

El ocaso de la psiquiatría

Reproducción del editorial de la Revista Neurología (Publicación Oficial de la Sociedad Española de Neurología, volumen 7, número 8, Octubre 1992)

Las causas que determinan la existencia de una especialidad en el vasto universo de la medicina son extremadamente variables y, en general, surgen como resultado de la división del trabajo, la especialización que conlleva la evolución de la ciencia sobre todo, el crecimiento expansivo e inabarcable del conocimiento médico. Puede ser el ámbito de la patología dependiente de un órgano como la cardiología, un sistema como la neurología, una enfermedad prevalente como la tisiología, el subconjunto que marca la edad como la pediatría o la des-treza en el manejo en técnicas diagnósticas como la radiología. En el caso de la psiquiatría su ámbito es singular pues lo define el síntoma, el síntoma mental. La mayoría de estas parcelas de la medicina muestran sin embargo un rostro cambiante, y han sufrido acomodos y desplazamientos de diverso tipo, sobre todo con el advenimiento de nuevas disciplinas, y es rara la especialidad que en su nacimiento o en su devenir no ha sufrido cuestionamientos diversos. Es obvia la razón de la desaparición de la tisiología, por ejemplo. También razones ajenas al propio contenido determinan en ocasiones la supervivencia ficticia de alguna especialidad. Tal ocurre con la necesidad de acunar en textos normativos los nombres de las especialidades, permaneciendo la designación aunque la vigencia se haya debilitado. O razones políticas. Es harta conocida la intencionada marginación que tras la guerra civil española sufrió una especialidad que había adquirido un extraordinario prestigio como la neurología: sin apenas presencia hospitalaria a causa del ávido colosalismo de la neurocirugía también le fue negada la entrada en las universidades por el exclusivismo casi familiar de la psiquiatría. El término «neuro-psiquiatría», como una huella «legal» de aquel glorioso pasado prebélico ha sobrevivido hasta hace pocos años en asistencia primaria (1).

