alienación mental, el segundo, por la de las enfermedades mentales, y el tercero, por la de las estructuras psicopatológicas. Estudiaremos de cerca todos estos términos, a fin de precisar su significado y los efectos de sentido.

La alienación mental y la unicidad de la psiquiatría

Como fin del Siglo de las Luces, proponemos el año de 1793, pues entre agosto y septiembre de ese año la Comuna de París, dominada por los Hebertistas y el temible Couthon, nombró a Ph. Pinel en Bicêtre, institución que, un año antes, había sufrido particularmente las masacres de septiembre (1792), de las que las distintas facciones se culpaban mutuamente(8). Durante esos mismos años, pero en circunstancias menos dramáticas, V. Chiarugi en Florencia, J. Daquin en Chambéry y otros en diversos países de Europa occidental, se ocupaban también de los insensatos tratados en sus respectivos hospitales. Unos y otros tenían concepciones etio-patogénicas y terapéuticas muy diferentes, pero al menos estaban de acuerdo en un punto.

Para ellos, la patología mental constituía la parte de la locura, noción social y cultural, de la que la medicina podía dar cuenta; esta parte formaba una enfermedad, y es por ello que los insensatos debían ser tratados como enfermos, y no arrestados como delincuentes, para ser condenados más tarde; pero se trataba de una enfermedad única, que Ph. Pinel(9) iba a denominar alienación mental, empleando un término que reinaría durante más de sesenta años en los países de lengua francesa.

Esta noción de enfermedad tenía otra consecuencia. Hasta entonces, muchos de los que se ocupaban de los insensatos en instituciones públicas, privadas o religiosas, no eran médicos, y allí donde había médicos, su rol se limitaba a tratar las eventuales afecciones recorrentes y no a la atención específica de la locura. A partir del momento en que se trata de una enfermedad propiamente dicha, sólo los médi-

cos pueden ocuparse de ella y tratarla. El efecto tardará en generalizarse, pero hacia mediados del siglo XIX, los médicos habrán adquirido el monopolio del tratamiento legítimo de los alienados. Es por ello que esta alienación mental, considerada desde entonces como una enfermedad, tomará una importancia mayor durante toda la primera mitad del siglo XIX y funcionará como paradigma en la medida en que será concebida como una enfermedad única, unicidad que acarreará tres consecuencias. Por un lado, la medicina mental se alejará de todo el resto de la medicina, renovada por la Escuela de París, una de cuyas características fundamentales era el estudio anatomo-clínico de diversas enfermedades irreductibles unas a otras: una parte del genio de J. Bouillaud será mostrar que la constricción mitral es una enfermedad diferente de la insuficiencia aórtica y de la pericarditis, tal como Laënnec establecería que la dilatación bronquial es una enfermedad distinta de la pleuresía. Con la unicidad de la alienación, la medicina mental le da la espalda a una de las inspiraciones del resto de la medicina, uno de cuyos progresos será el distinguir las especies mórbidas unas de otras.

Por otro lado, la medicina mental va a extender esta exigencia de unidad al ámbito de las instituciones y de la terapéutica. Los hospitales en cuestión, que en Francia se llamarán asilos, a partir de la ley de 1838, deberán recibir sólo a sujetos víctimas de alienación mental, excluyendo toda otra enfermedad, y allí se practicará únicamente el tratamiento moral de la locura, excluyendo toda otra terapéutica eventual. Será una panacea, que no hallará ninguna práctica comparable en todo el resto de la medicina.

Nos parece importante subrayar las dos consecuencias inevitables de esta unicidad radical y constitutiva de la alienación mental. Esta será objeto de una crítica muy eficaz a partir de mediados del siglo, pero le legará a la psiquiatría un tema radical que no creemos que se haya resuelto en realidad, incluso más allá del siglo XX. Podemos formularlo así: cualquiera fuera el nivel de rigor al que la patología mental hubiera llegado y aunque se pudiera hablar entonces de cientificidad, sin perder por ello todas las neuronas prefrontales que nos conservarían un poco de espíritu crítico, de todas formas, para la opinión general, pero iluminada, la locura, como experiencia humana insuperable, seguiría siendo una; y todos los progresos imaginables del conocimiento no evitarían que esta cuestión de la unicidad de estar loco siguiera siendo apremiante e inevitable.

El período de la alienación mental llegó a su fin y se desdibujó en el pasado de nuestra disciplina, pero nos dejó el interrogante insoslayable de saber si, cualesquiera fueran los progresos ulteriores de la psiquiatría, la locura no sería, para una experiencia humana quizás más fundamental que la medicina, un asunto grave, que sólo podría resolverse de manera binaria: estar loco o no estar loco.

Las enfermedades mentales y las aporías de la pluralidad

La fecha un tanto arbitraria de 1854 es la de la publicación del polémico artículo que J. P. Falret llamó

“*De la no existencia de la monomanía*”(10). Rompía así con la tradición de Esquirol, de quien había sido médico interno mucho antes, y establecía cómo la patología mental debía renunciar a esta noción de unicidad, abandonar la autonomía de la alienación mental y admitir que su campo, como el del resto de la medicina, se hallaba ocupado por varias enfermedades mentales, rigurosamente distintas unas de otras e irreductibles a todo intento de unificación. Muchos de nuestro predecesores –V. Magnan, J. Séglas, Ph. Chaslin, E. Hecker, K. L. Kahlbaum, E. Kraepelin, K. Jaspers, y muchos más– reafirmaron esta nueva concepción de la psiquiatría que prevaleció en todas partes, hasta que la multiplicación de las especies mórbidas –*entia non sunt multiplicanda, praeter necessitatem*– hizo sentir la necesidad de volver a cierta reunificación, con la noción de estructuras psicopatológicas; y nos parece que la fecha de 1926 marca muy bien este punto de inflexión, pues es el año en que, durante el Congreso de Ginebra-Lausana, E. Bleuler expuso en francés su concepción de la esquizofrenia que, de manera evidente, constituía un recurso, no a la semiología y la clínica, sino a la psicopatología(11).

Pero, no obstante, el período de las enfermedades mentales no desapareció y nos dejó al menos dos problemas. Por un lado, la psiquiatría abarca figuras bien diversas, que ya no podríamos reducir a una unidad, como así tampoco imaginar que, desde cierto punto de vista, no habría distinción irreductible entre, por ejemplo, la neurosis obsesiva y la demencia arteriopática: la pluralidad clínica es una evidencia, al menos para un primer abordaje descriptivo, y no se deja doblegar tan fácilmente por exigencias psicopatológicas, que se volverían frente a ella un suerte de lecho de Procusto.

Por otro lado, esta diversidad clínica nos obliga a darnos cuenta de que el campo de la psiquiatría se caracteriza a la vez por límites difusos y por un ámbito de contenido muy heterogéneo. El tema de las fronteras nos obliga a preguntarnos, entre otros interrogantes difíciles de responder, cuándo ciertos comportamientos extraños dejan de tener que ver con la rareza de las conductas o con el derecho penal para pertenecer a la patología mental, o también qué hacer con esa región compartida con la neurología. El tema del contenido no nos parece más tranquilizador, pues nos lleva a preguntarnos si todas las enfermedades que en general se ubican allí tienen algo en común, o sólo se las reúne por los motivos extrínsecos de una comodidad a veces anecdótica. Y podríamos retomar para la psiquiatría lo que J.P. Sartre dijo en su momento de la psicología: “... la psicología, aunque pretenda ser una ciencia, sólo puede plantear una suma de hechos heteroclitos que en su mayoría no tienen nada en común. ¿Qué más diferente, por ejemplo, que el estudio de la ilusión estroboscópica del estudio del complejo de inferioridad?”(12).

El período en que prevalecía el paradigma de las enfermedades mentales pertenece, desde luego, a nuestro pasado, pero a su manera, sobrevive y continúa preocupándonos con interrogantes apremiantes. Dejando de lado toda polémica corporativista, ¿qué puede significar la relación de inclusión o de

exclusión de la psiquiatría respecto de la medicina? Y si el campo de la psiquiatría resulta ser definitivamente plural y heterogéneo, ¿qué sucede con las relaciones de la psiquiatría con la locura?

Las estructuras psicopatológicas

El psicoanálisis, la fenomenología, la teoría de la forma, y más en general, la consideración mayor de un nivel psicopatológico que trasciende la clínica, llevaron a nuestros predecesores a no atenerse más a la lista, supuestamente exhaustiva, de las enfermedades mentales y, sin volver verdaderamente a la unidad de la alienación, a tratar de caracterizar un ámbito meta-semiológico, en el que se incluiría a la psiquiatría como una patología de la libertad(13), o como el registro donde se articulan lo edípico y lo pre-edípico(14), todas formulaciones de orden antropológico, que apuntan a hallar en la locura una de las posibilidades esenciales al hombre.

Semejante preocupación tiende inevitablemente a hacer de la psiquiatría una disciplina muy diferente de todas las especialidades médicas reconocidas, o a excluirla completamente de la medicina; pero la cuestión de la inclusión o de la exclusión de la psiquiatría respecto de la medicina puede sólo hallar respuestas polémicas y partidistas; el interrogante sobre su relación con la condición humana merece tal vez una mayor reflexión.

No parece que sea esencial al hombre el poder sufrir de rubeola o de la enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann; ¿pero es esencial al hombre el poder volverse loco, en la acepción cultural y social del término, o en otro registro, el poder volverse esquizofrénico?

Ver el campo de la psiquiatría como un ámbito habitado por las estructuras neuróticas y las estructuras psicóticas tiende ciertamente a estimar que el poder volverse loco es esencial al hombre. Es por ello que el paradigma de las estructuras psicopatológicas, aunque termine por desaparecer, como sus dos antecesores, nos lega, sin que podamos deshacernos de esto afectando cierto escepticismo, el interrogante de saber si la eventualidad de la locura tendría que ver tan sólo con la contingencia y el azar, o si resultaría ser constitutiva de la condición humana, al punto que no se podría ser hombre sin correr el riesgo inevitable de estar loco.

Nuestros últimos treinta años

Acabamos de recordar ciertos aspectos de la psiquiatría del pasado, la que hizo posible nuestra propia formación y que aprendimos de nuestros maestros, pudiendo siempre librarnos de ella un poco más tarde, sabiendo más o menos todo lo que le debíamos. El balance de los últimos treinta años de nuestras prácticas y reflexiones –saber y *savoir-faire*– nos inclina a evocar a la vez lo que hemos adquirido, lo que hemos aceptado, rechazado o transformado de todo este legado, y lo que quizás querríamos legar nosotros.

Formación de una identidad profesional

Durante estos treinta años, empezamos por aprender un oficio, el de psiquiatra. Este aprendizaje, cuando lo observamos un instante, nos parece inevitablemente compuesto, hecho de distintos procedimientos que debemos distinguir unos de otros sin lograrlo de manera satisfactoria; siempre se confundió en esta tarea la reiteración del rol de nuestros predecesores, el cuestionamiento inevitable de esta repetición, el sentimiento de que la misma se nos imponía a la vez como condición previa para todo cuestionamiento ulterior efectivo, y como el riesgo de terminar por adoptarla casi sin darnos cuenta y de repetir trayectorias, algunas prestigiosas, otras olvidables.

Es allí que las nociones de saber y de *savoir-faire*, de teoría y de teoría de la práctica(15), de reformismo disfrazado de revolución y de revolución parcial que resulta de reformas efectivas, se transforman ya sea en los burdos adornos de una actividad, bastante tradicional, ya en las condiciones de un progreso real. El rol que pudo tener la antipsiquiatría inglesa, sobre todo con los trabajos de R. D. Laing(16), tal como lo vemos a la distancia, nos parece importante, menos por su protesta –supuestamente radical– que por su crítica a un triunfalismo terapéutico, que en gran parte contribuyó a cuestionar(17).

Las incertidumbres permanecen y no sabemos muy bien cómo solucionar la cuestión de la irreducible heterogeneidad del campo de la psiquiatría, la de sus fronteras, a la vez parapetos y zonas francas, y también la cuestión de la legitimidad de los medios que lleva a la práctica. Y, a pesar de estas dudas irreductibles y de estas aproximaciones, muy pocas de las cuales sabemos transformar en certezas, examinamos y tratamos pacientes, ayudamos a nuestros jóvenes colegas a formarse y escribimos artículos y libros.

Si todo va bien así, es tal vez porque nuestra relación con la historia de la psiquiatría se modificó considerablemente respecto de la de nuestros maestros o antecesores. La historia de nuestra disciplina aparecía entonces como la crónica de un desbrozamiento ejercido por notables prácticos que, obra tras obra, iban extrayendo de una mina donde se mezclaban prejuicios, errores y embriones de conocimientos positivos, un saber teórico y práctico que, una generación más tarde, iba a aliar cierta cientificidad a “maneras de hacer” que, por derivar de esta misma cientificidad, no podían dejar de hacer que la psiquiatría fuera definitivamente eficaz: aunque la Jerusalén celeste no había descendido aún a la tierra, el niño podría probablemente acariciar muy pronto el ojo del basilisco.

Nuestra relación con esta historia se modificó mucho(18) en la medida en que ya no buscamos en ella las premisas de certezas ulteriores, sino formulaciones útiles de una problemática que es la nuestra y cuyas trampas tratamos de descubrir, más que tratar de solucionar definitivamente sus interrogantes. Además, bien sabemos por haberla recibido y modificado, que la psiquiatría contemporánea sólo constituye un momento pleno de interés, entre un pasado –que tratamos de conocer cada vez mejor– y un por-

venir, del que sólo vislumbramos un futuro próximo. Es por ello que nos parece que nuestras incertidumbres son no tanto interrogantes a los que deberíamos poder aportar soluciones definitivas, sino más bien testimonios irrecusables de que nuestra disciplina se halla habitada(19) por estas cuestiones fundamentales que nos legaran los paradigmas de los siglos XIX y XX.

De la herencia recibida a la herencia transmitida

Varios de nosotros pueden desear legar a sus sucesores –que contribuyeron a formar y que, a la vez y aun venidos de lejos, sin debernos nada directamente, tomarán de hecho nuestro lugar(20)– cierto saber y cierto *savoir-faire*, que se ubican a nivel de las prácticas semiológicas, clínicas y terapéuticas, y a nivel de las reflexiones psicopatológicas.

El primero de estos niveles, en lo que respecta a la semiología y a la clínica, le debe mucho a nuestro pasado, aunque lo hayamos retomado en buena medida gracias al uso del análisis estructural(21) y con un empleo juicioso y crítico de la noción de transferencia. Y sigue siendo necesario que un diagnóstico bien definido preceda la puesta en marcha del tratamiento.

En cuanto a la terapéutica, nos parece primero que, salvo para la patología aguda, y para ciertos aspectos neuróticos, trata menos de abolir las experiencias anormales, que de ayudar al paciente a retomarlas como suyas propias y reubicarlas en su propia historia. Nos parece que luego oscila entre dos polos. En un extremo, tenemos un tratamiento esencialmente individual(22), que tiene que ver sobre todo con la psicoterapia y cuyo modelo ideal sigue siendo la cura-tipo(23). En el otro, está lo que cada vez más se llama la *prise en charge*–el hacerse cargo– que se opera casi siempre de a varios y donde debemos asegurarnos, con la más estricta vigilancia, de que los roles efectivos de unos y otros no se mezclen, si no caeríamos en una confusión de géneros, cruza de cierta sociogénesis activista.

Pero este estadio de la clínica y de la terapéutica no tiene probablemente una verdadera autonomía,

pues presupone otro nivel, el de la reflexión psicopatológica. En este aspecto, debemos volver un instante a esos treinta últimos años.

En sus comienzos, la mayoría de nosotros buscábamos algo como la verdadera teoría que daría cuenta, si no de la totalidad de la psiquiatría, al menos de lo que constituía lo esencial, y esperábamos mucho ya sea de la metapsicología, ya de la fisiología de los neurotransmisores, ya de la renovación de la neuropsicología. El paso del tiempo, la mayor experiencia, la reserva impuesta a las doctrinas hegemónicas y cierta modestia nos han llevado a estimar que aún habría que esperar décadas para llegar a un conocimiento completo y cierto, o bien, que resultaba presuntuoso y poco crítico esperararlo efectivamente.

Por otra parte, no se trataba de tener un escepticismo desengañado, sino más bien de reconocer que, en el mejor de los casos, sólo se trata de lo que llamaríamos con gusto un procedimiento de epistemología regional(24): ciertas áreas de la psiquiatría no comportan ninguna psicopatología; otras sí tienen una, pero varía según el área en cuestión; otras, finalmente, pueden tener que ver con más de una psicopatología. Y en el mejor de los casos, sólo se podía tratar de modelos por rever, y no de la naturaleza de las cosas, pues la lucidez trae consigo la modestia.

Epílogo

Hemos tenido la ventaja, y a veces la alegría, de heredar estos doscientos años de nuestros antecesores, algunos prestigiosos, otros modestos, pero todos útiles; sacamos nuestro provecho, y treinta años de práctica y de reflexión nos permiten ocuparnos de nuestros pacientes verdaderamente bastante bien y pensar que nuestros sucesores lo harán tal vez mejor que nosotros. Los habremos ayudado un poco a sacar su beneficio, sabiendo que el equilibrio entre la reflexión crítica, la información sutil y la práctica inevitablemente emprendida, por sí solas, pueden permitirles seguir los efectos positivos de una psiquiatría que nosotros, con toda modestia, hemos contribuido a mantener, perfeccionándola; durante la última década una revista como Vertex, ha tenido en esta tarea un rol decisivo ■



Hemos ilustrado este número aniversario recreando obras de arte que han tomado la celebración o lo festivo como inspiración. Al tratar de escoger estas obras, hemos caído en cuenta de lo poco que estos temas, a través del tiempo, han atraído a los grandes artistas.



Notas

1. "No hay nada nuevo bajo el sol". Su único uso legítimo es gramatical, pues puede servirles a los que estudian latín para concebir que también es correcto decir: *nihil novi que nihil novum*.
2. Remitimos aquí al lector a dos textos de nuestra autoría: *Psychiatrie et con naissance*, Paris, Sciences en Situation, 1991 y *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* Paris, Les Éditions du Temps, 1998.
3. Le debemos esta metáfora a un libro de nuestro maestro Cl. Lévi-Strauss: *Le regard éloigné* Paris, Plon, 1983.
4. Cf. Canguilhem, G. *Idéologie et rationalité dans les sciences de la vie*, Paris, J. Vrin, 2º ed., 1988.
5. Cf. *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastroentérite chroniques, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale* Paris, Gabon, 1822, y "Des causes organiques de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale", *Annales médico-psychologiques*, 1855, 3, 1, 409-425.
6. Cf. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, VIIº Session, Nancy, 1-5 agosto 1896. Paris, Masson, 1897, 2 vol., I, 3-73.
7. Cf. Kuhn, T. S., *La structure des révolutions scientifiques* trad. L. Meyer, Paris, Flammarion, 1983, y *La tension essentielle. Tradition et changement dans les sciences*, trad. M. Biezunski, Paris, Gallimard, 1990.
8. Cf. Michelet, J., *Histoire de la Révolution française*, G. Walter ed., Paris, Gallimard, *Bibliothèque de la Pléiade*, 1961, 2 vol., I, 1047-1091, II, 568-609.
9. Cf. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Richard, Caille y Ravier, 1º ed., An IX; J. A. Brosson, 2º ed., 1809.
10. Cf. Falret, J. P., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* Paris, (nouvelle édition, *Sciences en Situation*, Paris, 1994, 2 vol., I, 525-448).
11. Cf. Bleuler, E., *La schizophrénie* *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, XXXº Session, Ginebra y Lausana, 2-7 agosto 1926. Paris, Masson, 1926.
12. Cf. Sartre, J. P., *Esquisse d'une théorie des émotions* Paris, Hermann, 2º ed., 1948, 5.
13. Cf. Ey, H., *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1975.
14. Cf. Abraham, K., *Oeuvres complètes*, trad. I. Barande y E. Grin, Paris, Payot, 1965? 2 vol.
15. Cf. Bourdieu, P., *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Ginebra, Droz, 1972.
16. Cf. *Le moi divisé*, trad. Cl. Elsen, Paris, Stock, 1970.
17. Cf. Lanteri-Laura, G. "Le voyage dans l'anti-psychiatrie anglaise", *L'Évolution psychiatrique* 1996, 3, 621-634.
18. Consideramos aquí mucho menos la obra de M. Foucault que la de G. Swain y de M. Gauchet. Cf. Swain, G. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1977, y *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994; Gauchet, M. y Swain, G. *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.
19. No decimos "encantada", lo que podría dar un estilo más brillante, pues no tenemos ninguna confianza en el romanticismo.
20. Durante la Revolución francesa, la Marsellesa decía:
"Entraremos en el camino
de la vida,
cuando nuestros mayores
ya no estén,
hallaremos allí el polvo
de sus huesos
y la huella de sus virtudes".
El término "polvo de sus huesos" (*poussière*) se usaba para la rima, en lugar de "cenizas", y no tenía nada de peyorativo.
21. Cf. Lanteri-Laura, G. "La connaissance clinique: histoire et structure en médecine et en psychiatrie", *L'Évolution psychiatrique*, 1982, 2, 423-469, y "La sémiologie psychiatrique: son évolution et son état en 1982", *L'Évolution psychiatrique*, 1983, 2, 327-363.
22. Salvo en lo que atañe al tratamiento llamado "bi-focal", hoy menos frecuente, y que conjugaba a un psicoterapeuta y un prescriptor.
23. Cf. Green, A. *Un psychanalyste en gagé*, Paris, Calmann-Lévy, 1994, 148-149.
24. Estamos en deuda con G. Bachelard: Cf. Bachelard, G. *Le nouvel esprit scientifique* Paris, J. Vrin, 5º ed. 1981.

Origen y estructura del “aparato de influencia” en la esquizofrenia

R. Horacio Etchegoyen

Médico psiquiatra. Psicoanalista. Ex Prof. de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Cuyo. Ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA).

Posadas 1580, 13° “A”. Buenos Aires. Telfax: 54-11-4804-0732. E-mail: retche@arnet.com.ar

Víctor Tausk nació el 12 de marzo de 1877 en una pequeña localidad llamada Zsilina de Eslovaquia. A poco de nacer, su familia se trasladó a Croacia, que entonces pertenecía al Imperio Austro-Húngaro y después formó parte de la hoy desmembrada Yugoslavia. En 1919, cuando sólo tenía 42 años, Tausk murió trágicamente.

Era el mayor de nueve hijos de una familia de judíos alemanes no practicantes. Su padre, Hermann, era un periodista brillante que no se llevaba bien con su mujer, Emilie, con la cual Víctor hizo siempre causa común, al decir de Paul Roazen (1969). Hermann era un hombre autoritario e irascible, que engañaba continuamente a su esposa.

Espíritu inquieto e inestable, Tausk fue primero abogado y juez, luego periodista y escritor y por fin psicoanalista. También su vida amorosa fue cambiante, ya que su primer matrimonio, con Marta Frisch, duró muy poco: se casaron en 1900 y se separaron en 1905, luego de tener dos hijos. Siguió en contacto epistolar mientras Martha vivía con los niños en Viena y Víctor estaba en Berlín, y se separaron formalmente cuando él llegó a Viena en 1908 para estudiar psicoanálisis.

En 1905, separado de Marta, se instala en Berlín y trabaja como periodista. En esos años tuvo una lesión pulmonar tuberculosa de la que se recuperó al parecer satisfactoriamente. Estuvo en esa ocasión internado, y padeció una severa crisis depresiva, al parecer relacionada a un episodio amoroso con una actriz, a la que Víctor abandonó causándole una gran pena. Eissler(2) entiende este episodio como expresi-

ón de una psicopatía más que de un cuadro depresivo, y es posible que tenga razón ya que Tausk también abandonó sin miramientos a Kosa en 1919 para unirse a otra mujer que sería la última de su vida.

En 1908 se traslada a Viena para estudiar psicoanálisis, y con ese fin cursa la carrera de medicina. En 1909 se incorpora a la primera Asociación Vienesa de Psicoanálisis, fundada dos años antes sobre la base del legendario Círculo de los Miércoles. Cuando en 1912 Lou Andreas-Salomé llega a la ciudad para aprender con Freud, éste se la encomienda a Tausk, que dictaba entonces cursos de psicoanálisis. Lou y Víctor tuvieron en esa época una relación amorosa, que duró poco tiempo y luego de la cual siguieron siendo amigos.

Recibido de médico poco antes de estallar la Primera Guerra Mundial, se incorpora al ejército de su país como psiquiatra. En 1918 vuelve a Viena y reinicia su práctica psicoanalítica. Decide entonces analizarse y le pide hora a Freud, quien prefiere derivarlo a Helene Deutsch, que se analizaba en ese entonces con él. Tausk se sintió doblemente desconforme con la actitud de Freud, ya que se consideró rechazado y, además, derivado a alguien sin mucha experiencia. Si bien Helene era una psiquiatra de muy buena formación, que se entrenó en Viena con Wagner von Jauregg –que ganó en 1927 el premio Nobel por la introducción de la malarioterapia en la parálisis general progresiva, y trabajó un tiempo nada menos que con Kraepelin– no tenía en 1919 mucha experiencia como psicoanalista. El análisis empezó en enero de 1919 y el tema prevalente de Tausk era su

Resumen

En este artículo se analiza la contribución psicopatológica de Víctor Tausk a la comprensión de ciertos fenómenos presentes en la esquizofrenia. Luego de brindar datos biográficos sobre el autor, y en particular ciertos aspectos de su conflictiva relación con S. Freud, se hace un análisis detallado de los aspectos clínicos y psicoanalíticos del fenómeno que Tausk llamó el “aparato de influencia”.

Palabras clave: Víctor Tausk – Aparato de influencia – Psiquiatría y Psicoanálisis – Esquizofrenia.

ORIGIN AND STRUCTURE OF THE “INFLUENCE APPARATUS” IN THE SCHIZOPHRENIA

Summary

In this article Víctor Tausk’s psychopathological contribution to the understanding of certain phenomena acting in schizophrenia is analyzed. After offering biographical data on the author, and in particular certain aspects of their conflicting relationship with S. Freud, a detailed analysis of the clinical and psychoanalytical aspects of the phenomenon that Tausk called the “influence apparatus” is made.

Key Words: Víctor Tausk – Influence apparatus – Psychiatry and Psychoanalysis – Schizophrenia.

relación y su rivalidad intelectual con Freud. Esta actitud altamente competitiva fue sin duda uno de los motivos para que Freud no lo tratara, y éste reconoció en alguna ocasión que no se sentía cómodo con Tausk. La rivalidad era tan grande que Freud temía que Tausk lo plagiera, le robara sus ideas.

Dos meses más tarde, en marzo, Deutsch interrumpe el análisis por consejo o imposición de Freud, que consideraba que Tausk era inanalizable y estaba interfiriendo en el análisis de Helene, quien se vio frente a la alternativa de perder su análisis con Freud o suspender el de Tausk. Vale la pena señalar aquí que Tausk tenía una hermana muerta de niña; es posible que ese (grave) conflicto fuera central en su patología y la poco experimentada Deutsch no lo descubriera. Es necesario agregar que Tausk tenía una relación amistosa y profesional con los Deutsch y en 1915 derivó a Helene a su hermana Nada, que se trató un tiempo por conflictos de pareja(11). Germán L. García(13) menciona esta circunstancia y subraya la importancia que tuvo sin duda para Tausk haber ocupado el mismo diván que su hermana.

Mientras transcurre ese breve y accidentado análisis, Tausk rompe su compromiso con Kosa Lazarevic, una hermosa servia que conoció en servicio al final de la guerra, y se compromete con Hilde Loewi, quien había acudido a su consulta en busca de tratamiento. El 3 de julio, pocos días antes de casarse, se suicida con un procedimiento macabro: disparo de arma de fuego y ahorcamiento. Para que no quedara ninguna duda de su real extinción, le había dejado escrito a su hijo menor que quemara todos sus papeles y manuscritos, de modo que no hay obras póstumas de Tausk. Quiso, pues, suicidarse junto con su obra inédita.

En su famoso libro *Hermano animal* (11), Roazen sostiene que Freud tuvo alguna responsabilidad en el suicidio de Tausk. Kurt Eissler, entonces director de los Archivos Sigmund Freud, salió en defensa del fundador con su voluminoso *Talent and genius*(2). Es innegable que Tausk era un hombre talentoso y tal vez genial pero muy enfermo, de modo que aun con el mejor analista hubiera podido terminar suicidándose. Esto no quita, sin embargo, que Freud tuvo una actitud equivocada, imperdonable si la juzgamos con las severas normas con que hoy protegemos el proceso psicoanalítico. No es por otra parte la primera vez que lo vemos proceder a Freud con poca ecuanimidad frente a un subrogado de hermano menor, y no podemos dejar de pensar en la influencia que tuvo en él la muerte de su hermanito Julius, a los 6 meses, el 15 de abril de 1858, cuando Sigmund estaba por cumplir 2 años, como la habrá tenido tal vez en Tausk la de su hermana. Es un punto que alguna vez habrá que investigar, pero digamos desde ya que la relación de Víctor con sus hermanas fue muy especial. Ya dijimos que Nada había sido paciente de Helene Deutsch; agreguemos ahora que otra de sus hermanas, Jelka, que tenía con Víctor una relación entrañable, se suicidó muchos años después cuando los nazis entraron en Viena.

Lo cierto es que el perdurable ensayo que vamos a comentar, *"Über die Entstehung des 'Beeinflussung - sapparates' in der Schizophrenie* (Sobre la génesis del 'aparato de influencia' en la esquizofrenia, 1919),

apareció en el mismo número del *Internationale Zeitschrift* que la nota necrológica de Tausk (vol. 5, n° 1)(12). El obituario, elogioso y con expresiones de hondo afecto, fue escrito sin duda por el mismo Freud aunque lo firmaba "La redacción", ya que apareció luego en las obras completas(8). Allí decía Freud que quien conociera a Tausk no podría dejar de tener la sensación de que estaba ante un gran hombre, y le asignaba un valor perdurable entre los primeros cultores del psicoanálisis. Poco después del suicidio, sin embargo, en una carta a Lou Andreas-Salomé, Freud comentó la desaparición de Tausk con cierto alivio y frialdad, lo que hace pensar, nuevamente, en los conflictos entre estos dos hombres(4). La carta fue escrita el 15 de agosto, un mes después de la muerte de Tausk. Como en la nota necrológica, Freud la atribuye a los horrores de la guerra y dice a continuación: "Confieso que no lo echo en realidad de menos; hacía tiempo que le consideraba inútil, cuando no una amenaza para el futuro. Tuve la oportunidad de examinar someramente los fundamentos sobre los que descansaban sus orgullosas sublimaciones, y yo hace bastante tiempo que lo habría marginado si usted no me lo hubiese ponderado tanto... Siempre reconocí su gran talento, el cual no llegó, sin embargo, a traducirse en logros igualmente valiosos"(11). Lou le respondió el 25 de agosto expresando su consternación por la noticia, sin contrariar los sentimientos de Freud, con quien coincide en que Tausk era una amenaza para el futuro de Freud y de la causa psicoanalítica(11). Vale la pena destacar que la carta del 15 de agosto no figura en el epistolario, así como tampoco los párrafos correspondientes de la respuesta de Lou¹.

La obra de Tausk es reducida pero cuenta con algunos trabajos meritorios. En 1913 escribe en el *Internationale Zeitschrift* dos de los más importantes. Uno fue *"Entwertung des Verdrängungsmotivs durch Re-kompense"* (Desvalorización de los motivos de la represión por recompensa), que se publicó en el *International Journal* de 1924 con el siguiente título: *"Compensation as a means of discounting the motive of repression"*(13). En este trabajo Tausk se plantea el problema de cómo es posible que la represión pueda ser levantada contrariando el principio del placer y concluye que ello es debido a que el sujeto opta por un disgusto menor, que quita valor a los motivos que condicionaron la represión. En otras palabras, la represión se levanta cuando crea más problemas de los que resuelve.

El otro escrito fue *Zur Psychologie des alkoholischen Beschäftigungs-delirs* (Consideraciones sobre la psicología del delirio de acción de los alcohólicos), donde Tausk intenta dar cuenta de la psicología del delirio alcohólico tomando como punto de partida el "abismo infranqueable entre el aspecto químico del sistema nervioso central y la forma y el contenido de una alteración mental"(13) con lo que toma una posición muy clara frente al eterno problema entre la mente y el cerebro. Como es sabido, el delirio de acción o delirio ocupacional es un ingrediente característico del *delirium tremens* donde el enfermo se conduce como si estuviera realizando sus tareas habituales. Tausk estudia el delirio ocupacional como si fue-

ra un sueño de acción, aplicándole todos los conocimientos del proceso de elaboración onírica.

El "aparato de influencia"

Descripción clínica

En su célebre artículo de 1919(12), Tausk empieza por describir el "aparato de influencia" y lo incluye en un ámbito más amplio, el delirio de influencia (o delirio transítivista) de la esquizofrenia (paranoide). A veces las ideas de influencia pueden cristalizar en un aparato y otras permanecen como tales; pero siempre son, para Tausk, una versión persecutoria de sentimientos de cambio interior, extrañamiento y alienación, que el paciente puede registrar (sobre todo al comienzo de la enfermedad) sin intentar explicarlos.

De esta forma, Tausk concibe el "aparato de influencia" como el estado terminal de un síntoma (o síndrome) que se inicia con la típica y frecuente vivencia de cambio interior del período de comienzo de la esquizofrenia. Como sabemos, el otro síntoma (o síndrome) de este período es la vivencia de fin de mundo, que, al fin y al cabo, no es más que la proyección al exterior de la proyección del cambio y la desintegración del *self*.

Tausk postula varias etapas (o estadios) en el proceso que lleva desde la vivencia de cambio interior hasta el "aparato de influencia" y señala que en el caso que va a presentar, Natalia A, pueden observarse claramente algunas de ellas. La observación de los casos –dice Tausk– muestra por lo general sólo una de esas etapas, del mismo modo que en un glóbulo rojo podemos observar una determinada forma del plasmodio y no otras, sin que por ello vayamos a negar la evolución que de hecho sufre el parásito.

Hay dos motivos, sigue Tausk, que nos hacen difícil comprender la innegable conexión genética entre estos estadios, y son: 1. que en un paciente (como acabamos de ver) observamos un estadio y no los otros; y 2. que el delirio de influencia (o de referencia) queda la mayoría de las veces recubierto por otros síntomas, como depresión, manía, angustia, paranoia, etc. En este sentido, la experiencia clínica permite descubrir el delirio de influencia en muchos analizados no psicóticos, donde aparece recubierto de otros síntomas menos graves, como decía Tausk.

En el caso del albañil José H, por ejemplo, se registran los fenómenos somáticos (paranoia somática) pero no la idea de influencia. Este enfermo decía con orgullo que su cuerpo producía corrientes eléctricas que iban a la tierra, sin sentirse para nada influido. En el caso de Ema A (que Freud estudió en "Lo inconciente", 1915), en cambio, el fenómeno somático de tener los ojos torcidos provenía de su novio, que era una mala persona, un hombre "retorcido".

Tausk aprovecha este caso para adelantar una de las tesis fundamentales de su ensayo, en cuanto explica la psicodinamia del síntoma de los ojos torcidos a partir de un proceso de identificación: Ema A se identifica con su perseguidor, el novio, y esto crea el delirio de influencia. Señalemos de paso que esta idea de Tausk adelanta la que Anna Freud va a pro-

poner después, en *El yo y los mecanismos de defensa*(3), como identificación con el agresor.

En este punto Tausk parte de la conocida idea de Freud de que la elección de objeto está siempre precedida por un mecanismo de identificación, en otras palabras que la identificación es anterior a la catexia (por proyección) que lleva a la elección de objeto. Es decir, que en Ema A el delirio de influencia se encuentra en el estadio en que opera la identificación y no todavía la proyección. Esta identificación –sigue Tausk– es obviamente un intento de proyectar la vivencia de cambio interior en el mundo externo, un verdadero puente entre la vivencia de cambio interior sin causa externa que la justifique y la atribución del cambio a un poder exterior, una posición intermedia entre la vivencia de despersonalización (extrañamiento) y el delirio de influencia (o de referencia). Puede decirse que aquí Tausk parece anunciar el concepto de identificación proyectiva de Melanie Klein (1946) en cuanto trata de explicar la confusión de identidad sujeto-objeto como un resultado de la identificación y la proyección.

Este ejemplo clínico es para Tausk un valioso argumento para apoyar en instrumentos psicoanalíticos la tesis de que existe un desarrollo genético que va desde el síndrome de despersonalización hasta el "aparato de influencia".

El otro caso al que apela Tausk para sostener su hipótesis es el de Staudenmayer, presentado en la Sociedad Vienesa de Psicoanálisis años antes. Esa persona, que fue diagnosticada de paranoia, afirmaba que los movimientos peristálticos de su intestino eran provocados por demonios localizados en su aparato digestivo. Subrayemos que aquí aparece con inusitada claridad la idea del escíballo perseguidor propuesta en ese mismo tiempo por Stärcke (1920) y van Ophuijsen (1920)², que a través del ensayo de Abraham (1924)(1) llevará finalmente a la noción de objeto interno de Melanie Klein.

Sobre la base de estas observaciones clínicas Tausk propone un desarrollo genético del "aparato de influencia" donde distingue varias etapas, algunas de las cuales son más significativas que otras:

1. sensación de cambio interior;
2. sensación de cambio interior provocado por uno mismo (caso del albañil José H);
3. sensación de cambio interior provocado por alguien que existe dentro del paciente pero no es el paciente mismo (caso Staudenmayer);
4. sensación de cambio interior acompañada de proyección alucinatoria;
5. sensación de cambio interior provocado por una persona exterior como resultado de la identificación (caso Ema A);
6. sensación de cambio interior con proyección al mundo exterior, donde se ubica el productor de los cambios;
7. sensación de cambio interior atribuido a la máquina de influencia.

La evolución de la máquina de influencia en la paciente Natalia A, de 31 años, prueba concluyentemente que el "aparato de influencia" representa a la vez los genitales del sujeto (lo que coincide con la naturaleza de los sueños de máquina) y su cuerpo; y muestra además, claramente, cómo los genitales y el

cuerpo proyectados se van transformando en una máquina. En el caso Natalia el que opera la máquina es un pretendiente rechazado que se conduce así por celos. La máquina alcanza también a la madre y otros familiares de Natalia y se extiende rápidamente a Tausk que, después de la tercera entrevista, quedó involucrado y, bajo la influencia de la máquina, se volvió hostil con la paciente, por lo que el tratamiento no pudo continuar. Este es, tal vez, el primer ejemplo de "psicosis de transferencia", término que va a emplear al año siguiente Ruth Mack Brunswick en su *Análisis de un caso de paranoia*(10).

Teorización psicoanalítica

Luego de esta impecable descripción clínica en que Tausk aplica los puntos de vista dinámico y genético para explicar convincentemente el delirio de influencia de la esquizofrenia paranoide con instrumentos analíticos –lo que hasta entonces nadie había logrado– el autor intenta exponer una teoría del desarrollo a partir del concepto de narcisismo. Puede decirse que el empeño de Tausk en esta parte de su escrito es demostrar cómo se pasa de un narcisismo que él llama innato a la elección de objeto a partir de dos pasos decisivos, la identificación y la proyección. Adelantémonos a señalar que para Tausk (como para Freud en 1911 y 1914, y para Ferenczi en 1909 y 1913) la identificación es previa a la carga de objeto y que la proyección da un paso más, creando el mundo objetual desde donde habrá de refluir la libido para configurar el narcisismo adquirido.

Hay para Tausk un estadio inicial en que, luego de superar el trauma del nacimiento, el niño recién nacido está en completa posesión de su libido y nada sabe del mundo exterior, ni siquiera de esa parte del mundo exterior que es su cuerpo. Este cuerpo (propio) va a ser pronto descubierto a partir del primer proceso de proyección que hará que el niño consume el hallazgo de objeto en su cuerpo. Tausk insiste que este estado inicial no se debe adscribir a la identificación porque está presente desde el comienzo, a pesar de que ambos procesos son iguales en cuanto a que en los dos existe una autosatisfacción absoluta, sin objeto ni mundo exterior. Tausk los diferencia, al parecer, porque en la identificación existe un proceso psíquico activo. Al estadio inicial previo a la identificación corresponde llamarlo narcisismo innato. A partir de este estadio de narcisismo innato, cuando la libido se dirige hacia afuera catectizando el cuerpo por proyección se alcanza la etapa de narcisismo corporal de donde la libido retorna al yo redescubriéndolo, lo que configura para Tausk el narcisismo psíquico³. A este proceso de catexia del yo Tausk lo llama narcisismo adquirido. Siguiendo fielmente el concepto de narcisismo primario, que sostienen Freud y Ferenczi en esos años, Tausk considera que es gracias a la proyección que el niño reconoce su cuerpo como mundo exterior. Digamos de paso que este concepto de proyección es diametralmente opuesto al de Melanie Klein, para quien el objeto está allí y es reconocido para recibir las proyecciones del sujeto.

Para explicar el delirio de influencia y su resultado, la máquina de influir, Tausk se remite a un síntoma que para él es clave de la esquizofrenia y que llama pérdida regresiva de los límites del yo. El paciente cree que los demás conocen sus pensamientos, que sus pensamientos están no sólo en su cabeza sino también en la de los otros; y esta situación debe referirse a los comienzos de la vida en que los otros, y en especial los padres, ayudan al niño a pensar y a hablar.

Desde el punto de vista teórico, sigue Tausk, debemos presumir que el yo empieza a tomar forma en la época del hallazgo de objeto: es necesario aceptar, pues, que al comienzo no existen objetos del mundo exterior y, paralelamente, no hay tampoco yo. Este estadio del desarrollo, que precede al estadio del hallazgo de objeto, es el de identificación, donde la libido asume esa singular organización que ha sido llamada narcisística, en cuanto se dirige a la propia persona del sujeto, a su yo, y no a los objetos del mundo exterior. Es el período anobjetal del desarrollo, en que el sujeto considera que todos los estímulos sensoriales que recibe son endógenos.

El estadio siguiente es el de proyección de los estímulos al mundo exterior. Así el sujeto crea literalmente el objeto y hacia él dirige su libido, con lo que se delimitan dos áreas, subjetiva y objetiva.

A partir de los descubrimientos de Freud sobre la proyección de la libido homosexual en la paranoia, Tausk considera que la proyección del propio cuerpo en su paciente Natalia se debe a los mismos mecanismos, es decir que el yo se defiende con la proyección de una exigencia sexual inadmisibles. Tausk afirma ahora que la libido proyectada es la libido corporal y no la libido del yo psíquico. La proyección del cuerpo puede referirse a la etapa del desarrollo en la cual el propio cuerpo se constituye en la meta del hallazgo de objeto, el momento en que el niño está descubriendo su cuerpo como el mundo exterior.

El (complejo) razonamiento de Tausk debe entenderse a partir del concepto freudiano de la proyección de la libido homosexual en la paranoia de Schreber(6). Idéntico mecanismo imagina Tausk para la proyección de la libido del cuerpo en su paciente Natalia. Siguiendo a Freud, Tausk sostiene que la libido que carga al yo es por definición homosexual, porque es atraída por el sexo que representa al propio sujeto. Este mecanismo de proyección de la libido del cuerpo corresponde al primitivo funcionamiento mental en el proceso de descubrimiento del objeto en el propio cuerpo, esto es, cuando el niño ve su cuerpo como mundo exterior, etapa a la cual debe preceder otra de identificación.

