La orientación biológica y las fronteras de la psiquiatría

P. Pichot

El término biología, atribuido al naturalista alemán Treviranus, se empleó por primera vez por Lamarck en 1802 para designar "la ciencia que tiene por sujeto los seres organizados y cuya finalidad es la de llegar a conocer, por el conocimiento de las leyes de la organización, las leyes de los actos que estos seres manifiestan", siguiendo la definición del Diccionario de Littré. El empleo de psiquiatría biológica es mucho más reciente. Si una "Society of Biological Psychiatry" fue fundada en 1954 en los Estados Unidos, hay que esperar al fin de los años 60 para que el concepto tome la importancia con la que se le conoce hoy en día. La idea sobre la que descansa es que los trastornos psíquicos y del comportamiento, sus causas y sus mecanismos, son la expresión de anomalías estructurales o funcionales del sistema nervioso y que, por consecuencia, el blanco esencial, tanto de la investigación como de la terapéutica, se sitúa a nivel de estas anomalías. La cuestión a menudo se oscurece por el empleo de términos de significación aparentemente cercana. Así se opone en el plan etiológico biogénico (o más corriente organogénico) a psicogénico y a sociogénico, o en el plan del tratamiento de terapéuticas biológicas al de psico- o socioterapia. De hecho la psiquiatría biológica no niega que situaciones psicológicas o sociales puedan estar en el origen de trastornos psíquicos o de comportamiento, ni que éstos puedan ser corregidos eventualmente por tratamientos de la misma naturaleza. Pero su originalidad viene de que pone todo el acento en los mecanismos biológicos de las perturbaciones, cualquiera que sean las causas que las hayan provocado, y en la convicción en que afirma que son los procedimientos biológicos los que serán más eficaces para corregirlos. Esta perspectiva ha podido ser calificada de reduccionista, y lo es en efecto en cierta medida, con el mismo título de la psiquiatría psicológica o de la psiquiatría social. En nuestra exposición, no nos enzarzaremos en discusiones teóricas que, cualquiera que sea su interés, se remontan a la filosofía de las ciencias, y nos limitaremos a remarcar en las consecuencias concretas que ha tenido y que tiene la orientación biológica en las fronteras de la psiquiatría.

En su historia, la psiquiatría ha adoptado esquemáticamente, cuatro orientaciones principales a las que se puede calificar respectivamente de clínica, social, psicológica y biológica. Al coexistir siempre, a menudo se combinan entre ellas, dejando en algún momento a una de ellas estar en primera fila mientras que a las otras se las relega a un segundo plano.

Se considera tradicionalmente que la psiquiatría moderna, la que nació al final del siglo XIX, tuvo una primera orientación esencialmente clínica. Las obras de Pinel, de su sucesor Esquirol y de numerosos alumnos de éste, son los que ilustraron la escuela psiquiátrica francesa predominante en Europa justo hasta 1850, la cual se centraba ante todo en la descripción cuidadosa de los síntomas y su agrupamiento en síndromes, con el fin de llegar a formar una clasificación de las enfermedades mentales. El eclecticismo dominaba a las concepciones etiológicas y el empirismo a los esfuerzos terapéuticos ya que, siguiendo a la expresión de Esquirol, había que desconfiar de los "sistemas", es decir, de las teorías cualquiera que fueran. Durante este período de dominio de la clínica, estaban brotando, sin embargo, las orientaciones social, psicológica y lo que es esencial para nuestro propósito, la biológica.

Las medidas de humanización tomadas por Pinel y por sus contemporáneos en otros países para mejorar las condiciones de existencia de los alienados se pueden considerar como una primera forma de intervención social. El "tratamiento moral" que se preconizaba entonces se refería expresamente puesto que, en aquella época, el calificativo "moral" tenía el sentido de "social" como se testimonia, entre otros, en la descripción de Pritchard de la "moral insanity", de la "locura moral", nuestra "personalidad antisocial" actual. Con la excepción del caso de la "Retreat" cuya creación cerca de York por el cuáquero William Tuke en 1776 marca el nacimiento de la psiquiatría inglesa, y que se basaba en una concepción exclusivamente "moral" de la causa y del tratamiento de los trastornos psíquicos y del comportamiento; la orientación social, durante más de un siglo y medio, y justo después de la