En esta visión dinámica de las especialidades, la situación de la psiquiatría es singular; desde aquellos que reclaman su reencuentro natural con la neurología (neuropsychiatry again)¹, a otros más radicales que interpretan sus recientes intentos de redefinición («psiquiatría biológica» entre otros) como gestos agónicos que anuncian su disolución. La psiquiatría se definiría como aquella rama de la medicina que estudia las enfermedades mentales. O mejor -y de forma más kraepeliniana-, aquella especialidad que se ocupa de las entidades morbosas capaces de generar alteraciones en la esfera mental. Estas delimitaciones, claras en apariencia, encierran conceptos, sin embargo, que enturbian su contenido. En efecto, el síntoma -en este caso el síntoma mental- como criterio unificador y valedor de la especialidad con independencia de la estructura alterada (en contraposición de lo que ocurre en la cardiología o en la neurología, por ejemplo), es sin duda una excepción aunque se trate de un mundo tan variado y complejo como el de la mente, y aunque el mundo sindrómico de «la locura» posea una proyección social, o asocial, e institucional tan amplia. En definitiva, y simplificando, ser especialista en «tos» antes que neumólogo. La multiplicidad de estructuras corporales que de forma indirecta -mediadas por el sistema nervioso- pueden originar síntomas mentales (la narcosis carbónica, el delirio de los alcohólicos o el miembro fantasma del amputado, por poner unos ejemplos) demuestran además la imposibilidad de apoderarse del síntoma mental como sustentador de una especialidad. La visión sólo de la superficie emergente, sin atender a causas, procesos, estructuras, en definitiva, sin considerar que el síntoma no es más que el lenguaje de un órgano enfermo, resulta insuficiente en el contexto actual de los avances médicos. Con una cierta rigidez pero sobrado de genialidad, esta dificultad nosológica la trató de superar Kraepelin -con éxito mayor en la creciente neurología que en la psiquiatría- en su intento de basar la psiquiatría, no tanto en el síntoma o el síndrome psíquico, sino, a semejanza de otras disciplinas clínicas, en la enfermedad psíquica, entendiendo como tal no una enfermedad de la mente, como después veremos, sino como aquella unidad nosológica que anuda firmemente el síntoma psíquico a una etiología, un proceso, una anatomía patológica y un desenlace, y que, en fin, permite la individualización de la entidad. Por otro lado, aislar el síntoma mental de enfermedades y estructuras ocasiona no sólo incontinencia en el cerco gnoseológico sino también la ilustración arcaica de que «la esfera de lo mental» posee una sustantividad propia al margen del cerebro. La historia de la psiquiatría muestra desde Alcmeón de Crotona y el nacimiento de la medicina científica, una dramática dialéctica entre aquellos «somatistas» que tratan de arraigar la mente a la materia cerebral, y otros «animistas» que buscan la liberación del alma de sus cadenas neuronales para observar su vuelo. Está claro que en esta pugna de actitudes reduccionistas, las teorías somatistas se han beneficiado del resto de la tradición médica y han mostrado una fecundidad mayor. La psiquiatría, además, ha estado al par de los modelos filosóficos, y esa tendencia recurrente del alma de elevar el vuelo es propio de las teorías dualistas: platónica, aristotélica (psykhé, el nous poietikos), cartesiana (res cogitans y res extensa), tomista (forma sustancial), o las recientes propuestas de Eccles y Popper (El Yo y su cerebro, Madrid, 1985). Con la eclosión positivista y el culto a las ciencias en el siglo pasado fueron cobrando cuerpo las propuestas monistas. Inicialmente descarnadas («el pensamiento está respecto al cerebro en la misma relación que la bilis con el hígado o la orina con el riñón» [Vogt]), las tesis monistas que no admiten más realidad que la materia -materialistas- han sido condición común en las ciencias desde la Ilustración y se han desarrollado también en la filosofía de nuestro siglo. Quizás el pensamiento monista más elaborado y comprometido corresponde entre nosotros a Zubiri -y a su discípulo recientemente asesinado, Ellacuría-, el cual dedicó al tema de la relación cuerpo-alma, cerebro-mente, gran parte de su obra antropológica póstuma (2). Postula Zubiri: «Cerebro y psique no son sustancias, ni siquiera sustancias unidas son tan sólo momentos de una única sustantividad. No hay unión sino unidad sistemática». Todo lo corpóreo es psíquico y todo lo psíquico es corpóreo. Por ello Zubiri no hablará -a pesar de su monismo-, de materialismo, sino de materismo (Sobre el hombre, Madrid, 1986). Es decir, no existen en sentido estricto enfermedades de la mente como antes señalábamos, sino enfermedades que cursan con síntomas mentales. Afir-mar que la psiquiatría trata de las enfermedades mentales sin aclarar el contenido de enfermedad mental, puede inducir a confusión. Esta unidad nosológica entre cerebro y mente, no implica naturalmente, una unidad epistemológica. El nivel explicativo de lo mental puede ser autónomo, como cuando hablamos de la «función normal» del cerebro (neuropsicología) (o de las