La tesis, quizá fundamental, de Tausk en este punto es que la etapa del hallazgo de objeto en el propio cuerpo, que sólo por obra y gracia del mecanismo de proyección se registra como parte del mundo exterior, debe ser precedida por un estadio de identificación de la libido narcisista. De esta forma se delimitan dos etapas, de identificación y de proyección, en el hallazgo del objeto. Aquí Tausk sigue evidentemente al Ferenczi de los estadios en el desarrollo del sentido de la realidad (1913), aunque no lo diga explícitamente.

Luego de establecer una diferencia que no es del todo clara entre el narcisismo corporal u orgánico y el narcisismo psíquico, y a diferencia de Freud, que en 1923 va a afirmar que el yo es ante todo un yo corporal, Tausk sostiene que al principio el cuerpo es extraño al yo, y que es necesario que el yo se identifique con las funciones corporales para que se constituya un yo corporal. Tausk afirma que cuando la libido se estanca a nivel de un órgano, éste se perturba y su funcionamiento se hace conciente, lo que configura el fenómeno de la hipocondría. Al estancamiento de la libido en el órgano sigue un fenómeno de alienación ("*Entfremdung*") como defensa frente a la angustia hipocondríaca. En el "aparato de influencia" –concluye Tausk– el órgano alienado es el cuerpo entero.

En el último párrafo de su trabajo, el VII, Tausk señala que la aparente contradicción que supone

considerar al "aparato de influencia" a la vez como una proyección del cuerpo y de los genitales puede salvarse si se considera que en la esquizofrenia el cuerpo todo simboliza el genital. "Aquí el genital es solamente un símbolo de una sexualidad más antigua que el simbolismo y que ningún otro medio de expresión social" (12). En otras palabras, en el "aparato de influencia" el genital es sólo un símbolo de la sexualidad pregenital y arcaica, un medio de representación anterior a la genitalidad.

Digamos para terminar que las inconsistencias de Tausk en ciertos puntos de su complejo razonamiento, tal vez deban verse como una inevitable limitación de la hipótesis del narcisismo primario y no de su propia investigación. Hay que comprender, también, que este ensayo fue escrito cuando Tausk se debatía entre la vida y la muerte, que es como decir entre su amor y su rivalidad con Freud ■



Notas

1. Freud-Andreas Salomé, Correspondencia, 1966 (1960, pág. 130).
2. En el *Internationale Zeitschrift* trabajo de Stärcke se publicó en 1919 y el de van Ophuijsen en 1920.
3. Mientras que para Freud el yo es ante todo un yo corporal, como va a decir años después en *El yo y el ello* (1923) (7), Tausk sostiene que inicialmente el cuerpo es extraño al yo y el yo lo descubre (o lo crea) por proyección. Sólo cuando se identifica con las funciones corporales el yo se vuelve verdaderamente corporal. Hay pues, para Tausk, un narcisismo corporal en que el yo no se ha identificado todavía con su cuerpo y un narcisismo psíquico cuando lo ha hecho (Rosa Rubinstein, comunicación personal).

Referencias bibliográficas

1. Abraham, K., "Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales" (1924), en *Psicoanálisis clínico*, Hormé, Bs. As., 1959.
2. Eissler, K.R., *Talent and Genius. A psychoanalytic reply to difamation of Freud*, Grove Press, New York, 1971.
3. Freud, A., *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Bs. As., 1949.
4. Freud-Andreas Salomé., *Correspondencia*, Siglo XXI, México, 1968.
5. Freud, S., *Lo inconsciente* (1915), O. C., A. E., T. XIV, Bs. As., 1984.
6. Freud, S., *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente* (1911[1910]), O. C., A. E., T. XII, Bs. As., 1986.
7. Freud S., *El Yo y el Ello* (1923), O. C., A. E., T. XIX, Bs. As., 1984.
8. Freud S., *Victor Tausk* (1919), O. C., A. E., T. XVII, Bs. As., 1986.
9. Klein, M., "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", en *Envidia y gratitud*, O. C., Vol. III, Cap. IX, Paidós, Bs. As., 1980.
10. Mack Brunswick, R., Análisis de un caso de paranoia (1928), *Rev. de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44, p. 599-651.
11. Roazen, P., *Brother Animal: The Story of Freud and Tausk*, Knopf, New York, 1969.
12. Tausk, V., Sobre la génesis del 'aparato de influencia', *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, 1919. También en *Revista de Psicoanálisis*, T. 2, p. 523 y ss., 1945.
13. Tausk, V., *Obras psicoanalíticas* Prólogo de G. L. García, Morel, Bs. As., 1977.

Mito y filosofía

Comentarios a partir del psicoanálisis

Lía Ricón

Prof. Titular Consulta y Directora de Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Fac. de Medicina (UBA). Psicoanalista en función didáctica, Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

Pueyrredón 2366 4° p. Buenos Aires. Telfax: 54-11-4803-3072 - E-mail: lricon@janssen.com.ar

Mito, filosofía y psicoanálisis son temas y disciplinas que pueden provocar inmediato desinterés en personas maniqueístas, fanáticas de las ciencias duras. A *contrario sensu* en mi condición de psicoanalista, la comprensión de los aspectos teóricos necesita de la filosofía para entender en dónde está ubicada mi disciplina en el devenir histórico del pensamiento y por otra parte, la práctica del psicoanálisis, necesita de la dimensión mítica para operar una hermenéutica del sentido(7).

Los mitos, particularmente los teogónicos o cosmogónicos¹ se nos muestran como sueños colectivos de la humanidad, sobredeterminados y polisémicos en sus diversos códigos, intentando dar una explicación del orden social, de la vida y de la muerte, de nuestro origen y del sentido de la vida y del mundo(37).

Freud en la *Conferencia 32* dice: "La doctrina de las pulsiones es nuestra mitología, por así decir. Las pulsiones son seres míticos, grandiosos en su indeterminación(8, 9, 10, 31, 37).

El desarrollo del pensamiento psicoanalítico desde sus comienzos ha estado conectado a posiciones filosóficas. La propuesta de este trabajo no incluye la consideración de las distintas posiciones que enriquecen la comprensión de la teoría psicoanalítica desde el comienzo. Aludo particularmente al cambio, a la ruptura epistemológica que implicó pasar del modelo descriptivo y clasificatorio al conjetural de un psiquismo con determinaciones dentro de sí mismo y la otra escena del inconsciente. Sabemos que Freud estuvo muy interesado en las enseñanzas

de Brentano y en su concepto de intencionalidad. Me limito a declarar la necesidad de tener en cuenta la filosofía con todo lo ambiguo que en este siglo XXI puede tener esta generalización.

Las mitologías ofrecen una riqueza que tal vez resulta abarcable para un especialista que dedique su vida a este estudio y los hay(5). Este trabajo intenta solamente abrir una posibilidad a la tarea interdisciplinaria.

Tanto la práctica como la investigación teórica toman en cuenta mitos generales e individuales, antiguos y actuales. El conocimiento de los mitos enriquece la evaluación del desarrollo del proceso analítico y el desciframiento de los mismos enriquece tanto al analizado como al analista.

Un primer punto a recordar es que en la práctica psicoanalítica, la palabra es el instrumento privilegiado. La filiación racionalista de Freud alimentó la propuesta de hacer consciente lo inconsciente que hoy podemos aceptar como la búsqueda de un nivel que no es totalmente recubierto por la palabra y que se hunde en la opacidad del ser. A partir de Levi-Strauss(37, 38) y otros no podemos considerar al pensamiento del hombre primitivo como prelógico, pero sí podemos ubicarlo en un tiempo en el que se intenta un nivel de participación que corresponde al mito vivido y que no corresponde ya al tiempo de un mito como relato. Esto es importante para nuestra práctica, porque no se trata entonces de trabajar especialmente con los mitos sino particularmente a partir de un estadio previo a la aparición del mito como relato. Este es el tiempo de la conciencia mítica,

Resumen

Mitos, filosofía y psicoanálisis, son conceptos y disciplinas que se articulan y apoyan mutuamente en una trama de gran riqueza. Los mitos como memoria existencial, como verdad eterna en contraste con la verdad empírica, en tanto arquetipos, interjuegan con las filosofías que, desde la subjetividad, intentan dar cuenta de esa opacidad del ser con la que trabajamos los psicoanalistas... y también los psiquiatras.

Palabras clave: Mitos y psicoanálisis – Filosofía y psicoanálisis – Mitos y psiquiatría.

MYTH AND PHILOSOPHY. COMMENTS STARTING FROM PSYCHOANALYSIS

Summary

Myths, Philosophy and Psychoanalysis, are concepts and disciplines that are mutually articulated resulting in a very interesting framework. The myths as existential memory, as eternal truth in contrast with the empiric truth, as archetypes, are interconnected with the philosophies that, from the subjective point of view, try to account for the self's opacity with which the psychoanalysts and also the psychiatrists work.

Key Words: Myths and Psychoanalysis – Philosophy and Psychoanalysis – Myths and Psychiatry.

del mito vivido, el tiempo en el que el mito es la verdad misma al decir de Gusdorf, y no existe todavía el relato(33). Este tiempo del mito como verdad absoluta y el cambio que se opera cuando es necesario contarla para intentar recuperar la unidad perdida, está claramente ilustrado en el concepto de pecado original de la mitología cristiana que produce la expulsión del paraíso. Un modo de entender este relato es conectarlo con la pérdida de una relación con el entorno sin mediación, con tiempo y espacio cualificados e indivisos, con una vivencia oceánica sin discriminación entre el sí mismo y el medio.

La constitución del sujeto como tal implica el abandono de un tipo de relación primaria que es la que mantiene todo ser viviente con su entorno. Se trata de una relación estrecha si así puede llamarse, ya que se organiza como un estado de unión que no deja la posibilidad de distancias, ni de miradas desde otro lugar. La constitución del sujeto rompe la inmediatez y se interna en un horizonte de posibilidades que empieza a estar dado por la palabra con su equívocidad y su engaño y que lo conecta definitivamente con su indefensión y especialmente con la posibilidad de muerte y sufrimiento. El humano adquiere así su limitada y singular existencia, separada para siempre de la fantaseada protección que lo envolvía. Una ilustración muy clara de la aparición del mito de los orígenes que podemos entender vinculado a este tiempo del desarrollo humano, está planteada por Freud en *La novela familiar del neurótico* (23). Las figuras parentales, en un principio idealizadas, caen y la creencia en el progenitor omnipotente, rey o dios es una búsqueda de sentido que se establece en estas suturas que van organizando el psiquismo.

La conciencia mítica, el mito vivido como verdad, está exactamente en este lugar témporo-espacial que el hombre pierde cuando deja de tener la relación que los animales y las plantas tienen con el medio, me refiero a esa relación directa sin mediación. Cuando aparece el mito como relato, se produce una restricción de esa totalidad y la palabra circunscribe y fija el conocimiento(29, 32). El estudio de los mitos nos lleva, por una parte, a interesarnos por lo que de ellos surge al mirarlos desde la perspectiva semiológica que entiende al mito como habla. Roland Barthes, define al mito por su forma y no por el objeto de su mensaje. Esto nos permite entenderlo como un sistema semiológico segundo y así profundizar en la permanente creación de nuevos mitos que repiten y modifican los antiguos(4).

El primer sistema de la lengua planteado en sus tres términos, Significante, Significado y Signo, da paso al sistema semiológico del mito, en el que el Signo del primer sistema pasa a ser Significante del segundo, que tiene entonces un Significado y un Signo(2).

Este estudio del mito como segundo sistema nos permite desentrañar la formación de nuevos mitos y la posibilidad de entenderlos en beneficio del bienestar del hombre y especialmente de desentrañar su sentido para que no sean instrumentos de dominación y sometimiento.

Para este nivel de estudio, es útil tener en cuenta la estructura actancial propuesta a partir de la gramática estructural(32) y de los formalistas que tanta ri-

queza aportan a través del estudio de los cuentos populares(41). Esta aproximación a los mitos apunta a su universalización, particularmente cuando se estudian los mitos de los orígenes y los que apuntan a los grandes dioses (Cielo y Tierra, Fuego, Sol y Luna)(30). Estos mitos contienen a todos los demás referidos directamente a los orígenes y que se vinculan a cultos. Todos tienen estructuras similares, en todas las mitologías conocidas, incluidas las de la olvidada América Latina(13, 43). Nuestra práctica tan hondamente organizada por el *logos* judeo-cristiano utiliza tanto las teorías filológicas como las antropológicas, busca en los mitos un estado particular del pensamiento que estuvo en todos los tiempos y está en todas las culturas. Los humanos producimos permanentemente mitos(11, 16).

Nuestra tarea como psicoanalistas tiene así alguna semejanza con la de un inteligente director de escena en una ópera. Éste vacía el mito expresado en el texto escrito en lenguaje verbal pasible de semantización e intenta a través de una puesta crítica, afirmar la condición del mito mostrando su contemporaneidad. Así se entiende lo que puede ser la riqueza de una ópera en la que se combinan un lenguaje semantizable (el texto) uno no semantizable (la música) y la interpretación hecha a través de la puesta. Como psicoanalistas trabajamos especialmente en la comprensión de esa contemporaneidad de los mitos que cada uno de nosotros está poniendo en cada acto cotidiano. Nuestra vida puede ser así enriquecida u obstaculizada a través de la adaptación de lo histórico a la situación actual.

Las tesis derivadas del positivismo descalifican el carácter estructurante de la conciencia mítica y nos muestran el mito según interpretaciones de distintas disciplinas: a partir de la Historia como relatos de hazañas hechas por hombres que fueron luego tenidos por dioses (evemerismo), o como alegorías de distintos orígenes(39, 40, 44); a partir de la Psicología como expresión de estados psíquicos, personificados en dioses y a partir de la Física como animización de las fuerzas de la naturaleza, inexplicables(35). Estas concepciones pueden tener para nosotros alguna utilidad como ilustración de situaciones o como expresión analógica, pero no apuntan a ayudarnos a lo que podemos entender como develamiento del mito.

El concepto de mito que es útil a nuestra práctica está expresado especialmente por Gusdorf(33) y Colombres(1). Este último dice: (el mito) "... no es hijo del deseo sino también del horror al vacío, al sentimiento de intrascendencia y fugacidad. Este aspecto lo acerca a las preguntas de las filosofías que no son respondidas. Se trata de un intento que apunta a comprender nuestra existencia, cuyo primer pecado fue, como ya dije, el de constituirnos como sujetos, como mito desencarnado".

Los intentos de respuesta a las preguntas esenciales podríamos remontarlos a la concepción de Tales de Mileto (siglo VI a. C.)(12), quien consideró al agua como elemento de lo que todo consta y en lo que todo se convierte. A partir de aquí podemos encontrar muy diversas propuestas en filósofos de todos los tiempos, el fuego para Heráclito, el átomo para Leucipo y tantas otras. Un filósofo vivo, Alain Ba-

diou(3), nos habla de una analogía entre la filosofía y la psicosis, como si la filosofía fuese una psicosis exitosa y la psicosis una filosofía que fracasó. Parafraseando este comentario podríamos decir que la filosofía es una psicosis exitosa que puede dar cuenta de sus principios, mientras las propuestas de la mitología tienen el peligro de ser descalificadas por indemostrables. La conciencia mítica y aun el mito como tal se mantienen en un nivel de globalidad, mientras que la filosofía al crear conceptos, ya que esta es su tarea(15), apela a la palabra y consiguientemente a dejar afuera lo que ésta no recubre y que se mantiene en el mito.

Ya dije que nuestra práctica se hace a través de la palabra y de una palabra que apunta a ayudar al otro a encontrar el sentido singular de sus acontecimientos. Este sentido que está siempre presente, puede no ser aparente y producir sufrimiento y falta de libertad por permanecer oculto. La propuesta freudiana expresada como "hacer consciente lo inconsciente" hace necesario el uso de la palabra y la razón. Si bien es cierto que en los tiempos griegos previos a la invención de la democracia, la palabra servía menos a la razón y más a la narrativa, nuestra herencia es básicamente la necesidad de defender una idea y conseguir que fuera aceptada. A partir de aquí el uso de la palabra se liga a la argumentación. Me parece inevitable en este punto pensar que la especie humana tiene dos millones de años sobre la tierra y la razón con su instrumento expresivo, la palabra, sólo 2.500(35).

Surge así un primer obstáculo. El mito como tal da cuenta de un aspecto de la realidad psíquica, fuertemente encajada en lo histórico y social que surge de los miedos más antiguos del hombre y de las preguntas aún no totalmente formuladas sobre los orígenes.

Las respuestas de las filosofías racionalistas, ancladas en el *logos* apofántico aristotélico no dan cuenta del mito que, como ya dije, surge del área de opacidad del ser que no es recubierta por la palabra.

El mito tal como lo plantea Mírcea Eliade descubre una región ontológica inaccesible a la experiencia lógica superficial(18, 19, 20). Se trata de la región del tiempo y espacio cualificados, indivisos, que ponen al hombre en una posición cosmocéntrica en la que afirma su trascendencia. Llevado a nuestro tiempo de aldeización del planeta, la TV en los cuartos de hotel afianza la posibilidad de creer al mundo como pasible de tener el centro en cualquier lugar y la circunferencia en ninguna parte(21). Volvemos así al horizonte finito e ilimitado del mundo mítico.

El hombre moderno dice Gusdorf "... privado de su anclaje trascendente, inventará la religión, la filosofía, la política, con el objeto de recuperar la seguridad perdida. Multiplicará sus esfuerzos para asegurar, de una u otra manera, la correspondencia entre realidad y valor, que la humanidad primitiva había encontrado sin dificultad en el mito... La vida primitiva será como un sueño nostálgico... anterior al error... edad de la naturaleza simple, anterior a la civilización y a todos sus insolubles problemas"(33).

La verdad inmediata del mito tiene un cambio a partir del advenimiento de la historia considerada como exposición sistemática de los acontecimientos

y como investigación sin presupuestos. Esto implica un fuerte énfasis en la fuerza y el valor de lo racional.

Confucio, Buda y Zoroastro, contemporáneos de Sócrates son ya el fin del mundo mítico. La duda, la utilización de la palabra para defender ideas, la búsqueda de una categoría previa a la discusión planteada y que fuese más abarcativa, tal como ocurre en el diálogo de Laques y Nicias, termina con la solidez pastosa del mito. No en vano Sócrates debe beber la cicuta. Sócrates inventa "el concepto", que no es tributario del mito, sino que se le opone(17).

Cito nuevamente a Gusdorf: "...El hombre que descubre el mito, el hombre para quien el mito es un mito, es un hombre que ya ha roto con el mito... El mito es una inteligibilidad dada. El saber es una inteligibilidad buscada".

El estado pastoso y difuso de la conciencia mítica y del mito cambia con la aparición de la conciencia reflexiva que tiene la exigencia de un discurso coherente, lógico en el que las proposiciones se concatenan y son evaluadas según su verdad(14, 34).

Pero la expulsión, el rechazo del mito, no son definitivos, no pueden ser permanentes. Como psicoanalistas sabemos la vigencia de la vuelta de lo reprimido. El estadio de la ciencia positiva, que para Comte debe hacernos abandonar el estadio ficticio de la religión y el estadio abstracto de la metafísica, no puede entenderse sin el basamento estructural del mito. Un hecho que pueda incluirse en el estadio de la ciencia positiva tiene como características: ser dado (no fantasía), ser útil, cierto y preciso. Esto implica un corte empobrecedor. Lo preciso, entendido como corte previo, como cortar amarras, tiene consecuencias operativamente útiles en las ciencias exactas y sus aplicaciones, siempre que no se lleve esta tesis hasta sus últimas consecuencias olvidando que si nuestras representaciones categoriales son determinadas por la experiencia, esto también es creencia, *doxas* sobre el valor absoluto de la ciencia y de la experiencia sensorial o intelectual. La ciencia del positivismo es el mito del siglo XX(42).

En este punto de mis reflexiones, viene a cuento una frase de Mario Bunge(6) "Los datos aislados y crudos son inútiles y no son dignos de confianza; es preciso elaborarlos, organizarlos y confrontarlos con las conclusiones teóricas". Lo criticable en este tan lúcido pensador es que parece no dar suficiente relevancia a lo que puede entenderse por teoría. Las teorías, del verbo griego mirar, observar, implican una contemplación y especulación alejada de los hechos concretos. Si tal como dice Bunge, los hechos deben ser incluidos en una teoría para que sean útiles y dignos de confianza, hemos perdido definitivamente la objetividad de las mediciones y de las observaciones. Más conviene a nuestras disciplinas el principio de incertidumbre de Heisenberg (no poder conocer al mismo tiempo con exactitud la posición y el momento de una partícula) y el caos como un mecanismo que amplía a escala macroscópica la indeterminación inherente a la mecánica cuántica(30).

Importa señalar cómo actúa el psicoanalista en su tarea de descifrador de mitos. El ser vivo puede ser pensado y captado teniendo en cuenta distintos niveles de organización. Podemos mencionar el área

del cuerpo anátomo-fisiológico, la del psiquismo inconsciente y la del pensamiento reflexivo. En cada uno de estos niveles hay estructuras formales que pueden homologarse. A través de la técnica psicoanalítica se pone en acción la eficacia simbólica que permite el pasaje de una estructura a otra. Así lo entiende Levi-Strauss en su *Antropología estructural*(37) cuando habla de desciframiento del mito. No es la técnica analítica la única estrategia que puede poner en acción esta eficacia, también la sugestión, el efecto placebo, la cura shamanística. El desconocimiento de este pasaje puede en parte atribuirse a que las tesis del positivismo permiten solo ver el camino que va desde el cuerpo anatomofisiológico al psiquismo porque el primero es medible, precisable, está dado, etc. Lo que el psiquismo produce sobre el cuerpo es definitivamente consecuencia de la puesta en juego de la eficacia simbólica y no es medible.

Me parece importante rescatar los formalismos lógicos de algunos autores especialmente de Lacan(36). Me refiero a lo planteado en las tan objetadas fórmulas de la sexuación. La utilidad de los formalismos en general es que nos permiten tomar un mito, por ejemplo el de la prohibición del incesto, previo al Edipo, tal como Freud lo plantea en *Totem y Tabú*(25) y operar del mismo modo que algunos directores de escena, con los contenidos míticos de una ópera². Quiero decir que se puede producir el vaciamiento de los contenidos referidos a las categorías primordiales. En el caso de *Totem y tabú*, el contenido del que podríamos vaciar a la estructura sería la prohibición del incesto, originada en la competencia de los hijos con un padre para quien no había ninguna prohibición. El relato de este primer asesinato del padre y el banquete totémico posterior pueden funcionar como engramas, estructuras que pueden ser llenados con la singularidad y contemporaneidad de cada analizado y de cada analista. Freud mismo cuando hace un análisis del mito cristiano, muestra cómo la religión del padre es sustituida por la del hijo y el banquete totémico por la comunión de los hermanos.

Un último comentario sobre la consideración de lo mitológico en la obra de Freud. Como ya sabemos, una de las características admirables de su trayectoria de pensador son sus contradicciones. Este aspecto está también presente en la obra de Freud, en lo que se refiere a los mitos. En algunos trabajos, el antes mencionado *Totem y tabú* por ejemplo, toma al mito como una consecuencia del animismo, con lo que estaría ubicando al mito como un resultado de esta tendencia humana primaria. Sin embargo en este mismo trabajo dice que la explicación animista es la más rica en consecuencias, considerando que los detalles del nexo entre mito y animismo permanecen inexplicados. En *Más allá del principio del placer*(26), dice, refiriéndose a la pulsión de muerte que es de naturaleza tan fantástica que parece más un mito que una explicación científica. Cuando habla de la doctrina de las pulsiones como nuestra mitología y de las pulsiones como seres míticos grandiosos en su indeterminación, no es claro si esto es una expresión metafórica o un reconocimiento del carácter fundante del mito. En *La interpretación de los sueños* habla de las anteojeras de la mitología médica en una actitud fuertemente crítica y en otro pasaje dice que la mitología se traspuso a la psicología(22). Vaya el repaso de estas contradicciones para acercarnos a la riqueza y la complejidad del tema.

En suma filosofías y mitos surgen del asombro, de la indefensión, de lo inconmensurable, de la inevitable opacidad del ser, del misterio de los orígenes, del sufrimiento, del desconocimiento insuperable del sentido de nuestras vidas, de la inminencia de nuestro fin sin objetivo... y también del éxtasis, de la epifanía, del estado nirvánico, de la comunión universal.

Los mitos como memoria existencial, como verdad eterna en contraste con la verdad empírica, en tanto arquetipos, interjuegan con las filosofías que, desde la subjetividad, van intentando dar cuenta de esa opacidad del ser con la que trabajamos los psicoanalistas... y también los psiquiatras ■





Notas

1. Se aceptan distintos tipos de mitos: a. Relatos sobre la formación del mundo que se refieren a los orígenes (mitos teogónicos o cosmogónicos); b. Ciclos, como el de Minos y Teseo; c. Novelas con temas definidos que no implican culto y d. Relatos elementales que tiende a explicar algún hecho de observación cotidiana que queda incomprensible.

2. Un ejemplo muy claro de esta labor del director de escena la dan las puestas que hace Patrice Chéreau de la Tetralogía wagneriana., en las que, por ejemplo, las ondinas del Rhin aparecen como prostitutas en una fábrica.

Referencias bibliográficas

1. Acha J., Colombres A., Escobar T., *Ha - cia una teoría americana del arte* Ediciones del sol, Bs. As., 1991
2. Adam J. M., *Le texte narratif* Nathan Université, Paris, 1944
3. Badiou A., *Conferencia sobre: Acto político, acto analítico, acto poético*. Bs. As., 2000
4. Barthes R., *Mitologías* Siglo XXI, México, 1980
5. Bergua J. B., *Mitología Universal* Ediciones Ibéricas, Madrid, 1960
6. Bunge M., *La ciencia, su método y su filosofía*. Sudamericana, Bs. As., 1995
7. Caballero Arencibia A., *Psicoanálisis y mitología*, *Rev. De Psiq. Psic. Psic.* 1994 (julio, agosto)
8. Campbell, J., *Las máscaras de Dios*. Mitología creativa, Alianza, Madrid, 1992
9. Campbell, J., *El poder del mito* Emecé, Madrid, 1990
10. Campbell, J., *Los mitos*. Kairós, Barcelona, 1993
11. Cassirer E. *Antropología filosófica*. Fondo de C. E., México, 1945
12. Chatellet, F., *Una historia de la razón*. Nueva Visión, Bs. As., 1992
13. Colombres A., *Seres sobrenaturales de la cultura popular argentina* Ediciones del Sol, Bs. As., 1991
14. Daniel S. H., *Myth and modern Philosophy* Temple University Press, Philadelphia, 1990
15. Deleuze G. Guattari D., *¿Qué es la filosofía?* Anagrama, Barcelona, 1993
16. Dumezil G. *El destino del guerrero* Siglo XXI, México, 1990
17. Eliade, M., Couliano, I. P., *Diccionario de las religiones* Paidós, Bs. As., 1992
18. Eliade, M., *El mito del eterno retorno*. Alianza, Madrid, 1995
19. Eliade, M., *Lo sagrado y lo profano*. Labor, Barcelona, 1992
20. Eliade, M., *Mefistófeles y el Andrógino*. Labor, Barcelona, 1984
21. Eliade, M., *Mito y realidad* Labor, Barcelona, 1994
22. Freud, S., *La interpretación de los sueños*. O.C., T. IV y V, A.E., Bs. As., 1979
23. Freud, S., *La novela familiar de los neuróticos*. O.C., T. IX, A.E., Bs. As., 1979
24. Freud, S., *Motivo de la elección del hombre*. O.C., T. XII, A.E., Bs. As., 1980
25. Freud, S., *Totem y tabú*. O.C., T. XIII, A.E., Bs. As., 1986
26. Freud, S., *Más allá del principio del placer*. O.C., T. XVIII, A.E., Bs. As., 1984
27. Freud, S., *Nuevas Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 32*. O.C., T. XXII, A.E., Bs. As., 1986
28. Freud, S., *Sobre la conquista del fuego*. O.C., T. XXII, A.E., Bs. As., 1986
29. García de León A., *Tiempo mítico, tiempo verbal, tiempo histórico. Revista Cuicuilco*. Nueva Época 1, N° 1. México, 1994
30. Gell-Mann, M., *El quark y el jaguar* Tusquets, Barcelona, 1995
31. Guichot y Sierra A., *Ciencia de la mitología*. Alta Fulla, Barcelona, 1989
32. Greimas A. J., *Semántica estructural*. Gredos, Madrid, 1987
33. Gusdorf, J., *Mito y metafísica*. Nova, Bs. As., 1960
34. Hatab L. J., *Myth and Philosophy* La Salle, Illinois, 1992
35. Janke W., *Mito y poesía. Postontología*. La marca, Bs. As., 1995
36. Lacan, J., *Seminario 20*. Aun. Paidós, Bs. As., 1985
37. Levy-Strauss, C., *Antropología estructural*. Eudeba, Bs. As., 1970
38. Levy-Strauss, C., *El pensamiento salvaje*. Fondo de C. E., México, 1964
39. May R., *La necesidad del mito* Paidós, Bs. As., 1992
40. Otto, R., *Lo santo. Lo racional y lo irracional en la idea de Dios* Alianza, Madrid, 1982
41. Propp, V., *Morfología del cuento* Fundamentos, Madrid, 1992
42. Ricón L., *La ciencia del positivismo como mito. Presentado en Simposium de Mitos. Fepal*. 1998, Cartagena, Colombia
43. Rosenthal, G. Yampey N. y otros: *Algunos mitos latinoamericanos. Su interpretación psicoanalítica*. Letrar, Bs. As., 1985
44. Schwab G., *Gods and Heroes*. Pantheon Books, New York, 1976

Controversias entre los modelos adaptacionistas de la psiquiatría y la ciencia evolucionista

Bernardo Dubrovsky

M.D., McGill University Medical School. Depto. of Psychiatry. 1033 Pine Ave West, Montreal, Quebec, Canadá
E-mail: diana@seylla.wath.mcgill.ca

“U no no va a ninguna parte simplemente re-pasando el éxito una y otra vez, mientras que haciéndose cargo de las dificultades, la gente puede tener alguna esperanza de progresar...”. De esta forma, Dirac, el brillante físico, comenzaba una conferencia sobre el progreso en la física.

Una alternativa que viene a la mente es intentar predecir los desarrollos futuros en la neurociencia conductual, basándose en los logros actuales. Sin embargo, como plantearon recientemente miembros distinguidos de la comunidad científica(19, 32), la predicción es muy difícil, especialmente si concierne al futuro. Puede ser importante entonces considerar no sólo lo que pueda ocurrir en nuestra disciplina, la psiquiatría, sino, como planteó recientemente Hyman, “cómo puede contribuir a la comprensión humana”(44).

Deberíamos ser muy cuidadosos en esta empresa en no confundir el resultado con la causa(32). Un ejemplo puede servir para explicar esta tesis. Mientras que se pensaba que la "naturaleza" de la insania era violenta, y mientras que el insano era encadenado, golpeado y encerrado en celdas, los locos se enfurecían y enojaban. Con la introducción del "tratamiento" moral de la insania a comienzos del siglo XIX, la violencia en los asilos mentales disminuyó notablemente. Un siglo después, la "naturaleza" de la insania fue percibida como incompetencia social; los enfermos eran "protegidos" del estrés, y la institución asumía la responsabilidad por la toma de deci-

siones. La benevolencia mal orientada despojaba al paciente de su estatus de adulto y generaba una sumisión de tipo *automatón* el resultado fue la cronicidad en nuestros hospitales. Una generación atrás, el concepto del medio terapéutico, con su redescubrimiento del autogobierno y la responsabilidad personal como las bases para lograr la competencia, comenzaron a revertir el ciclo de la hospitalización auto-perpetuada. Esto llevó a una declinación en lo que había sido un aumento sostenido de la población en los hospitales mentales, una caída que comenzó antes de la era de las drogas psicotrópicas(40). Una vez más se demostró que el comportamiento del hombre no es independiente de las teorías del comportamiento humano que los hombre adoptaron sobre ellos(32).

Las percepciones diferentes del comportamiento humano (causas y mecanismos) moldearán de forma diferente nuestros enfoques interpretativos y terapéuticos. El debate sobre esta cuestión no es un mero ejercicio académico, y no se limita sólo a los estudiantes de psiquiatría en medicina, sino que se aplica ampliamente a la estructura educativa que subyace a la formación del médico, y al proceso educativo en general(77).

En relación con esta cuestión, es importante señalar también que la frecuencia y la fenomenología de la enfermedad- por ejemplo, la conversión histérica, la depresión- han cambiado con los cambios en las ideas sobre ellas. Se debería enfatizar que fue la evo-

Resumen

A partir de la obra de Darwin se cambió de una vez para siempre la filosofía platónica y esencialista y su impacto en la neurociencia. Dentro de este contexto, la clasificación kraepeliniana fue mal concebida desde el comienzo. Sumado a seto, la abrumadora cantidad de datos sobre la evolución del SNC, la anatomía, la fisiología así como la psicobiología, muestran que no podemos disociar la cognición y la emoción como categorías absolutamente diferentes.

Palabras clave: Ciencia evolucionista y psiquiatría - Clínica psiquiátrica y cognición - Clínica psiquiátrica y emociones - Adaptacionismo y psiquiatría.

CONTROVERSIES BETWEEN ADAPTATIONIST MODELS OF EVOLUTIONARY PSYCHIATRY AND EVOLUTIONARY SCIENCE

Summary

After the Darwin's work, the platonic and essentialist philosophy was changed once for ever, as well as its impact on neuro-science. In this context, the Kraepelinian classification was ill conceived from the beginning. Moreover, the overwhelming amount of data on CNS's evolution, anatomy, physiology and psychology, show that we cannot dissociate cognition and emotion as absolute and different categories.

Key Words: Evolutionary science and evolutionary psychiatry - Psychiatric clinic and cognition - Psychiatric clinic and emotions - Adaptationism and Psychiatry.

lución del síndrome clínico lo que cambió, no su patogénesis inicial.

Deberíamos estar alerta ante estos aspectos de la práctica médica; el fracaso en reconocerlos como básicos en la formación de los terapeutas lleva a cerrar nuevos caminos. La ignorancia de la historia no sólo nos condena a repetirla, sino que nos hace confusos y poco emprendedores(32).

El esquema cartesiano, mientras legitimizaba el estudio del cuerpo como un mecanismo por la ciencia de la fisiología, y de ahí a la medicina, preservaba los atributos mentales en el dominio de la teología(56).

Sin embargo, como señalaron Frank y Kupfer(34), la dicotomía, tratamiento somático *versus* tratamiento psicosocial(73), corolario del esquema cartesiano, rápidamente está colapsando, de forma interesante, a través de los resultados de los nuevos procedimientos técnicos, pero no a través de los debates filosóficos o médicos(7, 15).

Sumándose a las resoluciones psicofarmacológicas de los '60 y los '70, la psiquiatría biológica ha hecho nuevas e intensas incursiones en el pasado reciente.

En 1987, en un documento programático, Cosmides y Tooby lanzaron una versión adaptacionista de la psicología evolucionista(18). Este documento, en última instancia, sirvió como punto de referencia para incursiones recientes en la psiquiatría evolucionista dentro de la misma ideología(62, 63, 72, 83).

En su trabajo, Cosmides y Tooby combinaron una interpretación rígida, formalista, teleológica y adaptacionista de la evolución biológica con la visión de la mente como una suerte de programa de computación o procesador de información(18).

Para esos autores la psicología trata la función o el propósito, no el órgano. Avalando la posición funcionalista(28, 29), para ellos toda función puede ser "instalada" en una variedad de sistemas: "Así como diferentes tipos de *hardware* pueden hacer funcionar el mismo programa de computación, distintos mecanismos psicológicos pueden cumplir la misma función adaptativa". Más aun, ellos consideran a la "selección natural como una teoría de la función". Sin embargo, nosotros heredamos las piernas, pero no la locomoción, y el cerebro pero no el lenguaje, ambos deben ser aprendidos. La función presupone un órgano, pero lo inverso es falso(59). Para Cosmides y Tooby, los mecanismos psicológicos innatos fueron "diseñados por la evolución" para permitir a nuestros ancestros "cazadores y recolectores" enfrentar su medio a fines del pleistoceno(18).

Así, argumentan que muchos problemas cognitivos que aparecieron en el pleistoceno se resolvieron y fueron incorporados al repertorio innato de los sistemas nerviosos como algoritmos. Tradicionalmente, los partidarios del innatismo (la predominancia de las influencias innatas) fueron los espiritualistas: ellos atribuían este innatismo a la sustancialidad de un alma inmaterial(81). Además, por definición, un mecanismo es un proceso en una cosa concreta; de aquí que hay mecanismos cerebrales, pero no psicológicos(15).

Más aun, los psiquiatras evolucionistas(62, 63, 72, 83) argumentan que como nuestro medio contemporáneo es tan diferente del de nuestros ancestros re-

motos, algunos de esos mecanismos están mal adaptados a la vida moderna. Por ejemplo, Stevens y Price, en su obra *Evolutionary Psychiatry* (83), consideran que entre el tiempo de adquisición de esos mecanismos psicológicos –cuando se transformaron en innatos– y el tiempo actual, las características del medio social y físico han atravesado cambios significativos. Se piensa que esos cambios han excedido la proporción del cambio genómico dentro de las especies y esta "hipótesis del atraso del genoma" impide una respuesta óptima. Para los psiquiatras evolucionistas, las predisposiciones fundamentales codificadas en el cerebro del niño recién nacido proveen las bases sobre las cuales proceden los desarrollos siguientes. Las predisposiciones fundamentales también actúan como límites que constriñen la perspectiva de funciones próximas y sus desarrollos. La causa última explica por qué, en el pasado remoto, algunos rasgos fueron elegidos entre otros(60).

La ideología de la psiquiatría evolucionista surgió de las ideologías funcionalistas. Como mencionamos previamente, éstas avalan, acriticamente, la posición adaptacionista usualmente referida al paradigma de Panglossus, en referencia al famoso personaje de Molière.

Permítasenos, para clarificar nuestra crítica, describir brevemente las nociones científicas actuales de la selección natural y la adaptación. La selección natural, una teoría de la adaptación local, es el mecanismo por el cual los organismos se adaptan al hábitat cambiante de su medio ambiente(56, 57). La teoría de la evolución por selección natural se basa en tres principios necesarios:

1. Los distintos individuos dentro de una especie difieren unos de otros en la psicología, la morfología y la conducta (*principio de variación*).

2. La variación es de alguna forma hereditaria, de modo que la descendencia promedio se parece más a sus padres que otros individuos (*principio de herencia*).

3. Las distintas variaciones dejan distinto número de descendencia ya sea inmediatamente o en generaciones remotas.

Estos principios necesarios y suficientes para la evolución por selección natural no contienen ninguna referencia a la adaptación(56, 57).

La adaptación fue introducida por Darwin en la teoría evolucionista mediante un cuarto principio como explicación de la causa mecánica del fenómeno de la reproducción diferencial y la supervivencia. Las adaptaciones no son condiciones necesarias para la existencia de las especies y la relación entre adaptación y selección natural no es reversible (no va por un camino de doble mano). Mientras que una mayor adaptación lleva a la selección natural, la selección natural no necesariamente lleva a una mayor adaptación(56).

El programa adaptacionista constituye un intento de ver toda novedad evolucionista como una adaptación, es decir, un rasgo que favorece la supervivencia y/o la reproducción(18, 62, 63, 83).

Este es incuestionablemente un programa teleológico finalista, en el cual el antropomorfismo juega un rol peligroso(81). "Uno puede establecer cualquier regla que quiera si comienza con la regla y des-

pués interpreta la evidencia de acuerdo a ella", escribió G. G. Simpson(81).

Los adaptacionistas consideran cada aspecto de la morfología, la fisiología y la conducta del organismo como una adaptación específica de todo el organismo. Así como la noción de adaptación como un estado de ser del organismo requiere un nicho (una ubicación) ecológico predeterminado, incluso más claramente, asignar la significación adaptativa de un órgano o patrón de comportamiento supone que existe un problema al cual el carácter es una solución(59). Pensar que las aletas, las alas y las piernas son las soluciones del organismo al problema de la locomoción en tres medios diferentes, lleva a construir una descripción del medio externo y una descripción del organismo de tal forma que pueden ser configurados uno dentro del otro por medio de declaraciones sobre la función.

En la evolución humana, la relación usual entre el organismo y el medio se ha revertido virtualmente en la adaptación. La invención cultural ha reemplazado el cambio genético como una fuente efectiva de variación. La conciencia permite a la gente analizar y hacer alteraciones deliberadas, de modo que la adaptación del medio al organismo se ha vuelto la forma dominante(56).

Una falacia común tanto de los psiquiatras como de los psicólogos evolucionistas es su confusión del uso actual de un rasgo (órgano, comportamiento) con su origen histórico.

En 1871, St. George Mivart, uno de los críticos más contundentes de Darwin, publicó *La génesis de las especies*(58). En este libro, Mivart argumentaba que el darwinismo debía fracasar porque no podía explicar las "etapas incipientes de las estructuras útiles". ¿Cómo –se preguntaba– daremos cuenta del desarrollo de estructuras complejas como las alas de los pájaros y los murciélagos, o los ojos de numerosos animales? Podemos apreciar que cada etapa intermedia –en el caso de una mariposa, por ejemplo– provee más protección y puede ser útil en sí misma. El único problema sería obtener el comienzo de la tendencia. Pero ¿qué hay sobre las estructuras que se vuelven útiles sólo cuando están plenamente formadas, por ejemplo las plumas de los pájaros que evolucionaron desde las escamas de los reptiles?(58).

La respuesta a esta pregunta es que la utilidad actual no significa implícitamente construcción pasada para un uso contemporáneo. Gould y Vrba(38) propusieron que el término adaptación se debería aplicar a los cambios funcionales que evolucionaron para el uso actual. Sin embargo, para aquellos órganos que no evolucionaron bajo la selección natural para su uso actual, ya sea a causa de que desempeñaban una función distinta en los ancestros o porque representan una parte no funcional disponible para la cooptación posterior, ellos sugieren el término "exaptación". Sin embargo, aunque para Darwin la selección natural era la fuente principal de todo cambio evolutivo, los datos recientes sobre la genética de poblaciones han enfatizado el rol del azar; no sólo como una fuente de variación, sino como un agente para la dirección del cambio mismo.

Comparando las secuencias de aminoácidos de las hemoglobinas de los mamíferos y conociendo, a par-

tir de la información de los fósiles, el tiempo aproximado en el cual los grupos de mamíferos se diferenciaron unos de otros, Kimura(52) calculó que en promedio hubo una sustitución de aminoácido cada 28 millones de años. Si esta tasa es extrapolada a todo el genoma, la tasa promedio de la evolución molecular debería haber sido de una sustitución de nucleótido ADN en el genoma, cada 1,8 años. Esta es mucho más alta que la tasa máxima de la cual supuestamente pudo haber ocurrido la evolución por selección natural. A partir de este resultado Kimura argumenta que gran parte de la evolución a nivel molecular es aleatoria más que adaptativa.

Si las sustituciones de aminoácidos fueran realmente neutrales desde el punto de vista adaptativo, la tasa de sustitución debería ser independiente de la tasa de cambios ambientales y así completamente constante. La evolución en esta instancia sería motorizada por una tendencia aleatoria neutral. Las alternativas pueden llamarse seleccionismo y neutralismo. Sin embargo, Kimura siempre ha enfatizado que "La teoría neutral no es antagónica a la apreciada posición de que la evolución de forma y función está guiada por la selección darwiniana, pero saca a relucir otra faceta del proceso evolutivo enfatizando el rol mucho mayor de la presión de mutación y la tendencia aleatoria a nivel molecular"(53).

Psiquiatría, teoría evolutiva y dicotomía kraepeliniana

Las clasificaciones más modernas en psiquiatría se basan en la principal dicotomía diagnóstica propuesta por Kraepelin en 1898; demencia precoz y locura maniaco depresiva, las psicosis cognitiva y afectiva(54).

Kraepelin era un platónico convencido(1). Creía que la tarea de los psiquiatras era descubrir las enfermedades esenciales y sus formas básicas expresadas a través de los síntomas de los pacientes. En las propias palabras de Kraepelin, "Estos, en sus rasgos esenciales, son los puntos de vista desde los cuales pueden ser agrupadas hoy las formas de la locura"(10). No es sorprendente entonces que su clasificación propuesta de las enfermedades mentales era básicamente esencialista.

En *La República*, en la doctrina de la psique, Platón plantea la noción de una composición tripartita de la psique, una parte del apetito, una emocional y una racional(1), (más tarde incorporó la del apetito a la división racional). Relegaba la parte emocional, todo el campo de los afectos humanos, a un nivel inferior. Las emociones y la racionalidad eran partes consideradas independientes de este universo platónico de ideas, de esta forma inmodificable(1).

Esta posición filosófica tipológica fue cambiada radicalmente por la teoría de Darwin. Para Mayr, "Ninguna de las nuevas ideas de Darwin fue tan revolucionaria como el reemplazo del esencialismo por el pensamiento poblacional"(60). El pensamiento poblacional reconoce los grupos variables como primarios, y trata la variación como intrínseca y fundamental. De aquí que, si la variación es primaria, valoramos la diversidad por sus propios méritos.

El pensamiento poblacional enfatiza la singularidad del individuo y el rol crítico de la individualidad en la evolución(61).

Los estudios sobre la evolución de los sistemas nerviosos proveen una perspectiva diferente sobre la dicotomía kraepeliniana entre psicosis afectiva y cognitiva. La posición esencialista platónica en psiquiatría, afecto *versus* cognición, es antitética con los conceptos modernos de las neurociencias en la anatomía, fisiología, citoarquitectura y comportamiento así como la teoría evolucionista(3, 4, 19, 21, 22, 28, 29, 74, 85).

Las nociones recientes sobre la neurobiología de la emoción o la cognición y sus implicancias para las enfermedades mentales fueron discutidas previamente(12, 23, 28, 29). Se señaló entonces que muchos estudios habían fracasado en sustanciar la presencia de una distribución bimodal de las características clínicas de la depresión maníaca y la esquizofrenia en poblaciones de pacientes(49, 50, 64, 69, 70, 84). El fracaso de las nociones esencialistas o tipológicas de la emoción y la cognición, y la comprensión de sus bases neurobiológicas, pueden ayudar a explicar la dificultad clínica frecuente de identificar las dos enfermedades principales de la dicotomía kraepeliniana como categóricamente distintas(84, 86).

Las dificultades en distinguir confiablemente entre los dos procesos –la locura maníaco depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia)– no fueron extrañas para el mismo Kraepelin. Así, en 1920, escribió, "Probablemente también es posible abordar las dificultades que nos impiden distinguir confiablemente entre la locura maníaco depresiva y la demencia precoz. Ningún psiquiatra experimentado negará que hay un número alarmante de casos en los cuales parece imposible, a pesar de la observación más cuidadosa, hacer un diagnóstico firme. Sin embargo, cada vez se hace más claro que no podemos distinguir satisfactoriamente entre esas dos enfermedades y esto trae la sospecha de que nuestra formulación del problema puede ser incorrecta"(citado en 84).

NO DEBERÍA SORPRENDER ENTONCES QUE UN NÚMERO SIGNIFICATIVO DE ESTUDIOS MUESTREN QUE LOS DOS TRASTORNOS PRINCIPALES QUE SURGEN DE LA DICOTOMÍA KRAEPELINIANA PRESENTEN, EN UN GRAN NÚMERO DE CASOS, UNA SUPERPOSICIÓN SIGNIFICATIVA BIOQUÍMICA Y DE SITIOS DE LESIÓN(6, 8, 9, 34, 41, 42, 45, 46, 69, 70, 79, 82).

Los estudios sobre la evolución de la citoarquitectura de la corteza y la mielinización muestran claramente que muchas de las regiones de la neocorteza de la superposición se corresponden con estructuras del *arquipalio* (archipallium) que Sanides(78), Barbas(5), Nauta(71) y Yakovlev(90) mostraron que se extendía y estaban representadas en el *neopalio* (neopallium).

También, como señaló Barbas, las principales regiones anatómicas de la lesión superpuesta, las estructuras límbicas y las cortezas límbicas prefrontales, están dotadas de características especiales. Así la conectividad extendida de esas zonas en la adultez es paralela a la que muestran otros sistemas neurales, pero restringidas a sus períodos de desarrollo. Algunos marcadores moleculares (por ejemplo la fosfo-

proteína DARPP 32 y GAP 43) también ampliamente distribuidos durante el desarrollo, se localizan preferentemente en las estructuras límbicas en los animales maduros. Mientras que la retención de algunos rasgos del desarrollo puede dar cuenta de algunas de las propiedades notablemente plásticas de las regiones límbicas, también podrían ser subyacentes a la vulnerabilidad selectiva de las mismas zonas al trauma químico o físico(5). De aquí la hipótesis de que tanto la esquizofrenia como la psicosis maníaco depresiva podrían ser consideradas como enfermedades del desarrollo(70).

Para algunos psiquiatras pseudo evolucionistas, muchos síntomas psiquiátricos resultan no ser aspectos de una enfermedad, sino más bien defensas similares a la fiebre y la tos. Nesse y Williams(72) plantean que "nuestras emociones son adaptaciones prefiguradas por la selección natural ... Las capacidades emocionales son moldeadas por las situaciones que ocurrieron repetidamente en el curso de la evolución y a las que era importante responder".

McGuire y Troisi agregan que "En un contexto evolutivo, las emociones y los afectos son rasgos que evolucionaron, no cosas aprendidas o pensadas primariamente, y proveen información sobre la conducta y los eventos. La mayoría de los trastornos mentales son trastornos emocionales"(63).

Ellos consideran a la enfermedad no como un defecto sino como un medio de supervivencia y reproducción; aunque ocasionalmente puede atacar a su portador(63, 72, 83). Cuestionan la posición de que los trastornos mentales son enfermedades. Como no hay evidencia para esta tesis original, los adaptacionistas recurren a un artículo de fe: "los genes que causan la esquizofrenia (y otros trastornos mentales severos) deben conferir de algún modo una ventaja que balancee los costos severos(83).

Stevens y Price agregan que "La esquizofrenia puede muy bien ser el precio exorbitante que algunos hombres pagan por la posesión de la humanidad de una valiosa ventaja adaptativa"(83). Ninguna discusión sigue a la naturaleza hipotética de la ventaja adaptativa. Esta se deriva de un concepto erróneo de que "la selección natural la ha fijado como un componente durable del genoma humano", es decir evolución = selección natural, una ecuación falsa.

¿Por qué "debe" ocurrir esta compensación: sólo por la creencia antigua en la compensación cósmica o la justicia? Ciertamente en algunos casos un gen que causa una enfermedad también tiene un efecto adaptativo. El caso mejor conocido es la anemia falciforme, que aumenta la resistencia a la malaria. Por otro lado, la fenilcetonuria causa retardo mental, pero al mismo tiempo reduce la posibilidad de aborto, que es la razón de que se auto perpetúe, esta es difícilmente una ventaja para el portador o su especie. En breve, sólo algunos genes son pleiotrópicos (es decir tienen más de un efecto), y no hay bases para suponer que todos los genes pleiotrópicos responden al dogma una carga-un beneficio(59).

Al escribir sobre la depresión, Nesse y Williams plantean que, "Hay muchas razones para pensar que la capacidad para la tristeza es un rasgo adaptativo ... Las características de la tristeza son relativamente consistentes en las distintas culturas". Las compleji-

dades de los estados asociados con la depresión, por ejemplo, pérdidas, bajo estado de ánimo, como mecanismo para ajustar la asignación de recursos como función de las oportunidades actuales "no desvalorizan nuestros argumentos simples, sólo resaltan la urgencia de abrir el camino de la comprensión funcional que el programa adaptacionista puede proveer para las emociones humanas". Stevens y Price escriben, "La razón de por qué la depresión es adaptativa es precisamente que promueve el ajuste a la pérdida de apego y a la pérdida de consideración, ambos al mismo tiempo". Para estos psiquiatras "La enfermedad depresiva ocurre cuando uno estima que los potenciales propios sostenidos por la atención social han alcanzado un nivel críticamente bajo". Para McGuire y Troisi, "El retiro social de las personas que están deprimidas es probablemente el ejemplo más obvio y menos discutido de un intento de adaptación" (63).

Incluso una observación superficial de esta posición revela sus inconsistencias. Los niveles aumentados de cortisol y la no supresión en el test de supresión de la dexametasona en la depresión son dos de los hechos biológicos mejor establecidos por la psiquiatría (17).

Los glucocorticoides fueron identificados como los principales corticosteroides que protegen al organismo del estrés. Sin embargo, la cuestión de cómo los glucocorticoides en altas concentraciones protegen contra el estrés cayó en desuso con el descubrimiento a fines de los '40 de sus efectos antiinflamatorios, que eran incompatibles con las nociones prevalentes de que los glucocorticoides protegen reforzando los mecanismos de defensa (31).

En 1984 Munk et al. (68) propusieron una hipótesis alternativa. Ellos creen que la acción antiinflamatoria y otras acciones supresivas de los glucocorticoides manifiestan una función fisiológica central de esas hormonas en el estrés: evitar que las defensas activadas por el estrés se sobrepasen dañando al organismo. Sin embargo, la cronicidad de la activación del sistema de estrés lleva a estados patológicos. El síndrome de la depresión melancólica adulta, por ejemplo, representa un ejemplo prototípico de esta activación desregulada de la respuesta de estrés generalizada, llevando a una hiperexcitación disfórica, activación crónica del eje HPA y del sistema LC/NE, y relativa inmunosupresión. Tomados de conjunto, estos y otros descubrimientos sugieren que en la depresión hay hipersecreción de CRH que puede participar en la iniciación y/o perpetuación de un círculo vicioso (17).

En las adrenales mismas, la secreción cortical cambia hacia los glucocorticoides y a una reducción de esteroides C19 y aldosterona (33). Este cuadro hormonal difícilmente pueda ser caracterizado como una adaptación beneficiosa ya que lleva a reducir la inmunidad, a la osteoporosis, al catabolismo y a una respuesta de disfuncional a nociva (33).

La propuesta de que la depresión es una adaptación (63, 72, 83) revela dos fuentes de error: una metodológica y otra biológica. El error metodológico de los autores es que no preguntan si toda enfermedad tiene causas evolutivas, sino que suponen esto para explicar todas las enfermedades en estos términos.

Efectivamente, Nesse y Williams afirman que "debemos descubrir las causas evolutivas de cada enfermedad". Su error biológico es la creencia de que la adaptación es la fuerza motriz de la evolución, mientras que de hecho es sólo un resultado de ésta (59).

Piatelli-Palmarini, un científico cognitivista, no persuadido por el programa adaptacionista de los conductistas evolucionistas, escribió: "Basta con recordar (el lector) que en los insectos habían evolucionado al menos diez formas elaboradas de boquillas, únicamente "adaptada" (diríamos) a su alimentación sobre las flores, cien millones de años antes de que hubiera alguna flor sobre la tierra. Intenten explicar esto con la noción de la adaptación".

Un notable biólogo británico, L. Wolpert, él mismo víctima de severos episodios depresivos, también ha planteado algunos argumentos contra el programa adaptacionista de los psiquiatras evolucionistas. Wolpert "también encontró esta explicación insatisfactoria. Se basa en la suposición de que la depresión es adaptativa. No hay ninguna base para creer eso simplemente porque está ampliamente difundido que sirve a un propósito más que si uno dijera que la enfermedad cardíaca o el cáncer son adaptativos. Más bien lo contrario. Todo lo que sabemos sobre la depresión severa en humanos es que es una enfermedad; es patológica e impide al individuo afectado funcionar apropiadamente" (88).

"Tampoco puedo aceptar" agrega Wolpert, "que los humanos están en una jerarquía social similar a la de los monos donde es una necesidad social retirarse para la seguridad o incluso que este retiro es similar a la depresión".

Más aun, como escribió Sims (80), "La depresión es un ataque central contra el bienestar del yo", que cuando es severa, es posiblemente una de las aflicciones más terribles que puede sufrir la humanidad. Demasiado para sus valores adaptativos.

Además, hay una buena razón lógica para resistir la tentación de dar cuenta de todo lo que ocurre en nuestros cuerpos ya sea como una adaptación o una mala adaptación como lo hacen ellos continuamente (59). Esta es una solución tautológica, y así vacía e impermeable ante la crítica y la evidencia negativa (59).

Fisiopatología neural y redes neuronales

Ya hemos planteado la superposición anatómica y bioquímica en sitios de lesión entre las dos principales categorías de la psicosis kraepeliniana (6, 8, 9, 34, 41, 42, 45, 46, 69, 70, 79, 82) y las dificultades para identificar las dos principales categorías a ser clínicamente identificables (55, 64, 84).

El Prof. Lehman recientemente presentó algunas ideas sobre el problema. Propuso considerar la psicosis como una entidad, categoría, dimensión o eje psiquiátrico autónomo, que puede o no acompañar otros diagnósticos psiquiátricos. Del 20 al 30% de los trastornos afectivos son también psicóticos, si la psicosis es definida estrictamente como una condición con prueba de realidad alterada manifestada por uno o más de tres síntomas: alucinaciones, delirios y desorden severo del pensamiento formal, los llamados

síntomas positivos de la esquizofrenia. El último trastorno es psicótico en más del 90% de los casos. Sin embargo, también hay esquizofrenia sólo con síntomas negativos, es decir, sin psicosis. Estos casos pueden ahora ser diagnosticados como trastorno severo de la personalidad esquizotípica, como esquizofrenia latente, o como esquizofrenia simple, un diagnóstico reintroducido en el DSM IV".

"Podría desarrollarse una categoría diagnóstica de la psicosis nueva y autónoma que fuera independiente de otros trastornos psiquiátricos. Sería una psicosis unitaria, una condición que puede ser comórbida con muchos otros trastornos psiquiátricos. La psicosis unitaria podría tener su propio sustrato biológico ... También es concebible que la psicosis pueda ser vista como una dimensión principal con subtipos maníaco-depresivos, esquizofrénicos, confusionales y otros en los cuales no están excluidos la superposición y entrecruzamiento de subtipos"(55).

Tim Crow ha propuesto recientemente ideas similares en su teoría de una psicosis unitaria como una enfermedad retroviral con un trasfondo genético. Ve a la esquizofrenia y a los trastornos afectivos como un *continuum*(20).

¿Cómo pueden ser interpretadas algunas de esas características clínicas particulares a partir del conocimiento actual de las neurociencias fundamentales? ¿Cómo puede generar el sistema nervioso a partir de un *locus* similar y de superposición de lesiones, diferentes sintomatologías al mismo tiempo? Para poder comprender este problema deberíamos examinar algunas de las ideas actuales sobre la organización y la función de las redes neurales.

Las redes neurales dependen de las interacciones entre múltiples procesos no lineales a nivel celular, sináptico y de la misma red.

El funcionamiento de una red particular (es decir el conocimiento de la conectividad de una sola red) no es suficiente para predecir sus comportamientos(2, 13). Esto se debe al hecho de que la tarea desempeñada por una red específica depende de a qué influencias están sujetos sus componentes (de la red, sinápticos y celulares) en ese momento. Los factores físicos (efectos del campo), químicos (hormonas) y ambientales (medio social) pueden arrojar a una red anatómica hacia uno de los distintos modos dependiendo de la combinación particular del proceso en curso(2, 36). El modo implica una manera en la cual un proceso de la red señala o genera un patrón de rendimiento. Así, cada modo representa la organización funcional de la red que da lugar a una función o tarea. La transición entre los distintos modos está determinada por la naturaleza de las entradas aferentes o cambios en el medio químico, físico o social que alteran las propiedades de los componentes elementales de las redes. Las redes pueden ser multifuncionales.

A saber, la entrada aferente a algunas redes neurales pueden servir no sólo para activarlas, sino también para configurarlas en uno de los distintos circuitos funcionales. Así, por ejemplo en la babosa de mar Tritonia, la misma red neural puede mediar el escape de retirada o el escape nadando, según el patrón de activación que reciba: y estas redes han sido llamadas polimórficas(2, 36). Un factor adicional a

las posibilidades funcionales de una red específica es revelado por los estudios que indican que una neurona dada, o incluso un axón dado, probablemente transmite información al mismo tiempo en dos o más códigos distintos para diferentes células o composiciones receptoras(13).

Este alto nivel de plasticidad se manifiesta en todos los sistemas nerviosos, en particular en el humano(11, 37, 47, 65, 66, 75, 76, 87). Por ejemplo, se ha demostrado que la dirección de los reflejos vestibulo-oculares puede ser revertida cuando la dirección de las imágenes visuales son invertidas por el uso de prismas. Así los sistemas nerviosos están dotados con la capacidad de cambiar los que una vez fueron considerados como los reflejos "duros" como los vestibulo-oculares e incluso los espinales(37).

Implicaciones de la dinámica de la operación de los circuitos neurales para la fisiopatología

¿Pueden estos datos de la neurofisiología experimental llevar a alguna hipótesis de valor heurístico con respecto a las enfermedades mentales, y, en particular, a los pacientes que presentan una sintomatología alternativa de esquizofrenia y trastorno bipolar más superposición de sitios de lesión?

Desde el comienzo es fundamental reconocer la importancia de las redes polimórficas(2, 36) y la influencia de las entradas modulatorias(2, 27, 36) para comprender la función neural durante las condiciones normales y patológicas. Mountcastle planteó claramente que "Las propiedades de las operaciones de microcircuito son emergentes, por lo que no pueden predecirse a partir de lo que se conoce de la acción de las neuronas individuales. Esas propiedades de las redes probablemente sean altamente dinámicas, cambiando notable y rápidamente bajo la influencia de las entradas modulatorias"(67).

Esos fenómenos pueden proveer una medida de explicación para dar cuenta de la superposición de sitios de lesión en el SNC observado en casos de depresión maníaca y esquizofrenia, y de alteración de síntomas en el tiempo(79). También pueden ser los mecanismos subyacentes al hecho bien conocido de que una anomalía neurofisiológica cualitativa no está asociada necesariamente con un único complejo de síntomas(50).

Es concebible que los pacientes puedan manifestar diferente sintomatología en el tiempo si las redes neuronales similares implicadas en la generación de esos síntomas se establecen en diferentes modos bajo la influencia de distintas entradas modulatorias en distintos momentos.

La modulación patológica, por ejemplo los desbalances neuronales de estos procesos subyacentes pueden llevar a condiciones patológicas. Un ejemplo representativo de cómo este tipo de razonamiento puede reforzar la comprensión de la enfermedad mental está reflejado en una serie de estudios(24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 48, 91) que llevamos a cabo para la elucidación de la fisiopatología de algunos síntomas en un subgrupo de pacientes depresivos y las subsecuentes implicaciones terapéuticas(89) que surgieron de esos estudios. En

foques análogos se han llevado adelante con éxito en el estudio de los modelos esquizofrénicos, por ejemplo el trabajo de Grace(39).

Arte en las escuelas

Por último, pero no menos importante, están las consecuencias de la debacle de la dicotomía emoción-cognición en los procesos educativos en general. Nuestras escuelas están principalmente atadas al academicismo. Por académico quiero decir la capacidad en el razonamiento lógico deductivo y el conocimiento proposicional. Esas capacidades se han puesto en el centro de la filosofía occidental, la ciencia y la tecnología por más de trescientos años y son de una inmensa importancia. Nuestro reclamo de arte en la educación no tiene que chocar contra la educación académica. El problema está en el academicismo donde la capacidad académica en particular es igualada a la capacidad intelectual en general. En esta posición los niños "capaces" son aquellos con capacidades académicas y aquellos que no las tienen son por definición "menos capaces" (77).

Debemos resistir a la asociación entre arte y ocio porque, contra la opinión establecida, no significa que los artes son submentales y puramente relajantes. Cualquiera que se haya implicado seriamente en las artes sabe, por el contrario, que pueden complementarse en los niveles más elevados de la disciplina intelectual.

Esta asociación de las artes y las emociones puede estar mal construida en el sentido de que sólo tiene que ver con las emociones y, por lo tanto, no son intelectuales. Esto sugiere, y comúnmente se

ha argumentado, que hay dos ramas principales en el desarrollo de los niños, la intelectual y la emocional, que la educación académica está principalmente concernida con el desarrollo intelectual y las artes se refieren al emocional. Esta visión no se corresponde con la experiencia actual de las artes ni con la neurobiología de la emoción y la cognición(4, 5, 12, 28, 30).

En primer lugar, la educación en las artes también está concernida con el desarrollo de la inteligencia. La sociedad toma esta visión amplia de discapacidad porque tiene una visión estrecha de la capacidad. Si podemos ampliar nuestra concepción de la capacidad, nuestro sentido de la discapacidad comienza a disminuir.

Nuestro primer argumento, entonces, es a favor de una visión más amplia de la capacidad intelectual. El segundo argumento es el que sigue. Es que la mente humana es esencialmente creativa y que el desarrollo de esta capacidad es una tarea central de la educación. Las artes tienen un rol clave para hacer esto.

En síntesis, nuestras ideas en este momento, luego del libro trascendental de Darwin de 1859, cambiaron de una vez para siempre la filosofía platónica y esencialista y su impacto en la neurociencia. Dentro de este contexto, la clasificación kraepeliniana fue mal concebida desde el comienzo. Sumado a esto, la abrumadora cantidad de datos sobre la evolución del SNC, la anatomía, la fisiología así como la psicobiología, muestran que no podemos disociar la cognición y la emoción como categorías absolutamente diferentes. Nuestras posiciones sobre la actividad del SNC han cambiado radicalmente ■

Referencias bibliográficas

1. Annas J., *An Introduction to Plato's Republic*. Oxford UK, Oxford University Press, 1980
2. Arbas A. E., Meinertzhagen T. E., Shaw S. R., Evolution of nervous systems. *Ann. Rev. Neurosci* 1991, 14:9-38
3. Armstrong E., *Evolution of the brain, in The Human Nervous System* Edited by Paxinos G. New York, Academic Press, 1990; 1-16
4. Armstrong E., Limbic system and culture Human. *Nature* 1991; 2:117-136
5. Barbas H., The anatomical basis of cognitive-emotional interactions in the primate prefrontal cortex. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 1995; 19(3):499-510
6. Barts P. B., Pearson G. D., Powers R. E., Richards S. S., Tune L. E., Auditory hallucinations and smaller superior temporal gyrus volume in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147:1457-1462
7. Baxter L. R. Jr., Schwartz J. M., Bergman K. S., Szuba MP, Guze BH, Mazziotta J. C., Alazraki A., Selin C. E., Ferng H. K., Munford P., Phelps M. E., Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992; 49:681-689
8. Beckman H., Jakob H., Prenatal disturbances of cell migration in the entorhinal region: A common vulnerability factor in functional psychoses. *J. Neural. Tran.* 1991; 84:155-164
9. Berman K. F., Doran A. R., Pickar D. et al., Is the mechanism of prefrontal hypofunction in depression the same as in schizophrenia? Regional cerebral blood flow during cognitive association. *Br. J. Psychiatry* 1993; 162:183-192
10. Blashfield R. K., *The Classification of Psychopathology. Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*. New York, London, Plenum Press, 1984; 328
11. Bliss T. V. P., Collingridge G. L., A synaptic model of memory: long-term potentiation in the hippocampus. *Nature*, 1993; 361:31-39
12. Bower G. H., Affect and cognition. *Phil. Trans. R. Soc. London B*, 1983; 302:387-402
13. Bullock T. H., Integrative systems research on the brain: Resurgence and new opportunities. *Ann. Rev. Neurosci.* 1993; 16:1-15
14. Bunge M., *Dictionary of Philosophy* New York, Prometheus Books, 1999
15. Buysse D. J., Tu X. M., Cherry C. R., Begley A. E., Kowalski J., Kupfer D. J., Frank E., Pre-treatment REM sleep and subjective sleep quality distinguish depressed and psychotherapy remitters and nonremitters. *Biol. Psychiatry*, 1999; 45:205-213
16. Chodoff P. The evolution of hysteria. *Psychiatry*, 1955; 17:75-81
17. Chrousos G. P., Stressors, stress and neuroendocrine integration of the adaptive response. *Ann. NY Acad. Sci.* 1998; 851:311-335
18. Cosmides L., Tooby J., From evolution to behaviour: Evolutionary psychology as the missing link, in *The Latest on the Best. Essays on Evolu-*

- tion and Optimality. Edited by Dupre J. Cambridge MA, MIT Press, 1987; pp 277-306
19. Crick F., *The Astonishing Hypothesis. The Scientific Search for the Soul*. New York, Charles Scribner & Sons, 1994
 20. Crow T. J., The continuum of psychosis and its genetic origins. The Sixty-Fifth Maudsley Lecture. *Br. J. Psychiatry*, 1990; 156:788-797
 21. Damasio A. R., *Descartes' Error Emotion, Reason and the Human Brain* A Grosset/Putnam, 1994; pp 312
 22. Damasio A. R., *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness* New York, Harcourt & Brace Co., 1999
 23. de Sousa R., *The Rationality of Emotion*. Cambridge, The MIT Press, 1985; pp 373
 24. Dubrovsky B., Filipini D. L., Gijsbers K., Birmingham M. K., "Early and late effects of steroid hormone on the nervous system", in *Ciba Symposium 153 Steroids and Neural Activity* Chichester U. K., John Wiley & Sons 1990; pp 240-257
 25. Dubrovsky B., Adrenal steroids and the physiopathology of a subset of depressive disorders. *Med. Hypotheses*, 1991; 36:300-305
 26. Dubrovsky B. Adrenal steroids and the pathology of a subset of depressive patients. *J. Psychiatry Neurosci*, 1993; 18:1-13
 27. Dubrovsky B, Gijsbers K, Filipini DL, Birmingham MK. Effects of adrenocortical steroids on long term potentiation in the limbic system. Basic mechanisms and behavioural consequences. *Cell. Mol. Neurobiol.*1993; 13:399-414
 28. Dubrovsky B., Evolution of nervous systems and psychiatry: Consequences of the vertical and horizontal duality of the evolution-ary process. *J. Psychiat. Neurosci*1993; 18:245-259
 29. Dubrovsky B., Fundamental neuroscience and the classification of psychiatric disorders. *Neurosci, Biobehav Rev* 1995; 19: 511-518
 30. Dubrovsky B., Natural steroids counteracting some actions of putative depressogenic steroids on the central nervous system. Potential therapeutic benefits. *Med Hypotheses*1997; 49:51-55
 31. Dubrovsky B., The specificity of stress responses to different nocuous stimuli: Neurosteroids and depression. *Brain Res. Bull.*,200; 51:443-455
 32. Eisenberg L., The human nature of human nature. *Science*1972; 176:123-128
 33. Erhart-Bornstein M., Hinson J. P., Bornstein S. R., Scherbaum W. A., Vinson G. P., Intraadrenal interactions in the regulation of adrenocortical steroidogenesis. *Endoc. Rev*1998; 19:101-143
 34. Frank E, Kupfer D. J., Peeking through the door to the 21st century. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000; 57:83-85
 35. Freedman D. X., *Biology of the major psychoses. A comparative analyses*. Research Publications, Association of Nervous and Mental Diseases 1975; 54:VII-VIII
 36. Getting P. A., Emerging principles governing the operation of neural networks. *Ann. Rev. Neurosci.* 1989; 12:185-204
 37. Gonshor A., Melville-Jones G., Short term adaptive changes in the human vestibuloocular reflex arc. *J. Physiol.* (Lond) 1976; 256:361-379
 38. Gould S. J., Vrba E. S., Exaptation - a missing term in the science of form. *Paleobiology*1982; 8:4-15
 39. Grace A., Gating of information flow within the limbic system and the pathophysiology of schizophrenia. *Brain Res. Rev.*,2000; 31:330-341
 40. Gruenberg H., Psychiatric progress and the Universities. *Amer. J. Orthopsychiatry*1967; 37:645-650
 41. Harrow M, Grossman L. S., Silverstein ML et al. Thought pathology in manic and schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982; 39:665-671
 42. Harvey I., Ron M. A., DuBoulay G. et al., Reduction of cortical volume in schizophrenia on magnetic resonance imaging. *Psychol. Med.* 1993; 23:591-604
 43. Healy D., *The Antidepressant Era*. Harvard MA, Harvard University Press, 1999
 44. Hyman S. E., The millennium of mind, brain and behavior. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000; 57:88-89
 45. Ilowshy B., Juliano D. M., Bigelow L. B., Weinberger D. R., Stability of CT scan findings in schizophrenia: results of an 8-year follow-up study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*1988; 51: 2009-2013
 46. Jeste D. V., Lohr J. B., Goodwin F.A., Neuroanatomical studies of major affective disorders. *Brit. J. Psychiatry* 1988; 153:44-459
 47. Kaas J. H., "The reorganization of sensory and motor maps in adult mammals", in *The Cognitive Neurosciences*. Edited by Gazzaniga M. A Bradford Book. Cambridge MA, The MIT Press, 1995; pp 51-71
 48. Kaminska M., Harris J., Gijsbers K., Dubrovsky B., Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) counteracts decremental effects of corticosterone on dentate gyrus LTP. Implications for depression. *Brain Res. Bull.* (In Press)
 49. Kendell R. E., *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, 1975
 50. Kendall R. E., Clinical validity. *Br. J. Psychiatry* 1989; 154:45-55
 51. Kennedy S. S., *The New Anthropomorphism* Cambridge UK, Cambridge University Press, 1992
 52. Kimura M., Evolutionary rates at the molecular level. *Nature*, 1968; 217: 624-626
 53. Kimura M., *The Neutral Theory of Molecular Evolution*. Cambridge University Press, 1983
 54. Kraepelin E., *Lectures on Clinical Psychiatry*. Darien, Connecticut, Hafner Publishing Co., 1968
 55. Lehman H., *Pers. Comm.* July 1995
 56. Levins R, Lewontin R. *The Dialectical Biologist*. Cambridge, London, Harvard University Press, 1985; pp 303
 57. Lewontin R., *Adaptation, in Conceptual Issues in Evolutionary Biology*. Edited by Sober E. Cambridge, Bradford Books, MIT Press 1984; pp 235-251
 58. Luria S. E., Gould S. J., Singer A., *A View of Life*. The Benjamin Cummings Publishing Company Inc. 1981
 59. Mahner M., Bunge M., Foundations of Biophilosophy. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag1997; pp 423
 60. Mayr E., *The Growth of Biological Thought. Diversity, Evolution and Inheritance*. The Belknap Press of Harvard University Press, 1982
 61. Mayr E., *One Long Argument. Charles Darwin and the Genesis of Modern Evolutionary Thought* Harvard University Press, 1991
 62. McGuire M. T., Marks I., Nesse R. M. et al., Evolutionary biology, A basic science for psychiatry? *Acta Psychiatr Scand.* 1992; 86: 89-96
 63. McGuire M., Troisi A., *Darwinian Psychiatry*. New York, Oxford, Oxford University Press, 1998; pp. 344
 64. Menninger K., Ellenberger H., Pruyser P., Mayman M., The unitary concept of mental illness. *Bull Menninger Clinic* 1958; 22:4-12
 65. Merzenich M. M., Grajski W. M., Jenkins G. H. et al., Functional cortical plasticity. Cortical network origins of representational changes. Cold Spring Harbor Symp. *Quant Biol.* 1991; 55:873-887
 66. Miles F. A., Eighmy B. B., Ontogenetic adaptive changes in primate vestibuloocular reflex. I. Behavioural observations. *J. Neurophysiol.* 1980; 43:1406-1425
 67. Mountcastle V. B., *Perceptual Neuroscience. The Cerebral Cortex*. Cambridge MA, Harvard University Press, 1998
 68. Munk A., Guyre P. M., Holbrook NJ. Psychological functions of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological actions. *Endocr. Rev.*, 1984; 5:25-44
 69. Nasrallah H. A., Coffman JA, Olson SC. Structural brain imaging findings in affective disorders. An overview. *J. Neuropsychiat. Clin. Neurosci*1989; 1:21-26
 70. Nasrallah H. A., Neurodevelopmental pathogenesis of schizophrenia. *Psychiatr. Clin. N. Am.*1993; 16:269-280
 71. Nauta W. J. H., *Expanding borders of the limbic system concept, in Functional Neurosurgery*. Edited by Rasmussen T., Marino R. New York, Raven Press, 1979; pp 7-23
 72. Nesse R. M., Williams GC. *Why We Get Sick*. The News Science of Darwinian Medicine. Time Books, *Random House*, 1994; pp. 291
 73. Platonov K., *La Palabra como factor Fisiológico y terapéutico* Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1958
 74. Prochiantz A., *How the Brain Evolved*. New York, McGraw-Hill Inc., 1991

75. Ramachandran V. S., *Phantom limbs, neglected symptoms, repressed memories and Freudian psychology*, in *Selectio* 82. Squires RF, Saederu E. A review of evidence for GABA/ergic/ predominance/glutamateric deficit as a common etiological factor in both schizophrenia and affective psychoses: More support for a continuum hypothesis of "functional" psychosis. *Neurochem Res.*, 1991; 16:1099-1111
77. Robinson K., *The future of arts in schools*. R. Soc. of Arts J., 1990; pp 531-540
78. Sanides F., Representation in the cerebral cortex and its areal lamination pattern, in *The Structure and Function of Nervous Tissue*, vol. 5. Edited by Bourne GH. New York, Academic Press, 1972; pp 329-453
79. Sheldrick C., Jablonsky A., Sartorius N. et al., Schizophrenia succeeded by affective illness: Catamnestic study and statistical enquiry. *Psychological Med.* 1977; 7: 619-624
80. Sims A., *Symptoms of the Mind* London, W. B. Saunders, 1995
81. Simpson G. G., *The Meaning of Evolution*. New Haven/London, Yale University Press, 1967; pp 368
83. Stevens A, Price J. *Evolutionary Psychiatry. A New Beginning*. London, New York, Routledge, 1996; pp 267
84. Taylor M. A., Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. *Am. J. Psychiat.* 1992; 149:22-23
85. Teasdale J. D., Howard R. J., Cox S. G., Functional MRI study of the cognitive generation of affect. *Am. J. Psychiat.* 1999; 156:209-215
86. Wexler B. E., Beyond the Kraepelinian dichotomy. *Biol. Psychiat.* 1992; 31:539-541
87. Wolpaw J. R., Lee C. L., Carp J. S., Operantly conditioned plasticity in spinal cord. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1991; 627:338-348
88. Wolpert L., *Malignant Sadness (The Anatomy of Depression)* Faber & Faber, 1999
89. Wolkowitz O. M., Reus M. D., Keckler A., Nelson N., Frieland M., Brizendinc M. D., Roberts E., Double blind treatment of major depression with dehydroepiandrosterone. *Am. J. Psychiatry*, 1999; 156:646-649
90. Yakovlev P. L., *A proposed definition of the limbic system in Limbic System and Autonomic Regulation*. Edited by Hockman CH. Springfield IL, C.C. Thomas, 1971; pp 241-283
91. Yoo A, Harris, J, Dubrovsky B., Dose response study of dehydro-epiandrosterone sulfate on dentate gyrus in LTP. *Exp. Neurol.* 1996; 137:151-156



Bioética y Salud Mental

Fernando Lolas Stepke

Profesor Titular de la Universidad de Chile. Director del Programa regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Providencia 1017, Santiago de Chile. E-mail: lolas@chi.ops-oms.org

Como introducción: algunas dificultades

Hay varias dificultades inherentes a una consideración de las relaciones entre bioética y salud mental.

La primera: como en otras disciplinas, no cabe hablar de "relaciones" entre dos entidades que se vinculan. La bioética, implícita o explícitamente, está inviscerada en todo lo relacionado con la salud mental. Cuando se habla como si se tratara de una disciplina independiente es sólo a objeto de destacar su carácter de *procedimiento técnico* para evaluar la propiedad, la bondad y la justicia de las definiciones y técnicas corrientes en salud mental. Pero lo bioético, bajo cualquier acepción, es parte del *proceso social* por el cual se constituyen, desarrollan y perfeccionan las disciplinas, las tecnologías y los oficios(7).

Una segunda dificultad es epistemológica. Ha sido de estilo en los últimos cien años, al menos desde la emergencia del pensamiento positivista, separar *hechos de valores*(1, 3). El ideal de la ciencia novecentista y de gran parte del cientificismo ingenuo del siglo XX era concentrarse en los "hechos" y dejar fuera sentimientos, valores y todo aquello que no cupiera dentro de la "objetividad". La concepción de muchos científicos era que los valores son algo así como convicciones o sentimientos que abrigan las personas y llevan al subjetivismo, lo cual daña la eventual certidumbre que el trabajo científico pudiera generar. Aunque la separación entre hecho y valor es difícil en cualquier área, en las ciencias de la salud mental

lo es doblemente. Debe advertirse que se observa el instrumento de observación mismo, esto es, la razón y el sentimiento.

Piénsese en las definiciones habituales de salud. Casi todas ellas son, además de descripciones, valoraciones. Se entiende que la salud es un estado deseable, por ende, valioso. Ya sea que se hable de la plenitud biológica, social y espiritual o de la capacidad para llevar una vida productiva, en todas las definiciones se encuentra un factor valorativo. Además de definiciones, hay una dimensión estimativa que hace de ellas aspiraciones, ideales. Valores, en suma.

En otro lugar hemos listado los atributos que una disciplina de la salud mental podría tener para cumplir cabalmente el cometido de cientificidad y ser al tiempo un buen reflejo del estado postmoderno y metatécnico del conocimiento(8). La hemos interpretado considerando la imbricación entre valor y hecho que se da en todos sus planos, no solamente en el terapéutico.

Una dificultad adicional reside allí. La salud mental es hoy día una etiqueta que cubre muchos aspectos culturales, pero uno en especial. Es reflejo de la creciente medicalización (psiquiatrización o psicologización) de la vida(9). Hay toda una "*Weltanschauung* terapéutica" que nos hace preguntarnos a cada momento por la utilidad del conocimiento para curar enfermedades o mejorar condiciones.

Aquí aparece un dilema. La psiquiatría hoy no solamente apunta a prevenir y curar enfermedades. También, igual que otras ramas de la medicina, a mejorar a las personas. Ya sea haciéndolas más bellas,

Resumen

La bioética es parte intrínseca de la Salud Mental, ambos términos, separables sólo a efectos del análisis de los mismos, están atravesados por descripciones y juicios de valor y no existe práctica ni teoría en Salud Mental que pueda disociarse de lo que significa ser humano. Luego de abordar la noción de bioética este trabajo puntualiza algunas áreas específicas de la misma en el campo de la Salud Mental.

Palabras clave: Bioética y psiquiatría – Bioética y Salud Mental – Antropología y psiquiatría.

BIOETHIC AND MENTAL HEALTH

Summary

Bioethic is an intrinsic aspect of Mental Health. Both terms are very close, sharing descriptions and values. There is no practice, and no theory in Mental Health field dissociated of the meaning of human being. After approaching the concept of bioethic, a few specific areas of it in the Mental Health field are remarked in this paper.

Key Words: Bioethic and Psychiatry – Bioethic and Mental Health – Anthropology and Psychiatry.

más capaces, más inteligentes, más longevas, a la medicina se le pide hoy no solamente reparar sino ampliar, mejorar, perfeccionar. En plena era de la "medicina del deseo", las técnicas curativas ya no cumplen su papel si sólo reparan. Ahora es demanda también el deseo, la expectativa de lo mejor o de lo óptimo. Aparecen innumerables problemas en relación al comportamiento de los expertos pero también de los pacientes-clientes y de los agentes intermedios, como compañías de seguros, gerentes de organizaciones lucrativas y publicistas.

He ahí otra área problemática. La salud gerenciada (*managed care*) no tiene las mismas finalidades que las instituciones tradicionales de salud. Convertida ésta en una comodidad, transformada en un bien transable en el mercado, se hace lucrativo generarla o mantenerla. Ya no es más ese sencillo asunto de médicos y pacientes, la vieja diada de la "relación médico-enfermo" que muchos médicos, en vena más romántica que objetiva, mencionan para rescatar fueros que ya no concitan respetos mayores. Los problemas éticos involucrados en esta nueva forma de administrar el cuidado son ingentes. No bastan las admoniciones deontológicas para profesionales sanitarios. Hoy la lógica del mercado impone una ética del mercado también para las transacciones relacionadas con la salud, y especialmente con la salud mental, la forma más integral e inefable de salud.

Finalmente, la dificultad mayor. No existe práctica ni teoría en salud mental que pueda disociarse de una imagen de lo que significa ser humano. El horizonte antropológico del arte de curar ha sido siempre más antiguo que sus administraciones técnicas(4). Le ha precedido y le determina. Ya oscile la psiquiatría de un biologismo extremo a un sociologismo radical, ya se trate de implantar etiologías exclusivas o simplemente dar consejos, en todo instante la actividad técnica está determinada por las concepciones de lo que significa ser humano y las posibilidades de intervención, cambio o predicción. Soterradamente, y a veces fuera de la conciencia de sus practicantes, la salud mental ideal viene cualificada por ideas preconcebidas sobre lo que es bueno, sobre el ambiente saludable, sobre las aspiraciones deseables para una vida plena. Las clasificaciones en psiquiatría, especialmente las más recientes, declaran abiertamente su pertenencia a un ámbito de cultura específico, separan síndromes y acotan términos según las notas dominantes de su trasfondo ideológico. Aunque no siempre se reconoce que son productos culturalmente acotados y por ende cargados de valoraciones, la discusión transcultural ha progresado en esa dirección(11).

Noción de bioética

El campo nocional -o espacio semántico- que ocupa la bioética contemporánea en los países hispanohablantes es muy amplio. Numerosas personas dicen cultivarla y muchas asignaturas anteriormente rotuladas como "ética profesional", "deontología médica" o "introducción a la ética" han sido rebautizadas como bioética a impulsos de una suerte de moda. De hecho, el vocablo híbrido se presta para el malabarismo

verbal y la ignorante audacia. Aunque ello no es malo en sí, impide una adecuada sistematización, la comparación entre trabajos y grupos de estudio y finalmente dificulta la necesaria homogenización que permitirá acreditar centros, autorizar personas y progresar con ritmo seguro.

La bioética no es solamente una ética aplicada. Tampoco una nueva forma de ética profesional. En realidad, el vocablo interpela una postura integradora, al estilo de la fusión de las dos culturas que propugnara C. P. Snow o la medicina psicosomática alemana de mediados del siglo XX. La interdisciplinariedad informada de examen valórico es uno de sus rasgos. Pero sin duda su marca distintiva es el empleo del diálogo como herramienta para arribar a convicciones y consensos y anticipar los desvaríos del progreso técnico no atemperado por la reflexión sobre fines y metas(6). Iniciada como movimiento, pronto ha adquirido el tinte académico de una nueva especialidad que impregna el trabajo científico, la asistencia sanitaria, la administración y la asignación de recursos. En su forma más habitual, debe catalogársela como un recurso técnico para perfeccionar el avance y la aplicación del conocimiento empírico en tanto afecta a hombres y mujeres.