leyes del movimiento que son independientes del móvil). El conocimiento del lenguaje, por ejemplo, es más fructífero si se hace a través del lenguaje mismo (estructuras sintácticas, lingüísticas, etc.) que a través de la anatomía cerebral, la neurona, la química, y a la postre, la física (reduccionismo fisicista que diría Fodor). Ahora bien, no sucede lo mismo con el síntoma, con la «función alterada». Para explicar de forma completa la afasia, es indispensable conocer en profundidad la estructura alterada. En los últimos tiempos cuando los esponsorios entre el cerebro y la mente parecían bien asentados, se ha producido un nuevo divorcio entre la «mente enferma» y el «órgano lesionado», con la irrupción casi exclusivista del psicoanálisis y la psiquiatría llamada social en la etiología de las enfermedades psiquiátricas. Esta situación, conjuntamente con el desarrollo de la neurología y de las ciencias cognitivas (neuropsicología), ha precipitado a la psiquiatría a través de una historia plena de sobresaltos hasta un punto crítico en que es dudosa la posibilidad de retorno. Analicemos el proceso. En efecto, la psiquiatría francesa del siglo XVIII y su esfuerzo por ordenar la patología psiquiátrica de forma semejante a las otras ramas de la medicina (Pineau era médico internista), y la vigorosa aportación neurológica de la «neuropsiquiatría» alemana de la segunda mitad del siglo XIX parecían haber marcado el camino cierto de la psiquiatría de forma definitiva. Pero la aparición de un neurólogo vienés, puro y duro, gran conocedor de la neurofisiología y neuroanatomía alemanas, así como de la clínica francesa, distorsiona el rumbo elegido. Entre 1888 y 1893, Sigmund Freud recibe el encargo de Charcot (el cual también era médico internista) de comparar las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Tras un análisis semiológico de extraordinaria finura y que anunciaba a un poderoso renovador anatomoclínico, Freud concluye: «... afirmo yo que la lesión de las parálisis histéricas debe ser completamente independiente de la anatomía del sistema»². Se había dado el primer paso de la gran aventura intelectual del psicoanálisis. Guardando el cerebro celosamente sus secretos, y no encontrando una explicación inmediata, el alma se separa del cuerpo, si bien esta vez cargada de conflictos tenebrosos. En un principio limitado a círculos relativamente marginales, el movimiento psicoanalítico -con grandes diferencias internas, como no podía ser de otra manera- va superando resistencias, sobre todo tras la favorable acogida de un país sin tradición neuropsiquiátrica, como los Estados Unidos. En la década de 1950, con notorias excepciones, la psiquiatría abandona gran parte de su cuerpo científico a manos de la neurología y acepta de forma crédula y acrítica lo que ha llamado Lipowski, la *brainless psychiatry*³ (3). Sería injusto despachar en unas líneas las aportaciones del psicoanálisis al mejor conocimiento del hombre y del mundo. Y también del enfermo: la conveniencia en aproximarse a su biografía ha enriquecido la relación médico-enfermo y ha permitido la conciencia de todos los sanitarios en la visión integral del enfermo (4). Pero en lo que respecta a la enfermedad, en su conjunto es aplicable la crítica hipocrática a los que consideraban a la epilepsia la enfermedad sagrada: «Acercas de la llamada enfermedad sagrada a mí no me parece que sea en nada más divina que las demás enfermedades, ni más sagrada, sino que tiene también una causa natural... A mi parecer aquellos que por primera vez hicieron sagrada esta afección eran lo mismo que los actuales magos y purificadores»⁴. En la década siguiente, la psiquiatría sigue abandonando su carga, correspondiendo a la tendencia altamente ideologizada de la psiquiatría social (5). El énfasis en la prevención, la denuncia de