Esta descripción dista mucho de conjurar un *corpus* de prohibiciones y prescripciones o de insinuar que puede haber normas para enjuiciar profesionales o defender derechos de pacientes. Es verdad que tales temas pueden estar incorporados a la práctica bioética. Sin embargo, lo esencial no está allí sino en procedimientos consensuados para formular y eventualmente dirimir conflictos y resolver dilemas morales. La naturaleza de estos conflictos y dilemas es inédita, pues la evolución de las ciencias y las técnicas ha sido más veloz que la correspondiente reflexión sobre sus significados, usos y fines. De allí que a una postura *reactiva*, orientada a reparar yerros, deba suceder una *proactiva*, destinada a anticiparlos, preverlos y prevenirlos.

Áreas específicas

El análisis bioético es en su mayor parte casuístico y se practica en el contexto de los comités clínicos y de investigación. El punto de confluencia entre los principios generales y los desafíos de la práctica es en general algún hecho que causa alarma, rechazo, inquietud o irritación. Los "casos clásicos" que implantaron la mentalidad bioética en la conciencia pública fueron todos de naturaleza emotiva. Es decir, movieron a las personas y los grupos sociales a la protesta, al examen y al diálogo.

Tal vez por ello sea difícil hablar en abstracto en relación a los hechos más concretos de la práctica rutinaria y cotidiana. Lo que sigue debe considerarse una breve enumeración no razonada de áreas de estudio y trabajo en las cuales habrá desarrollos previsibles.

La investigación en salud mental afronta los mismos problemas que en otras áreas. Se agrega la dificultad de que precisamente algunas de las condiciones que investiga y trata la psiquiatría se caracterizan por afectar la competencia de las personas para asen-

tir o consentir, de modo que sus opciones son limitadas, la posibilidad de abuso es muy amplia y la postura de los profesionales especialmente decisiva.

El diagnóstico prenatal adquiere cada vez mayor precisión. Un examen genómico puede anticipar graves trastornos del comportamiento en la adultez. Sin embargo, en muchas condiciones no existe todavía terapéutica adecuada. El dilema que se plantea es entonces si revelar lo conocido, sabiendo que no se podrá intervenir eficazmente, u ocultarlo, impidiendo una toma razonada de decisiones por parte de las personas.

La terapéutica psiquiátrica contiene ciegos empirismos, probablemente igual que otras áreas de la medicina, por más que la "medicina basada en pruebas" (*evidence-based medicine*) se presente como una panacea automática a la posibilidad de error. Sin embargo, a diferencia de otras áreas de la medicina, en la psiquiatría impera siempre el principio del doble efecto. Toda intervención en un contexto psicológico, así sea farmacológica, adquiere un matiz que permite interpretarla en forma diferente. La sola consulta al especialista induce una tonalidad de perdurable efecto. De modo que todo lo que pasa en el ámbito de la "cura psicológica" es, por esa determinación accidental, también psicológica. O, mejor, más obviamente psicológica.



Bioética y psicoterapia

Es probable que la mayor parte de las personas asocie la ética con un conjunto de prohibiciones y admoniciones. También se piensa que los asuntos éticos son abstractos, desvinculados de la práctica diaria y reservados para la especulación o la conversación. De buena fe creen algunos que debatir temas como el sentido de la vida, preparación para la muerte o significado del sufrimiento es ajeno a la práctica de la medicina. En las zonas limítrofes, sin embargo, estas dimensiones adquieren preponderancia. Parte de la insatisfacción de las personas con los sistemas de cuidado de la salud no proviene de que éstos sean ineficaces o ineficientes sino de que abordan aspectos y solucionan problemas que la gente no reconoce problemáticos. La discrepancia entre el lenguaje de la oferta y el lenguaje de la demanda es lo que hace imperativo el empleo del diálogo.

Un área de interés desde este punto de vista es la de los tratamientos psicológicos. Su explosivo crecimiento en los países occidentales y "occidentalizados" es un fenómeno sociológica y culturalmente notable. Aunque parece ser específico del ámbito cultural indicado, su auge depende de fenómenos conexos, como los dependientes de la macroeconomía y del poder profesional. Su profesionalización ha sido un proceso gradual de tecnificación del oficio, aseguramiento de su base cognoscitiva, restricción de su ejercicio a individuos e instituciones acreditados y fragmentación en subespecialidades. Por tratarse de un tratamiento especialmente invasivo de la intimidad, el planteo ético es muy manifiesto. Muchas de las categorías diagnósticas y terapéuticas de la psicoterapia pueden reformularse en lenguajes valóricos. En aquellas corrientes que destacan la búsqueda del significado vital o la reestructuración de la vida los valores pueden entenderse como universales de sentido que tienden a aparecer en diversas personas bajo distintas circunstancias. Reflejan opciones individuales compartidas por los miembros de una cultura en relación a las condiciones necesarias y suficientes para una vida plena y satisfactoria. Pueden formularse también en el lenguaje de derechos y es así como se presentan en la cultura anglosajona en forma preferente.

Algunas implicaciones

Lo que la reflexión bioética ha puesto de manifiesto es la contextura dialógica del mundo valórico, su íntima ligazón con el trabajo concreto de los profesionales y la necesidad de un abordaje multidisciplinario. Como hemos mostrado en otros lugares, la bioética se liga a diversos intentos integradores en la cultura del occidente euroamericano, como la tradición de la medicina psicosomática y antropológica que floreció en la Alemania de pre y entreguerras (2, 5, 10), la integración de las "dos culturas" de C. P. Snow y formas variadas de holismo epistemológico. La bioética puede considerarse una herramienta para la integración de discursos, tomando en consideración el contexto valórico en que los discursos se producen, comunican y emplean. Cualquier similitud con la ética

tradicional filosófica o con la deontología profesional es sólo de resonancia verbal y del hecho, por obvio innegable, que la nueva disciplina engloba aquellas preocupaciones en una síntesis de superior alcance y mayor trascendencia práctica.

Hatas ahora, la bioética latinoamericana ha permanecido sumida en el principalismo anglosajón, con imitación de procedimientos, estilos académicos y temas cruciales. En el campo de la salud mental se repiten los temas fundamentales de otras áreas, con algunas especificidades que nos ha parecido conveniente señalar, en una postura descriptiva y no exhaustiva. Un riesgo consiste en adoptar soluciones para problemas que nuestras culturas aún no reconoce como tales. Basta ejemplificar con la investigación clínica, el consentimiento informado, el real alcance de la autonomía, la relevancia de la justicia para en-

tender que, en lo temático al menos, muchas orientaciones de otras latitudes podrían anticiparse a problemas genuinos de nuestros países. En lo conceptual y prodimental, por otra parte, es necesario reconsiderar la importancia relativa de discursos alternativos fundamentales. Si en la tradición anglosajona el lenguaje de los derechos tiene una entidad y un alcance que cualquier miembro instruído de la sociedad comprende, ese mismo lenguaje, en tierras americanas hispanoparlantes, tiene connotaciones sutilmente distintas y se orienta más hacia el reivindicacionismo de corte populista que hacia el perfeccionamiento de las relaciones sociales. Por estar la salud mental tan cerca de las formas fundamentales de la convivencia, las implicaciones de la bioética, en el sentido procedimental que aquí destacamos, pueden anticiparse sustantivas y perdurables ■



Referencias bibliográficas

1. Baca B., El problema de los hechos en psiquiatría. *Archivos de Psiquiatría* Suplemento, 2000; 3: 27-54.
2. Christian, P. (1997) *Medicina Antropológica*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
3. Lázaro, J., De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica. *Archivos de Psiquiatría*, Suplemento, 2000; 3: 5-26.
4. Lolas, F., *La perspectiva psicosomática en medicina*. 2ª ed. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1995.
5. Lolas, F., *Más allá del cuerpo*. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile-Buenos Aires, 1997.
6. Lolas, F., *Bioética*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1998.
7. Lolas, F., La bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington) 6(1): 65-68, 1999.
8. Lolas, F., Hacia una disciplina para la salud mental. *Revista de Psiquiatría* (Santiago de Chile), 1999; 16: 196-199.
9. Lolas, F., Sobre psiquiatría y sociedad. Hacia un contexto multidimensional. *Archivos de Neurobiología* (Madrid), 1999; 62: 189-190.
10. Lolas, F., *Bioética y antropología médica*. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000.
11. Lolas, F., Martín-Jacod, E., Vidal, G., *Sistemas diagnósticos en psiquiatría. Una guía comparativa*. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 1997, 1997.

La psicofarmacología de la última década

Sergio L. Rojtenberg

*Médico especialista en psiquiatría. Docente del Dpto. de Salud Mental, Fac. Medicina (UBA).
Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Bs. As. (APdeBA)
Cabildo 957, 12° "D". Buenos Aires. Telfax: 54-11-4782-9719. E-mail: sroiteneberg@roche.com.ar*

En la última década del siglo XX se ha observado el mayor desarrollo de las Neurociencias y de la Psicofarmacología, y conceptualizar acerca de las transformaciones observadas y generadas obliga a un ejercicio de síntesis.

Estos desarrollos de la Psicofarmacología se expresan, según los casos, en nuevos mecanismos de acción, mayor selectividad y especificidad, mayor eficacia aguda y a largo plazo y farmacocinéticas diferenciadas.

Estas modificaciones promovieron una ampliación del *target* terapéutico, menores efectos secundarios e interacciones generando una mejor calidad de vida, mayor seguridad y la posibilidad de elegir fármacos con diferentes vidas medias dio por resultado una mayor facilidad de administración y cumplimiento.

Otra consecuencia relevante es que los psicofármacos empiezan a ser utilizados con mayor frecuencia por colegas que antes los miraban con temor, cuando no con recelo y desconfianza, como si fueran meramente "obturaciones del síntoma" o "contribuciones a la negación maniaca", cuando en realidad esto devenía más del objetivo del profesional que de la capacidad del fármaco.

Esto es auspicioso para el avance de la ciencia y el abordaje de los pacientes.

El reverso de la moneda son algunos desarrollos perversos, como la puerilidad y la "DSM-IVtrización".

En una reciente Jornada de Evaluación Curricular de la Formación de Post Grado en la Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, un colega egresado reflexionaba sobre su formación y sus actitudes terapéuticas, interrogándose acerca de cómo, llegado el momento de abordar al paciente, quedaba flotando la pregunta: "¿qué le damos?", en lugar de: "¿qué le pasa al paciente?".

La duda del colega era el emergente de un fenómeno observable de cómo la oferta del profesional se puede puerilizar y empobrecer alrededor de la prescripción de una medicación.

Entiéndase que no se refería a un intento de reflexión o de elección frente a alternativas terapéuticas; tampoco se estaba refiriendo a una reacción contra-transferencial por la cual respondía con la medicación como una forma de poner distancia con el paciente y paliar la propia ansiedad o emparchar el síntoma. Se refería a la detección de un pleno achataamiento intelectual y esta situación puede no ser detectada.

¿Problemas de la currícula?, ¿tiempos modernos?, ¿otra oscilación del péndulo de lo mental a lo farmacológico, de lo farmacológico a lo mental?

Quedan planteadas estas inquietudes.

Antidepresivos

En depresión se ha dado un cambio de paradigma que gira del concepto episódico ("Episodio de depresión mayor") al proceso evolutivo, lo que pone de manifiesto el aspecto recurrente como también la tendencia a la cronicidad.

Para ser más claros, ya no sólo se trata el episodio en sí, sino que se trata de prevenir la recurrencia y los devastadores efectos de su cronificación.

Más allá de la eficacia, existe una clara ventaja en el cumplimiento de los tratamientos a largo plazo entre los antidepresivos que tienen administraciones sencillas, menores efectos secundarios y una mejor tolerancia.

En este sentido, la posibilidad de una sola toma diaria oral para la mayoría de los antidepresivos nos

Resumen

En este artículo se revisa el impacto de la psicofarmacología en la clínica psiquiátrica contemporánea. Se describen las nuevas moléculas introducidas en la terapéutica durante la última década y sus mecanismos de acción.

Palabras clave: Psicofarmacología - Antipsicóticos - Ansiolíticos - Antidepresivos.

PSYCHOPHARMACOLOGY IN THE LAST DECADE

Summary

In this paper the impact of psychopharmacology in current psychiatric clinic is reviewed. New molecules used in the therapy during the last decade are described as well as their mechanisms of function.

Key Words: Psychopharmacology - Antipsychotics - Anxiolytics - Antidepressants.

acerca al "desideratum" de cualquier prescripción farmacológica de largo plazo. Así se evitan los riesgos de confusiones, se puede mantener una concentración plasmática adecuada para optimizar las respuestas terapéuticas a las medicaciones, se evitan los efectos secundarios relacionados con los picos plasmáticos y se facilita el cumplimiento, lo que contribuye a mantener una óptima relación entre el fármaco y el paciente, tratando de obviar inconvenientes y obstáculos.

El mejor perfil de efectos secundarios y seguridad ha contribuido a un manejo de dosis más confiables, alejando tanto el fantasma del subtratamiento por dosis insuficientes como el temor a la intoxicación provocada.

Por otra parte, siendo la depresión un motivo de consulta habitual en medicina, ya que más del 80% de los pacientes que consultan al clínico refiere alguna forma de perturbación depresiva, la facilidad y seguridad amplió la prescripción "primaria" de antidepresivos por parte de no psiquiatras con la consiguiente ganancia de tiempo y pérdida de pacientes en la derivación.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina, que ya habían comenzado a usarse a comienzos de la década anterior, se han convertido, en la mayoría de los casos, en la primera opción del tratamiento antidepresivo. Actualmente se cuenta con cinco antidepresivos de este grupo: fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina y citalopram. El uso extendido de estos fármacos ha producido también mayor interés en sus efectos adversos (principalmente en el área sexual), interacciones medicamentosas (inhibición del sistema citocromo y sus consecuencias) y síntomas de discontinuación (de aparición en los primeros diez días de suspensión de la droga).

Han aparecido en estos últimos años antidepresivos con otros mecanismos de acción: inhibidores mixtos de serotonina y noradrenalina (venlafaxina), inhibidores mixtos de la dopamina y noradrenalina (bupropion), antagonistas del receptor 2 (mirtazapina), inhibidores selectivos de la monoaminooxidasa (moclobemida), antagonistas del receptor 5 HT2 (nefazodone), inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina), estimuladores de la recaptación de serotonina (tianeptina), etc.

Actualmente, dos líneas muy fuertes de investigación de nuevos tratamientos farmacológicos antidepresivos se centran en el desarrollo de antagonistas de la sustancia P (como el MK 869) y el desarrollo de antagonistas del factor liberador de corticotrofina.

Finalmente, ha sido novedosa la utilización de antidepresivos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Así, los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) se utilizan solos o en combinación con benzodiazepinas (BZD) para el tratamiento del trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ya venía siendo tratado con antidepresivos con anterioridad, y también la sertralina ha sido aprobada para el tratamiento del síndrome premens-

Tabla 1
Opciones de tratamiento para los trastornos de ansiedad

	Pánico	TAG	Fobia Social	Otros
<i>ISRS</i>	+++	-	+	++
<i>ATC</i>	++	+	-	-
<i>BZD</i>	++	-	+	+
<i>IMAO</i>	++	-	+++	
<i>Azapironas</i>	+++			
<i>SNRI</i>	++	+++	++	+++

ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina

ATC: antidepresivos tricíclicos

BZD: benzodiazepinas

IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa

SNRI: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

trual. También los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) resultan de suma eficacia en la fobia social, y el antidepresivo dual venlafaxina acaba de ser aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) en los EEUU para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Tabla 1).

Antipsicóticos

El desarrollo inicial de los abordajes psicofarmacológicos en las psicosis habían influenciado en forma importante la atención en Salud Mental ya que habían promovido:

- El control de las intensas manifestaciones sensoriales, judicativas, afectivas, cognitivas y conductuales (manifestaciones de la desestructuración del psiquismo, cuya persistencia contribuía a una desestructuración mayor aún).

- La reducción del tiempo de internación, con la evitación de la desinserción del paciente de su medio, posibilitando las internaciones en hospitales generales.

- La aceleración de las recuperaciones con disminución del costo social y personal.

- La consecuente disminución de los casos de cronicidad (hospitalismo) y el favorecimiento del tratamiento ambulatorio.

- La limitación de tratamientos más cruentos o riesgosos y el relegamiento de medidas coercitivas.

Todo esto había hecho posible el abordaje psicoterapéutico en mayor número de casos, con el consiguiente logro de promover el corrimiento de la frontera entre lo tratable, lo semantizable-historizable dentro de la propia subjetividad y lo no tratable

Sin embargo, el logro de una terapéutica farmacológica más eficaz de la esquizofrenia se había constituido en uno de los grandes desafíos tanto de la psicofarmacología moderna como del abordaje de la salud mental en general. Esto se debió no sólo a la prevalencia del 1% en la población mundial, a la falta de respuesta o la respuesta parcial al tratamiento con drogas antipsicóticas clásicas, sino también a que la mayoría de los síntomas negativos eran particularmente resis-

tentes y el final común parecía ser el defecto, el aislamiento y la reclusión asilar en algunos casos.

Entonces, los objetivos que se planteaban para el desarrollo de nuevos antipsicóticos eran que tengan una mayor eficacia sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia con menor producción de efectos colaterales (que a más de molestos disminuyen el cumplimiento), y que, además mejoren la calidad de vida y el pronóstico.

A partir de ello surgieron un grupo de drogas que fueron descriptas como "atípicas".

Este término ha sido aplicado a cualquier nuevo potencial antipsicótico, aunque habitual y tal vez erróneamente cuando se habla de "atípico" se hace referencia a una molécula antipsicótica de relativa eficacia, con mecanismos de acción múltiples y complejos y con baja incidencia de efectos colaterales.

En este sentido podríamos pensar que esta nueva generación de complejos antipsicóticos constituyen una novedosa psicofarmacología antiprocesual y estabilizadora del estado de ánimo más que una generación atípica de antipsicóticos. Como decana y modelo, la clozapina es un antipsicótico prototípicamente atípico que posee un perfil de acción complejo como antagonista a nivel de los sistemas dopaminérgico (D_1 y D_2), serotoninérgico ($5HT_{2A}$, $5HT_{2C}$ y $5HT_3$), adrenérgico (α_1 y α_2), y muscarínico (M_1).

Este perfil de acción –bloqueo D_2 asociado a un potente bloqueo $5HT_2$ – tendría ventajas con respecto a los antipsicóticos típicos, ya que parece mejorar tanto los síntomas psicóticos (positivos y negativos), como los síntomas afectivos, lo que también genera una excelente apertura para el tratamiento del trastorno bipolar y los trastornos esquizoafectivos.

Otros antipsicóticos atípicos que han surgido en estos últimos años son la risperidona, la olanzapina y la quetiapina. Su eficacia en el tratamiento de los síntomas positivos y negativos y su perfil de efectos adversos han contribuido a mejorar la calidad de vida de los pacientes psicóticos. A diferencia de la clozapina pueden ser utilizados como primera opción ante un cuadro agudo o crónico, disminuyendo el número de recaídas, y por lo tanto de hospitalizaciones.

Una dimensión, antes algo olvidada –que es considerada en la actualidad en los estudios de comparación de los nuevos antipsicóticos– es la dimensión neurocognitiva. Dada la frecuente aparición en los pacientes esquizofrénicos de las disfunciones cognitivas y su repercusión en el estatus socio-laboral y académico de los mismos, no cabe duda que su mejoría constituye un *target* ineludible para los antipsicóticos atípicos. Existen algunas evidencias que mostrarían que estas nuevas moléculas presentan ventajas sobre los antipsicóticos convencionales en esta dimensión.

Por otra parte, la ausencia de efectos adversos extrapiramidales ha posibilitado concentrarse en otros efectos adversos, que anteriormente habían sido dejados de lado, pero que contribuyen sustancialmente a la calidad de vida de los pacientes tales como el aumento de peso.

Algunas evidencias sostienen la hipótesis de la hipersensibilidad y aumento del número de los receptores postsinápticos $5HT_2$ como evento patogénico en la depresión. En este sentido, las consecuencias del bloqueo de los receptores $5HT_2$ se podrían correlacio-

nar con la disminución de receptores $5HT_2$ cerebrales que se observa luego de la administración crónica de antidepressivos. Por otra parte, el bloqueo de los receptores $5HT_2$ parece generar un aumento de la actividad dopaminérgica en las zonas relacionadas con los síntomas negativos y contribuir a mejorarlos. De cualquier manera, también la clorpromazina es un potente antagonista $5HT_2$, lo que es un argumento en contra acerca de que por sí solo este bloqueo sea responsable de ciertas respuestas atípicas.

Estabilizadores del estado de ánimo

Siendo el trastorno bipolar una grave patología que necesita de tratamiento crónico y continuo y cuya evolución puede ser progresiva, estando asociada con pérdida de sustancia cerebral, disminución de la corteza, y un 15 % de suicidios, el desarrollo de nuevos productos y estrategias puede mejorar el horizonte y el porvenir para nuestros pacientes.

Cuatro nuevos anticonvulsivantes: gabapentin (GBP), lamotrigina, topiramato y felbamato (FBM) (de indicación restringida este último por su hepatotoxicidad), han aparecido como monoterapias o coadyuvantes, y varios otros están desarrollándose.

Dichos agentes tienen variados pasos metabólicos, interacciones con drogas y efectos adversos, con dos importantes mecanismos complementarios: mejorar la inhibición GABAérgica y suprimir la excitación glutamatérgica, a través de lo cual se puede entender su acción antirrecurrencial. El FBM tiene actividad antiglutamatérgica, GABAérgica y propiedades bloqueantes de los canales de sodio.

El GBP es un sustrato e inhibidor del sistema de la larga cadena neutral de aminoácidos, se liga a la subunidad alfa-2-delta de los canales de calcio, teniendo también efecto bloqueante de los canales de sodio.

La lamotrigina actúa como estabilizador de membrana al inhibir el "firing" de los canales de sodio y entretener su repolarización. También inhibe la liberación de algunos neurotransmisores como glutamato, aspartato, GABA, acetilcolina y bloquea receptores $5HT_3$.

El topiramato incrementa la actividad del GABA (teniendo una actividad moduladora positiva sobre los receptores GABAérgicos), afecta la actividad de los receptores glutamatérgicos AMPA y kainato, y también produce bloqueo de los canales de sodio.

Si bien estas moléculas anticonvulsivantes no son aún drogas de primera elección en el tratamiento del trastorno bipolar, actualmente se están revisando las situaciones en que su uso estaría indicado. La eficacia de la lamotrigina en la depresión bipolar, los efectos sedativos del gabapentin, así como la ausencia de aumento de peso con el topiramato aparecen como características sobresalientes a la hora de indicar un tratamiento antirrecurrencial.

Ansiolíticos

En este gran capítulo de la psicofarmacología no han aparecido nuevos ligandos que desplacen a las medicaciones tradicionales como las benzodiazepinas, de la terapéutica global de los trastornos de ansiedad,

más allá de lo referido acerca del uso de antidepresivos.

Por otra parte, se establecen renovadas pautas de uso racional de las BZD, como la menor dosis eficaz, el uso alternante y a demanda, en tanto el paciente puede contar con un yo observador y generar cierta discrecionalidad en el consumo, y la evaluación periódica con el profesional, tendiendo a evitar tanto el sobreconsumo del paciente como la sobreprescripción del profesional.

En esta última década se ha difundido el uso de dos nuevos grupos de hipnosedantes no benzodiazepínicos: Las imidazopiridinas y las ciclopirrolonas. Estos fármacos ofrecen como ventaja frente a las benzodiazepinas la vida media corta y la ausencia de efecto residual. Dentro de las imidazopiridinas, el principal exponente es el zolpidem, que ejerce su acción al unirse al receptor BZ₁, careciendo de efecto ansiolítico y relajante muscular. Si bien en un primer momento se especuló que esta droga no tendría efecto rebote ni tolerancia, se ha observado que los produce.

Dentro de las ciclopirrolonas se encuentra comercializada la zopiclona. Esta droga no benzodiazepínica se liga a los receptores benzodiazepínicos sin espe-

cificidad por ningún subtipo de receptor. Si bien no se ha descartado que produzca tolerancia, ésta no se ha hallado aún en los estudios realizados.

Conclusión

Hemos hecho una breve revisión de los adelantos generados en estos 10 años con las nuevas generaciones de fármacos.

Diez años de psicofarmacología promovieron una ampliación del "target" terapéutico, una mayor eficacia terapéutica y menores efectos secundarios e interacciones, lo que derivó en una mejor calidad de vida y seguridad.

También la posibilidad de elección de formas farmacéuticas con diferentes vidas medias generó una mayor facilidad de administración y cumplimiento.

Conjuntamente con estos logros en el campo de la psicofarmacología, generar excelencia en el conocimiento científico, asertividad en nuestras intervenciones profesionales y un valor ético en nuestras propuestas son otros objetivos a lograr... diariamente ■

Bibliografía

- Blier, P.; y de Montigny, C., "Current Advances and Trends in the Treatment of Depression", *Trends Pharmacol. Sci.*, 15:220-6, 1994.
- Bloom, F. E. y Kupfer, D. J., "Selected Chapters on Mood Disorders. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress* American College of Neuropsychopharmacology.
- Feighner, J. P. y Boyer, W. F., "Perspectives in Psychiatry. Volume 1: *Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitors* John Wiley y Sons Ltd., 1991.
- Glemon, R. A., y Dukat, M., "Serotonin Receptor Subtypes", en Bloom, F. E.; Kupfer, D. J., *Psychopharmacology The Fourth Generation of Progress*, New York, Raven Press, pp. 415-30, 1995.
- Jufe, Gabriela, Rojtenberg, Sergio, Saidón, Patricia, Zieher, Luis M. Neurolépticos y antiépilépticos. Rothlin Compilador. *Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. UBA1993.*
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.; y Grebb, J. A., *Kaplan and Harold's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*, 7ª edición, Williams y Wilkins, 1994.
- Kramer, MS et al: Distinct mechanism for antidepressant activity by blockade of central substance P receptors. *Science*1998; 281: 1640-1645.
- Lista Varela, A., "Propiedades de los receptores 5-HT_{1A} pre y postsinápticos en el Sistema Nervioso Central. Su implicancia en el desarrollo de nuevos tratamientos antidepresivos", *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*;4-24, 1994.
- Maes, M., y Meltzer, H. Y., "The Serotonin Hypothesis of Major Depression", en Bloom, F. E.; Kupfer, D. J., *Psychopharmacology, The Fourth Generation of Progress*, Nueva York, Raven Press, pp. 933-44, 1995.
- McElroy, Susan L., "Psychopharmacology Across the Life Span". *Review of Psychiatry*, Sección 4ª, Volumen 16, *American Psychiatric Press*1997.
- Meltzer, H. Clinical Studies on the mechanism of action of clozapine: the dopamine-serotonin hypothesis of Schizophrenia. *Psychopharmacology Supplement* to Vol. 99. 1989.
- Montejo-González, a., "SSRI-Induced Sexual Dysfunction: Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Fluvoxamine in a Prospective Multicenter, and Descriptive Clinical Study of 344 Patients". *J. of Sex and Marital Therapy* 23: Nro. 3, 1997.
- Montgomery, S. A., "Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the Acute Treatment of Depression", en Bloom, F. E. y Kupfer, D. J., *Psychopharmacology, The Fourth Generation of Progress*, (comps.) New York, Raven Press, pp. 1053-51, 1995.
- Montgomery, S. y Rouillon, F., "Perspectives in Psychiatry". Volume 3: *Long-term Treatment of Depression*, John Wiley y Sons Ltd., 1992.
- Nemeroff, C. B., "Evolutionary Trends in the Pharmacotherapeutic Management of Depression". *J. Clin. Psychiatry*, 55 (suppl 2):3-15, 1994.
- Preskorn, S. H. y Fast, G. A., "Therapeutic Drug Monitoring for Antidepressants: Efficacy, Safety and Cost Effectiveness". *J. Clin. Psychiatry*, 52 (supl. 6): 34-9, 1991.
- Preskorn, S. H., "Comparison of the Tolerability of Bupropion, Fluoxetine, Imipramine, Nefazodone, Paroxetine, Sertraline and Venlafaxine", *J. Clin. Psychiatry*, 56 (Suppl 6):12-21, 1995.
- Preskorn, S. H., *Clinical Pharmacology of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*, Professional Communications, 1996.
- Reynolds Gavin P., Developments in the drug treatment of Schizophrenia. *Trends Ph. Sci.* March 1992. Vol 13. 116-121.
- Richelson, E., "Pharmacology of Antidepressants", *Psychopathology*20 (Suppl. 1):1-12, 1987.
- Rojtenberg, S., Zieher, L. M., Esquizofrenia, clozapina y los nuevos desafíos. *Vértex, Rev. Arg. de Psiquiatría*. Nº6
- Rojtenberg, Sergio L. Depresión: tratamiento a largo plazo. *Vértex, Rev. Arg. de Psiquiatría*.
- Psiquiatría, Volumen IX, Nro. 34, Diciembre 1998-Enero-Febrero 1999.
- Schatzberg, Alan F. y Nemeroff, Charles B., *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology* 2da edición, American Psychiatric Press, 1998.
- Stahl, Stephen M., *Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*, Cambridge University Press, 1996.
- Zaratiegui, R. M., "Diferencias entre ISRS", *Revista Argentina de Psicofarmacología*, IV(15):24-9, 1997.
- Zaratiegui, R., "Antidepresivos inhibidores de la recaptación serotoninérgica", *Vértex, Rev. Arg. de Psiquiatría*. III (Suppl. II):68-72, 1992.
- Zieher, L. M. y Rojtenberg, S. L., "Depresión y Antidepresivos. Bases Clínicas Psicodinámicas Farmacológicas", *CTM*, Buenos Aires, Argentina, 1991.

El juicio de insania en la Grecia clásica

Elpidio R. Olivera

Médico psiquiatra. Presidente de la Comisión de Control de la Especialidad de Psiquiatría, Consejo de Médicos de la Pcia. de Córdoba

Luis Galeano 1441. Barrio Bajo Palermo. 5009 - Córdoba, Argentina. Tel: (0351) 4805853.

Introducción

“**S**e habla de juicio de insania, juicio de declaración de demencia, declaración de incapacidad civil y finalmente de declaración de interdicción... El juicio a que me refiero está previsto en todos los códigos civiles del mundo. Tiene una larga historia en la evolución del derecho civil y arranca en el derecho romano”, dice Nerio Rojas(11).

Sin embargo como norma instituida en el derecho consuetudinario y formulada de distintas maneras por pensadores de la época, legisladores, filósofos y “utopistas”, puede rastreársela en las prácticas de muchas culturas anteriores a la romana. Y que han ido marcando o definiendo diversas concepciones que no sólo hacen a lo jurídico con exclusividad sino a muchos otros aspectos; básicamente a la concepción antropológica con que cada civilización invierte al individuo. La historia, la filosofía, los preceptos religiosos, los vínculos económicos en el ámbito de la familia y de las clases sociales y otros muchos aspectos socioculturales se pueden evidenciar: aquí subyace un concepto, a

veces explicitado y otras veces no, de los atributos necesarios para que la norma social conceda al sujeto –al ciudadano de la *polis*, naturalmente– su autogobierno.

Intentar rastrear estos conceptos en su devenir histórico no debe ser considerado como un mero “divertimento arqueológico” sino como un análisis que permita comprender las articulaciones conceptuales que se fueron efectuando históricamente en términos de entrecruzamiento y complementación entre los campos jurídico y psiquiátrico. Estas articulaciones se plasmarán en los códigos civiles durante los siglos XIX y XX. A su vez, el juicio de insania dará motivo a extensas disquisiciones sobre el concepto jurídico de demencia tal como aún figura en nuestro código de fondo, el que luego, será complementado con el concepto de inhabilitación.

Solo tardíamente la psiquiatría será convocada para aportar sus conocimientos en la dilucidación teórica y pragmática, en la medida en que es a sus formulaciones psicopatológicas a las que les compete delimitar la noción de autonomía psicológica de la persona para el pleno goce de sus derechos civiles.

Resumen

El autor, a través de fuentes históricas, reconstruye los criterios jurídicos y los sistemas procesales en los juicios de insania en la Grecia clásica. Revisando las obras de Platón y Aristóteles, previa investigación de las contribuciones de los sofistas, con los comentarios que hace Plutarco sobre Licurgo, concluye con el “caso Sófocles” acusado de insania. Señala que el criterio para conculcar o anular los derechos civiles de un ciudadano de la *polis* pivotea alrededor del desmanejo de los recursos patrimoniales –prodigalidad– más que las manifestaciones psicóticas, de demencia o locura. El loco deberá estar bajo la responsabilidad del grupo familiar a cuyo cuidado quedará. Estos criterios de la legislación griega se trasladarán a través del derecho romano y otros desarrollos de las ciencias jurídicas, a veces apoyados en adquisiciones de la psicología y la psiquiatría, a los cuerpos codificados de los siglos XIX y XX, tales como la interdicción y la inhabilitación.

Palabras clave: Insania – Interdicción – Inhabilitación – Prodigalidad – Demencia.

THE INSANITY TRIAL IN THE CLASSIC GREECE

Summary

Through historical sources, the author reconstructs the juridical criteria and the procedural systems in the insanity trials in the Classic Greece. Revising Plato's works and Aristotle, previous investigation of the Sophists' contributions and Plutarch's comments on Licurgo, he finishes the paper with the "Sophocles' case", who was accused of insanity. The author points out that the criteria to infringe the civil rights of a citizen of the polis, is referred to the bad management of the patrimonial resources –prodigality– rather than the psychotic manifestations of dementia or madness. The lunatic's family would have to care of him. These approaches of the Greek legislation will move through the Roman laws and other developments of the juridical sciences, sometimes supported in acquisitions of the psychology and the psychiatry, to the legislation of the 19 th and 20 th centuries, such as interdiction and disqualification.

Key Words: Insanity. Interdiction – Disqualification – Prodigality – Dementia.

La sofística. Esparta y Licurgo

El pensamiento jurídico griego ha sido largamente analizado tanto a través de sus grandes legisladores (Licurgo, Solón) como en el desarrollo de las doctrinas de sus escuelas filosóficas y en el diseño de sus organismos de administración de justicia; todo esto forma parte de lo que hoy se llama "la cultura clásica griega" que ha gravitado tan fuertemente en el pensamiento occidental. "Intentar comprender el pensar y el poetizar sobre el derecho en un tiempo pasado –dice Erik Wolf(13)– exige simultáneamente un pensamiento filosófico e histórico".

Sólo muchos siglos después, en un empeño largo y sostenido se han ido desglosando aspectos y momentos en la formación de este pensamiento: "¿Tiene el pensamiento jurídico de los griegos (comparado, por ejemplo, con el pensamiento jurídico romano, germánico o moderno) una importancia tal que justifique esta limitación? ¿Conserva también esta importancia para nosotros, en la actualidad? Y aun cuando se quiera dar una respuesta afirmativa con respecto a la 'influencia histórica' en el pensamiento de Platón y Aristóteles, ¿No hay acaso que negar decididamente esta influencia en el caso de los *presocráticos* de los *primeros poetas*?"

En el clasicismo griego muchas veces filosofía, historia, derecho y poesía estaban expresadas en un mismo discurso; recorrer la obra de Solón, más allá de su conceptualización jurídica, es solazarse en su fina poética.

Las instituciones jurídicas griegas que establecían las condiciones y criterios para el ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanos fueron mudándose con el tiempo y contrastaban de una *polis* a otra, reflejando así las distintas concepciones antropológicas que emergían de la dinámica socioeconómica en que se asentaban.

En este sentido es decisiva la influencia de la sofística sobre la ideología jurídica de los griegos: "La primera acción de los sofistas habría sido la destrucción de la tradición mítica. Los sofistas dudaban de la existencia de los dioses. (...) Negaron el culto de los héroes y los tradicionales mitos familiares, que fueron considerados como 'mentiras de los poetas'. (...) De esta manera desapareció el respeto ante la nobleza de la polis de origen divino", de modo tal que "la estructura aristocrática sufrió un desgarramiento incurable (...). Si no hay ninguna polis fundada por los dioses sino construida por hombres históricos (...), (entonces) ninguna tradición puede ya sostener que ella pertenece indiscutiblemente al derecho".

A pesar de que los filósofos de las generaciones que le siguieron miraron la sofística con desprecio y burla, siendo incluso objeto de condena¹, "los sofistas fueron los primeros pensadores griegos que fundaron un positivismo jurídico formal"(13).

Si bien Esparta compartía con las otras *polis* griegas de la época muchas de sus vicisitudes históricas, dife-

ría llamativamente en su organización política, en su legislación y en sus concepciones antropológicas. La rigurosidad con la que se formaba el ciudadano, las exigencias físicas y la templanza de espíritu implicaban por *contrario sensu* una exclusión para los minusválidos físicos y los que tuvieran déficits o trastornos mentales. Su legislador y gobernante Licurgo, personaje que es compartido por la historia y la leyenda tanto por la profunda tarea de transformación de las costumbres espartanas como por la entereza moral que observó hasta el final de sus días, dejó armado un Estado a despecho de muchos de sus usufructuarios anteriores.

El legislador se propuso cambiar buena parte de la estructura social, por lo menos entre los ciudadanos "ya que el dinero se había concentrado exclusivamente en unos pocos, decidido a desterrar el abuso, la envidia, la delincuencia y las dos enfermedades del Estado que eran todavía más antiguas e importantes que éstas, la riqueza y la pobreza"(10). Así cuenta Plutarco y ya también lo había anotado Platón en *Las Leyes*.

Esta atrevida reforma de la distribución de la tierra le costó a Licurgo un "ojo de la cara", víctima de la reacción violenta de los aristócratas al verse afectado en sus patrimonios.

Instituyó la Asamblea de los Gerontes, que él eligió y les delegó buena parte del poder del Estado, "con autoridad para imponer la pena de muerte, la de atimia y, en general, las de mayor importancia". Esto significaba la privación de los derechos; "el *atimosno* podía participar en ninguna de las actividades públicas ni pertenecer a asociaciones culturales, militares o de otra clase de los ciudadanos hasta que no se les restituyera la *epitimia*".

La vida ciudadana del espartano estaba proyectada para ser un buen guerrero, un buen cuidador de sus bienes y un juicioso administrador de justicia, en su vejez.

Platón

A lo largo de la vasta obra de Platón, que para suerte de la humanidad se ha conservado en forma casi total, es posible detectar las distintas formulaciones que iba desarrollando acerca del trastorno mental y su tratamiento; su pensamiento iba cristalizándose en una delimitación de bordes cada vez más precisos.

En el *Fedro*, "obra de extrema juventud" al decir del comentarista, hace fe al testimonio de los antiguos diciendo: "es más hermosa la locura que procede de la divinidad que la cordura, que tiene su origen en los hombres"(8).

Aquí formula que "la manía, locura, o delirio interpretada como posesión divina, y sus especies (la adivinación, el delirio religioso propio de iniciaciones y purificaciones, el delirio de las Musas o inspiración poética y, por último, la locura amorosa que por tanto va a aparecer también como un don divino)" constituyen su forma de expresión.

El amor y la retórica son los asuntos principales en el *Fedro*, tanto en el discurso de Lisias como en los dos de Sócrates, que festejan "que los dioses se proponen la máxima felicidad a quienes conceden tal locura".

1. Recordemos que una de las acusaciones que le hicieron a Sócrates fue la de ser sofista, a pesar de sus irónicas críticas a Gorgias e Hipias.

Más adelante, y ya entrando en la vejez, escribe *Las Leyes* en las que se propone diseñar la utopía: “Edifiquemos en teoría una ciudad, de la que imaginaremos somos los primeros fundadores”.

En esta extensa obra, de contenido en algunos aspectos semejante a *La República*, describe con minucioso detalle lo que será esa ciudad ideal, desde el ámbito geográfico y las relaciones sociales, hasta su economía y sus leyes de convivencia.

Aquí ya habla acerca de la locura de otra manera: “Un hombre aquejado de locura no debe dejarse ver más en la ciudad, sus familiares deberán confinarlo a la casa, vigilándolo lo mejor que puedan: de lo contrario pagarán una multa. (...) Hay muchos locos y muchas causas de locura (...) [Algunos] lo son a causa de una enfermedad, otros vienen a serlo por verse agravada su violencia natural a causa de una educación deficiente que de ninguna manera es conveniente que se vea en una ciudad bien organizada” (9).

Evidentemente la preocupación del legislador está dirigida a mantener el orden en la ciudad, y evitar un espectáculo penoso, más que a la integridad del insano, y será la familia la responsable moral y económica de proveer a su cuidado.

Pero si el afectado es un ciudadano que maneja inadecuadamente un patrimonio y pone en riesgo los bienes de la familia, hay una institución que deberá recomponer esta situación de incertidumbre. Platón, con toda claridad, expone las causales que pueden promover esta acción, los procedimientos para llevarla a cabo, cómo se conformará el tribunal que la juzgará y cuál será el destino del insano: “Si la enfermedad, la vejez, el mal carácter o todas estas causas reunidas hacen que un hombre desvaríe hasta la extravagancia, de manera que ello pase inadvertido a todos los que no viven con él, y arruina su casa, porque sigue siendo el dueño de sus bienes, mientras que el hijo no sabe qué hacer y no puede decidirse a acusarlo de demencia, he aquí lo que la ley prescribe para su caso. El hijo irá a encontrar a los más ancianos de los guardianes de las leyes y les expondrá la triste desgracia de su padre. Éstos, después de un maduro examen, le dirán si debe o no intentar la acusación. En caso afirmativo, ellos mismos le harán de testigos y abogados en la causa; una vez condenado, el padre no tendrá ya más el derecho de disponer de la mínima parte de sus bienes, pero permanecerá en la casa, tratado como un niño, el resto de sus días” (9).

Como se ve, la locura, pero sobre todo la dilapidación de los bienes, será el criterio axial para promover y consumir esta acción. Este criterio sobre la administración de la *res familiaris* decisivo para privar de los derechos ciudadanos y su consiguiente reclusión: mal gobierno de la economía o prodigalidad serán causas suficientes para determinar su incapacidad para disponer de sus bienes.

Aristóteles

En Aristóteles a la categoría de ciudadano virtuoso y respetable debe accederse, entre otras condiciones, a través de un buen manejo de sus bienes: “... Hay cuatro condiciones que debe poseer el cabeza de familia en el cuidado de su propiedad... capacidad de

adquirir... conservar lo que ha adquirido... saber cómo mejorar su propiedad y cómo hacer uso de ella”, porque de otra manera “... no hay mayor beneficio en el adquirir que en achicar una barca con un colador o en el proverbial jarro de vino con un agujero en el fondo”(2).

La organización de la *polis* le hará posible al ciudadano la formación de un patrimonio adecuado para el goce del grupo familiar pero él también deberá ser un eficaz administrador. Perder esta capacidad lo conducirá por lo menos al desprecio o a la compasión: “... Por eso Amasis no lloró sobre el hijo que era llevado a morir según cuentan, pero sí por el amigo que pedía limosna; porque esto era digno de compasión, aquello, en cambio, era terrible”(3).

Este mal manejo de los bienes puede ser causal de procesamiento y la consiguiente inhibición y fijación del tutelaje. Cuando Aristóteles define las funciones del Arconte, que es quien desarrollará la instrucción que luego deberá pasar a ser juzgada por un tribunal, señala que: “... sorteas las siguientes causas públicas y privadas, que, una vez instruidas, presenta al tribunal: malos tratos a los padres (...) malos tratos a los huérfanos, (...) locura, si alguien acusa a alguno de destruir sus bienes por enajenación mental (...) para establecer una tutela, para la atribución o concesión de la tutela”(4).

El concepto de locura no parece que pudiera estar próximo al de insano jurídico, sino más bien a los criterios de manejo patrimonial. La noción de prodigalidad en su sentido más amplio determina lo que luego se instituirá como la curatela.

El análisis del discurso jurídico vinculado con las condiciones humanas, sus virtudes y sus debilidades será ampliamente tratado en *La Retórica*.

Aristóteles también nos mostrará en *Problemas XXX* la sutil semiología de la melancolía, su vinculación con el funcionamiento de los humores orgánicos y el padecimiento de los hombres de genio que parecieran ser víctimas ineludibles de la cruel melancolía(1).

En consecuencia, el régimen tutelar se aplicará a los menores, a las mujeres, a los esclavos y sólo a los ciudadanos cuando la administración de sus bienes fuera desafortunada y juzgada por sentencia de un tribunal.

El caso Sófocles

El juicio de interdicción a que fue sometido Sófocles en las postrimerías de su vida suena para algunos a leyenda. Sin embargo, crónicas de la época o de algunos siglos posteriores y las notas de los historiadores contemporáneos le dan carácter de real.

La tragedia griega alcanza con Sófocles su culminación tanto en la consideración de los críticos del siglo XIX y XX como según sus contemporáneos que lo premiaron en más de veinte oportunidades por sus obras. Con Esquilo y Eurípides representan la culminación de la tragedia ateniense en el siglo de Pericles.

La vida de Sófocles fue larga y prolífica: vivió hasta los noventa años, fue músico, director de coro, sacerdote de Esculapio, estratega militar, consejero de Pericles, pero sobre todo poeta y autor teatral. Innovador en lo formal en cuanto modifica el juego escénico al

introducir un nuevo actor, moviliza los personajes, equilibra el coro y logra un nuevo desarrollo dramático a partir de los rasgos psicológicos de sus personajes. Aunque el recorrido de la vida esté diseñado por las divinidades, son hombres de "carne y hueso" quienes luchan temerariamente contra el destino y el designio de los dioses. "Su preeminencia en el panorama de la tragedia no procede sólo del campo formal sino que se enraiza en una dimensión de lo humano en la cual lo estético, lo ético y lo religioso se compenetran y se condicionan recíprocamente" (7).

Escribe y produce hasta el final de su vida con una creatividad vigorosa y un rigor poético difícil de ver en hombres de esa edad. "Sólo una aflicción veló sus postreros días. (...) Su hijo legítimo, Yofon, reclamó la interdicción del anciano ante los jueces de la Fratria, en la cual había hecho inscribir a un hijo natural. Sófocles se defendió leyendo al Tribunal una escena de Edipo en Colona... ante el Areópago, pero con [la] magia más pura, le bastó para ganar su causa, mostrar el rostro de Antígona bañado en lágrimas" (12).

¿Pero cómo era Yofon? Aristófanes lo ridiculiza en un párrafo de su comedia *Las Ranas* cuando pone en boca de Dionisio, en diálogo con Heraclés, que va al Hades en busca de un alma poética digna: "... ¡Deja, deja que pruebe yo lo que puede Yofon!, ¡Él solito, a ver que puede hacer sin Sófocles! ... Bueno, si tanto te empeñas en sacar a un poeta del Averno, ¿por qué no te llevas a Sófocles, que vale mucho más que Eurípides... ese hombre es perfectamente adaptado²."

Por esa época, un poco antes del juicio, había concluido *Edipo en Colona*, quizás su última tragedia aunque por la secuencia argumental debiera haber estado entre *Edipo Rey* y *Antígona*. También por entonces había abandonado su hogar matrimonial y convivía con su otra pareja, Teoris, y así el hijo legítimo se sentía despojado del patrimonio próximo a heredar *ab-intestato*

Este episodio también lo señala Cantu cuando relata: "... reservado le estaba a su extrema ancianidad el verse acusado de imbécil por un hijo ingrato pero se disculpó gloriosamente leyendo su *Edipo en Colona*; como Esquilo, acusado de haber violado los misterios, alcanzó su absolución mostrando las heridas recibidas en Salamina" (5).

Esto hace evidente el extremo cuidado que las leyes griegas tenían por el manejo del patrimonio familiar: había que conservar lo heredado y acrecentar lo adquirido y tener un buen criterio para hacer uso de él. Un buen ciudadano debía tener estas virtudes y el dilapidador podía caer en la interdicción.

Este episodio paradigmático de los criterios jurídicos sobre la insania en la Grecia de Pericles fue comentado tres siglos después, ya en Roma, por Cicerón cuando escribe: "Sófocles componía tragedias aunque ya era de mucha edad. El cual, pareciendo que entre-

gado enteramente al estudio descuidaba de su hacienda, fue llamado a juicio para que los jueces le retirasen, como chocho, el manejo de ella, como se suele hacer, según nuestras costumbres, con los padres que no la administran bien. Entonces dicen que el viejo leyó a los jueces aquella fábula *Edipo en Colona* que tenía entre manos y acababa de escribir, y les preguntó si aquello era obra de un viejo chocho; y habiéndola leído, se le dio libre por parecer de todos" (6).

Comentarios

Luego de este recorrido por el magnífico escenario que es la Grecia clásica con su portentosa producción cultural, sobre la que hemos proyectado una mirada escotomizadora a través de las concepciones que algunos de sus pensadores tenían sobre el juicio de insania, es necesario señalar ciertos conceptos que se transmitieron a través del tiempo en la legislación civil y que están ligados a nuestra tarea pericial.

La institución de la interdicción y la figura del tutor o curador fueron diseñados en el dispositivo legal de las ciudades griegas básicamente para los pródigos. Pero no tanto para protegerlos sino para cuidar de su patrimonio y conservar así la *res familiaris*. La prodigalidad como una anormalidad de la conducta humana que implica un riesgo social no era atribuible a un trastorno psicopatológico, ni interpretada como síntoma de una perturbación conductual mayor.

Los conocimientos médico-psiquiátricos de los que se podía disponer en esa época, muy precarios por cierto, no eran necesarios ni eficientes para evaluar la situación de la persona sometida a juicio de insania. El criterio del tribunal juzgador se apoyaba en razones protectoras y daba cuenta de las condiciones que debía tener un ciudadano libre de la *polis* para ejercer en plenitud sus derechos civiles.

Lejos estaba el criterio según el cual la interdicción debía servir fundamentalmente para proteger al insano. Esto, en el caso del loco, debía ser considerado como una responsabilidad de la familia; el cuidado, la contención, el resguardo de posibles conductas antisociales debían estar a cargo de sus familiares.

Luego de esta etapa –de estas formulaciones que cristalizaron entre los siglos VI y V a.c. y que paulatinamente se fueron incorporando a la cultura grecoromana– la prodigalidad deberá ser claramente definida y acotada frente a la noción de caridad que se planteó con la irrupción del pensamiento judeocristiano en la cultura occidental durante los primeros siglos de nuestra era. Así, podemos encontrar en los Evangelios cómo las nuevas concepciones de lo humano se imponen a la tradición griega predominante en esa época alrededor del *Mare Nostrum* pesar de la influencia que el helenismo tuvo sobre los evangelistas.

El concepto de manejo inapropiado del patrimonio, casi siempre entendido como prodigalidad, ha persistido a través de los siglos en el derecho civil. Esta formulación, fundada básicamente en criterios económicos y tendiente a la protección del patrimonio familiar, ha ido siendo sustituida por la noción de

2. *Adaptado*, en el sentido de *eúkolos*, vocablo griego que designa a aquel que no sueña ni delira, pero que saltó a lo superior. Parece que hubiera tenido mejor suerte con su nieto Sófocles el menor, hijo de Aristión, concebido con su otra pareja, que produjo algunas obras de las que hay referencias más o menos laudatorias pero que se perdieron.

alienación en algunas corrientes jurídicas del siglo XIX de donde surgía que la dilapidación patrimonial no sería más que un síntoma de una perturbación más amplia del funcionamiento personal. Así parece haberlo entendido nuestro codificador, en el siglo pasado, recurriendo a un concepto fuerte y abarcativo, como es el de interdicción por demencia, y recién, muy posteriormente, en 1968 se legisla sobre la inhabilitación. Con esto, la prodigalidad adquiere una categoría jurídica propia conjuntamente con las toxicomanías, el alcoholismo y la debilidad mental leve.

Es difícil, desde el punto de vista de una psicopatología que intenta dar cuenta en forma más amplia de la conflictiva humana, entender la prodigalidad como una aptitud que tenga existencia por sí misma, aislada o desgajada de otras perturbaciones psicológicas. A este criterio deberíamos hacerlo extensivo al otro polo del trastorno: la avaricia. Así se entendería hoy de un modo más adecuado o más contextualizado en el marco de una apreciación psicológica realista.

Nuestras leyes sufrieron las vicisitudes de la historia de estos conceptos (insania, interdicción, inhabilitación) pero esto deberá ser motivo de otro recorrido que necesariamente deberá pasar por el derecho romano y su fuerte influencia en los civilistas de los países occidentales. Pero no deberíamos dejar de lado las concepciones griegas que anticiparon el desarrollo del pensamiento jurídico romano. Hay un momento que media entre el siglo I a.c. y los dos primeros de nuestra era en que se produce el trasvasamiento dentro de ese proceso que es la continuidad histórico-cultural de occidente.

Por otra parte, también es posible ver aquí una etapa en la historia de las ideas psiquiátricas: momento en el que se formula una teoría del sujeto que emerge de una sociedad democrática y esclavista, sustentada en una economía básicamente agraria y artesanal y con un fuerte desarrollo cultural; concepciones jurídico-sociales y concepciones antropológico-culturales se articulan obligadamente ■



Referencias bibliográficas

1. Aristote, L., Hommes de Genie et la Melancolie. *Problème XXX*. Petite Bibliothèque Rivages, Paris, 1968
2. Aristóteles, "Economía Doméstica", Libro 1, Cap. 6, en *Obras*, Ed. Aguilar. (Traducción Francisco de Samaranch), Madrid, 1970, Pág. 1383
3. Aristóteles, "Retórica", Libro 11, Cap. 9, en *op. cit.* Pág. 165
4. Aristóteles, "Constitución de Atenas", Cap. 56, en *op. cit.* Pág. 1609 y ss
5. Cantu, C, Historia Universal, Ed. Sopena Argentina, Bs. As., 1944.
6. Cicerón, citado por Felix Corso en "Prólogo", *Tragedias de Sófocles*. Ed. Librería Perlado, Madrid-Bs. As., 1944, Pág. XII.
7. Jaeger, W., *Paidea*, Ed. Fondo de Cultura Económica de Argentina, Bs. As. 1993 (Traducción de J. Xiran y W. Roses) Pág. 252
8. Platón, "Fedro (o de la Belleza)", en *Obras Completas*. Aguilar Ediciones, Madrid, 1966, Pág. 863
9. Platón, "Las Leyes (o de la Legislación)", Libro XI, en *op. cit.*, Pág. 1487 y ss
10. Plutarco, *Vidas Paralelas*. *Licurgo-Numa*. (Traducción de A. Perez Jimenez). Ed. Planeta-deAgostini 1995. Pág. 186 y ss
11. Rojas, Nerio, *La psiquiatría en la legislación civil*. Valerio Abeledo Ed. Bs. As., 1938, Pag. 37.
12. Saint-Victor, P., *Las Dos Carátulas*. Joaquín Gil editor. Bs. As., 1959, Pág. 286
13. Wolf, Erik, *El origen de la ontología jurídica en el pensamiento griego*. Ed. de la Universidad Nacional de Córdoba, 1965, Pág. 12 y ss

La influencia de la biología sobre la psiquiatría

Noel Feldman

*Profesor Honorario de la Universidad de Montreal. Canadá. Profesor de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Director de la Maestría en Psicopatología y Salud Mental de la Universidad Nacional de Rosario
José Hernández 1590. 2000 - Rosario. E-mail: feldman@citynet.net.ar*

La psiquiatría se encuentra en su encrucijada. Se trata de una posición en cierto modo incómoda, pero consubstancial con su naturaleza. Esto es así desde su nacimiento, si fijamos su nacimiento en Pinel; pero fue así aún antes, cuando todavía no tenía identidad propia, cuando su ser –cuerpo de conocimientos teóricos y terapéuticos– carecía de especificidad.

En efecto, la psiquiatría de Pinel se realizó en y con el entrecruzamiento que la hizo indisoluble de la Revolución, del iluminismo, del sensualismo de Condillac, de la defensa de la experiencia sistemática de Bacon frente al silogismo aristotélico. Se enfrentó con prejuicios y creencias ancestrales, para llegar a establecer su objeto: el de la alienación mental, en lugar de la sinrazón del hombre que, habiendo perdido el alma, quedaba reducido a su condición animal.

Henri Ey sintió la necesidad de salir a defender, delimitándolo, el territorio de la psiquiatría, estableciendo sus fronteras con los vecinos; los más poderosos, ciertamente, la neurología y el psicoanálisis, pero también la antropología, la filosofía, la psicología. En cuanto a su relación con la medicina y para la medicina la psiquiatría siempre fue una hija poco presentable, distinta a las demás: un poco rara y poco fiable.

Más recientemente H. E. Lehmann¹ analizó a la psiquiatría en su condición de madre de tres hijas: la mayor es la psicoterapia, las dos más jóvenes son las neurociencias y la salud mental. “La primera es la menor, niña precoz y muy dotada, la del medio es la salud mental, una criatura con buenas disposiciones pero todavía aquejada por algunos problemas

de identidad, como toda hija del medio”. Como agrega Lipovetsky, la menor logró ocupar un lugar de privilegio, la mamá le dio la habitación que ocupaba la hermana mayor y ésta pasó a ocupar un colchón en el piso de un pequeño cuarto. La razón de ese cambio residió en que la menor auguraba a la mamá un prometedor futuro y... el mantenimiento económico.

Siempre fue así; siempre se hizo necesario redefinir el lugar de la psiquiatría en el campo de la ciencia y aún en el campo disciplinar. Ello no es casual. En otro lugar(1) hemos señalado que la psiquiatría se encuentra cabalgando sobre dos campos epistémicos: el de las ciencias de la naturaleza y el de las ciencias del hombre. Tal condición, estimulante, si las hay, conlleva el riesgo permanente de deslizamientos hacia un lado o hacia el otro. Dichos deslizamientos no tienen la regularidad matemática del péndulo, sino que se producen con la indeterminación de los procesos históricos y por la participación de las múltiples variables, teóricas o técnicas, presentes en uno u otro de ambos campos epistémicos y por fuera de ellos en la sociedad y en la cultura en un momento determinado.

Hoy pienso que la marcada y creciente tendencia biológica en psiquiatría no es un deslizamiento de la psiquiatría, sino más bien el resultado del empuje ejercido por fuerzas orientadas por una política científica, asociadas a intereses económicos que obtienen sus beneficios del mercado de la locura. Si bien es cierto que la psiquiatría en toda su historia fue siempre más diseñada desde afuera y construida desde adentro, en este momento está siendo diseñada desde afuera y se producen fuertes intentos

Resumen

En este artículo se analiza la situación actual de la psiquiatría definiéndola como una encrucijada, una verdadera crisis de su paradigma. Luego de considerar aspectos de la historia de la psiquiatría, tanto desde su evolución interna como desde los fenómenos de la historia general y de las otras ciencias, se señalan los riesgos actuales que provienen del reduccionismo biológico

Palabras clave: Psiquiatría y biología – Paradigmas en psiquiatría – Epistemología y psiquiatría – Historia de la psiquiatría.

BIOLOGIST PRESSURE ON PSYCHIATRY

Summary

In this article the current situation of the psychiatry is analysed defining it like a crossroad, a true crisis of its paradigm. After considering aspects of the history of the psychiatry, so much from their internal evolution as from the phenomenons of the general history and of the other sciences, the current risks, coming from the biological reductionism, are pointed out.

Key Words: Psychiatry and biology – Paradigms in psychiatry – Epistemology and psychiatry – History of psychiatry.

por fijar desde afuera los pilares que deberán sostener el edificio.

Por otra parte, aun si en cada momento histórico por los que atravesó la psiquiatría, pueden señalarse corrientes teóricas dominantes –cuya identificación paradigmática permite distinguir diferentes períodos– el campo, lejos de ser homogéneo, siempre se caracterizó por ser heterogéneo y complejo.

En un primer momento la herencia de Bacon y las condiciones socio-políticas y culturales de la época, permitieron, con Pinel² y Esquirol, la emergencia de una clínica médico-psiquiátrica, estableciendo, al mismo tiempo, las bases para la construcción teórica de la psiquiatría del siglo XIX; pero, transcurridas pocas décadas, ella encontrará otras condiciones para su desarrollo.

La producción compeana más importante puede situarse entre 1830 y 1842. Vinculado a las corrientes del socialismo utópico y a las escuelas científicas aparecidas con la Revolución francesa, el positivismo reunía motivos ilustrados y románticos y rápidamente se difundió por toda Europa, desplazando al uso metafísico de la razón.

Sin embargo, "La nueva clase dirigente francesa, tras hacerse con el poder a través de luchas sangrientas, estaba decidida a abandonar las ambiciosas ideologías político-filosóficas del S. XVIII con el fin de evitar que pudieran servir de estímulo para nuevas y más radicales transformaciones sociales"(2).

De modo que dicha clase dirigente, al mismo tiempo que criticaba duramente a la ilustración, continuó desarrollando el programa de aquella, pero desde el positivismo que, con el correr de los años, se convirtió en un movimiento orientado a la exaltación de los hechos contra las ideas, de las ciencias experimentales contra las teóricas, y de las leyes físicas y biológicas contra las construcciones filosóficas. Estaba en el interés de ese sector seguir impulsando las ciencias que la nascente industria precisaba cada vez en una medida mayor, pero despojándolas de la substancia iluminista en sus aspectos más humanistas.

Como quería el positivismo ampliamente reinante, esa psiquiatría se remite a los hechos y datos de la experiencia, favorecida por la presencia del asilo, como lugar privilegiado de expresión de la locura y, por ende, de su conocimiento en las manifestaciones propias a los distintos períodos de la enfermedad y en el resultado de las acciones terapéuticas emprendidas³.

Para que los intentos terapéuticos pudieran contar con aval científico requirieron siempre de una teoría etiológica. Las teorías con base organicista fueron privilegiadas, aun cuando el "descubrimiento" no pasase de una incierta "inflamación de las meninges". También es cierto que las ideas "psicologistas" estuvieron presentes desde Pinel, pero aun así, la idea dominante consideró que la psicosis tenía ciudadanía en el territorio cerebral.

La psiquiatría de la segunda mitad del S. XIX, a la que posteriormente se llamó "clásica", fue contemporánea de los grandes descubrimientos que, en el plano de la ciencia y de la técnica, marcaron el período histórico del desarrollo del capitalismo y su expansión colonial. Recordemos algunos:

- electroquímica, M. Faraday (1791-1867);
- óptica, J. von Fraunhofer (1787-1826);
- química inorgánica (tabla periódica), D. I. Mendeliev (1834-1907);
- química orgánica: proteínas, grasas e hidratos de carbono;
- física (primer principio de la termodinámica);
- ecuaciones diferenciales de Maxwell;
- fuentes de ondas electromagnéticas, H. Hertz (1857-1894);
- S. Cannizaro (1826-1910), distinción entre átomo químico y molécula física.

En biología

- investigaciones bacteriológicas, L. Pasteur (1822-1895), quien refutó la concepción de la generación espontánea;
- E. Jenner (1749-1823), la vacunación;
- J. Lister (1827-1912), el método antiséptico;
- R. Koch (1843-1910), el microorganismo que provoca la tuberculosis;
- F. J. Gall (1758-1828), investigación del cerebro;
- F. Magendie (1783-1855), los nervios raquídeos;
- C. Bernard (1813-1878), el calor animal y la acción del sistema nervioso sobre la nutrición y la secreción, y su obra de metodología científica;
- Ch. Darwin (1809-1882) la teoría de la evolución a través de la selección natural;
- G. Mendel (1822-1884), teoría de la herencia.

Este muy escueto recordatorio intenta dar cuenta del ambiente científico en el que intenta tomar carta de ciudadanía científica la psiquiatría. Notemos que ese ambiente no es muy distinto al que vivimos en la era presente, que inicia el S. XX con la ley de la relatividad, la física cuántica, la cibernética y todos los desarrollos científicos y técnicos ulteriores.

A mediados del siglo XIX, a partir de ciertas exigencias filosóficas y de los conocimientos sobre el sistema nervioso, nace la Psicología. Para Compte dicha ciencia se puede reducir en parte a la biología y, en parte también, a la sociología. Desde el punto de vista metodológico, los problemas fundamentales que debe afrontar la Psicología son dos:

- caracterizar la vida psíquica con respecto a la realidad fisiológica; y
- establecer un criterio para determinar las leyes de la vida psíquica a partir de los datos suministrados por la experiencia exterior: en Alemania, la indagación psicológica apela, más que a la base filosófico-positivista, a los progresos realizados en los campos de la física(4).

La tesis anatomopatológica de Bayle, ilustrada con la PGP, hará que la clínica psiquiátrica busque la lesión para establecer la causa.

El fin de la ilustración, el auge del positivismo y el fracaso de la revolución obrera de 1848, no sólo coinciden temporalmente: ideas, ciencia y política se enfrentan una vez más con sus poderes y razones. Al final de esa confrontación se impone "el orden como principio, el progreso como fin". "La medicina busca la inteligibilidad de la enfermedad mental, como se puede comprobar en la obra de Morel, en bases orgánico-genéticas. En Alemania, Griessinger –se considera su *"Pathologie und therapié der psychischen krankheiten"*(1845), como el texto fundacional de la psiquiatría científica alemana– aleja la disciplina de

las especulaciones del romanticismo, considerando el trastorno mental como una enfermedad del cerebro, un conjunto de síntomas derivado de alteraciones de distintas zonas cerebrales"(6).

Las teorías degeneracionistas (Morel, Magnan), vendrán a facilitar la imposición de la idea de incurabilidad y de alteración viciosa de un tipo primitivo perfecto. Magnan se desmarcará de esta posición reemplazándola por el evolucionismo darwiniano. Como no podía ser de otra manera, se imponen los tratamientos biológicos medicamentosos y corporales.

Kraepelin no se preguntará nada sobre el ser del sufrimiento psíquico. La Psiquiatría es una rama de la Medicina que estudia las enfermedades, que obedecen a una causa específica o inespecífica y a su tratamiento.

"Lo que una ideología semejante encubre y justifica –y lo que ha perdurado– ha sido no una clasificación de enfermedades sino una organización de las actividades del psiquiatra que de acuerdo con una serie de indicadores (en el diagnóstico) puede regular sus expectativas (en el tratamiento) comunicando sus experiencias a los colegas.

La culminación de este proceder corresponde después de la Segunda Guerra Mundial a la *American Psychiatric Association* y, hoy, emblemáticamente a Spitzer. La clasificación propuesta por el DSM III, no sólo no exige de su usuario la presuposición de la existencia de enfermedades sino que repite en su prólogo la afirmación, que ya realizaba la edición previa a la revisión, de que "no existe una definición satisfactoria de trastorno mental". No parece a sus mentores que ello vaya a dificultar, sino todo lo contrario, su objetivo de servir para "proporcionar un lenguaje común para clínicos, investigadores y científicos" respetando la condición de que sea "aceptable desde diferentes concepciones teóricas"(7).

De modo que la presunción de la naturaleza biológica de la patología psíquica siempre tuvo peso. Hoy, llamativamente, las corrientes biológicas cognitivistas y las neurociencias desbordan sobre la clínica exigiéndole claridad clasificatoria y empobrecimiento conceptual. Es allí donde el DSM se constituye en punta de lanza del reduccionismo biológico sobre el cuerpo de la Psiquiatría, como veremos más adelante.

Helène Oppenheim-Gluckman(7), dice que el cognitivismo reagrupa un conjunto de teorías diversas, sin unidad, ni orientación consensuada⁴ y que su modelo (basado en la metáfora de la computadora) es criticado por numerosos neurobiologistas como Edelman y Changeux. El objeto de la neuropsicología cognitiva es el estudio de las relaciones cerebro/procesos cognitivos/comportamiento. El paradigma, la teoría de la información y de los sistemas, es decir, la cibernética. La autora se pregunta:

- ¿por qué el cognitivismo se presenta como teoría unificada y científica, mientras en los hechos recubre teorías que no son ni complementarias, ni convergentes y que no han sido capaces de lograr ninguna síntesis?

- ¿por qué esta psicología experimental ha impactado tanto en psiquiatría?

Ella no tiene respuesta. Sin embargo, en el mismo

artículo, cita a J. M. Danion, para quien la psicopatología cognitiva se sitúa a un nivel "intermediario entre la clínica y las lesiones neurobiológicas" y se plantea la posibilidad de la construcción de una psiquiatría a partir de modelos cognitivos y comportamentales ligados a variables biológicas o a acciones farmacológicas.

Para otros el cognitivismo es una teoría capaz de explicar hegemoníamente el funcionamiento psíquico y debiera ocupar el campo de la psiquiatría y de la psicopatología. B. G. Charlton escribe en el *British Journal of Psychiatry*: "las categorías de la esquizofrenia, de la depresión y de la manía debieran ser abandonadas a favor del desarrollo de una nosología cognitiva"... "la finalidad última es establecer una nueva disciplina, la neuropsiquiatría cognitiva".

Hasse Kalsson y Matti Kampainen⁵ señalan que la postura eliminativista, forma fuerte de reduccionismo neurobiologista, consiste en considerar que en tanto los conceptos mentales puedan o no ser reducibles a conceptos neurofisiológicos, las categorías de la psicología son en ciertos casos tan vagas, que debieran de todos modos ser eliminadas de la ciencia. De acuerdo a este planteo, tarde o temprano todos los conceptos psicológicos serán reemplazados por conceptos neurobiológicos. Una versión más suave es la llamada reduccionismo causal, que pareciera ser sostenida por la mayoría de los psiquiatras biológicos; para éstos, aunque el fenómeno psicológico existe, es secundario. En definitiva se trata de una concepción epifenomenalista, de acuerdo a la cual el pensamiento es "segregado" por el cerebro. Como bien señalan los autores, la dificultad con esta concepción es que no puede explicar cómo efectos neurobiológicos similares pueden diferir en el nivel de la experiencia o del comportamiento de acuerdo al contexto.

Si el sufrimiento psíquico queda reducido a la alteración de una función cognitiva y la reparación de tal "handicap" es patrimonio de técnicas reeducativas y readaptativas, tras una pretendida ciencia desaparece todo lo que al hombre lo hace humano. Posiblemente nadie lo dijo tan claramente como P. Changeux, en 1983: "El hombre ya no tiene necesidad de espíritu, le alcanza con ser el hombre neuronal". Afortunadamente, por ahora, las terapias cognitivas no tienen relación directa con las ciencias cognitivas.

Para responder a ese desafío, algunos, como Bourguignon (1986), consideran que la investigación clínica requiere de la definición de las reglas metodológicas que le permitirían ser considerada como científica. Esto, sin embargo, no cambiaría para nada el carácter de la investigación tal como es llevada adelante por las corrientes biológicas, puesto que pondría a la clínica a trabajar por fuera de la teoría. Pardinielli y Delahousse(12) plantean, por el contrario, que la investigación clínica debe hacerse a partir de la clínica y del lugar del clínico en ella.

Para nosotros esto significaría la posibilidad de que el clínico produzca investigación clínica y aún clínica farmacológica, a partir de su posición teórica y necesariamente de las condiciones particulares en las cuales se da la actividad clínica. Existe una clínica que, desde cada disciplina, se produce en el abordaje de la problemática de la salud mental y es el lu-

gar desde donde debe producirse teoría y método capaz de validarla.

La cientificidad de la psiquiatría no estará resuelta por el método utilizado en sus investigaciones si no se asegura previamente un mínimo acuerdo sobre el estatuto óntico del objeto teórico, de la naturaleza de la disciplina que lo aborda y de las propiedades del método. Si ello no es así, cada resultado exitoso de la investigación en un área determinada conlleva la tentación de producir un efecto reduccionista ejercido sobre las otras áreas teóricas, y desde luego, necesariamente prácticas. De allí que la sola utilización de un fármaco capaz de producir un efecto beneficioso en muy corto plazo, tendrá efectos reduccionistas que habrán de extenderse mucho más allá de los límites de un hecho puntual de casi nula significación.

En 1980, la APA adoptó oficialmente un nuevo sistema de clasificación (DSM III) que fue presentado como una realización exitosa de la psiquiatría contemporánea, en tanto ubicaba a la profesión en el terreno de la ciencia y contenía los procedimientos capaces de eliminar el desorden que hasta allí reinaba en el diagnóstico psiquiátrico(9).

Lo más notable de esta revolución era que no había evidenciado ni un solo trastorno mental nuevo, ni había propuesto tampoco nuevos tratamientos, ni siquiera aportado alguna explicación a las enfermedades mentales. Por otra parte, los autores declaraban expresamente, como si se tratase de una virtud, su renunciamento a todo intento de formulación teórica y de haber evitado cuidadosamente toda hipótesis etiológica de las enfermedades mentales en los casos en los que no existieran ya causas orgánicas reconocidas y demostradas.

La revolución, finalmente, consistía en haber reemplazado a la psiquiatría de orientación dinámica que primaba en el DSM II. Se argumentó que la vieja psiquiatría derivaba de la teoría, mientras que la nueva lo hacía desde los hechos.

Cuando apareció el DSM III, los psiquiatras norteamericanos estaban situados precariamente en un mercado en plena expansión. A pesar de que su profesión les confería una posición intelectual dominante –luego de haber asumido la autoridad sobre los problemas personales, desplazando al clero y a los neurólogos– los psiquiatras promovieron terapias ambulatorias que terminaron generalizándose e incorporando a psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, consejeros de pareja y familia, etc. Por otra parte permanecían como marginales en el seno de la profesión médica, sobre todo a causa de las bases poco científicas de sus teorías y técnicas.

Con el desarrollo de la biopsiquiatría los psiquiatras lograron afirmar su posición tanto con respecto a los otros médicos, como en cuanto al conjunto de los profesionales no médicos que ejercían dentro del campo específico.

Por el carácter de su proyecto –que se apoya, por un lado, sobre las bases fisiológicas, genéticas y químicas de las alteraciones mentales y, por el otro, sobre los tratamientos psicofarmacológicos– la psiquiatría biológica acentuó el carácter médico de la psiquiatría, otorgándole una autoridad que se encontraba debilitada tanto en el campo de la medicina, como en el de la Salud Mental.

Es en estas condiciones que aparece el DSM III, *Manual de diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* de la APA, el que, de oscuro libro de referencias, se convirtió en un tratado omnipotente que ha focalizado la psiquiatría norteamericana desde su aparición, y se ha propagado por América y Europa, a pesar de las revisiones y de las nuevas versiones aparecidas desde entonces.

"Un sistema oficial de clasificación de los trastornos mentales encarna ciertos aspectos fundamentales de la manera como la psiquiatría concibe su propio rol. Clasificar consiste en distribuir y reagrupar los fenómenos de acuerdo a uno u otro sistema o principio. El DSM III... dibuja los límites del campo en el seno del cual la psiquiatría afirma su conocimiento y su autoridad exclusivas"(10).

Los problemas nosológicos generaban toda una serie de dificultades a la investigación empírica, que no encontraba manera de resolver. No sucedía lo mismo con la investigación clínica ya que las dificultades generaban apasionados pero enriquecedores debates sobre la cuestión referida a la validez conceptual en torno a la psicopatología, la neurosis, la psicosis y toda una serie de nociones psicopatológicas y cuadros clínicos.

Para los investigadores, los problemas de la fiabilidad presentan una gran ventaja; en lugar de preguntarse sobre las definiciones conceptuales y el significado de los problemas psíquicos, la fiabilidad sólo requiere una cierta coherencia diagnóstica entre algunos profesionales y ello puede ser resuelto de manera técnicamente sencilla. Se trató, ni más ni menos, de agrupar síntomas y constituir "trastornos" en el convencimiento de que la fiabilidad del procedimiento constituía garantía de cientificidad.

A partir de allí, las investigaciones epidemiológicas tendientes a discriminar la prevalencia o las incidencias de las diferentes formaciones clínicas, las investigaciones clínicas orientadas a redefinir los grupos y sub-grupos y las investigaciones farmacológicas, se fundaron en la metodología, de un modo tal, que incluso en el caso de las investigaciones clínicas los profesionales imperceptiblemente devienen técnicos manejando una metodología: aquella que asegura la fiabilidad.

Algunos vieron en el nuevo Manual el triunfo eminentemente criticable de la investigación empírica y del positivismo lógico en psiquiatría. Seguramente el DSM cumple con la función de desterrar de la psiquiatría su *corpus*clínico, en tanto fuente generadora de reflexiones sobre la condición humana y su sufrimiento subjetivo⁶. Tal vaciamiento de la psiquiatría es perfectamente congruente con las formulaciones provenientes de algunos voceros del cognitivismo y de la neurobiología en su afán reduccionista.

"Esta experiencia de la unidad de la ciencia sobre la base de la física permite a menudo justificar una actitud reduccionista de acuerdo a la cual, todo en la naturaleza debe poder ser explicado a partir de cadenas causales de los fenómenos físicos. Esta actitud llevada al extremo conduce a un monismo materialista que no deja ningún espacio, no solamente para el espíritu sino tampoco para el pensamiento como fenómeno autónomo, o para la vo-

luntad, el deseo y toda otra intencionalidad en la expresión de un sí mismo autónomo; tampoco hay lugar para la afectividad, sin mencionar el mundo del arte y de la estética que una ciencia realizada debiera ser capaz de explicar "reduciéndolas" a fenómenos físicos, por ejemplo: interacciones moleculares en el cerebro" (11).

No es lícito pretender, por ejemplo, reducir la memoria vivencial ligada al afecto, a la memoria cognitiva constituida de operaciones elementales del tratamiento de la información e inscritas en lo biológico. Pero, en realidad, lo que mediante ello se pretende es negar el espacio de las ciencias humanas que, desde mediados del S. XIX, se establecen junto a las ciencias exactas, introduciendo en el pensamiento occidental espacios de conocimiento específicamente humanos, tales como la sociología, la lingüística o el psicoanálisis –y, con ellos, cuestiones como la alienación, la comunicación o el deseo– y el espacio específicamente establecido por el objeto de la psiquiatría, el del sufrimiento psíquico, considerado en su sentido más amplio.

De allí que la psiquiatría tiene un compromiso y un lugar desde donde debe generar teorías y prácticas que sirvan al hombre en su condición humana. Muchos psiquiatras han mostrado ya su preocupación por las dificultades en que se debate nuestra especialidad, derivadas de lo que se sintetiza como su crisis paradigmática. Los embates del reduccionismo fundamentalista biologizante (como también el psicoanalítico), desde una ambición homogeneizante no hacen sino confundir los espacios epistemológicos, desconociendo la complejidad del campo y la necesaria pluralidad disciplinar.

Una de las manifestaciones más importantes de la crisis paradigmática de la psiquiatría se expresa en las insuficiencias de su clínica para dar respuesta, entre otras, a las exigencias impuestas por los grandes cambios operados en la subjetividad de las personas, como consecuencia de las brutales transformaciones sociales y culturales producidas desde la segunda guerra mundial. El campo de la clínica es el corazón de la psiquiatría y es desde allí, en su confrontación cotidiana con los pacientes, que la psiquiatría podrá comenzar a construir sus nuevos apoyos paradigmáticos.

Llamativamente, mientras desde el fundamentalismo psicoanalítico se desprecia a la clínica psiquiátrica, considerándola una clínica de la mirada y se propone la eliminación de toda nosología y nosografía, desde el fundamentalismo biologizante y de la investigación empírica se nos ofrece compulsivamente la esquelética clínica del DSM. El carácter compulsivo del DSM se expresa, por ejemplo, en el hecho que toda investigación clínica que desee ser publicada en revistas con referato, debe ser realizada utilizando el DSM como referencia. Se trata de un "inocente" condicionamiento, perfectamente articulado a una política científica que forma parte del amplio proyecto de reducir al hombre a un rol de productor-consumidor.

Stéphan Geir(13) planteó las respuestas posibles derivadas de la utilización de la psiquiatría, la biología y el psicoanálisis, en los siguientes términos:

- Que un día o la biología o el psicoanálisis ha-

yan progresado suficientemente para que una u otro resuelvan el problema. Si bien el autor no lo dice, está claro que esta respuesta se corresponde con un reduccionismo fuerte del tipo de reducción de lo biológico a lo macromolecular, de éste a lo molecular y de éste a lo atómico, con lo cual la biología queda reducida a la física. Pero el proceso podría hacerse, escribe Atlan(11), de la psicología a la neurofisiología, de ésta a la bioquímica y de ésta a la mecánica cuántica.

- Que un día se descubra un lenguaje específicamente psiquiátrico que englobe el de la biología y el del psicoanálisis. Si bien S. Geir no lo menciona, esta respuesta parece acercarse demasiado al programa del positivismo lógico.

- Que el psicoanálisis y la biología continúen cada uno prosperando de manera homogénea y la psiquiatría como una disciplina particular, diferente a ambas, cuya especificidad residiría en la articulación de aquéllas en la acción terapéutica de los fracasados de una y otro.

S. Geir elige la tercera respuesta respaldado en argumentos puramente epistemológicos y para ello parte de la idea expresada por Foucault respecto a la explosión del campo epistemológico en el S. XIX y sus consecuencias:

- El nacimiento de objetos científicos abstractos, es decir, una realidad psíquica que no tiene existencia concreta y que se instala con sus propios objetos en un espacio de creatividad del pensamiento. Mientras que los objetos de la realidad concreta tienen como fundamento representaciones innatas parecidas en todos los seres humanos, los objetos de la realidad psíquica se construyen sobre un contexto semántico adquirido, sometido a variaciones individuales.

- Aparición de conceptos de lo general y singular representativos de dos campos discontinuos del saber. Lo general estudia lo que es común, es decir, objetivo. La biología moderna se funda sobre esta referencia general. El conocimiento de una fracción permite la generalización y por lo tanto la predictibilidad. En el campo de lo singular sólo es tomado en consideración el individuo para desprender las particularidades que lo diferencian de los otros. Las características subjetivas no son previsible.

- El pensamiento científico moderno es capaz de recortar cada individuo en unidades cada vez más pequeñas (la teoría celular, p. ej.), transformando al individuo en población.

Para el autor hay siempre una discontinuidad entre población e individuo, entre general y particular. Sin embargo considera que la noción de individuo es arbitraria, ya que puede pasar de una grilla a la otra. "En psiquiatría hay que articular el costado singular del paciente, lo que el psicoanálisis es capaz de hacer mejor, con el costado general, que la biología representa actualmente de manera más satisfactoria".

Más arriba mencionamos que la psiquiatría se encuentra cabalgando sobre ambos campos epistemológicos, es decir, campos establecidos por nuestra manera de conceptualizar el conocimiento o, dicho de otra manera, por la forma particular del uso de la razón en la modernidad. En la realidad, ni el psicoanálisis es incapaz de generalizar, ni la biología de

particularizar. Más allá aún, ni el psicoanálisis, ni la biología pueden apropiarse hegemónicamente del campo epistémico de las ciencias del hombre o de las ciencias de la naturaleza en el espacio de la psiquiatría. Menos aún si ésta es concebida integrada al amplio espacio de intercambios que constituye la realidad de la vida concreta de las personas y de intercambios disciplinares abarcados por la Salud Mental. Por otra parte, difícilmente podría responder a las exigencias de su objeto si no lograra apropiarse debidamente del mismo a través de una clínica adecuada a la naturaleza compleja de éste, en lo concreto vital de cada persona y desde una psicopatología capaz de comprender el sufrimiento desde todas las perspectivas que en él confluyen.

Dicho de otra manera, las insuficiencias actuales de la psiquiatría, que pretenden ser aprovechadas por las corrientes biológicas y por el DSM, no se resolverán ni con la una, ni con el otro, ni tampoco con el psicoanálisis. Las investigaciones y aportes de la biología, así como los del psicoanálisis son importantes y deben ser bienvenidos, así como deben ser denunciados sus intentos reduccionistas. Pero la psiquiatría no puede reducir el abordaje teórico y terapéutico del sufrimiento psíquico –y no de la enfermedad– a la molécula, ni al inconsciente, ni tratar de unir dos partes para formar una, puesto que cada una de ellas tiene sus objetos, sus paradigmas, sus modelos explicativos y experimentales, sus métodos de investigación y tratamiento. Sin limitarse a uno o al otro, pero no renunciando a buscar los posibles niveles de integración entre conocimientos parciales de la problemática psíquica, la psiquiatría irá definiendo su espacio específico en la medida en que se trabaje la clínica y en que ésta sea la referencia obligada de la psiquiatría.

Aquí se plantea una cuestión ineludible: las diferencias entre la investigación clínica hecha por los

clínicos y aquélla que realizan los investigadores. "La clínica no es la aplicación sistemática de una grilla a un material, sino una elaboración controlada de un dato, a partir de hipótesis y de interpretaciones"(14). De allí que una de las cuestiones básicas a dilucidar se refiere al tipo de validación. En el caso de la investigación clínica por los clínicos no es posible utilizar aquellos tipos de validación que se consideran científicos, es decir, los métodos cuantitativos y la refutación popperiana y difícilmente los métodos cualitativos. En la investigación clínica hecha por los clínicos no se trata de cuantificar sino de distinguir, de reconocer lo original significativo, el sentido o el aparente sin sentido.

Cada una de las grandes descripciones clínicas de la época de oro de la psiquiatría se elaboraron con siete u ocho pacientes; Freud hizo desarrollos clínicos y teóricos de enorme y perdurable valor a partir de casos aislados.

Los problemas que enfrenta la psiquiatría, y en este caso la clínica, son problemas internos; permitimos que los investigadores creen que la adición de algunos síntomas es la esquizofrenia y los inducimos al error(15). Aquí se ve nuevamente el rol asumido por el DSM, como aliado de las posiciones reduccionistas biológicas; como instrumento de una pretendida científicidad de la psiquiatría; como escollo a una verdadera investigación clínica en tanto es requerido como grilla para la validación; como solución facilista para las nuevas generaciones de psiquiatras angustiados por la complejidad de las problemáticas que deben afrontar.

Para nosotros, psiquiatras, la clínica se construye con el sentido de todas las manifestaciones del sufrimiento psíquico, del cual ella es parte y vocero. Como decía Angelergues. "El sentido funda la causalidad porque es el sentido que anima los procesos psíquicos, los construye y los hace vivir" ■





Notas:

1. citado por G. Lipovetsky. "El polémico "avance" de la psicofarmacología". Zona Erógena Nº 45, 2000.

2. Según Bercherie, Pinel no es organicista puesto que las autopsias de cadáveres no le mostraron nada que pudiese ser atribuido a la causa del trastorno de la razón: por lo mismo desconfiaba de las teorías. "El anatomismo psiquiátrico que triunfa a mediados del siglo, sitúa en la ortodoxia médica de la época a la psiquiatría. El organicismo que nunca estuvo ausente en la tradición alienista, como podemos ver sobre todo en el dualismo de Esquirol y sus discípulos, se convierte en la filosofía casi única de las orientaciones del positivismo médico-mental que llegan hasta nuestros días"(4).

3. "la ley de 1838 permitía a las familias el internamiento, no de los peligrosos, los indeseables o los indisciplinados, sino de los locos. En ese sentido no hay continuidad entre la el asilo y la Bastilla, sino, al contrario, una diferencia radical: la medicalización del internamiento, en el que la administración era secundaria. Ningún prefecto puede firmar una orden de internamiento sin un certificado médico"(3).