la desigualdad social y de la manipulación del enfermo psiquiátrico conceden a la psiquiatría social una especial dimensión ética y una proyección mayor en terrenos extrapsiquiátricos. Pero se había superado el punto crítico. La psiquiatría pugnaba consigo misma (antipsiquiatría) y en el desconcierto «*psychiatry rides madly in all directions*»⁵. La psiquiatría misma se había vuelto loca. Tras unos años de penitente silencio (6), se plantea en la década de los setenta la necesidad de «remedicalizar» la psiquiatría y poder superar la crisis³, el imperativo de que se retomen los fecundos métodos de la tradición médica. Un psiquiatra atento y lúcido en nuestro país proponía en esas fechas un plan de viabilidad: «La investigación somática es el único camino para la edificación de una psiquiatría de base científico-natural, es decir, que plantee la historia natural de la enfermedad» (Castiella del Pino, Vieja y Nueva Psiquiatría, 1971). A esta llamada la mayoría de los «nuevos psiquiatras» se movilizan, y se redescubre el cerebro «con vengaza»³. Los psiquiatras conversos reivindicaban el cerebro y se repiten las proclamas: «el cerebro es el órgano de la psiquiatría»⁶, o se hace un llamamiento hacia la vuelta a la neuropsiquiatría¹. Se pasa de la sacralización de la mente a lo que Nissl llamaba «la mitología del cerebro», de la «*brainless psychiatry*» a la «*mindless psychiatry*». Pero quizás la reacción llegaba demasiado tarde. La neurología, aliada o no a la psiquiatría, había demostrado una gran pujanza, y en sus haberes había incorporado todo el bagaje de la vigente medicina. Ya Thomas Willis (1621--1675), considerado el primer neurólogo clínico, comienza a expurgar de maleza la inextricable selva de las enfermedades llamadas mentales. Aísla la *miasmenia grave* y la parálisis general progresiva, y traslada el origen de la histeria del útero al cerebro. Esta labor positiva con la que debutaba la neurología clínica se ve potenciada por hallazgos sucesivos, a todos los niveles, de las ciencias neurológicas en los últimos cien años. El listado es inagotable: Ramón y Cajal, Golgi, Rio Hortega, Sherrington, Jackson, Charcot, Babinski, Broca, Wernicke, Fritsch, Hitzig, Fleschig, Penfield... La neurología recoge la patología que la psiquiatría o la neuropsiquiatría «kraepeliniana» le cede (7). Si uno revisa el contenido de los tratados clásicos de psiquiatría clínica como el de Bleuler se observa que cerca de las tres cuartas partes de la patología son asumidas en la actualidad, sin ser cuestionadas, por la neurología. En los modernos tratados de neurología quedan asentadas de forma definitivamente estable «enfermedades mentales» como la epilepsia, la demencia o la parálisis general progresiva (enfermedad ésta que representaba el 30 % de internamientos psiquiátricos durante el siglo pasado). Algunas entidades paradigmáticas de la psiquiatría como la esquizofrenia, parecían resistir una explicación neurológica, y permanecían en las consultas e instituciones psiquiátricas (8). Pero los hallazgos de los últimos años son contundentes. Un reciente editorial de una prestigiosa revista neurológica y psiquiátrica comenzaba de esta manera: «El haber olvidado que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral constituye una de las grandes aberraciones del siglo XX»⁷. La evidencia de transmisión genética -aunque no corresponda a un modelo simple mendeliano-, la preferencia lesional neuropatológica y neuroquímica por el lóbulo temporal izquierdo, la presencia de signos neurológicos y cognitivos difusos, o los patrones metabólicos hipofrontales nos hablan de un cerebro severamente afectado⁷ (como instruyera Griesinger hace más de un siglo). Los avances en la identificación de los neurotransmisores y neuromoduladores, está permitiendo comprender en parte la biología de los

trastornos afectivos y de la histeria. El descubrimiento de factores inmunológicos en el síndrome de fatiga crónica -incluido antaño como neurastenia- o en los ataques de pánico, el hallazgo de anomalías cerebrales en muchos trastornos del desarrollo próximos a las psicopatías, el establecimiento de un dimorfismo sexual en el cerebro, la presencia de signos neurológicos en algunos tipos de homosexualidad, etc., son ejemplos de como las hipótesis somatistas van ocupando los últimos territorios. La elaboración del DSM-III a mediados de los años setenta ha representado un serio intento de restablecer el orden médico tradicional en las enfermedades psiquiátricas. A pesar de los lastres que heredaba y que se han aliviado en parte en ediciones posteriores, lamentablemente el retraso que han sufrido en su conocimiento algunas enfermedades. Por ejemplo, reconocía ignorar la historia natural de la neurosis histérica. Poco se ha avanzado desde el punto donde dejó el tema Charcot, o mejor, su discípulo, el neurólogo Freud, hace cien años. Pero la neurología no sólo ha ido incrementando sus capítulos, dotándolos además de contenido etiológico, patogénico, anatomopatológico, clínico, etc., también sus aportaciones al conocimiento y valoración del sistema mental son decisivas. Cuando el 18 de abril de 1861 un cirujano en este caso, Pierre Paul Broca, sube al estrado de la Sociedad Antropológica de París, y comunica los hallazgos de la autopsia que él mismo había practicado al paciente Monsieur Leborgne -también apodado Monsieur Tan, pues éste era el único monosílabo que podía expresar-, se inicia el abordaje del síntoma mental desde una referencia sólida (9). El localizacionismo, con sus excesos (Kleist), sus limitaciones explicativas (presencia de casos negativos, aparición de síntomas nuevos no deficitarios - Jackson-, o la rareza de determinados cuadros como la afasia en los niños) y no siempre incontaminada de ideología (10), actualizaba, según el tradicional proceder anatomoclínico, las intuiciones del «frenólogo» Gall (1758-1828), en el sentido de que el cerebro aloja áreas específicas para facultades específicas. Las aportaciones clínicas se sucedieron, incluidas las del propio primer Freud en la afasia, estableciéndose de forma firme, la doctrina de que el síntoma mental corresponde a una disfunción localizada en el cerebro. Pero el camino fue arduo. La multiplicidad sintomática y cerebral generó modos de actuación progresivamente más complejos. El clásico esquema de la campana de Charcot, que trata de unificar comprensión auditiva, lectura, escritura y verbalización se mostró pronto insuficiente. La pluralidad de afasias, apraxias, agnosias, amnesias, amusias..., y demás disociaciones dobles provocó un cierto caos terminológico y funcional. Los neurólogos eran incapaces, a pesar de sus pioneros intentos, de ordenar las funciones cerebrales en modelos que permitieran una mejor comprensibilidad del síntoma. El desarrollo de la moderna neuropsicología cognitiva se encargará de ello. Liberadas del reduccionismo conductista, sin aceptar el dualismo de la psicología clínica, ni romper con la visión materialista propia de las demás ciencias, la neuropsicología cognitiva está logrando identificar modelos innatos de comportamiento mental (competencia y actuación), cada vez más consistentes y completos que permiten ser aplicados con más rigor a la patología cerebral⁸. La alianza entre la neurología y la neuropsicología es reciente, pero los resultados se van multiplicando de forma acelerada. El círculo del síntoma mental parece quedar cerrado. Así las cosas, ¿dónde debe situarse la psiquiatría después de la «desastrosa separación del cuerpo y el alma»?⁹. Grinker no disimulaba su desconcierto cuando se preguntaba con crudeza; «¿nos queda algo propio?». ¿Abandonar el universo del síntoma mental y centrarse, quizás, en algunas enfermedades concretas como la esquizofrenia -no tanto por sus síntomas como por su prevalencia o su dimensión social e institucional-, es decir, ser médico de una enfermedad como era el fisiólogo, aceptando en parte la fragmentación y lisis de la especialidad? Los intentos en redefinir la especialidad en eufemismos como «psiquiatría biológica» encierra no pocas ambigüedades y choca con realidades en plena producción como las descritas. Detre argumenta que los futuros psiquiatras han de formarse sólidamente en neurociencias y que la psiquiatría debe pasar a considerarse una rama de la neurología¹⁰. Quizás sea exagerado hablar de «muerte» de una especialidad que Reil ensalzaba a comienzos del siglo pasado como una de las tres grandes disciplinas junto a la medicina interna y la cirugía, pero el desarrollo de otros saberes y los propios avatares han conducido a esta especialidad a una situación comprometida. Szasz escribe: «… los psiquiatras se sitúan de nuevo en una encrucijada: deben elegir entre a neurología o convertirse en consejeros médicos (non-medical counsellors)»; algunos autores³, en fin, tratan de romper el cerco con declaraciones como la que hacía Adolf Meyer en 1917 en el sentido de que el objeto de la psiquiatría es el «paciente como persona»¹² y no tanto el complejo mente-cerebro y su interacción con el medio. La introducción de la categoría «persona» como una categoría clínica encierra nuevamente riesgos de disociación, ideologización o dependencia de enunciados filosóficos -que tan gravosos han sido para la psiquiatría en su agitada historia-, y por ello es mejor evitarla. Además, porque la consideración del paciente como persona no es privativo de ninguna especialidad y nos obliga a todas (11).