4. Coincidente con esta opinión, se puede ver, Patricia Smith Churchland. "Neurophilosophy"(The MIT Press, 1986), aunque dicha autora no deja de señalar que alguna teoría en el futuro deberá ser candidata para ser reducida por la neurobiología.

5. Hasse Kalsson y Matti Kamppinen, "Biological Psychiatry and reductionism".

6. Robert McNamara del Banco Mundial, en 1978, resumía así las proyecciones con respecto a la pobreza: "Aún si las proyecciones -optimistas- con respecto a las tasas de crecimiento del mundo en desarro -

llo se cumplieran, alrededor de 600 millones de individuos permanecerían atrapados en la pobreza más absoluta hacia el fin de este siglo". Pues bien, estamos en el fin de siglo y no son 600 millones de individuos que se encuentran atrapados en la miseria, sino el triple de esa cifra. En solo veinte años, las proyecciones del Banco Mundial se equivocaron en un 300% con respecto al destino de 1.800 millones de seres humanos, es decir del 30% de la humanidad. En esas condiciones numerosos intentos románticos y humanistas nacidos en los años '50 y '60 -liderados por profesionales de la Salud Mental e integrados por miles y miles de jóvenes entusiastas- vieron primero la transformación de los hospitales psiquiátricos, luego la desinstitucionalización y el abordaje comunitario, como el camino y la forma de terminar con la reificación de la locura y se encontraron confrontados con las dos pinzas de una tenaza: por un lado los magros presupuestos en los países del Tercer Mundo, particularmente los dedicados a Salud Mental y, por el otro lado, la presión del *managed care* de un reduccionismo terapéutico facilista; todo lo cual derivó en el mismo sentido de la reificación que había retrocedido con la caída de los muros del hospicio.

Referencias bibliográficas

1. Feldman, N., "Para pensar una nosografía". *Vertex, Rev. Argentina de Psiquiatría*, Volumen Vº, Nº 17, 1994
2. Geymonat, L., *Historia de la Filosofía y de la ciencia*.T. III p. 105-6. Ed. Critica, Barcelona, 1986
3. Ariès, Ph. y Duby, G., *Historia de la vida privada*.T. VII. Ed Taurus, Buenos Aires, 1991
4. Geymonat, L., *Op. Cit.*
5. Bercherie, P., *Les Fondements de la Clinique*.Navarin Éditeur, Paris,1980.
6. Desviat, M. (Coordinador), *Epistemología y Práctica Psiquiátrica*.Ed. Maríar S. A., Madrid, 1990
7. Desviat, M. *Op. Cit.*
8. Oppenheim-Gluckman, H., "Cognition et Psychiatrie". *Psychiatrie Française*.Vol XXVIII. Août, 1997
- 9) Kirk, S. Y Kutchins, H., *Aimez-vous le DSM?*Inst. Synthélabo. Francia 1998. Título de la edición original: "The selling of DSM. The Rhetoric of science in Psychiatry" NY, 1992
10. Kirk, S. Y Kutchins, H. *Op. Cit.*
11. Atlan, H., *À Tort et à Reason*Edit. Du Seuil, Paris, 1986
12. Pendinielli, J-L., Delahuosse, J. "Epistémologie de la recherche clinique: cliniques du chercheur et du clinicien" *Psychologie Médicale*1988, 20, 12: 1835-1840
13. Geier, S., "Psychiatrie, psychanalyse et biologie" *Révue Française de Psychanalyse*.5/1990
14. Pendinielli, J-L., Delahuosse, J. "Epistémologie de la recherche clinique: cliniques du chercheur et du clinicien" *Psychologie Médicale*1988, 20, 12:1835-1840
15. Kapsambelis, V., "Le psychiatre clinicien face à la recherche fondamentale". *Psychiatrie Française*.Vol. XXVIII, Sep. 1997

¿Qué hacer con la transferencia en psiquiatría?

François Caroli

Jefe de Servicio. Departamento de Psiquiatría 18/19. Hospital "Sainte Anne". 1, rue Cabanis, 75014. París, Francia

Dado que el psiquiatra es un médico susceptible de actuar, prescribir, internar, ¿puede presentarse como Sujeto-Supuesto-Saber? ¿Su potencialidad para actuar no parasita su escucha?

No, si trabaja en su consultorio, y se reúne con otros psicólogos y analistas.

Sí, si trabaja en una institución, pues se vuelve un Sujeto-Supuesto-Poder, pero también se torna objeto de responsabilización en diversas áreas: DDASS*, Consejo de Médicos, administración hospitalaria, familia, sin hablar del riesgo de demandas judiciales, de factores ligados a su propio ascenso...

Podemos ceñirnos al ámbito del hospital para tratar dos situaciones preocupantes: la urgencia psiquiátrica y la función como Jefe de sector**. Por ello, es conveniente analizar la transferencia en estas dos áreas que, *a priori*, no se prestan a ella en lo absoluto.

No puede haber transferencia si no hay análisis. Así es, si hay dos nociones que parecen antinómicas ellas son las de urgencia y psicoanálisis. En efecto, quien dice urgencia dice acción, acción inmediata, aquí y ahora, ya sea una acción verbal o gestual, que haga intervenir a un tercero, saliendo así del colo-

quio singular. Ahora bien, el inconsciente sobre el que se trabaja ignora el tiempo. Este "método de investigación de procesos mentales" como decía Freud, implica en gran medida el respeto absoluto del trabajo de todo lo que realizará la elaboración psíquica; citemos por ejemplo los sueños, los lapsus, la expresión de los conflictos, etc...(4). Como dice Dominique Stein, "el inconsciente no sabe de tiempo, ni de muerte, ni de contradicción..." "No hay prescripción para el inconsciente". Podríamos decir que en psicoanálisis no hay nada urgente, mientras que la urgencia proviene de *urgeo*: lo que no podría esperar. Podríamos sacar la conclusión entonces de que el tema no tiene razón de ser. Sin embargo, podemos afirmar que, por un lado, en el marco del psicoanálisis (cura tipo), la urgencia existe y debe ser tratada como tal, y por otro lado, que en los lugares específicos donde se trata la urgencia, el psicoanálisis tiene su papel.

Urgencia y cura

Nos sentimos solicitados por la urgencia puesto que creemos poder responder ante ella. Esta interviene como una puesta en acto a la que se le contrapondría una suerte de pasaje al acto. ¿Qué nos autoriza a dejar nuestro sillón? Un sentimiento de inminencia que oscurece la escucha. Esta situación se da rara vez durante una pérdida: duelo afectivo, desocupación... pero sí durante reorganizaciones psíquicas brutales: emergencia delirante, invasión suicida, riesgo de infanticidio... En otras latitudes, los hay que opinan que en función del grado de peligro que perciben, están autorizados a la acción por la posición de poder que les confiere el analizado. El lugar donde se efec-

* N. del T.: DDASS, Direction Départementale de l'Action Sanitaire y Sociale, organismo francés que dirige la política de las áreas Salud y Servicio Social.

** N. del T.: El jefe de sector es un cargo de jefatura que comprende servicios hospitalarios y extra hospitalarios (casas de medio camino, hospitales de día, hogares de post-cura, etc.) que constituyen una unidad llamada sector. El sector, estructura básica de la organización psiquiátrica francesa, atiende integralmente la demanda de una población que habita un área geográfica determinada

Resumen

En el presente artículo se estudia la posibilidad de aplicar el concepto de transferencia en la práctica psiquiátrica. Para ello se estudian situaciones clínicas surgidas en la urgencia psiquiátrica y en el trabajo institucional.

Palabras clave: Transferencia y psiquiatría – Urgencias en psiquiatría – Instituciones y psiquiatría.

WHAT'S TO BE DONE WITH PSYCHIATRIC TRANSFER?

Summary

In this article the possibility to apply the transfer concept in the psychiatric practice is studied. In order to do that, the author analyses the clinical situations arisen in the psychiatric urgency and in the institutional work.

Key Words: Transfer and Psychiatry–Urgencies in Psychiatry–Institutions and psychiatry.

túa el proceso analítico es el único donde el sujeto estima –con justa razón, por contrato– poder disponer de una libertad total. Es por ello que puede considerarse estafado cuando enloquece al analista y lo agita hasta el punto de decidirlo a actuar. Posición mucho más frecuente hoy en función de todo lo que se dice acerca del maltrato infantil. Y sin embargo, existe un contrato inicial más allá de un contrato analítico: “es urgente hablar cuando ronda la muerte” (6). Lo que no excluye en absoluto la aceptación, incluso el acompañamiento hacia el suicidio, por ejemplo. Nos referiremos en este punto a la observación de Benoît Dalle donde explica cómo, tras largos encuentros con un consultante, adquiere la convicción de que la persona que tiene frente a sí está dando un paso nihilista, concertado, filosófico que va en contra de la noción occidental sobre el carácter inevitablemente patológico del suicidio. En esta óptica, se ve llevado a hacer una receta de hipnóticos; diría yo que con toda conciencia, conciencia del riesgo. Tres semanas después, Dalle recibía el cheque correspondiente a las consultas con la mención “gracias por haberme escuchado”. Al día siguiente, un llamado de la policía le confirmaba la noticia del suicidio: la receta se hallaba en la mesa de luz (1).

Urgencia para algunos; acompañamiento para otros

Philippe, por ejemplo, es enviado por un colega en el marco de una consulta hospitalaria, por neurosis obsesiva. Toda la sintomatología anal se halla concentrada allí; el paciente presenta una parálisis social casi total ligada a la duda y a las verificaciones. El primer contacto resulta crucial: “El Profesor X me envió aquí pues ha ensayado conmigo todo lo que podía encontrar en el Vidal*, incluso los IMAO. Agrega luego, mi padre, que es kinesiólogo y me había remitido a él, no está de acuerdo en que venga a consultarlo a usted y me dio esto para que yo le pregunte qué hará usted” y tiende una página del *Quotidien du Médecin* sobre “depresión, sueño y avanzada psicofarmacológica”. Hay que precisar que el Profesor X acababa de publicar un libro para el público general sobre *Cómo esponder a la depresión*. El fracaso se perfilaba desde el principio, el servicio no era universitario y por ende, se lo descalificaba de entrada por el proyecto de psicoterapia o de psicoanálisis. Y sobre todo, el poder del escrito científico molecular pesaba con toda su fuerza sobre esta entrevista que corría el riesgo de ser la única, aunque preliminar. Sin embargo, aparece la intrusión: “¿Aceptaría Ud. salir para dejar ese periódico en la sala de espera? No parece útil que su padre asista a nuestra entrevista”. Atónito, el consultante obedece, vuelve y precisa: “Mi padre tiene un BMW 325, pero le sacó todas las marcas para que piensen que sólo es un 316”. La autocastración estaba presente. Es verdad que es abusivo hablar aquí de urgencia, veremos que la misma se halla más adelante. No obstante, podemos preguntarnos si la interpretación, para ser verdaderamente operante, no se sitúa en un momento de urgencia de la transferencia, es decir una suerte de

aquí y ahora de la transferencia que no se repetirá. Esta intervención se ubica por lo general después de largo tiempo de escucha, pero no obligatoriamente. Dos años más tarde, a un ritmo de tres sesiones semanales con sus avatares esencialmente centrados en el simbolismo de los rituales, la atención flotante se interrumpe por un cambio de tono, una modificación brutal de contenido, en resumen una ruptura del fraseo musical: “El hermano de mi padre está muy mal, quiere venir a verlo”. La sesión termina sobre el tío, ingeniero, cuyos síntomas obsesivos habían sido juiciosamente retomados por Philippe y más aún su agravamiento. Dos años de respeto absoluto por las reglas para reclamar una intervención, finalmente. La representación del suicidio se filtraba por el discurso de Philippe, no el suyo, sino el de su tío; sin hablar de las identificaciones sintomatológicas. Fin de la sesión. Llamado a un colega para pedir una dirección: “Que el que la pide me llame” responde el colega con justa razón. Conversación telefónica.

Desdramatización. Cita concertada para seis semanas más tarde. Al día siguiente, el tío se suicida. Hay dos libros sobre su escritorio. La obra del profesor *Respuesta a la depresión* y el escandaloso libro: *Instrucciones para un suicidio*.

Urgencia y cura psicoanalítica tropiezan con un problema no resuelto: “posición derogatoria del psicoanálisis con un paciente vivo” contra “posición estrictamente analítica con un paciente muerto” (6).

Psicoanálisis y urgencia psiquiátrica

Podemos situarnos a partir de un lugar parisino altamente especializado, el C.P.O.A., (Centro psiquiátrico de orientación y ayuda). Hoy en día ya nadie pone en duda la existencia de la urgencia psiquiátrica. Tal vez el C.P.O.A haya tenido algo que ver. Nada de esto se había aceptado, inclusive hace diez años, mientras que hoy cada cual reivindica la urgencia psiquiátrica en su propio campo después de haberla menospreciado por tanto tiempo. Con mucha honestidad, Baillon pasó de la “urgencia psiquiátrica no existe” a “la urgencia psiquiátrica existe... yo la vi”. Quizás suceda lo mismo con la urgencia psicoanalítica.

Lugar de poder, lugar de abandono del poder

Todo aquel que acepta ser un clínico a quien consultar por una urgencia debe interrogarse sobre su lugar y función; pues si no lo hace, se transforma como mínimo en un urgentista o en un orientador de exclusión: el pedido, en el hospital general por ejemplo, emana de sus colegas organicistas que lo transforman en prescripción entre la glucemia y la radiografía de cráneo.

Recordemos la película de Depardon, donde, detrás de las hermosas imágenes, el *buenpsiquiatra* de urgencias persigue la intoxicación con óxido de carbono de un estado confuso o envía al enfermo a tratarse a otro lugar si no presenta una depresión curable *a priori* en diez días. Allí, el *psi* alterna entre psicólogo y psiquiatra, hasta asistente social. No se desvía ni un momento de su trayecto. Corre el riesgo, a

* N. del T.: Diccionario de Farmacología utilizado en Francia

partir del pasaje al acto, origen de la consulta, de responder con un pasaje al acto reduccionista.

Como decía G. Michaud, el lugar de la urgencia debe ser un espacio de mediación. El actor (psi) de ese espacio dispone de inmediato de un poder, como por ejemplo, internar, no internar, rechazar, orientar, etc... Ahora bien, en primer lugar, para elaborar su escucha, debe desprenderse de su propia urgencia y, de una sola vez, retomarla, es decir, debe despojarse de todo poder frente al discurso del paciente para luego readoptarlo. No se trata de un proceder psicoanalítico, sino de un proceder de psicoanalista.

El Sr. Martin llega de urgencia trayendo a su mujer totalmente paralizada y muda. Anuncia: mi mujer acaba de matar a nuestro hijo de seis semanas ahogándolo con la almohada. Describe todo lo que se halla en la observación de un infanticidio en el marco de una psicosis puerperal. Hijo rechazado durante el embarazo. Depresión de la madre tras el nacimiento del niño. Irritabilidad creciente frente a un lactante que grita todas las noches por problemas gástricos. Ese día, al volver a su casa, el Sr. Martin no encuentra a nadie excepto al niño muerto sobre la cama, con una almohada en el piso. La esposa vuelve unos minutos después, con la mirada perdida. El Sr. Martin agrega: "soy médico y convencí a la gente de emergencias de que se trataba de una muerte súbita del lactante". La mujer, durante ese tiempo no dice nada o casi nada, sólo "es mi culpa". Están presentes todos los elementos para el diagnóstico de infanticidio en una paciente melancoliforme en el marco de una puerperalidad. Sólo persiste una pregunta tenaz: ¿por qué enmascarar esto con la apariencia de una muerte súbita del lactante? Vacilación por parte del médico que lo escucha. Sentimiento de un punto de urgencia que no podrá ser retomado. Duda y luego certeza de que más tarde será imposible realizar un tratamiento eficaz en estas condiciones. Finalmente, tras muchas dilaciones se avisa a la policía que persiste la duda sobre un infanticidio.

Un mes después nos enteramos de que se trata efectivamente de una muerte súbita, que la madre había descubierto a su hijo muerto y se autoacusaba en un contexto delirante. Nos salvamos todos de una buena. El caso parecía tan obvio que esa mujer corría el riesgo de cargar ante los ojos de los demás, ante los suyos propios, con la culpabilidad de un crimen que no había cometido. ¿Qué valor habrían tenido más tarde sus negaciones? Sin hablar de las modificaciones familiares inevitables tras un infanticidio.

Podríamos decir, como comentario, que urgencia y psicoanálisis se interpenetran cuando la muerte se perfila en el campo de lo real; pero lo real no debe confundirse con el acontecimiento. No se trata de perseguir aquí el incesto, allá la muerte de un hermano mayor, etc... sino de descubrir "cómo se ha hecho o no la simbolización".

Lacan decía: "No conocemos lo real, nos chocamos con él". A partir del momento en que se puede asociar el psicoanálisis a la urgencia, podemos considerar que la transferencia está actuando, tanto más cuanto si se considera que se halla en toda relación: si partimos de la hipnosis y de la sugestión, llegamos muy rápidamente al vínculo médico-enfermo, confesor-confesado, docente-alumno, etc... Vemos aso-

mar su papel en la erotomanía del hombre de bien tal como lo describía Perrier...

Queda por saber si, para los pacientes psicóticos tratados en el marco del sector, la transferencia existe como la entendemos habitualmente, es decir, en sus aspectos terapéuticos indisociables de la neurosis de transferencia.

Freud decía: "La transferencia, tanto en su forma positiva como negativa, está al servicio de la resistencia; pero entre las manos del médico, se transforma en el instrumento terapéutico más poderoso y desempeña un papel de enorme importancia en la dinámica del proceso de cura".

Por otra parte, es sabido que hay análisis de psicóticos, que puede existir en el psicótico una disposición a proyectar en el analista una parte de los conflictos internos. Esto concierne entonces a la transferencia. Pero este no es el lugar para discutir sobre la disposición para la transferencia del psicótico.

En todo caso, el paciente suele penetrar a través de la urgencia en el vasto campo llamado institucional. Y éste ocupa un lugar intermedio que vehicula la transferencia y la lleva para o en lugar del sujeto. La institución se estremece por los males que la circundan: políticos, económicos y de poder.

El sistema que se le impone sigue siendo piramidal con su jefe, no ya todo poderoso, pero siempre interpelado, que articula sus engranajes para el supuesto beneficio del enfermo.

M. Czermak subraya que "Los psicóticos soportan mal la transferencia que toma un carácter salvaje e ininterpretable... llegando a actos incontrolables cuando el símbolo desaparece".

Quién no recuerda un titular sensacionalista en el apogeo de una encuesta de un vespertino: *¿Hay que quemar los hospitales psiquiátricos?* Al día siguiente ardía una institución para adolescentes psicóticos, dejando varios muertos entre los escombros. ¿A quién se obedeció entonces, si no a un Otro arcaico que, a falta de posibilidad de simbolización, lleva a la entrada brutal en lo real?

Si el psicótico se encuentra desfavorecido en sus capacidades transferenciales, halla un apuntalamiento en el equipo que, por su parte, no tiene ninguna discapacidad para la transferencia. Desde luego, el equipo no se halla en posición de análisis, pero las proyecciones, agujoneadas por la acuidad psíquica del psicótico en tratamiento, son tales que algunos se ubican de inmediato en posición analítica (no de analista).

La llegada de un nuevo jefe de servicio no es un asunto fácil. La primera impresión, una vez superado el momento falaz de satisfacción, es la de un formidable aislamiento, pues no se opera ninguna devolución contratransferencial. El jefe está solo, aunque esté rodeado, cualesquiera sean sus intentos de negación pensados o actuados. En general se espera de él que reforme sin precipitar, que transforme sin perjudicar las ventajas adquiridas, en resumen una misión imposible. Tiene unos seis meses para esto, luego será atrapado por las formaciones reaccionales que él mismo habrá creado. Por lo tanto, debe mostrar rápidamente su talento como organizador (institución), y como terapeuta (personal médico). Antes de su llegada, la transferencia está en marcha, con

todos sus componentes negativos y positivos, descansando en las esperanzas, los rumores, el renombre o en su ausencia. El paciente internado no puede evitar este torbellino. El Dr. C. decidió examinar un caso en cada unidad. Es así como conoció a Mohamed. Este último salía de Cadillac, unidad bordelesa para enfermos difíciles donde había sido enviado por haber golpeado con furia a dos enfermeras con una raqueta de tenis. Llegaron la misma semana: el Dr. C. esperado con la inquietud que procura todo nuevo poder, Mohamed temido en su regreso por su violencia pasada. Internado en forma permanente desde hacía cuatro años, este regreso sin proyecto inquietaba y molestaba. Sujeto disociado si los hay, incapaz de canalizar su pensamiento, lleno de impresión de transformación corporal, Mohamed emana una angustia insostenible para el interlocutor, a tal punto que se vuelve contagiosa.

Desfasado por esencia en todo momento: traído de Argelia por dos hermanos que se detestan, impuesto en el hospital so pretexto de una falsa dirección, sin cobertura social, se descompensó en un estado psicótico después de haber visto a su madre en la cama con uno de sus amigos. Desde entonces, huye bajo las amenazas de alucinaciones auditivas injuriosas. A esto se agrega el hecho de que sus dos hermanos lo usan en su disputa fratricida, como mensajero en el mejor de los casos, como arma en el peor; la estadía definitiva de Mohamed en el hospital es el único tema que los reúne.

Escalada medicamentosa, sismoterapia, etc... nada sirve, si no es articular procedimientos circulares con sus conocidas consecuencias violentas: transferencia en bruto, pasaje al acto, castigo. Se decidió evitar las entrevistas duales y desarmar la violencia transferencial a través de un grupo terapéutico que se ocupa de él una vez por semana. Paralelamente se instaló una sesión mensual de psicodrama analítico donde la representación fraternal puede designarse como todavía más loca que el loco designado. En el transcurso de un año, Mohamed integra un departamento asociativo, un trabajo protegido y sigue el conjunto de sus tratamientos desde hace cuatro años. La neurosis de transferencia fue asumida aquí por el equipo con su implicación, sus dudas, incluso sus celos (*el enfermo del je-fe*). Fue esta disposición lo que resultó terapéutico evitándole al sujeto asumir una simbolización a la que no tienen acceso y de la que se defiende por la Auto-

ridad alucinatoria que engendra.

¿Qué hacer pues con la transferencia en psiquiatría? Czermak dice acerca de los psicóticos, sin dar más precisiones: "Dios sabe lo que significa ocuparse de alguien". Más allá del hecho de que invocar a Dios aquí muestra lo complejo del caso, podemos suponer que teme la provocación del sujeto para "atravesar el cerco de papel de los fantasmas" con todos los riesgos que la psicosis hace temer. ¿No hacer nada entonces? ¿Conformarnos con tapar agujeros? ¿Alejar la disposición para la transferencia? Algunos lo intentan y se les reprocha su duración media de estadía tan prolongada, el aspecto asilar de su institución, la inmovilidad aparente de los pacientes, los proyectos *sin salida*. De manera que el entorno mismo en el que se vive, y que no podemos ignorar, prohíbe o hace muy difícil una posición de espera.

¿Qué hacer entonces con la transferencia en psiquiatría? Dejarnos impregnar, incluso zambullirnos en ella. Pero para evitar ahogarnos, tratar de hacer un pase lateral hacia el grupo institucional, a fin de que cada miembro reciba su parte difractada.

Así esta parte transferencial puede reorganizarse alrededor de los muros institucionales. Pero aquí hay que entender "muro" como la base institucional, es decir todo lo que rodea a un miembro del equipo, lo cual va mucho más allá de los muros del hospital ■



Bibliografía

- Dalle, B., *Psychanalyse et suicide*, 1985, 4147, Girad, Paris, 1985
- Dalle, B., *Bien que mon amour soit fou, Les empêcheurs de tourner en rond*, Paris, 1994
- Czermak, M., *Les psychotiques résistents au transfert, La direction de la cure depuis Lacan*, Point hors ligne, Paris, 1994
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., *Transfert, Vocabulaire de la psychanalyse*, U.F., Paris, 1968
- Perrier, F., *De l'érotomanie, Le désir et la perversion*, Seuil, Paris, 1967
- Stein, D., *Le temps s'en va, Urgences*, Centurion, Paris, 1990

Tratamiento grupal ambulatorio de pacientes esquizofrénicos y otras psicosis deficitarias

Marcela Amenta

Psicóloga. Coordinadora del Equipo de Psicoterapia Grupal, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J. T. Borda", GCBA

Mercedes Campi

Médica Psiquiatra, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J. T. Borda", GCBA

Aníbal Goldchuk

Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J. T. Borda", GCBA

Werner Kirschbaum, Verónica Villar

Psicólogos, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J. T. Borda", GCBA

Fernando Postare

Médico Psiquiatra. Jefe de Sección, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J. T. Borda", GCBA

Htal. Borda. Ramón Carrillo 375. Tel.: 4304-5498 - E-mail: lukmide@satlink.com - veronicavillar@fibertel.com.ar

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica y discapacitante que afecta al 1% de la población. Actualmente la gran mayoría de los pacientes que la padecen viven en la comunidad con sus familias y reciben tratamiento ambulatorio.

Los antipsicóticos y los criterios actuales de la psiquiatría hacen que se hayan desechado las internaciones de larga duración como recurso corriente en el tratamiento. Todo ello presiona sobre los dispositivos ambulatorios, los cuales deben prepararse para brindar una atención calificada a esta numerosa población. Aún cuando se considera a los antipsicóticos como la piedra angular del tratamiento de la esquizofrenia, se sabe también del valor potenciador que los recursos psicoterapéuticos en sus diversas vertientes tienen sobre el resultado terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. Se acepta que estos recursos psicoterapéuticos actúan sobre dimensiones clínicas de la enfermedad sobre las que los psicofármacos no lo hacen.

Aunque lo mencionado anteriormente está uná-

nimemente reconocido, en la práctica clínica no se observa que se cumpla con la misma unanimidad. Es necesario aclarar que esto no es exclusivamente un problema de nuestro medio; con lo cual se puede concluir que los pacientes esquizofrénicos están en general subtratados y, por lo tanto, sus posibilidades evolutivas no están plenamente aprovechadas.

Entre nosotros, aún cuando se proclame la adhesión a los recursos psicoterapéuticos y de rehabilitación en general, pocos son los pacientes que reciben este beneficio. Es de notar que estos instrumentos son prevalentemente empleados en el momento de la exacerbación aguda y en el tiempo inmediato posterior, y que paulatinamente dejan de ser sostenidos.

Probablemente eso provenga de dos fuentes: la de los equipos de profesionales tratantes y la de los mismos pacientes, tal como se despliega en las Tablas 1 y 2.

En nuestro país se suma la situación social, la cual potencia la marginalidad que ya la enfermedad misma produce, haciendo de esta forma aún más difícil la reinserción sociolaboral posible.

El presente trabajo fue realizado en el Servicio de

Resumen

Se comunican los resultados del tratamiento grupal ambulatorio de pacientes con esquizofrenia y otras psicosis deficitarias. La alta asistencia y continuidad en los grupos y la baja deserción, así como los resultados subjetivos obtenidos aconsejan esta modalidad de abordaje al problema.

Palabras clave: Grupos psicoterapéuticos – Esquizofrenia y grupos terapéuticos – Rehabilitación psiquiátrica – Cumplimiento y esquizofrenia.

AMBULATORY GRUPAL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENT AND OTHER DEFICIT PSYCHOSES

Summary

In this paper the authors communicate the results of the treatment ambulatory grupal of patient with schizophrenia and other deficit psychoses. The high attendance and continuity in the groups and the low rate of desertion, as well as the obtained subjective results make this modality the best approach to the problem.

Key Words: Group therapy – Schizophrenia and group therapy – Psychiatric rehabilitation – Compliance and schizophrenia.

Tabla 1**Razones por las que no se utilizan recursos psicoterapéuticos en Esquizofrenia desde la perspectiva de los Equipos Terapéuticos.**

- Conformidad con la superación de la exacerbación clínica
- Incredulidad de obtener mayores progresos clínicos
- Frustración ante la cronicidad
- Falta de actualización sobre la importancia y los objetivos específicos de los distintos recursos psicoterapéuticos
- Renuencia a trabajar en forma interdisciplinaria

Tabla 2**Razones por las que no se utilizan recursos psicoterapéuticos en Esquizofrenia desde la perspectiva del paciente**

- Preferencia por dispositivos con poco contacto social
- Síntomas negativos, depresión e insight pobre que los llevan a no involucrarse en tratamientos cuyos resultados se evidencian a largo plazo
- Estigma social que los mantiene en una identidad de marginados
- Falta de motivación
- Falta de estímulo familiar

Consultorios Externos del Hospital Borda, el cual es un servicio de atención ambulatoria en uno de los grandes hospitales psiquiátricos monovalentes de la ciudad de Buenos Aires, y que recibe la demanda asistencial de los pacientes externados del mismo hospital, así como de los que provienen de la comunidad. Por dicha inserción, una proporción de alrededor del 20 al 30% de las consultas están constituidas por pacientes esquizofrénicos y otros trastornos psicóticos relacionados.

Partimos de la observación de que la mayor parte de estos pacientes estaban siendo tratados con una consulta psiquiátrica periódica de mínima duración, destinada a verificar que no se hubiesen producido empeoramientos que requirieran un ajuste en la prescripción medicamentosa. Sólo un número ínfimo de pacientes mantenía una psicoterapia individual de larga duración, la cual tanto el paciente como el psicoterapeuta coincidían en calificar de estancada o sin progreso.

Paradójicamente esta situación contrastaba con el despliegue teórico que circulaba en los ámbitos académicos del servicio, en los cuales la discusión sobre aspectos específicos del tratamiento psicoanalítico de la psicosis ocupaba un lugar relevante, el que no se correlacionaba con el desarrollo de tal forma de tratamiento en el ámbito asistencial.

Por todo ello decidimos poner en marcha nuevas modalidades de atención intentando acortar la brecha entre la teoría y la práctica clínica efectiva. Dos fueron entonces los principios rectores:

- Creación de dispositivos grupales
- Efectivización de tratamientos combinados que plasmaran de hecho lo interdisciplinario.

El presente trabajo procura transmitir los resultados hallados hasta el momento.

Descripción de la experiencia clínica

A mediados de 1998 se constituyó un equipo de trabajo conformado por psicólogos y médicos psiquiatras, ambos interesados en trabajar en equipo y con grupos, el que comenzó a planificar esta experiencia. En septiembre de ese mismo año se pusieron en marcha los primeros tres grupos terapéuticos,

coordinados cada uno de ellos por un médico y un psicólogo.

El criterio de inclusión fue el de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, y algunos casos de trastornos con diagnóstico dudoso que producían una importante alteración en el desempeño funcional.

Estos grupos trabajaron inicialmente con un formato de catorce sesiones con frecuencia semanal de una hora de duración y con un contenido temático preestablecido (Tabla 3).

Se trabajó dos sesiones por cada uno de los temas mencionados, los coterapeutas funcionaban como guía para evitar la dispersión y favorecer la circulación de los temas. Se eligieron estos ejes por ser los centralmente afectados por la enfermedad esquizofrénica y porque se consideró que deberían ser de interés para los mismos pacientes, ya que su vida diaria giraba alrededor de ellos.

Los grupos formados posteriormente no se condujeron estrictamente con la metodología inicial, de trabajo con ejes temáticos propuestos estructuradamente por la pareja coterapéutica. Sin embargo la

Tabla 3**Ejes Temáticos propuestos para las primeras catorce sesiones del tratamiento grupal**

- Eje Longitudinal
 - Fines Psicoeducacionales y Conciencia de Enfermedad
- Ejes Temáticos
 - Reconocimiento. Encuentro. Consignas
 - Relación con los tratamientos recibidos.
 - Relación con la familia.
 - Relación con los otros.
 - Relación con la sexualidad.
 - Relación con ocupaciones.
 - Propositividad vital. Proyectos.

Tabla 4

Inclusión y permanencia de pacientes esquizo-frénicos en el dispositivo grupal

Pacientes incluidos	76
Pacientes que permanecen en tratamiento	56
Pacientes que discontinuaron	20

Tabla 5

Tipos de discontinuación en el tratamiento grupal

Egresos	6
Abandonos inmediatos	2
Abandonos mediatos	12

modalidad de trabajo se basó, de cualquier manera en vincular el material espontáneo que surgía en cada sesión grupal con las particularidades de la experiencia de la enfermedad mental, teniendo muy en cuenta los ejes temáticos propuestos con anterioridad, pero incluidos de una manera menos pautada.

No poseemos aún datos concretos en cuanto a cuál es la forma más eficaz de inicio del grupo terapéutico. Es decir, la más estructurada y directiva (ejes temáticos) o, en cambio, la de tomar lo que surge como material espontáneo en cada sesión.

Uno de los objetivos era promover el intercambio entre pacientes aquejados por trastornos emparentados, sobre temas esencialmente vinculados a dicho trastorno y/o a sus consecuencias. En general los pacientes se incluían en los grupos en los que estaba el médico psiquiatra que tenía a su cargo la prescripción farmacológica; en consecuencia se partía de una relación terapéutica preestablecida.

Lo particular fue que a partir de la constitución de los grupos la prescripción farmacológica se llevó a cabo en el marco de la sesión grupal, a diferencia de lo que es generalmente postulado y practicado.

Este primer tramo de la experiencia nos permitió extraer conclusiones preliminares:

a. Los pacientes incluidos demostraron una alta adhesión al dispositivo (verificada por un alto nivel de presentismo, de aproximadamente 90%). Completaron la experiencia (prevista para tres meses) 21 pacientes de un total inicial de 25, los que demostraron un alto grado de satisfacción. En diciembre de 1998 se llevó a cabo una encuesta acerca de la experiencia entre los pacientes participantes en los grupos. El 85% la calificó como útil o muy útil.

b. Observación de parámetros cualitativos: mayor conciencia de enfermedad, mayor capacidad de afrontamiento del síntoma –a partir de descubrir que sus compañeros habían pasado por experiencias psicóticas similares–, promoción del lazo social en el grupo y por fuera de él.

c. Concomitantemente nos encontramos con dificultades: afrontamos desestabilizaciones que requirieron asistencia personalizada, por fuera del dispositivo grupal. Algunos de los pacientes continuaron en tratamiento grupal y otros nos llevaron a reevaluar los criterios de inclusión. Por otro lado, la demanda de los familiares del paciente –en cuanto a cuestiones relacionadas a la convivencia con éste– nos llevó al año siguiente a crear un ámbito de encuentro quincenal para las familias, con orientación psicoeducativa.

d. Al inicio de la experiencia se planificó un período de tres meses. Por voluntad de los pacientes de

continuarla, así como por la evaluación clínica –que nos indicaba la necesidad de mantenerla para sostener los efectos terapéuticos alcanzados– decidimos continuarla. Esto abre la cuestión de la duración de estos tratamientos, los cuales, en extremo, debieran ser tan largos como la evolución de la enfermedad. Sin embargo vamos teniendo datos acerca de desenlaces singulares de los pacientes, así como de modificaciones que pueden operarse en ellos, las cuales desarrollaremos en las conclusiones finales.

Desde el comienzo de la experiencia hasta hoy, se incluyeron 76 pacientes, en ocho grupos de diferentes formatos. Todos los grupos están co-ordinados y tienen una frecuencia variable: semanal o quincenal. Al inicio, algunos grupos mantenían la frecuencia del tratamiento farmacológico, pero debido a la dinámica del tratamiento grupal se decidió aumentarla.

En la Tabla 4 se pueden observar los datos cuantitativos relevantes hasta la actualidad.

Asimismo resulta de interés discriminar la población de pacientes que discontinuaron el tratamiento (ver Tabla 5). Es necesario aclarar los criterios utilizados en esta tabla. Llamamos *egresos* a la discontinuidad en el tratamiento, producida por el hecho de que el paciente comenzó alguna actividad, ya sea de tipo laboral, escolar, taller protegido o constitución de una pareja. Usamos esta categoría para señalar que un desenlace posible en estos grupos es el pase hacia la inserción en otro grupo social espontáneo. En estos casos el egreso se acompañó de un trabajo en el grupo, pudiendo éste constituirse como una fuente estimulante de identificaciones para otros pacientes.

Tomamos como *abandonos inmediatos* a los que ocurren en las primeras sesiones, y *abandonos mediatos* los que ocurren pasado un período de participación en los grupos.

Debemos mencionar que de los 12 abandonos mediatos todos continúan en tratamiento, bajo otras modalidades no grupales. Esto nos sugiere que existe una población de pacientes que, o no se adaptan a la modalidad grupal o no fueron bien incluidos por nosotros, por razones de diagnóstico o de forma clínica de la esquizofrenia.

Descripción del dispositivo utilizado

Actualmente los grupos se reúnen semanal o quincenalmente durante 1 hora aproximadamente, y están conformados por una cantidad variable de

Tabla 6**Criterios de Inclusión**

Desde el DSM IV:

1. Todos los subtipos de esquizofrenia
2. Pacientes con trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo
3. Pacientes con trastornos delirantes
4. Otras enfermedades mentales crónicas con antecedentes de sintomatología psicótica o deterioro

Tabla 7**Criterio de exclusión**

Dentro de los cuadros psicopatológicos mencionados

1. Tendencias suicidas
2. Tendencias paranoides
3. Cursando una exacerbación aguda
4. Desorganización o deterioro muy marcado

integrantes, que va de 5 a 12 pacientes. Concebimos los grupos como abiertos, permitiendo el ingreso de nuevos miembros.

Como mencionamos anteriormente todos los grupos están conducidos en coterapia: 6 por un médico psiquiatra y un psicólogo y 2 por dos psicólogos. En general en los grupos de coterapia combinada, la prescripción de medicación se resuelve allí mismo, o el mismo médico propone un espacio independiente, en los casos en que sea necesario hacer una revisión más puntual de la misma. De hecho esta modalidad constituye de por sí un tratamiento combinado. Y aún cuando esto sea discutido dentro de la bibliografía examinada, lo valoramos positivamente; ya que por un lado aporta al médico nuevas dimensiones semiológicas, que mejoran su capacidad de medicar y al mismo tiempo se le devuelve al paciente un efecto de integración, evitando una práctica disociada, caracterizada por el hecho de que el médico remite al paciente a comentar cuestiones subjetivas en el espacio psicológico y viceversa. Esta remisión mutua deja al paciente en la responsabilidad de ser un mensajero, con el consecuente efecto de disociación de sus distintos aspectos (modalidad ping-pong).

La prescripción medicamentosa ocurre al final de cada sesión en presencia de todos los miembros del grupo. Diferentes razones nos llevan a trabajar en co-terapia. Permite ampliar la capacidad de contención y sostén de los emergentes clínicos del grupo, compuestos por aspectos regresivos, disociados y agresivos. Además brinda a los pacientes un modelo de interacción no psicótica y posibilita una disociación instrumental, de modo tal que cada uno de los terapeutas cumpla diferentes funciones en el curso de la sesión. Por ejemplo que uno de ellos se entregue al juego transferencial, mientras que el otro esté más atento a cuestiones vinculadas con el proceso.

Marco teórico

Frente a un campo tan complejo como el que determina el entrecruzamiento de la psicosis y el campo grupal, optamos por un modelo integrativo. Esto quiere decir que tomamos en cuenta aspectos de la psicoeducación, la psicoterapia de apoyo, lo interaccional y lo psicodinámico.

La aplicación de intervenciones que se respaldan

en los modelos antedichos depende de cada escenario producido en el dispositivo grupal.

Presumimos que, mientras lo psicoeducacional es preponderante en las primeras sesiones grupales, y lo interaccional lo es en las siguientes, las intervenciones psicodinámicas son eficaces para esclarecer ciertos aspectos cuando el grupo está consolidado.

Lugar del coordinador. Intervenciones

La primera función de la coordinación es componer una trama grupal, un nosotros, allí donde había sujetos aislados, con dificultades para involucrarse espontáneamente en una trama relacional. Esto se logra a través del encuentro de temas comunes, en algunos casos proponiendo juegos dramáticos y subrayando que todos comparten un mismo padecer con consecuencias psicológicas para cada uno. Simultáneamente los coordinadores promueven la interacción entre los integrantes del grupo, allí donde naturalmente había una dirección de la palabra casi exclusivamente hacia los terapeutas.

Una vez constituido el grupo, los terapeutas intervienen sobre las diferencias entre los integrantes y buscando sus determinaciones en lo histórico vivencial de cada uno.

Otra función de la coordinación es el esclarecimiento y elaboración de las interacciones que se dan en el aquí y ahora del grupo, y las formas singulares con que cada uno se implica en ellas.

Criterios de inclusión y exclusión

Si bien los grupos estaban originariamente pensados para pacientes esquizofrénicos, otro tipo de pacientes fueron incorporados, de hecho, ya que compartían con la esquizofrenia rasgos de cronicidad o discapacidad. Muchos de estos pacientes iniciaron el grupo con diagnóstico de esquizofrenia y éste se fue modificando debido a la observación de su funcionamiento en el dispositivo grupal.

En otros casos se trataba de pacientes con una patología mental crónica, que afectaba su capacidad vincular, para quienes resultaba *a priori* beneficioso incluirlos.

En síntesis, los criterios de inclusión se detallan en la Tabla 6, y los criterios de exclusión en la Tabla 7.

Si bien éstos son los criterios de inclusión y exclu-

sión, también tomamos en cuenta criterios de agrupabilidad. Operativamente los definimos como la aptitud que presenta un paciente, *a priori*, para incluirse en un determinado grupo.

Consideramos beneficiosa cierta heterogeneidad al formar los grupos, en cuanto a la edad, el sexo y las formas de la enfermedad esquizofrénica. Pero a la par, creemos necesario respetar criterios de homogeneidad en relación al grado de deterioro.

Algunos grupos se constituyeron luego de mantener entrevistas individuales con los posibles integrantes, otros grupos fueron formados a partir de la invitación del médico psiquiatra tratante, el cual ya tenía un conocimiento previo de esos pacientes y podía determinar su agrupabilidad.

Plazos

Inicialmente, la experiencia tomó la forma de grupos-taller con una duración prevista de 14 semanas. Como ya mencionamos, tanto por la evaluación de los terapeutas como por la disposición que los pacientes mostraban a continuar, no fue posible concluir los grupos en el momento previsto.

Es así que actualmente, concebimos estos grupos sin un plazo predeterminado, de una duración abierta.

Esto plantea preguntas y problemas. Uno de ellos es que los grupos se cronifiquen (entendiendo cronificación como una estereotipia empobrecedora) y dejen así de cumplir su función socializante aún cumpliendo una función de soporte y continente.

Actualmente creemos que esta es una posibilidad en la evolución clínica de estos grupos. Si así fuese, resulta necesario estar atentos para diagnosticar y decidir intervenciones que la contrarrestaran.

La experiencia nos mostró que algunos pacientes egresan del grupo y se incluyen en otros grupos sociales espontáneos (talleres, trabajo, escuela). Pensamos que el grupo cumplió en esos casos una finalidad de espacio transicional, posibilitando este pasaje.

Reunión semanal

Desde el comienzo de esta experiencia se lleva a cabo una reunión semanal de intercambio entre los terapeutas que coordinan los grupos.

Actualmente jerarquizamos especialmente esta reunión, porque nos ha permitido monitorear la experiencia, relanzar el estímulo para su continuación y realizar un rico trabajo interdisciplinario que funciona como sostén de cada uno de nosotros.

Resultados

Resultados cuantitativos

Desde el punto de vista cuantitativo los datos obtenidos hasta el momento indican una fuerte adhesión al dispositivo grupal, basándonos en los porcentajes: 90% de presentismo y 18,4% de deserción. Aunque no contamos con un registro preciso, estos datos muestran un cambio en las actitudes de cum-

plimiento que tenían numerosos pacientes comparándola con la que mostraban previamente a la inclusión en el grupo terapéutico.

Aunque el tiempo de la experiencia es relativamente breve, no encontramos una disminución en la incidencia de las exacerbaciones. En este sentido, nuestra experiencia es similar a la que informa en general la bibliografía, a partir de lo cual se puede concluir que la eficacia de los grupos terapéuticos no debe buscarse en relación con este objetivo. Sin embargo, la mayoría de las que se produjeron durante el curso de este dispositivo, en general pudieron ser controladas sin que el paciente dejara de concurrir al grupo. Hasta ahora, tuvimos que decidir la internación de tres pacientes, no habiéndose ellos reintegrado aún a los grupos a los que pertenecían. Estas internaciones nos llevaron a replantear la agrupabilidad de uno de estos pacientes. Concretamente, el caso de una esquizofrenia severamente deteriorada y desorganizada con compromiso neurológico.

Resultados cualitativos

Es en ciertas dimensiones cualitativas donde observamos los mayores cambios logrados a partir del dispositivo grupal. Lamentablemente no tenemos aún estos cambios medidos con precisión (usando por ejemplo escalas de síntomas, de calidad de vida o de funcionamiento global), pero adquieren tal relevancia en nuestro registro clínico que consideramos necesario referirnos a ellos centralmente. Decimos que estos cambios son específicos del dispositivo grupal, ya que comparamos el estado clínico global y el funcionamiento social de cada paciente antes y después de su inclusión en un grupo terapéutico.

- **Incremento del insight:** llamamos así a la conciencia del carácter patológico de algunas dimensiones sintomáticas: delirios, alucinaciones, desinterés, retraimiento social, abandono de sí mismo. Pensamos que se trata de un efecto específico del grupo, básicamente a partir de la interacción entre los miembros, que sufren experiencias similares. Para muchos pacientes representa una experiencia inaugural que otros padecen o han padecido algún síntoma similar. Está claro que junto con las consecuencias positivas del aumento del *insight*, pueden encontrarse aspectos negativos, como son la desmoralización y consiguiente depresión causada por la mayor conciencia de enfermedad. Sin embargo, pensamos que el grupo ofrece un mayor espacio de soporte y contención para esta eventualidad.

- **Socialización:** sabemos que la esquizofrenia produce retraimiento y pérdida del lazo social. El grupo es un instrumento en acto que contrarresta esa dimensión de la enfermedad.

Cada integrante, en el grupo habla de sí a otros, escucha a otros, recibe de otros una imagen de sí; sus proyecciones son reguladas por los otros. La función del terapeuta es amparar y posibilitar dicha experiencia para cada miembro del grupo, no solo como un fin en sí mismo, sino como un estímulo de cuali-

dades, que pueda cada integrante luego desplegar en su medio social natural.

• **Identificación con aptitudes superadoras y creativas:** observamos que el grupo produce en cada miembro una identificación con los rasgos de adaptación activa de otro integrante. Por ejemplo, si alguno consigue trabajo, o inicia alguna actividad, incluso algún deporte, se observa que tiempo después a otros también les sucede.

Observamos esto también en ciertas funciones, específicamente ligadas a la palabra: escuchar a los más extrovertidos relatar sus experiencias personales estimula a los más retraídos a seguir el ejemplo.

Pensamos que en dichas ocasiones la función del terapeuta es ponderar dichas aptitudes, promoviendo el incremento de la autoestima, que toma a estas aptitudes como su fuente. Si bien es cierto que se va constituyendo un ideal grupal, el cual induciría patrones de comportamiento entre los integrantes, hay otra vertiente más vinculada al placer y al juego: el terapeuta, espontáneamente expresa satisfacción ante los logros de cada miembro del grupo, promoviendo de esta forma la narcisización de las funciones adaptativas.

• **Elaboración de la pérdida de capacidades:** la enfermedad esquizofrénica por definición causa una disminución de las capacidades previas. Desde el punto de vista psicológico, esto es representado como una pérdida; de modo tal que cada miembro se confrontará con la elaboración de esa pérdida. Naturalmente es tramitada mediante mecanismos propios de la enfermedad, como ser: la apatía, la negación o el autismo. Cuando no, irrumpen de modo catastrófico: sentimiento de minusvalía e incapacidad insuperable. La función del terapeuta aquí, al encarar esa pérdida con objetividad, admitiéndola, pone un punto de partida para la promoción de capacidades posibles. El grupo funciona nuevamente como una comunidad de pares, que están frente a este similar desafío.

Conclusiones

Los pacientes esquizofrénicos tienen una capacidad evolutiva que supera la lograda mediante los psicofármacos. Lo que es igual que decir, que en tanto no se pongan en marcha dispositivos de tratamiento apropiados, dichas potencialidades evolutivas son ignoradas.

Sin embargo, a pesar de que esta es una cuestión reconocida no resulta fácil determinar cuáles son los recursos psicoterapéuticos más apropiados para el logro de resultados más eficaces en esta patología; y tampoco es fácil constituir un dispositivo que tenga incorporado en su organización estos instrumentos en forma regular y preestablecida para la atención de estos pacientes.

Con el objetivo de resolver este problema asistencial es que se puso en marcha esta investigación. Lo que encontramos es una alta adhesión por parte de los pacientes incluidos y efectos cualitativos sobre dimensiones clínicas que traen como consecuencia

un mejor funcionamiento social. El grupo en sí se constituye en una herramienta eficaz para la promoción de habilidades sociales.

La experiencia propia nos hace pensar que el tratamiento grupal representa un recurso superador respecto de los impases que se presentan en la psicoterapia individual. Llamamos impases a las vicisitudes transferenciales que obstaculizan la obtención de efectos terapéuticos. Pacientes que no habían mostrado adhesión y cumplimiento con un tratamiento individual al cual previamente habían sido derivados, sí lo mostraron cuando fueron incluidos en este dispositivo grupal. Esto resulta un hecho de observación tan contundente cuantitativamente, como para que sea tenido en cuenta cuando se deciden indicaciones terapéuticas en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos deficitarios.

El trabajo grupal permite que los fenómenos transferenciales encuentren mayor soporte, tanto por los integrantes del grupo como por la pareja co-terapéutica. El grupo ofrece un ámbito compartido con pares, que ayuda a sostener el peso de la enfermedad y, a partir de allí, trabajar sobre el despliegue de sus capacidades.

Uno de los objetivos consensuados, con respecto del valor de las psicoterapias en el tratamiento de la esquizofrenia, es el de atender los efectos psicológicos que se producen en un sujeto por padecer una enfermedad mental crónica. El grupo aporta a los pacientes una calidad de interacciones novedosas en relación con sus grupos sociales naturales, básicamente la familia. Se reconoce que la respuesta espontánea de los grupos primarios al fenómeno psicótico suele ser la descalificación, la sobreexigencia, cuando no la ira o la sobreinvolucración. Estas actitudes, claramente, tienen un demostrado efecto perjudicial sobre la evolución.

El grupo, en cambio, le aporta al paciente un espacio de alojamiento a la experiencia patológica, lo que le permite ocupar un rol y un lugar inéditos. De este modo el grupo se constituye en un lugar corrector de la discriminación que el paciente experimenta.

Constatamos que este dispositivo grupal es aplicable en nuestro medio, mostrando, a nuestro juicio, una favorable relación costo beneficio. Un número mayor de pacientes puede ser atendido eficazmente en un tratamiento que combina el recurso farmacológico y psicoterapéutico, en un tiempo que en nuestro caso es de 2 ó 4 horas mensuales por cada grupo. Poner este recurso en marcha requiere:

- La decisión estratégica de un equipo de trabajo con suficiente respaldo y motivación vocacional.
- Un trabajo interdisciplinario constante, el cual tiene un efecto integrador sobre el equipo de profesionales y los pacientes mismos, quienes presentan como rasgo psicopatológico la fragmentación. Finalizada una sesión, un paciente se acercó a preguntar qué cambios se habían producido en el ambiente, para que los psicólogos y los médicos trabajaran juntos, cuando antes -él pensaba- "se peleaban entre sí".

Este trabajo tiene significativas limitaciones:

- Carece de un grupo control con el cual compararlo.
- No se realizó ninguna evaluación objetiva pre-

via ni posterior a la experiencia, con lo cual los datos preponderantes aportados nacen de la apreciación clínica de los terapeutas que participan en esta experiencia.

- Existe la posibilidad de que los pacientes incluidos en este dispositivo sean un subgrupo de pacientes de una natural mejor evolución. Los criterios de inclusión sesgan la muestra.

- El relativamente corto período de tiempo en el cual fueron sacadas estas conclusiones.

- Si bien no es específicamente una limitación, este dispositivo genera el problema de la duración y finalización, lo que constituye un interrogante para nosotros, sobre el cual no tenemos aún una respuesta.

Pese a las limitaciones mencionadas, considera-

mos que es una experiencia que por los resultados y por el crecimiento potencial que va teniendo entre nosotros es válida para ser comunicada.

Todo terapeuta que trabaja con pacientes psicóticos no deja de sorprenderse por sus expresiones, que son testimonios que reflejan la eficacia de la labor terapéutica. No somos una excepción a esa regla. Queremos terminar este trabajo con dos frases vertidas en sendas sesiones grupales:

“La medicación me sirvió para salir del problema mayor, pero actualmente no sigue produciendo muchas mejoras”.

“Cuando voy en el colectivo, me pregunto cuáles serán las historias de las personas. Este grupo me sirvió para saber que hay otras personas, otras historias, peores o mejores que las mías” ■

Bibliografía

- Amenta M., Campi M., Goldchluk A., Kirschbaum W., Larrosa V., Postare F., Villar V., Talleres grupales ambulatorios con pacientes esquizofrénicos, Trabajo presentado en el XV Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA, Mar del Plata, 1999
- Amenta M., Campi M., Goldchluk A., Kirschbaum W., Larrosa V., Postare F., Villar V., Dispositivos grupales con pacientes esquizofrénicos ambulatorios, Trabajo presentado en el XVI Congreso Argentina de Psiquiatría, AP SA, Mar del Plata, 2000
- Bernard M., Edelman L., Kordon D., L'Hoste M., Segoviano M., Cao M., *Desarrollos sobre Grupalidad, Una perspectiva psicoanalítica*, Ed. Lugar, Bs. As., 1996
- Bernard Marcos, Hacia un psicoanálisis grupal *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen III N° 7, marzo, abril, mayo, 1992.
- Breier A, Strauss J. S., The role of social relationship in the recovery from psychotic disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1984; 141:949-955
- Calil Luis Carlos, Da Silva Ana Angelica y Sapuray Marcia, Tratamiento en grupo de pacientes psicóticos, *Jornal Brasileiro de Psiquiatría*, Volumen 42 N° 10, 1993
- Castillo G., Sánchez V., Psicoterapia de grupo con técnica de Bion en esquizofrenia. *Asociación Argentina de psico terapia de grupo*, Ficha, C 24, Buenos Aires, 1999
- Corrigan, P., Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen X, N° 36, 1999
- Coursey R. D., Keller A. B., Farrell E. W., Individual psychotherapy and persons with serious mental illness; The clients' perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 1995; 21:283-301
- Edelman L., Kordon D., A manera de introducción a la teoría y práctica de los grupos. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen III, N° 7, 1992.
- Eguiluz I., González Torres M. A., Muñoz P., Guadilla M., y Gonzalez G., *Evaluación de la eficacia de los grupos psicoeducativos en pacientes esquizofrénicos*, Actas Luso Españolas, 1998
- Fernández Ingelmo J., Muñoz Rodríguez F. y Ramos Fuentes M. J., *Sobre la eficacia de la psicoterapia grupal analítica con principios técnicos específicos en el tratamiento de la esquizofrenia crónica*, Psiquis, España 1992
- García Badaracco J., *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura múltiple*, Ed. Tecnipublicaciones, Madrid, 1990
- Kannas N., MD, Group therapy for schizophrenic patients, *American Psychiatric Press*, Washington D.C., 1996
- López Atienza J. L., Criterios de indicación de la terapia de grupo desde la experiencia de trabajo con pacientes psicóticos, *Asociación Argentina de psicoterapia de grupo* Boletín N° 13, Bs. As., 1999
- Marder S. R., Wirshing W., Mintz J., McKenzie J., Johnston K., Eckman T., Lebell M., Zimmerman K. y Liberman R., Two year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 153:12, december 1996
- Olivos P., Brunell A., Cid C. y Mailer S., Psicoterapia de grupo de orientación analítica con pacientes psicóticos en marco de una comunidad terapéutica, *Revista de Psiquiatría Chile*, 1998
- Rico D., Sunyer M., *Factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia*, Boletín N° 12, Madrid 1998
- Stone W. N., "Group Psychotherapy with the cronicly mental ill". In H. I. Kaplan y B. J. Sadock (Eds) *Comprehensive Group Psychotherapy* Baltimore; Williams y Wilkins 3ª edición, 1993
- Trevisan F., Godoy V., Asiner D., Muñoz Gil., Grupo de pacientes graves, Trabajo presentado en el XVI Congreso Argentina de Psiquiatría, APSA Mar del Plata, 2000
- Usandivaras, R. J., *Grupo y psicosis, temas grupales por autores argentinos* Sílvico, Bs. As., 1987
- Vera Lucia, Coelho, Correa P. C., A experiencia subjetiva na esquizofrenia: contribuições para una avaliação sintomatologica, *Jornal Brasileiro de Psiquiatría*, Volumen 48, N° 9, 1999

¿Corre peligro la psiquiatría pública?

La situación en Francia

Pierre Noël

Médico psiquiatra. Jefe Redacción Adjunto de L'Information Psychiatrique.
7 rue de la ceridaie, 75009, París, Francia. E-mail: pierrenoel.inf.psi@wanadeo.fr

Este año, el tema de las Jornadas anuales de *L'Information Psychiatrique* será *El futuro de la psiquiatría pública en Francia*. Más allá de las apariencias, el que estemos en el comienzo de un nuevo siglo no fue el argumento determinante en esta elección. Fue en realidad la acumulación de señales indicadoras de cambios, incluso de una mutación, lo que le dio a esta cuestión un carácter de necesidad. Así es, el cuerpo profesional siente un gran malestar y tiene preocupaciones que trataremos de analizar aquí.

Por un lado, al menos, estos cambios no son específicos de la psiquiatría pública, sino de toda la psiquiatría. Además, afectan a todos los países desarrollados. Para poder evaluar las concordancias y diferencias, hemos abierto este año una sección en nuestra revista *L'Information Psychiatrique* en la que, mes tras mes, se evalúa el estado de la psiquiatría en diversos países. A nivel de la Comunidad europea, vemos que aparecen interrogantes comunes, por ejemplo sobre la formación, sobre las psicoterapias, sobre el lugar del psiquiatra en la sociedad, aunque las respuestas no siempre son idénticas.

Digamos desde ahora mismo que nuestra ambición sería recabar luego testimonios más allá de Europa; nuestros lazos de privilegio con colegas argentinos nos permitirán darle amplia cabida al continente latinoamericano.

Antes de abordar lo que cambia en el rol conferido a la psiquiatría pública y en el lugar del psiquiatra, veamos lo que sucede con las referencias teóricas y, muy especialmente, con el lugar del psicoanálisis.

¿Retrosceso del psicoanálisis?

Mucho se ha escrito sobre el retroceso aparente del psicoanálisis, sobre el origen norteamericano de esta *negación*, conjuntamente con el creciente lugar de las neurociencias, el desarrollo ofensivo del cognitivismo y del comportamentalismo. Conocemos la responsabilidad que se le imputa a los sucesivos DSM y a su supuesto ateorismo, aunque la última versión rectifica un poco la visión de los anteriores.

Las CIE 9 y 10 provienen del mismo proceder médico y objetivante, lenguaje que pretende ser universal pero que no pudo evitar una suerte de esperanto psiquiátrico, carente de toda referencia freudiana.

El psicoanálisis no es ya una referencia casi obligada, como lo era hace unos treinta años. Muchos menos futuros psiquiatras pasan por el diván y, en cambio, suelen preferir un diploma en psicofarmacología: se preocupan por la eficacia inmediata, ... y también por la rentabilidad.

En los medios intelectuales y literarios, sin embargo, se sigue hablando mucho de Freud, de Lacan, de psicoanálisis; por ejemplo, el semanario francés *Le Nouvel Observateur* le dedica un dossier al tema al menos una vez por año, y un libro como el de E. Roudinesco "*L'histoire de la psychanalyse en France*", fue ampliamente difundido. Un número extraordinario del *Magazine Littéraire* de marzo de 2000 se halla totalmente dedicado a "*Freud y sus herederos, la aventura del psicoanálisis*". En efecto, sigue siendo bien visto *interpretar* los fenómenos sociales con ayuda de los conceptos analíticos.

Vemos así que se abre una suerte de hiato entre los intelectuales de la psiquiatría y la práctica psiquiátrica. El psicoanálisis conserva una dimensión

Resumen

El autor examina los distintos factores que modifican de manera considerable el ejercicio de la psiquiatría pública y pueden llevar a cuestionamientos en cuanto a la concepción del sector. Situación que explica la inquietud del cuerpo profesional.

Palabras clave: Psiquiatría de Sector – Salud Pública y Salud Mental – Sistemas de Salud.

IS THE PUBLIC PSYCHIATRY IN DANGER? THE FRENCH CASE

Summary

The author examines the different factors that modify in a considerable way the exercise of the public psychiatry and that can question the very conception of Sector Psychiatry in France. This situation explains the unesasiness of the professional body.

Key Words: Sector Psychiatry – Public and Mental Health – Health Systems.

cultural, sigue siendo una práctica de consultorio, pero no impregna más la práctica institucional. De este modo, los equipos de salud mental se hallan netamente en retroceso, en su mayoría, respecto de las prácticas de los años 70-80 y se invoca, tal vez con demasiada facilidad, el impacto disuasivo de los disensos entre escuelas, grupos y corrientes. En los lugares de atención psiquiátrica para adultos (quizás menos en las instituciones para niños), a menudo el psicoanálisis se reduce a una referencia entre otras en la comprensión de la vida psíquica y de sus patologías; no es más una práctica, un modo de abordaje obligatorio en la escucha del paciente. Además, con el término *psicoterapiasse* introdujo un poco de todo y mucha confusión, al punto que parece urgente hacer el inventario y la evaluación de las mismas: éste será el tema de las jornadas 2001 de *L'Information Psychiatrique*.

Hoy en día, uno puede manifestar sin problemas que es comportamentalista o que privilegia el abordaje cognitivista. Sin embargo, si bien podemos sentirnos inquietos, con justa razón, de las tendencias hegemónicas y dogmáticas de algunos comportamentalistas, (a ciertos psicoanalistas se les ha reprochado lo mismo, por otro lado), nadie puede negar en su totalidad los aportes de este modo de abordaje clínico y terapéutico. Signo de los tiempos: *L'Information Psychiatrique* se permitió recientemente infringir su tradicional orientación psicodinámica: por primera vez se atrevió a dedicarle un número al cognitivismo, ¡pero con prudencia! El título escogido fue "Acerca del cognitivismo" y el artículo que abría ese dossier se intitulaba "La psiquiatría entre el psicoanálisis y el cognitivismo" (11).

Entre los elementos que contribuyen a esta regresión del abordaje psicodinámico de las patologías mentales, no olvidemos la posición que muestran muchos administrativos, francamente escépticos, incluso hostiles. Para ellos, las psicoterapias constituirían gastos inútiles pues *ninguna publicación científica prueba su eficacia*.

Cuestionar las psicoterapias equivale a valorizar las acciones medicamentosas. Pero en diez años, el paisaje no ha cambiado radicalmente en este aspecto. Desde luego, los nuevos antipsicóticos son mejor tolerados y favorecen la observancia; la familia de los antidepresivos se ha enriquecido. Si bien la cantidad de moléculas disponibles ha aumentado, su eficacia lo hizo en proporciones limitadas; de esta forma, la competencia entre los laboratorios se agudizó y los argumentos de venta suelen ser más comerciales que científicos: la cantidad de unidades vendidas se presenta como prueba de eficacia, mientras que las certezas sobre los mediadores son presentadas con más matices, pues el papel de los neurotransmisores se ha vuelto singularmente más complejo.

Lo que cambia también, es la clínica invocada por los laboratorios: las virtudes de tal o cual molécula se aplican a un síndrome; incluso a un síntoma y no a un cuadro nosológico; éste se fragmenta en beneficio de otras perspectivas, criteriología o transversales, que van remodelando la clínica. Por ejemplo, se tiende a no reconocer más el cuadro clásico de la melancolía y a abandonar el marco de las neurosis freu-

dianas en beneficio de síndromes fóbicos o de TOC. Vemos instalarse así una inversión metodológica: los signos clínicos son buscados en función del supuesto punto de aplicación de tal o cual molécula. Llegamos a que la industria farmacéutica sea la que dicta la clínica... clínica del síntoma y del síndrome, lo que vuelve inútil la psicopatología.

Un elemento que favorece esta evolución es la proliferación de las escalas, escalas de lectura de la clínica que transforman la entrevista en interrogatorio, cuantifican las respuestas objetivándolas; hacen de la clínica psiquiátrica una simple suma de síntomas, como en cualquier disciplina somática. La tradición psicodinámica hacía que la relación terapéutica fuera inseparable de la recopilación clínica; la escala, en cambio, resulta ser un tercero que sopesa, evalúa, compara, borrando el intercambio intersubjetivo. Conocemos muy bien el pretexto: la necesidad de balances controlados y plenamente objetivos en el seguimiento de los efectos de una molécula; la literatura psiquiátrica se ve invadida por estas demostraciones que apuntan a probar la mayor eficacia de tal o cual medicamento, versus placebo o molécula rival, a partir de curvas, histogramas y cuadros cifrados. Actualmente, su uso se concentra en los equipos implicados en ensayos medicamentosos, pero se nota que es grande la tentación de hacer de ellas el modelo de examen corriente: es tanto más rápido, tranquilizador y *seguro*. La duda, la incertidumbre, la discusión no se usan más, eso estaba bien para la psiquiatría del abuelo.

Así, los puntos de referencia cambian y las referencias de la psiquiatría pública se vuelven banales, se asocian a las de la medicina orgánica: la psiquiatría tiende a transformarse en la medicina del cerebro.

¿La organización del sector corre peligro en Francia?

A nivel de la organización de la psiquiatría pública francesa, el clima se altera. Desde luego, la sectorización sigue siendo la referencia obligada, oficializada por el aparato legislativo puesto en marcha en Francia en 1986. Su programa, su ideología era originalmente (Circular Ministerial de 1960) *la continuidad de la atención brindada por un mismo equipo pluridisciplinario para una población determinada*. Nacida en los hospitales psiquiátricos, su puesta en marcha fue larga, desigual, pero con resultados tangibles e incuestionables: reducción de la mitad de la cantidad de camas de internación, acortamiento considerable de las internaciones (promedio ahora de unos 40 días), apertura hacia los hospitales generales y hacia la ciudad, amplio dispositivo de atención ambulatoria. Se le oponen los ejemplos italiano e inglés que eligieron una política más radical de cierre de los Hospitales Psiquiátricos, pero sigue en pie el interrogante sobre el costo humano de dicha decisión...

No obstante, el Sector envejeció y desde hace varios años, sufre restricciones presupuestarias que quebraron su impulso. Pero sobre todo, hoy se combate abiertamente su ideología: centrado en la atención para los más desposeídos y por ende, en primer

lugar para los psicóticos, se ocuparía de ellos más allá de lo razonable. Un artículo firmado por un universitario, hizo mucho ruido en 1998, éste afirmaba: *sa - bemos ahora que bajo tratamiento neuroléptico óptimo, el pronóstico y el grado de discapacidad residual de un paciente esquizofrénico se establecen prácticamente al cabo de dos años, y en todo caso al cabo de cinco años, de evolución. Más allá de estos límites de tiempo, estamos haciéndonos cargo de una discapacidad, no brindando atención médica* (13). Esto deja entender que los sectores *conservan* abusivamente en sus filas activas de atención a psicóticos de largo curso sin resultados probados. Pero también es desconocer el carácter procesual de la esquizofrenia, hecho de estabilizaciones y de episodios fecundos, que escapa a un modelo puramente médico con un tiempo de patología activa seguido por un tiempo de secuelas. Renunciar a este modo de pensar y a su referencia psicopatológica es visto por muchos colegas como una *traición* de lo que se les debe a estos pacientes y a sus familias. Promover la *rehabilitación* como un tiempo y un método específicos, fuera del ámbito de la atención, contribuye tal vez a mezclar los tantos.

La ambición del sector –su utopía, dirán algunos– era poner a disposición de los pacientes un dispositivo de atención accesible a todos, en todas partes, sin desigualdades sociales o geográficas. Sistema horizontal organizado *como un sistema de atención primaria*. Por muchas razones (restricciones presupuestarias, resistencias administrativas, caída de la motivación...) los sectores se desarrollaron de manera desigual, ciertas regiones se hallan peor provistas que otras. Usar esto como pretexto para anunciar el fracaso del sistema es profundamente injusto y preocupante, cuando en realidad un ex-representante del Ministerio escribe: *trece años más tarde, el éxito de esta reforma (el Sector) supera nuestras previsiones más optimistas* (7).

La especificidad de la psiquiatría ya no se reconoce. Se terminó la relación terapéutica indisociable del proceder clínico, el intercambio intersubjetivo entre paciente/profesional, a partir de ahora *nos dirigimos hacia un sistema (en psiquiatría) de atención organizada verticalmente según el modelo MCO (medicina-cirugía-obstetricia)... la atención primaria en psiquiatría recaerá explícitamente en el médico clínico, como para el resto de la medicina*.

¿Cambio de rol?

Aquí debemos evocar el tema de la demografía de los psiquiatras.

Globalmente, en la actualidad Francia es uno de los países mejor provistos de psiquiatras, pero el *boom* de los años '70 lleva a la resaca de los años 2010: el número total de psiquiatras, considerando todos los tipos de ejercicio de la profesión, se reducirá entonces a la mitad y la psiquiatría pública estará exánime. Ya hay hoy varios centenares de puestos no cubiertos. A pesar de los gritos de alarma de los profesionales, el Ministerio de Salud sólo incitaciones simbólicas, capaces apenas de retardar el movimiento, y muestra la nueva situación: los psiquiatras, mucho menos numerosos, tendrán un rol

de peritos, la atención y las prescripciones básicas les corresponderán a los médicos clínicos, las psicoterapias estarán a cargo de psicólogos-psicoterapeutas. Señalemos al pasar la protesta vehemente del *Comité Sindical de Psiquiatras* que denuncia los riesgos de una disociación entre el acto de atención psiquiátrica y su dimensión psicoterapéutica(2).

Se sobreentiende que este sistema contribuiría a la reducción de los gastos de salud. ¡Postulado que aún debe demostrarse! Lo ciertos es que varios artículos recientes, firmados por psiquiatras universitarios, profetizan esta evolución apelando ampliamente al modelo norteamericano, considerado insoslayable(13, 1, 4).

Reducir la función del psiquiatra a la de un perito es, verdaderamente, tomar la contrapartida de la política de Sector, es renunciar a una psiquiatría clínica, abierta a todos, sin jerarquías; es considerar que el acto principal en psiquiatría es la prescripción medicamentosa y que ésta se halla al alcance del no-psiquiatra.

Pero el perito en el que nos convertiríamos sería llevado a especializarse en ámbitos más o menos exclusivos, no sólo en función de la edad de los pacientes, sino también en razón de determinadas competencias, como la bulimia, las patologías del sueño, las depresiones, los delincuentes sexuales (los efectos de moda no están excluidos), incluso en función de la experiencia reconocida en el uso de una determinada familia medicamentosa. Podemos imaginar ciertos *acuerdos* entre perito y laboratorio farmacéutico...

A esta especialización anunciada se le agregan otros fenómenos:

- El regreso de una neuropsiquiatría fortalecida bajo el impacto de las neurociencias, dado que *las enfermedades del espíritu* le dan paso a patologías del cerebro identificadas por los avances de la neurobiología y pronto de la genética –la enfermedad de Alzheimer en primer lugar–. La esquizofrenia está destinada a entrar pronto en esa área de apropiación. La alcoholología y las patologías adictivas se tornan verdaderas especialidades. ¿Pero pertenecen aún al registro de la (neuro)psiquiatría?

- La competencia de otras especialidades cuyo ámbito se encuentra en las intersecciones de la neuropsiquiatría: los neurólogos se jactan de la extensión de su campo tradicional, las enfermedades de la senectud, por ejemplo, son reivindicadas en nombre de una competencia específica en los trastornos de la memoria. Los geriatras profesan argumentos parecidos. No olvidemos el ámbito tan particular de la epileptología. Destaquemos que el desarrollo del cognitivismo ha favorecido esta evolución. Los trabajos sobre los mecanismos neuroquímicos de la acción de los psicotrópicos y su difusión en la literatura también tienen su parte en este fenómeno.

- El desarrollo de una política de urgencias en el campo de la medicina, con una señal muy fuerte en dirección de los equipos psiquiátricos. La participación psiquiátrica en los servicios de urgencia de los hospitales generales se justifica, desde luego, pero no escapa a ciertos efectos perversos: la tendencia a hacer del circuito de las urgencias la solución de todo pedido de internación, o la respuesta más cómoda

ante la confusión del médico de ciudad desemboca en una hipertrofia del uso de las urgencias que se tornan una trampa para todos(5): la Sala de urgencia, sin embargo, no es el sitio más adecuado, a *priori*, para abordar un problema psiquiátrico; corre el riesgo de transformarse en el modo habitual de entrar en un sistema de atención *verticalista*.

– El pedido de la sociedad, retomado por los poderes públicos: todo lo que caracteriza el malestar de la sociedad actual, la violencia, la marginalidad, la exclusión, los delitos sexuales, forma parte de las nuevas misiones destinadas a la psiquiatría. Es normal que ésta sea interrogada sobre *los fenómenos sociales*; lo que es nuevo, es que la psiquiatría se encargue de aportar soluciones. Como lo resume un colega: *el psiquiatra y los equipos de salud mental son invitados por el político para aclarar y resolver el malestar social en sus síntomas más obvios*(6). Esta *sociabilización* del rol de la psiquiatría puede parecer paradójica ahora que se están reduciendo sus medios. Pero la ecuación es simple: la sociedad está enferma, el Estado no tiene solución, entonces delega... pero la misión no es clara: ¿psiquiatra bombero, policía o terapeuta? Confusión de los roles y psiquiatrización rampante. Le permite al Poder público esquivar, designar responsables. Los psiquiatras de Sector que nunca esquivaron sus misiones de servicio público, se hallan así dentro de una trampa, con crecientes riesgos de situaciones contenciosas y procesos judiciales.

• Paralelamente, interviene la evolución de la función del derecho. Poco a poco, *el derecho* sustituye al *derecho de*, se privilegia el contrato antes que la ley. Se trata del derecho a la salud y se habla de *salud mental* más que de *psiquiatría*. Se trata del derecho a la información, a la *contractualización de la atención* en el que el paciente se vuelve compañero, usuario. Evolución positiva si combate las relaciones de poder y de dependencia, si favorece la observancia terapéutica, si remite a las bases mismas de una relación psicoterapéutica, pero puede alterar los conceptos de autoridad, de posicionamientos de los hijos respecto de los padres, favoreciendo la reivindicación y los conflictos de intereses. La multiplicación de las convenciones y la puesta en marcha de las redes ilustran este concepto de contrato: se intercambian firmas, *uno se compromete a*. He aquí una *evolución que propulsa al psiquiatra fuera del ejercicio de un derecho de curar, según una regla general, para encasillarlo en el de un derecho del paciente a la salud, cuyas reglas de acceso serían las del lobby o de la cobertura médica*(3).

Consecuencia inmediata, se cuestiona el secreto profesional. Desde luego, puede que el secreto profesional se invoque de manera abusiva y que en psiquiatría se ponga como pretexto la obligación del secreto para con terceros para justificar una retención de información frente al paciente. A la inversa, la transparencia no deja de plantear puntos delicados cuando se trata, por ejemplo, de la historia clínica de un enfermo mental. En la actualidad, el Ministerio prepara un proyecto legislativo sobre los derechos de los enfermos. Allí se tratará la comunicación de la historia clínica al paciente o a sus apoderados. Los psiquiatras han hecho notar los peligros que habría

si toda historia clínica psiquiátrica fuera automáticamente accesible para el paciente en cuestión, pero no es seguro que se los escuche; difícilmente se sentirían satisfechos con la única restricción aportada en la última versión del proyecto de texto: *“La presencia de un médico designado por el paciente durante la consulta de ciertas informaciones puede ser recomendada por el médico que las ha establecido, por motivos deontológicos debidos a los riesgos que podría entrañar para el paciente en cuestión el tomar conocimiento de ellas sin el acompañamiento adecuado”*(12).

Este difícil debate sobre el secreto en psiquiatría surge precisamente en el momento en que asistimos al aumento de poder de las asociaciones de familias y de usuarios, fenómeno reciente en Francia, pero mucha más viejo en algunos de nuestros vecinos, Holanda y Alemania, en particular. Nos equivocáramos si viéramos en este desarrollo nada más que una amenaza para la vida de las instituciones y la libertad terapéutica. La introducción de un representante de los enfermos en los Consejos de Administración parece positiva y, en los Servicios, el sentimiento de respeto, de dignidad, de responsabilidad recíprocas debería verse reforzado. Devolverle al paciente su condición de ciudadano constituye uno de los objetivos del Sector, por ende, objetivo común con las asociaciones de ex-pacientes, sin olvidar por ello que *un individuo víctima de la enfermedad nunca es igual a un consumidor libre y activo*(9).

Si el estatus del paciente cambia, en el otro extremo de la cadena, las cosas también cambian: el peso de la administración ha aumentado de manera singular. La preocupación legítima de limitar los gastos de salud, incluidos los de la psiquiatría, tiene como consecuencia la multiplicación de las evaluaciones y controles. Ya sea que se trate de la acreditación de las instituciones, de proyectos de los establecimientos, de auditorías, de grupos homogéneos de enfermos, del PMSI, las consecuencias son la burocratización, la invasión de tareas administrativas que reducen el tiempo disponible para la atención, la objetivación del trabajo de atención cuya dimensión de relación desaparece. La expansión de la informatización aumenta este carácter de anonimato y de cosificación del trabajo del psiquiatra que ejerce en el hospital. No obstante, no podemos avanzar a ciegas y rechazar toda evaluación de nuestro trabajo.

– Los hay que piensan que, en este contexto hay que privilegiar el proceso de *calidad*, en una dinámica de eficacia terapéutica siempre mejor, a través de una reflexión colectiva que asocie los distintos actores de la atención, basada no ya en un aparato teórico sino *en la realidad cotidiana y capaz de desarrollar solidaridad, identidad profesional, responsabilidad*(9). Pero el mismo autor agrega: *“nadie es capaz aún de definir cuál es la mejor atención, ni cuáles son sus costos”*(10).

Así llegamos al equipo profesional. Será éste nuestro último capítulo. El equipo pluridisciplinario, una de las referencias mayores del trabajo de Sector, no está bien. La horizontalidad como base conceptual del Sector se reflejaba en la horizontalidad del funcionamiento del equipo profesional. A medida que los distintos cuerpos profesionales se afirmaron en

su identidad y la especificidad de su práctica, se fue instalando una jerarquía en cada categoría, insidiosamente. La creación de la enfermera general que forma parte del equipo administrativo de dirección y tiene autoridad sobre los/las enfermeros/as y en el nombramiento de los supervisores, es un símbolo de esta derivación. Así vemos a la psicóloga, la asistente social, la especialista en psicomotricidad, la enfermera, depender de un superior jerárquico exterior al equipo. Es fácil adivinar los efectos deletéreos.

A esto se agrega la desaparición del título de enfermero del Sector psiquiátrico reemplazado por un título de enfermero clínico. Disminución de competencia, banalización de la función, hacen aparecer, dentro de la profesión de enfermería, la reivindicación de una formación complementaria.

Conclusión

La psiquiatría del servicio público se halla sacudida en Francia por una profunda mutación. Le resulta difícil adaptarse a ella. La defensa de las concepciones fundamentales de su práctica enarbolada por los psiquiatras de sector es vista como un apego obsoleto y categorial.

Surge un interrogante: ¿la preocupación de limitar el impacto de ciertas evoluciones (demográficas por caso), formando, por ejemplo, grupos de clínicos para la escucha y la prescripción de los pacientes deprimidos o psicóticos tiene que ver con una anticipación indispensable o con una complicidad con el proceso en curso? Explicar, convencer sin descanso... Pero no olvidemos las palabras de Lieberman y Rush: *son las fuerzas externas las que nos redefinirán... con el riesgo de llevarnos progresivamente a una marginalización o una eliminación (de la psiquiatría) en tanto especialidad médica* (8) ■



Referencias bibliográficas

1. Boulanger, J. Ph., XXIème siècle, quel avenir pour la psychiatrie? *Halopsy* N° 23, janvier 2000.
2. Comité d'action syndical de la psychiatrie. Communiqué de presse du 15 mars 2000.
3. Garret-Gloanec, N., Nouvelles féodalités? *L'Information Psychiatrique* sous presse.
4. Griez E., L'évidence scientifique remet-elle la psychiatrie en question? *Halopsy* N° 23, janvier 2000.
5. Horassius-Jarrié N. y Baldo F., La psychiatrie "attrape tout" dans les services d'urgences des hôpitaux généraux. *L'Information Psychiatrique*, 76, 5, mai 2000.
6. Jovelet, G., Demain, la psychiatrie. *L'Information Psychiatrique* 6, juin 2000, sous presse.
7. Kervascoué, J. de, La psychiatrie : spécialité de référence ou en voie de disparition ? *Halopsy* N° 23, janvier 2000.
8. Lieberman J. A. y Rush, A. J., Redefining the role of psychiatry in medicine. *Am. J. Psychiatry*, 153, 1996, pp: 1388-1397.
9. Pénochet, J. Cl. y Desanges, Vers une démarche qualité. *L'Information Psychiatrique*, 71, 4, avril 1995, pp. 332-344.
10. Pénochet, J. Cl., Quelles chances pour la réforme? *Pluriels*, N° 2 février 1996.
11. Questions autour du cognitivisme. *L'Information Psychiatrique* 6, 2, février 2000.
12. Projet de modification de l'article L. 710-2 du code de la santé publique mai 2000.
13. Tignol, J., Le futur proche de la psychiatrie. *Act. Méd. Int. Psychiatrie* 5, 208, mars 1998, pp. 3653-3656.

Entrevista a Salomón Resnik

por Martín Reca*

En los últimos años, las vías de investigación sobre la naturaleza de la enfermedad esquizofrénica se multiplicaron e intensificaron, sobre todo en el ámbito de las neurociencias y de las ciencias cognitivas. Con la ayuda de psicofármacos más eficaces y específicos, las técnicas terapéuticas privilegiadas en la actualidad parecieran centrarse en medidas psicoeducativas de readaptación social. Por otra parte, la psiquiatría mundial, a través de un lenguaje globalizador, tiende a promover un movimiento masivo de desinstitucionalización. Los progresos son significativos y palpables, pero no sin alimentar, con alto riesgo, la ilusión de un control próximo de la enfermedad mental.

Una vez más pareciera que las corrientes materialista y espiritualista de la psiquiatría se separan, en desmedro de esta última. En este contexto de efervescencia científica positivista, no exenta de ideología ¿Qué lugar le queda a la experiencia clínico-psicoanalítica con pacientes psicóticos? El psiquiatra de hoy, inmerso en este legítimo entusiasmo podría efectivamente pensar que el psicoanálisis no es una herramienta actual para la comprensión y tratamiento de la psicosis. Sin embargo, todo aquel que, cualquiera sea su orientación teórica principal, se acerque a la «intimidad» de la clínica de su paciente psicótico, que asuma –sin idealizar ni denegar– la permanencia (aun luego de la yugulación eficaz de los principales síntomas) del Ser psicótico, que se cues -

tiona sobre la “resistencia farmacológica” de algunos pacientes y sobre la cronicidad de otros... encontrará en el doctor Salomón Resnik un interlocutor esclarecedor, y en sus ideas, la vigencia y la vivacidad de la reflexión psicoanalítica sobre el fenómeno psicótico y, aún más, sobre la persona enferma de psicosis. Porque cuando las teorías vienen a animar una experiencia cierta, la realidad de la clínica no puede sino ser compartida y las versiones, vecinas o complementarias.

Salomón Resnik es psiquiatra y psicoanalista, miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional y miembro del Comité Científico de Vertex. Nacido en Buenos Aires en 1920, discípulo de E. Pichon Rivière y de H. Rosenfeld, reside en Europa desde el año 1957, primeramente en Londres, luego en París y Venecia. Con una vasta y fecunda experiencia de más de medio siglo, es uno de los más grandes especialistas del tratamiento psicoanalítico de pacientes psicóticos. Su primer libro "Persona y psicosis" (Paidós, 1978) acaba de ser reeditado en inglés y en francés. Su obra escrita es muy importante y reconocida internacionalmente. Hace apenas unos meses, una de las más activas editoriales de textos psiquiátricos de Francia ha publicado su libro más reciente, consagrado enteramente a la psicosis crónica, "Temps des glaciations, un voyage dans le monde de la folie" (Tiempo de las glaciaciones, un viaje en el mundo de la locura) ■

* Médico psiquiatra. Hospital de Día para pacientes psicóticos, Centro Terapéutico "Jean Wier", Suresnes, Francia.

Martín Reca: ¿Querría usted contar su trayecto profesional a los lectores de Vertex?

Salomón Resnik: En torno a los 20 años, en los albores de mi formación de psicoterapeuta antes de obtener el diploma de médico comencé a concurrir a un curso, en la Facultad de Filosofía y Letras (UBA), dado por Bela Szekely, un psicólogo húngaro, con quien trabajé ulteriormente durante dos años. En la OSE "Sigmund Freud" de Buenos Aires, que dirigía Bela Szekely, conocí a la Dra. Rajman y a la Dra. Telma Reca de quien había oído hablar mucho. Así pues, trabajé varios años con la Dra. Reca, discípula de Lauretta Bender, que introdujo un *approach* psicobiológico en el campo de la medicina infantil, con gran intuición y personalidad.

En mi casa, al inicio, oculté estas actividades porque había dejado en parte mis estudios de medicina para ocuparme con gran interés de la psicoterapia de niños. Así, mi carrera médica fue alargándose pero incorporando una visión inicial transdisciplinaria más que interdisciplinaria. Esta formación me ha sido muy útil, sobre todo para poder concebir al paciente no solamente desde el punto de vista patológico sino también como un ser humano en sí mismo, que trasciende a través de su máscara, a través de la "persona"... lo que ha inspirado el título de mi primer libro.

Por aquella época, concurría también a las conferencias que dictaba Enrique Pichon-Rivière en el Hospicio de las Mercedes, en Buenos Aires. Más tarde, Enrique Pichon-Rivière me envió los primeros pacientes niños porque conocía mi experiencia precedente con el Prof. Szekely y con la Dra. Telma Reca. Los pacientes que me enviaba eran los que su mujer, Arminda Aberastury, ya no tomaba porque eran casos graves y cansadores. Después descubrí que estos niños deficientes o pseudo-deficientes eran autistas. Tales circunstancias, me convirtieron sin saberlo en un "especialista" en autismo y psicosis infantil, gracias naturalmente a Pichon-Rivière y a su mujer que controlaron mis primeros casos. Enrique Pichon-Rivière siempre me apoyó y me estimuló para que hiciera la carrera de psicoanalista, dados -según él- mi interés y mi intuición crecientes en tal campo.