E. García-Albea Ristol
Sección de Neurología.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
Alcalá de Henares. Madrid.

(1) Es preciso reconocer que la neurología catalana, cuna de la neurología española a través de la ilustre saga de Barraquer Roviralta, y más próxima a la neurología francesa, supo mantener la continuidad de la neurología en su comunidad, y evitar en parte la diáspora de neurólogos tras la guerra civil española.

(2) Urge superar el clásico dualismo mente-cerebro. La elaboración de una teoría satisfactoria de las representaciones mentales supone uno de los desafíos intelectuales y científicos de nuestro tiempo y ocupa además de neurólogos, a

filósofos como Bunge o psicólogos como Fodor o Searle.

- (3) El ilustre neuropsiquiatra español Dionisio Nieto escribía desde su exilio mejicano: «Todo se explicaba en términos psicogénicos o psicodinámicos, según se dice ahora para explicar el mismo concepto, y todo se trataba de curar por procedimientos derivados de este enfoque, poniendo a un lado todo lo que pudiera significar el cerebro. Afortunadamente no todos sucumbimos en el naufragio tras la fabulosa marea alta del psicologismo». (La obra científica de Dionisio Nieto. Universidad Nacional Autónoma de México, Ed. Adela Nieto, pág. 129). También sobrevivió el prolífico y excepcional neurólogo vasco Julián de Ajuriaguerra, «el último neuropsiquiatra».
- (4) Freud conocía sobradamente los desvíos metodológicos a los que conducía su particular objeto de estudio. Freud escribía: «Me causa singular impresión comprobar que mis historias clínicas carecen, por decirlo así, de un severo sello científico [...]».
- (5) La psiquiatría, dado su objeto de estudio, ha sido siempre vulnerable a las ideologías. Sirva de ejemplo la que fue llamada «psiquiatría nacional alemana».
- (6) «La psiquiatría ha renunciado a la teorización. (C. Castilla del Pino, Aspectos Cognitivos de la esquizofrenia, Madrid, 1991).
- (7) Justo antes de ocupar Kraepelin la Cátedra de Neurología de la Universidad de Berlín fue rechazado Oppenheim, dada su condición de judío. Oppenheim era, contrariamente a Kraepelin, un neurólogo puro.
- (8) Dionisio Nieto que realizó aportaciones decisivas en la anatomía de la esquizofrenia escribía en los años cuarenta: «el problema de las grandes psicosis ha sido evidentemente mal interpretado y ha determinado que en los últimos decenios muchas corrientes psiquiátricas han gozado de gran preponderancia al apoyarse en la ausencia de lesiones cerebrales en ciertas psicosis».
- (9) La descripción princeps de Broca comprueba que: «... el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo está reblandecido en la mayor parte de extensión, las circunvoluciones del lóbulo orbitario, aunque atrofiadas han conservado su forma, la mayor parte de las otras circunvoluciones frontales están destruidas por completo. Como resultado de esta destrucción de la sustancia cerebral se ha generado una gran cavidad capaz de alojar un huevo de paloma..., todo permite pues creer que en este caso, la lesión del lóbulo frontal ha sido causa de la pérdida de la palabra».
- (10) La crónica jugosa de Pierre Marie, el alumno más joven de Broca, es significativa: «La localización del lenguaje se convierte en un tema político, la vieja escuela conservadora insiste en considerar el cerebro como una máquina que actúa como un solo. Por otro lado los jóvenes liberales y republicanos creen apasionadamente que los hemisferios cerebrales albergan partes específicas para funciones específicas. Las autoridades toman partido. La batalla ha comenzado entre el espiritualismo por un lado y el materialismo por otro (ya que este es el nombre que intentaban dar a la rama de los librepensadores). Se han levantado las pasiones políticas también entre los estudiantes como si la localización formase parte de un credo republicano».
- (11) Dionisio Nieto también se prevenía de desviaciones semejantes, como la de «ciencia de la conducta»: «Si se aplica tal concepción se pierden todos los límites y todas las fronteras, es decir, no hay definición».

BIBLIOGRAFÍA

1. Calne ED, Joydt RJ. Neuropsychiatry... again. Arch Neurol 1986; 43: 325-327.
2. Freud S. Estudio comparativo de las parálisis orgánicas e histéricas. Obras Completas (Vol. 1). Barcelona, Ed. Orbis, 1988; 19.
3. Lipowski ZJ. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither? Current Contents 1990; 1: 410.
4. Grim JFC. Hippocrates Werke. Glogau, Ed. Lobe, 1938; 211.
5. Grinker RR. Psychiatry rides madly in all directions. Arch Gen Psychiatr 1964; 10: 228-223.
6. Emphasis on brain takes psychiatry on exciting path. Psychiatric news, 5 August 1988.
7. Ron MA, Harvey I. The brain in schizophrenia. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1990; 53: 725-726.
8. Fodor JA. La modularidad de la mente. Madrid, Ed. Morata, 1986.
9. Whitehead AN. Modes of Thought. Londres, MacMillan Ed., 1938; 241.
10. Defre T The future of psychiatry. Am J Psychiatr 1987; 144: 621-625.