He trabajado pues con Pichon-Rivière en su clínica de la calle Copérnico, la "Pequeña Menninger" -como solíamos llamarla, dada nuestra admiración por la *Menninger Clinich* hasta que la cerrara allá por los años cincuenta. Entonces un grupo de sus alumnos, entre los que estaban R. Usandivaras, J. Zac, J. Winocur, entre otros, abrimos otra clínica en la calle Billinghamurst y Av. Alvear. Colaboraron luego en ella gente como Ostrov, que era un filósofo conocido y también psicoanalista. Se convirtió en un centro de encuentros. No era solamente una clínica ambulatoria donde se internaba por algunos días a los pacientes, sino también un lugar donde se dictaban cursos.

Siendo ya analista, en el año 1955, vine a Europa por primera vez a un Congreso internacional de psicoanálisis -en Ginebra- junto a Pichon-Rivière precisamente, Liberman, Grinberg y gente de mi

generación como Willy Baranger. En esa ocasión pude conocer a Ernest Jones, a la Princesa Bonaparte y a Melanie Klein. Regresé al país entusiasta... sobre todo con las ideas de esta última. Ese entusiasmo se acrecentó cuando conocí a Emilio Rodríguez, quien justamente regresaba de Londres donde había ido a completar su formación con Melanie Klein y con Paula Heimann. Gracias a él, que aceptó controlar niños a mi cargo, tuve una visión muy distinta, mucho más directa, del *kleinismo*. En efecto, encontré en ese trabajo de control un *approach* nada mecánico ni repetitivo que, con los años, descubrí que no venía sólo de los kleinianos de Londres, sino también del talento mismo de Rodríguez. Fue él quien me ayudó a venir a Inglaterra, para continuar mi análisis, por más de diez años, a razón de cinco veces por semana, con Herbert Rosenfeld. Comencé seminarios y controles en niños directamente con M. Klein, D. Winnicott, W. R. Bion, E. Bick, para poder comprender los estadios tempranos del desarrollo.

Después de más de diez años en Inglaterra, decidí "volver" a París. Digo "volver" porque en el 57, rumbo a Londres, había realizado una "escala" en París que duró un año. Allí seguí el curso de Maurice Merleau-Ponty sobre fenomenología en el *Collège de France*, también seguí los cursos de Roger Bastide y de Lévi-Strauss. Durante ese año, impulsado por la impronta de E. Pichon-Rivière que, en Argentina, representaba la psiquiatría francesa clásica integrada a una concepción psicoanalítica, estuve en contacto con los grandes psiquiatras franceses y asistí a los cursos de Henri Ey. El Doctor Eugenio Lopez de Gomara, me vinculó con el doctor Daumézon que era una figura maravillosa y quizás el representante de la semiología psiquiátrica más importante de la época. Éste me dio la oportunidad de trabajar en su servicio y llegamos a estimarnos mucho. Gracias a él pude obtener más tarde un puesto en Inglaterra... ¡sin saber inglés!

Martín Reca: ¿Podría comentarnos como sucedió?

Salomón Resnik: Un día un importante profesor inglés de psiquiatría, el Dr. Morris Carstairs, epidemiólogo con cierta formación analítica, vino al Hospital Sainte-Anne para saber qué investigaciones se hacían sobre la esquizofrenia. Entonces, Daumézon le dijo que había un argentino que hablaba mal francés pero que tenía ideas muy personales sobre el *approach* del paciente esquizofrénico. En efecto, habíamos organizado en su servicio de admisiones dos tipos de anamnesis iniciales, una individual y otra grupal. Esto nos permitía completar, de entrada, el examen del paciente a través de la observación de su comportamiento en relación a un grupo. Morris Carstairs se interesó mucho y me propuso trabajar en el *Nethene Hospital* en Coulsdon, cerca de Croydon. Allí trabajé un año tomando a cargo una comunidad terapéutica mixta de pacientes esquizofrénicos jóvenes, de entre 20 y 30 años de edad. Luego pude trabajar en el *Cassel Hospital*, un hospital de orientación psicoanalítica.

En Londres, tuve la suerte de ir al encuentro de grandes maestros a quienes admiraba, no sólo kleinianos, sino también otros, tales como Winnicott (que estaba muy ligado a las ideas de Klein a pesar de que en Francia se los opone de alguna manera), M. Balint y E. Glover. Anna Freud no me recibió en sus seminarios porque consideraba que si yo seguía a M. Klein no había motivos para que siguiera sus cursos, cosa que me pareció ridícula. Y esto último me da lugar a explicar por qué decidí partir de Inglaterra: me fui de Inglaterra cuando sentí que el mismo grupo kleiniano que había representado una apertura para mí, se había transformado en un encierro, una aporía. Pensé que había recibido bastante, había estado en grandes escuelas y conocido a grandes maestros, pero creo, hoy más que nunca, que después uno tiene que salir de las escuelas y desarrollar su propio estilo, utilizar su propia "máscara" y encontrar otros interlocutores.

Quise entonces volver a París y retomar el hilo que había dejado con Daumézon y con algunos psicoanalistas que me habían recibido muy bien en el 57, como S. Lebovici, R. Diatkine y otros, incluso con algunos lacanianos como Jean Oury, quien me había invitado a su clínica a dar seminarios y con quien, aun hoy, debatimos sobre la clínica de la psicosis. En Francia, redescubrí a F. Tosquelles y al movimiento llamado de "psiquiatría institucional", que ya Daumézon me había presentado en el 57, y con quienes de hecho siempre estuve en comunicación. Efectivamente, desde Londres viajaba de tanto en tanto a la célebre clínica de Saint-Alban que dirigía Tosquelles para intercambiar ideas y dar cursos.

Martín Reza: *En este breve pero rico relato de su trayectoria se ve que en ella han intervenido grandes maestros ...*

Salomón Resnik: Mi gran maestro sigue siendo E. Pichon-Rivière, porque él respetó mucho mi persona y me ayudó a desarrollar, creativamente, mis propias ideas. En ese mismo sentido la otra gran figura a destacar es Bion. Con él tuve controles individuales durante tres años todas las semanas, también seguí sus seminarios. Bion ha sido un interlocutor que me ayudó a no ser ni "bioniano"...ni "resnikiano", sino a mantener una apertura hacia la formación continua en lo que él llamaba un *very difficult job*...pero que tiene que ver no sólo con la profesión de psicoanalista sino con la vida misma. Si me preguntaran hoy cuál es mi especialidad yo diría inmodestamente "la vida". Mi trayectoria, mi modo de ser y de hacer tienen que ver con una investigación profunda por la vida.

Martín Reza: *¿Porqué especializarse en psicóticos, teniendo competencias en pedopsiquiatría, en análisis de grupo e institucional, en psicoanálisis de neuróticos, etc.?*

Salomón Resnik: Mi interés por la psicosis no se basa en una fascinación particular por la locura, como fue el caso de algunos colegas que convertían a los locos en verdaderos chamanes, entre

ellos Ronald Laing, a quien yo admiraba, pero que, en mi opinión, idealizaba mucho la psicosis. Tampoco se basa en la idea de que ser capaz de comunicarse con ellos públicamente da cierto poder.

En el paciente psicótico se abre espontáneamente, por razones de necesidad, una dimensión metafísica, y esto, independientemente de su nivel cultural. En efecto, forma parte de la enfermedad esquizofrénica el estar preocupadísimo por aspectos fundamentales de la existencia, por el problema del Ser, por la ontología; es decir: "estoy vivo o soy un muerto que camina". Esto me recuerda el caso de David: un día en que se cortó la luz de mi casa en Londres a las ocho de la noche, en el momento de su cita, vino y tuve que decirle que la sesión no tendría lugar porque no había luz. Se introdujo con fuerza y dijo "comencemos la sesión, no me interesa, quiero saber dónde estoy y si estoy vivo". Entonces se sentó, después se recostó en el diván y hablamos sobre una experiencia fundamental de la existencia: el vivir el propio cuerpo o el sentirse fuera de sí mismo -despersonalizado- y fuera de la realidad, -desrealizado-.

Aun ahora, continúo tratando muchos pacientes psicóticos, sobre todo porque, desgraciadamente, muchos psicoanalistas no toman pacientes psicóticos a cargo. Creo que no todos están dotados para ello, (en este punto estoy de acuerdo con E. Pichon-Rivière y con H. Rosenfeld) porque hay que tener o desarrollar una personalidad capaz de tolerar la ansiedad psicótica, y un interés no tanto por la psicosis, diría, sino por los problemas humanos que su tratamiento implica. Problemas que cuestionan todo profundamente, incluso al psicoanálisis mismo, exigiendo una investigación permanente para recrear cada vez, reinventar, un psicoanálisis y la posibilidad de una relación de comprensión ante enfermedades tan complejas que tienen que ver también con cuestiones de nuestra sociedad.

Martín Reza: *¿Qué puede decirnos de la dimensión cosmopolita de su existencia? ¿Se es el mismo analista en París que en Venecia -donde reside y trabaja con frecuencia- en Londres o en Buenos Aires?*

Salomón Resnik: Asocio inmediatamente con una anécdota que involucra al Dr. Tesone, un argentino que se formó psicoanalíticamente en París y que vive en Mar del Plata. En alguna oportunidad me escuchó dar una conferencia en italiano, en Roma, en una serie de seminarios para especializados en psiquiatría, que doy una o dos veces por año en Roma donde fui profesor (como también lo fui en Lyon con el Dr. Guyotat) y me dijo en aquella ocasión: "te escuché hablar en francés, te escuché hablar en inglés en un congreso internacional de grupos y te escuché hablar en español... y debo decirte que hablaste el mismo idioma en todas esas lenguas".

De este modo abordamos el tema de la identidad y de la autenticidad. Esto tiene que ver también con la psicosis. El psicótico es una persona que vive el

drama de haber perdido su identidad y que busca otra identidad en una nueva realidad que él tiene necesidad de crear frente a una realidad que pone en cuestión su propia fragilidad y sensibilidad ante la vida. Ya es sabido por psiquiatras y por algunos psicoanalistas interesados en el campo de la psicosis, desde Freud mismo, que el delirio es un modo de resolver patológicamente la discordancia entre la realidad interna y la realidad externa. Es pues muy difícil para el paciente psicótico intentar siquiera mantenerse en contacto con la alteridad del mundo en el que vivimos, no sólo el de nuestra cotidianidad sino también el de nuestras concepciones –en mi caso psicoanalíticas– respecto a la enfermedad que lo aqueja. Por eso, aprecian mucho cuando el terapeuta puede ser espontáneo... aunque se equivoque... cuando puede ser sí mismo, lo cual también requiere mucha experiencia. Bion insistía mucho sobre esto. La relación con el enfermo, especialmente en el caso de la psicosis, se sitúa en un nivel muy particular que no tiene que ver con lo que uno dice, con lo que el otro dice, sino con lo que el paciente le “hace” a uno y uno le “hace” al paciente, sin saberlo. Esto lo llamé ya en *“Persona y psicosis”* inducción, es decir lo que uno puede inducir en el otro sin darse cuenta, a través de nuestras reacciones, ya sea del paciente al analista... o del analista al paciente ¡que puede inducirlo, incluso, a hablar un lenguaje lacaniano o kleiniano o de cualquier otra escuela!

Esto me recuerda a mi última analista en Argentina, Luisa G. Alvarez de Toledo, una extraordinaria analista que estaba vinculada a Enrique Pichon-Rivière. Recuerdo que cuando le dije que pensaba ir a Londres para seguir seminarios con Melanie Klein y continuar analizándome con H. Rosenfeld, me dijo algo muy importante: “mirá, está bien que vayas a profundizar sobre los estados precoces del niño, del psicótico... y las investigaciones de la Klein son formidables; pero atención, porque lo que ocurre entre paciente y analista no es una cuestión de objetos, de relación al objeto, ni tampoco de mecanismos del Yo... es una relación entre personas”. Esto abre naturalmente la dimensión ontológica y metafísica de la que hablábamos anteriormente y que en el psicótico aparecen por razones de necesidad, por una vocación espontánea. Los pacientes pierden, si la han tenido, la capacidad de manipular o de cosificar al otro, aunque ellos mismos se sientan por momentos cosificados. El lenguaje de comunicación con el paciente psicótico es, pues, decididamente otro. Éste se siente obligado, cuando se expresa, a hablar de un modo desarmado, un modo incoherente como se decía clásicamente, y que yo hoy prefiero llamar una “nueva coherencia”... Los fragmentos de la desintegración esquizofrénica se reúnen de otro modo constituyendo lo que en una época se llamaban neologismos, los cuales forman parte de un verdadero lenguaje. Intenté referirme a estas cuestiones en mi último libro *“Temps des glaciations, un voyage dans le monde de la folie”*.

Martín Reza: *¿Podría brindarnos alguna primicia de este libro que acaba de editarse en Francia?*

Salomón Resnik: Este libro forma parte en cierto modo de mi biografía, en el sentido de que mi vida está muy ligada a mi praxis y a mi interés afectivo y cultural.

Trata esencialmente de las formas crónicas de las psicosis. Comencé a trabajar con psicóticos crónicos no bien pasé a ocuparme de adultos, luego de mi trabajo con niños. En el hospital psiquiátrico de Buenos Aires trabajé desde el año 50 con R. Usandivaras y J. Morgan con quienes organizamos la experiencia de ver semanalmente un grupo de esquizofrénicos crónicos que tenían 20 a 30 años de permanencia en la institución. Hice allí mis primeras armas y en este libro retomo este trabajo. Es, pues, biográfico en el sentido de que introduce mi primer contacto enlazándolo a mis últimos trabajos sobre la psicosis, tanto en el plano individual como grupal e institucional. La perspectiva institucional siempre me interesó y en ella encuentro vínculos con la «comunidad terapéutica» de Inglaterra, con los conceptos de Thomas Main, director del Cassel, quien fue el que introdujo el término de *“therapeutic community”* (y no Maxwell Jones, como se dice habitualmente).

Martín Reza: *¿Cómo caracterizaría la perspectiva institucional en el tratamiento de pacientes psicóticos?*

Salomón Resnik: En las instituciones se plantea el problema de que el paciente disociado da una versión diversa de sí mismo a cada uno del personal de la institución. Entonces ¿Cuál es el verdadero paciente? Fenomenológicamente, retomando a Husserl y Merleau-Ponty sobre todo, diría que el paciente es, quizás, la suma imaginaria de todas las perspectivas posibles. Es por eso que, en el tratamiento de las formas crónicas y graves de la enfermedad psicótica, el trabajo institucional puede resultar fundamental.

Habría que retornar al concepto de *“Folie discordante”* de Chaslin, psiquiatra francés, que siempre me ha interesado enormemente y que para mí sigue siendo el término más adecuado fenomenológicamente, respecto a lo que Kraepelin llamaba “Demencia precoz” y E. Bleuler “Esquizofrenia”.

Martín Reza: *En su opinión, ¿existen diversas formas clínicas de esquizofrenias como se entiende clásicamente o momentos evolutivos de una misma enfermedad... de una misma estructura?*

Salomón Resnik: Mi primer caso de un paciente esquizofrénico me lo confió Pichon-Rivière. Este paciente tuvo una crisis disociativa, discordante y megalomaniaca, y cuando me pidieron que fuera a verlo ya lo habían hospitalizado en el Instituto Frenopático Argentino, adonde había sido llevado por la policía porque, en su crisis, el paciente había entrado en un barco ruso queriendo liberar a sus tripulantes. En ese primer caso de un esquizofrénico

adulto, que controlé con Pichon, él me dijo lo siguiente: “recuerde y olvídense al mismo tiempo de todas las nosografías psiquiátricas conocidas, que es importante conocerlas, saberlas, pero si la experiencia psicoanalítica de la transferencia camina, va a haber transformaciones importantes en las cuales seguramente el paciente pasará por toda la nosografía psiquiátrica”.

El concepto que tenemos de cuadro clínico fijo corresponde a una época de una psiquiatría atomística, en la cual, se distribuían los pacientes en el espacio... según su modo de aparecer en la institución. Se debe tener en cuenta la temporalidad, es decir el aspecto dinámico. En cierto modo, se repetía en psiquiatría lo que E. Minkowski define como característico del pensamiento esquizofrénico que es la espacialización del tiempo. Los pacientes son distribuidos estáticamente sin tener en cuenta que la transformación se da en el tiempo, sin considerar la “Kinesis”, el movimiento que caracteriza a la vida misma.

Para establecer un diagnóstico, no utilizo los síntomas, ni siquiera los criterios de Bleuler, utilizo el concepto fenomenológico de transformación del mundo y de *Eigenbeziehungswahn*, o delirio de autorreferencia, descrito por Wernicke. Es uno de los elementos característicos, iniciales, de la conversión de no-esquizofrénico en esquizofrénico, es decir, de la transformación de un mundo allocéntrico, heterocéntrico, en egocéntrico absoluto. El paciente camina por la calle y tiene la convicción absoluta de estar en el pensamiento de todos los que lo miran y todos lo que lo siguen o contemplan desde los balcones. Todos piensan en él; pero no es consciente de que se trata de sus propios pensamientos evadidos, errantes, que han buscado refugio en otros “nidos”, en un momento en que han tenido que abandonar desesperados su propio cuerpo originario que, sensible y frágil, no está más en condiciones de tolerar... no sólo el sufrimiento y el dolor, como se dice habitualmente, sino también el placer! Lo que no es tolerable, en suma, es el sentir... el vivir.

Martín Reza: *En sus escritos se refiere usted a me - nudo al concepto de metempsicosis...*

Salomón Resnik: El término psicosis (*Psychè*:alma; *osis*: movimiento, animación) es antiguo, es una voz griega, no así su utilización en psiquiatría que es relativamente moderna. Este término estaba ya presente en la metempsicosis de las creencias babilónica y egipcia, en las cuales la *psyché* abandona su cuerpo para ir a habitar en otra parte. Estos mitos son luego tomados por la escuela pitagórica, en la cual las almas superiores –que Platón retomará naturalmente en “*El banquete*”– tienen la posibilidad de persistir, por su superioridad espiritual, a través de la reencarnación, que corresponde a los mitos de las migraciones de las almas, que pueden renacer en otras naturalezas, vegetal, animal, celestial. Según mis investigaciones esto constituye una fantasía básica en la esquizofrenia, es decir que el psicótico tiende a dejar su cuerpo (“a abandonar el barco antes de que se hunda”, según los términos

de Jaspers) para poder tratar de salvarse o renacer en otro espacio, en otro tiempo o en otra naturaleza. No digo que sea metempsicosis pero tiene algo que ver con el mito metempsicótico, es decir que el alma sale del cuerpo, de ahí que el paciente siente la despersonalización, (el cuerpo es un otro) para poder renacer de otra manera. Pero existe también el fantasma opuesto. Ultimamente una paciente, Mónica, muy hermosa, me dijo que ella no existía. Le pregunté qué significaba eso, y me respondió que ella no tenía cuerpo, que era puro espíritu. “Y su cuerpo ¿dónde está?” –le pregunté– “Estará en otra dimensión, en otro planeta, no lo sé”. Esto corresponde a lo que Plotino nos definía ya como la metempsomatosis, es decir que si en la metempsicosis es el alma que deja al cuerpo, aquí es el cuerpo que abandona el alma, vacío, deambula por otros espacios y otros tiempos.

Esto último me permite retornar a mis últimas investigaciones sobre los pensamientos errantes, que buscan un puerto, o que buscan un nido. Este trabajo publicado en una revista francesa se inspira en parte del concepto de *wild thoughts* o “pensamientos salvajes” de los que habla Bion. Son los pensamientos o fragmentos que pierden control... y se pierden en el universo. Este es un aspecto que introduce ya una dimensión de aventura en la experiencia psicoanalítica, que constituye en sí misma una investigación y un viaje no anticipado. La aventura consiste en buscar adónde se han ido esos fragmentos de vida, más que del *Yo*, del *Ser*; (pero ya volvemos a ser estáticos)... fragmentos de vida que se han perdido buscando otros horizontes, pero con reminiscencias, con sentimientos nostálgicos de volver a su “patria”. Sólo que el paciente no reconoce sus propios fragmentos y se opone a la reintroyección. Y, a veces, la reintroyección es violenta, forzosa y enloquecedora, a pesar de ellos, porque los fragmentos consideran que por “derecho de asilo”, tienen pleno derecho a volver a su lugar de origen, que el autor no reconoce conscientemente... quizás, inconscientemente. Y ahí es donde se puede restablecer, desde un punto de vista terapéutico, una reintegración de aspectos perdidos del mundo interno de la persona-paciente, que retornan para introducir lo que Freud llamaría “*Construcción en psicoanálisis*” (1937), y yo diría, reconstrucción o reparación... o restauración, en términos de Melanie Klein.

Martín Reza: *El mito metempsicótico pareciera resumir lo esencial del concepto de psicosis disociativa.*

Salomón Resnik: A propósito del concepto de psicosis, las cosas han cambiado y yo diría que el gran cambio se debe en parte a Freud mismo. Muchos hablan de su trabajo sobre Schreber como punto de partida, yo parto de mucho antes y en un trabajo mío que se llama “*Biografía de la psicosis*” que he publicado en inglés señalo que el punto de partida es mucho más anterior en Freud, cuando por primera vez define el término “proyección”, a través del análisis de un caso de psicosis crónica, en la última parte de “*Nuevas aportaciones a las neurop*

sicosis de defensa (1894). Freud se refiere a *Frau P.* en estos términos: "la paciente siente voces interiores que la acusan de mostrarse desnuda a través de la ventana; esas voces desaparecen, pero descubre que son los vecinos que piensan de ella que se muestra desnuda". Entonces Freud dice "es como si lo que ha sido reprimido interiormente, desaparece para cambiar de lugar y aparecer psicóticamente, afuera, como voces alucinadas, dentro de las casas, dentro de los vecinos, de forma tal que se puede llamar proyección". ¡Fíjese qué interesante! Freud, en la edición alemana utiliza el término "represión" (*Verdrängung*) pero en lugar de haber sido reprimido adentro es reprimido afuera, dentro de un objeto. En este pasaje el concepto de identificación proyectiva está ya presente, porque no es proyección sobre un objeto sino dentro de las casas, dentro de los vecinos.

Freud en realidad ya lo descubre y después lo deja, como tantas otras cosas. Este punto lo desarrollo especialmente en mi último libro.

Después de Freud, uno de los que seguramente han profundizado más el tema de la psicosis es Victor Tausk, en su famoso trabajo sobre "El aparato de influencia" y, naturalmente, Karl Abraham, por una parte y Paul Federn por la otra. Allí es donde se dividen dos grandes escuelas: de Paul Federn nacerá la escuela de Frida Fromm-Reichmann, en Estados Unidos, en Chestnut Lodge; y de Karl Abraham, la escuela de Melanie Klein, en Inglaterra, donde a través de sus discípulos H. Rosenfeld, primero de todos, H. Segal después, W. Bion... y yo mismo, se desarrollarán nuevos aportes, nuevas ideas respecto a la posibilidad de un tratamiento psicoanalítico de las psicosis. Aquí hay una diferencia fundamental que quizás conviene esclarecer para este encuentro, y es que yo vengo de la tradición de E. Pichon-Rivière en la Argentina, antes de llegar a Londres, y es marcado mi interés por lo social, en la importancia que otorgo a la comprensión de la dinámica de una institución psiquiátrica.

En la Argentina las contribuciones de J. García Badaracco sobre las identificaciones patógenas en la psicosis son de gran interés. Como lo es también el libro de técnica psicoanalítica de R. Horacio Etchegoyen donde retoma aspectos fundamentales de la experiencia psicótica según diversos autores, agregando sus propios puntos de vista.

Martín Reca: *Usted se refiere al "cuerpo frágil" del esquizofrénico, que los pensamientos deben abandonar... "antes de que el barco se hunda". ¿Se trata de una "vulnerabilidad psíquica, yoica" o de una vulnerabilidad que involucra de otra manera al cuerpo?*

Salomón Resnik: Cito mucho un trabajo de Edward Glover "The birth of the Ego" (El nacimiento del Yo), publicado por la International University Press, New York, en 1968, en el que habla de "complejo nuclear del Yo". Según él, y siguiendo a Freud en parte, en el inicio de la vida del niño habría fragmentos independientes de un "Yo no-integrado"; núcleos de lo que sería un Yo, que él llama *Ego*

nuclei. Ahora bien, esta base originaria, de núcleos que se integran permite comprender la desintegración psicótica. No puede haber desintegración si no hubo integración. D. Winnicott también utiliza este concepto, al referirse al Yo primitivo, "the primitive Ego", que es, desde los comienzos, "the composite formations consisting of independent autonomic Ego nuclei" un compuesto de formaciones constituidas por elementos del Yo, autonómicos. Y esto permite comprender que, quizás, en el esquizofrénico -y esto es una hipótesis- existiría una tendencia, en situaciones traumáticas, a volver a esta situación originaria de *Ego nuclei*, noción que habría que confrontarla al concepto de Melanie Klein, quizás incompleto, de "part objects". Digo que es incompleto porque no es suficiente hablar de *part objects* sin aludir a estos "part Ego". Ya que, y siguiéndola a Klein, hay relaciones de objeto, y por supuesto, relaciones entre el Yo y el objeto... pero ese objeto puede ser un fragmento del Yo que se ha disociado o que se ha roto. Pero el concepto de rotura, en la crisis psicótica, es mucho más omnipotente y real, en la cual la situación traumática que desencadena la regresión aparece como contundente, provocando una rotura que no siempre sigue, quizás, el sistema esquelético de los *Ego nuclei*.

Martín Reca: *¿Y qué vínculos con el cuerpo tienen esos Ego nuclei?*

Salomón Resnik: Se podría llamar de cuerpo interno y, quizás, habría que retornar al Yo y el Ello de 1923 de Freud, en el que la psique... el Yo, es sobre todo una realidad corpórea... *Das Ich ist über alles eine Körperliche Ich*; ¿Qué significa? No significa que hay una realidad corpórea y una psique separada; significa que es dentro de ese "recipiente", lo llamaría yo, que adquiere cuerpo el alma... en donde habita el ánima, o la psique. Eros y Psychè se encuentran allí, si se quiere también, si Eros es cuerpo, como paraexcitación libidinosa y Psychè es mente sentida, vivida. Solo que, normalmente, en el trabajo de 1923, se trata de la persona que podríamos llamar "de la norma", allí hay pues una coincidencia topográfica o topológica entre los límites del Yo psíquico y del Yo corpóreo. Pero si uno sigue las fantasías de P. Schilder respecto al esquema corpóreo, a la *gestalten*-el concepto de las estructuras, de la *Gestalt*-se puede decir que a veces puede haber un cuerpo vacío de experiencia sentida, en el cual todo el Yo puede vivir solamente en un órgano... en el estómago... o en un dedo. Por ejemplo yo recuerdo un joven llamado Pierre-Marie, un paciente esquizofrénico que decía "je suis dans le carpe", vivo en el carpo. Todo él estaba recogido, contraído, dentro de una parte anatómica del cuerpo para protegerse del resto (de su cuerpo) vivido ya como mundo externo. Es un ejemplo de disociación extrema dentro del mismo cuerpo. Y, a veces, al revés, el Yo puede ser más grandioso que el cuerpo, rebalsar sus límites e introducir lo que Jules Séglas define como *délire d'énormité*.

Martín Reza:... *que forma parte del síndrome de Cotard...*

Salomón Resnik:... que Cotard, discípulo de Séglas, retomará para hablar de principio de infinitud en el espacio y en el tiempo en pacientes que presentaban este síndrome... que ha sido mi tesis de psicoanalista.

Martín Reza: *Me permitiría interrogarlo sobre algunos aspectos más técnicos de la intervención terapéutica. Muchos autores sostienen, con referencia al insight defectuoso en el esquizofrénico, que la interpretación que apunta a desarrollar al Yo está contraindicada en estos pacientes.*

Salomón Resnik: Incluso actualmente, algunos analistas consideran que no es función del psicoanálisis ocuparse de psicóticos. Se plantea aquí un problema fundamental ¿qué es el psicoanálisis? Yo que tuve un itinerario tan largo y laberíntico, podría decir: ¿es lo que uno conoce, estudió y leyó?... ¿o es lo que aparece cuando uno ya está en condiciones de saber suficientemente para poder, como diría Bion, olvidar lo que uno conoció y poder confrontarse y atenerse a lo que, conjuntamente con el paciente (porque la experiencia relacional, analítica, es la transferencia) uno va descubriendo poco a poco? No debe perderse de vista que el analista no sólo es expresión de una contratransferencia, sino que también es un paciente que no ha olvidado el serlo, y que si ha adquirido "métier de paciente" tendrá la capacidad, tal vez, de comprender... de paciente a paciente, o de niño a niño... o de experiencias psicóticas a estado psicótico.

La diferencia entre neurosis y psicosis es fundamentalmente cuantitativa, no cualitativa. Melanie Klein nos ha enseñado a los que la hemos seguido de cerca, que núcleos psicóticos tenemos todos. Es lo que me permite, modestamente, ser comprensivo. Si uno está en contacto con sus propios núcleos psicóticos puede comprender los aspectos psicóticos del otro... ¡que no siempre es psicótico! Recuerdo que en los controles con Bion, él me decía "pero este paciente tan esquizofrénico, en la sesión de hoy es un neurótico". Es decir que hay, lo que dije al inicio, cambios y transformaciones en el Yo del paciente haciéndolo atravesar por toda la nosografía de los estados psicóticos, no psicóticos y borderline de su personalidad.

En realidad, no hay lugar para el silencio omnipotente y pretencioso, ni para la interpretación mágica que "cura" al paciente. La interpretación no es la respuesta inteligente y virtuosa. Interpretación significa etimológicamente "interprestación"; es como en el juego: yo traigo mis juguetes y el otro también y, por ahí, jugamos juntos... entonces nos prestamos cosas. Y por ahí, emerge, como una luz si se quiere, un esclarecimiento en el cual, jugando, intervienen los dos. La construcción de la interpretación es la formulación de un sistema de prestaciones... que ya indica la Kinesis, el movimiento. Es algo que va de una parte a la otra del "canal", para utilizar la imagen de Venecia, donde vivo parte del año, en donde para pasar

de un lado a otro del canal se toma el *traghetto* que tiene la misma raíz etimológica que "transferir" (*Ubertragung*) Entonces, lo importante es que en el *traghetto* se pasa de un lado a otro y recíprocamente. Eso me introduce a la idea, no de transferencia y contratransferencia, sino de doble-transferencia: lo que viene del paciente y lo que viene del analista... Y lo que viene son sobre todo cosas de las cuales no son concientes ni el uno ni el otro y sólo cuando aparece la luz de la conciencia, entonces se transforman en elementos concientemente utilizables. En la intuición de la empatía, quizás, de la comunicación que se da -como fenómeno- en el acto de estar con el otro, aparecen sensaciones comunes o diversas, pero que se dan por sobreentendidas y que todavía no han encontrado sus palabras. Allí entramos en el plano de la poesía y del arte.

Martín Reza: *Quizás debido a su doble formación de psiquiatra y de psicoanalista usted supo siempre articular estas dos prácticas, lo que no es frecuente ni fácil.*

Salomón Resnik: De hecho no es tan fácil decir que un psicótico va a venir cinco veces por semana a analizarse cincuenta minutos. No es así. Forma parte del mundo psicótico no aceptar reglas de ese tipo. Recién cuando el paciente está mucho mejor puede aceptarlo; pero diría que, como punto de partida, un analista solo no basta; yo no me siento capaz, después de cincuenta años de trabajo continuo de análisis de la psicosis, de iniciar un tratamiento solo; necesito un colega, un psiquiatra que lo medique si es necesario, que lo hospitalice si nos parece oportuno. Pero hay una gran diferencia, y eso lo aprendí de Pichon-Rivière, aun antes que de H. Rosenfeld: seguir al paciente si está hospitalizado. Y eso lo hice ya en el Frenopático de Buenos Aires cuando tenía alrededor de 30 años, en el cual seguía a cuatro o cinco pacientes, quedándome cinco a seis horas todos los días dando una hora u hora y media de sesión, como practicaba H. Rosenfeld con sus pacientes hospitalizados. La permanencia de la relación terapeuta-paciente y la posibilidad de entablar un diálogo con los enfermeros que siguen, afectivamente implicados, las vicisitudes cotidianas de la realidad de éste, así como el contacto con las familias pueden ser, en efecto, muy útiles. Con respecto a las familias, quiero precisar que no me estoy refiriendo en el sentido de poder «psicoanalizarlas». No creo en esto. Me estoy refiriendo desde un punto de vista kleiniano, es decir, que en la desintegración esquizofrénica, en la dispersión del mundo interno del paciente, partes de ese mundo se hospitalizan en el "cuerpo" familiar, en los miembros de su familia. Reunir la familia es, en cierto modo, recordar (y recordar es recordar también), unir aspectos disociados, «*splitting-off parts*», que significa disociaciones que se han alejado (*off*=fuera) y comienzan a animar otras naturalezas, -se ve la fantasía de la metempsicosis- esta vez en el cuerpo de los miembros de la familia, y en tales casos aparece la confusión de realidades o el delirio de relación.

Martín Reza: *Aprovechando su fuerte raigambre humanista y su interés por el arte, quisiera conocer su posición en el debate existente con respecto a las producciones estéticas de los pacientes esquizofrénicos.*

Salomón Resnik: Shakespeare decía que, quizás, estamos hechos de la misma naturaleza con que están hechos los sueños. Pero, en cierto modo, lo que abre un gran camino ligado al arte, y yo diría a lo estético más que al arte, ahí donde "estético" significa "estésis" o sea, el mundo de las sensaciones... y de la sensualidad y de la sensorialidad, es dejarse llevar por la intuición. Siempre recuerdo una frase de Henri Maldiney, el filósofo, que decía que la diferencia entre un psicótico y un poeta es que el psicótico entra en el bosque y se pierde; el poeta se pierde pero retorna con una metáfora. Entonces ese es el aspecto de la "poiesis", ahí donde la Poética de Aristóteles significa creación, en el cual poder llevarse, dejarse llevar, perdiéndose y volviendo a su propio "nido" para no despersonalizarse del todo y poder seguir siendo siempre un interlocutor dinámico, plástico y flexible, lo que requiere poder entrar en contacto con lo que es creativo en un mundo que al mismo tiempo es destructivo. Esto lo confronta a uno con el problema de la vida y la muerte y de Eros y Tánatos en Freud.

Recuerdo, respecto del arte, que en los años 60, fui invitado a una reunión en el *Institute of Contemporary Art* en donde estaban reunidos, ni más ni menos, E. Gombrich, Herbert Read, Hanna Segal, Morris Carstairs. La discusión giraba en torno a la posibilidad de la existencia de un arte psicótico, o de los aspectos creativos de un paciente aparentemente psicótico. Se debatió mucho. Mi punto de vista personal es que el arte en un psicótico no significa que su arte sea "psicótico"; yo diría que Van Gogh es Van Gogh no porque era epiléptico, o quizás psicótico, sino porque era Van Gogh. Que hay pues una cualidad y una salud en su estructura creativa a la cual se agrega, quizás, la fuerza de la *folie* en la intensidad del color, en ciertos momentos... o en la falta de color, quizás, en la depresión..., o en cierto ambiente o clima en sus cuadros. Pero, sobre todo yo diré que el arte es salud.

Martín Reza: *Terminando con pesar esta entrevista, y autorizándome un momento "depresivo", le preguntaría si no cree usted que forma parte, junto a otros, de una "generación de oro" que se extingue.*

Salomón Resnik: Felizmente, nos vemos a través de la relación, así que yo no me veo a mí mismo. Si usted dice que es de oro la generación a la que pertenezco, en realidad me ilumina un instante pero, en el fondo, yo creo que hay variaciones entre metales, entre materias de todo tipo, que forman parte de la textura y de la naturaleza de toda relación. A pesar de mi edad, ese movimiento de transformación y de descubrimiento permanente que metaboliza el paso del tiempo... me convence de que la vida es una aventura fascinante ■



Obras publicadas en castellano

Resnik, S., *Persona y psicosis. Estudios sobre el lenguaje del cuerpo* Buenos Aires, Paidós, 1982.

Resnik, S., *Teatros del sueño*. Madrid, Tecnipublicaciones S.A., 1986.

Resnik, S., *La experiencia psicótica* Madrid, Tecnipublicaciones S.A., 1988.

In Memoriam

Profesor Doctor Exequias Bringas Núñez
(La Rioja 28-10-1906 - Córdoba 19-4-2000)



Durante los 10 años de Vertex hicimos muchos amigos y conocimos a muchos maestros de nuestra especialidad. El Prof. Exequias Bringas Núñez fue uno de ellos. Desde siempre nos apoyó y estimuló con gran afecto. Es el primero de este gran equipo que sostuvo la revista que se aleja aunque dejándonos un recuerdo cálido y una constante presencia científica y ética.

El 19 de abril del presente, con esa sencillez, esa dignidad y esa reflexividad que sólo adquieren en la vida los grandes hombres, falleció el Maestro.

Con sus 94 años de edad y 70 dedicados a la profesión, siempre con la puerta abierta y la mano tendida, en ese gesto casi instintivo del hombre de tierra adentro que en su campechanía habitual oculta su capacidad intelectual y su exquisita sensibilidad para empatizar con el otro, siempre atendió solícitamente a todos, amigos y adversarios. Firme en sus convicciones, no dudaba en expresar sus pensamientos con claridad y nunca dejó de escuchar los de los demás.

Trabajó quince años en el Asilo de Oliva (desde el '30 hasta el '46) en "la época de los bromuros" y allí agudizó los sentidos hasta lograr un fluido manejo de la clínica psiquiátrica siguiendo la escuela de Kraepelin y Griesinger, rodeado de un grupo de pares que marcaron un hito en la historia de la psiquiatría de nuestro país y gozando del reconocimiento internacional.

Ya en esas tempranas experiencias advirtió que el hombre era algo más que un órgano enfermo y se decidió a estudiar e investigar la relación entre los factores socioeconómicos y culturales y los trastornos psíquicos en algunos grupos sociales. Producto de este interés por ampliar el hábeas doctrinario de la práctica clínica son dos trabajos que dan cuenta de la amplitud de miras ante el desafío de la locura: "*Depresión económico-social y enfermedades psiquiátricas*" e "*Inmigración y locura*", que tomaron dos hechos puntuales, la depresión económica del '30 y la alta tasa de psicosis entre los inmigrantes, temas de gran actualidad en su momento.

Llegó a ser Director de la Colonia de Oliva, cargo del que fue destituido por las pequeñeces de las que padece lo que se llama la "política grande". También fue Director del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial desde 1958 hasta 1961.

Su carrera docente en la Universidad Nacional de Córdoba quedó sometida a los mismos vaivenes. Su primera renuncia a la Cátedra de Psiquiatría de la que era Profesor Adjunto fue durante la ruptura del orden constitucional por el derrocamiento del Presidente Castillo. De ahí en más, y hasta su jubilación como Profesor Universitario,

nunca ejerció la docencia en épocas de gobiernos de facto a pesar de ser Profesor Titular por concurso. Este principio ético político unido a la modalidad que imprimió siempre a la Cátedra de absoluta libertad y amplio criterio de invitación y de admisión, teniendo como única medida la capacidad de las personas independientemente de posicionamientos ideológicos y/o corrientes doctrinarias, dio como resultado un importante nivel académico. Asimismo realizó ingentes esfuerzos que culminaron con la creación y puesta en marcha de la Cátedra de Psicología Médica. La posibilidad de contar en Córdoba con un Post Grado de Psiquiatría de nivel Universitario fue otro logro de gran trascendencia que consiguió gestar encabezando un grupo de reconocidos discípulos y colegas. Allí y hasta hace poco tiempo dictaba la Cátedra de Psiquiatría Legal y Forense. Por esa rama de la Psiquiatría sentía especial predilección; guiado por los principios de libertad y justicia se desempeñó durante muchos años como perito en Tribunales con la capacidad y la conducta intachable que lo caracterizó.

Abrió su primer consultorio privado el 4 de marzo de 1930 en el Barrio San Vicente ("era más barato y podía pagar el alquiler", solía recordar). Posteriormente se trasladó al centro de la Ciudad y asociado con un grupo de amigos fundaron el Sanatorio "Alberdi", institución de referencia de la psiquiatría cordobesa.

Sus viajes de formación y su participación en Congresos lo llevaron al encuentro y el intercambio fructífero con importantes psiquiatras de este siglo.

Participó activamente en la fundación de la de-

saparecida y no menos prestigiosa Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía del Círculo Médico de Córdoba. Miembro de la Federación Argentina de Psiquiatras desempeñó importantes funciones directivas y participó activamente en la defensa de la libertad y la vida de colegas perseguidos por razones políticas.

Este hombre que hasta el final estuvo preocupado por viejas situaciones que todavía no encuentran soluciones adecuadas (los derechos del enfermo mental, la protección legal de los pacientes que trabajan en las instituciones, la diferencia y los objetivos de la pericia psiquiátrica y la pericia psicológica, por mencionar algunos) y de nuevas problemáticas que tienen antiguas raíces (la genética y la deshumanización de la ciencia, los desafíos que impone la drogadicción, el alcoholismo y la gerontopsiquiatría a las que definía como problemáticas sociopsiquiátricas que deberían ser prioridad sanitaria), que desplegó su actividad incansablemente en todos los ámbitos propios de la profesión y que a los 90 años de edad pudo decir "Mi recorrido por la vida y la psiquiatría me ha dado grandes satisfacciones sin llegar a sentirme realizado" y que humildemente pedía disculpas por "las limitaciones en el caudal de mis recuerdos o en la secuencia de los mismos", este hombre fue además de un maestro, un amigo.

Gracias por todo Profesor ■

Dr. José Luis Fitó
Corresponsal de Vertex en Córdoba
Bialet Massé, Abril de 2000

En 1994, junto al Dr. Carlos Curtó, también corresponsal de Vertex en la Prov. de Córdoba, tuvimos ocasión de realizar una entrevista, filmada en video, de cuatro horas de duración al Prof. Exequias Bringas Núñez. En esa oportunidad se explicó extensamente sobre su vocación, su trayectoria profesional, la historia de la psiquiatría en Córdo-

ba y diversos tópicos ligados a la clínica y la terapéutica. El documento filmico fue proyectado en oportunidad de Congresos y reuniones y se encuentra a disposición de todos los colegas interesados en nuestra Redacción.

J. C. S.

Adhieren al aniversario de Vertex

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina.

Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP).

Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica.

Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Asociación de Psiquiatría de Chubut.

Asociación de Psiquiatría de Córdoba.

Asociación de Psiquiatría de Rosario.

Asociación de Psiquiatría de Salta.

Asociación de Psiquiatría de Santa Fe.

Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental.

Centro Psicopatológico Aranguren.

Clepios – Revista para Residentes de Salud Mental.

Clínica del Sol.

Clínica Témpora.

Comité de Psiquiatría del Consejo de Médicos de la Pcia. de Córdoba.

Dpto. de Medicina Psiquiátrica, Psicológica y Humanística, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuyo.

FINTECO.

Fundación Acta.

Instituto de Psiquiatría Biológica Integral (IPBI).

Revista Alcmeón.

Secretaría de Educación de la World Psychiatric Association (WPA).

Sociedad Argentina de Gerontoneuropsiquiatría.

Topía Revista.