segunda guerra mundial, no ocupó nunca, en ningún país, el primer lugar. Siempre presente de modo discreto, esta orientación pudo influir en ciertas concepciones etiológicas. Esquirol discutió el papel de la revolución francesa en la frecuencia de los trastornos mentales y otro después de él como Morel, incriminaron a los medios de vida desfavorables. Por otra parte, testimonian su permanencia las modificaciones de las condiciones de cuidado y de hospitalización, los esfuerzos para "resocializar", siguiendo el término actual y la permanencia de los enfermos en el interior o en el exterior al hablar, antes de los treinta últimos años, de una orientación social estructurada, aglutinada en un cuerpo de doctrina sistemático.

No ocurrió lo mismo con la orientación psicológica. Esta va a tener un lugar predominante en psiquiatría en dos periodos, en la primera mitad del siglo XIX con la escuela de "Psychiker", y entre 1940 y 1970 con el psicoanálisis. Esta orientación presenta dos particularidades. Nunca ha concernido a la psiquiatría mundial en su conjunto, sino que ha permanecido, incluso en el momento de mayor apogeo, más o menos confinada geográficamente. La escuela romántica de los "Psychiker" que ejerció un evidente monopolio ideológico en los países de lengua alemana entre 1800 y 1850, no tuvo seguidores en otros lugares. El psicoanálisis sea ortodoxo, sea más frecuentemente bajo la forma del psicogenetismo psicodinámico, que ha dominado la psiquiatría de los Estados Unidos a partir del fin de los años 30, para expandirse con un escalonamiento en el tiempo y con una intensidad modulada por las circunstancias locales en Europa occidental y en América, no ha calado ni en la URSS ni en los países socialistas, que lo han rechazado sistemáticamente, ni en países tan industrializados como Japón. Una segunda peculiaridad es que cada período de denominación de la orientación psicológica ha sido seguido por una reacción, particularmente violenta en el país donde tenía su centro de gravedad, marcada por un empuje masivo de la orientación biológica. El somatismo de Griesinger sucedió en Alemania al psicologismo de los "Psychiker", la "psiquiatría biológica" ocupará a partir de los años 70 el lugar tomado durante una generación por el psicogenetismo psicodinámico.

La primera manifestación de la orientación biológica es sin duda, la creación por Cullen en 1776, del concepto de "neurosis", clase de enfermedades no febriles del sistema nervioso, comprendiendo cuatro órdenes: los comas, las adinámicas, los espasmos y las vesanias.

De este modo se atribuía explícitamente una etiología "nerviosa" tanto a la histeria (forma de espasmo) como a nuestras psicosis actuales (las vesanias). Un cuarto de siglo más tarde Franz Joseph Gall demostró, en sus destacables trabajos anatómicos, la heterogenicidad estructural y funcional del cerebro. Cualquiera que sea el carácter especulativo y caduco de su "frenología", sus concepciones, defendidas contra la doctrina y la "acción común de Flourens, fueron el origen de la noción de localización cerebral. Pero es en 1822 cuando se marca el verdadero nacimiento de la orientación biológica en psiquiatría. Aquel año, en su tesis de Medicina, Bayle describió una variedad de enfermedad mental caracterizada por una sintomatología particular en su evolución y por la presencia en la autopsia de lesiones específicas de las meninges, la "aracnoiditis crónica". La parálisis general de este modo delimitada se convirtió en un modelo, ya que establecía

una relación de causalidad entre una alteración del sistema nervioso y los trastornos psíquicos y del comportamiento. Pero habrá que esperar a 1845, fecha de la publicación del Tratado de Greisinger, para que se imponga el concepto, el cual representó en Alemania una reacción contra las doctrinas de los "Psychiker" los cuales, como Heinrich Ideler y sus colegas, habían postulado una diferencia radical de naturaleza entre las enfermedades del alma (las psicosis como las había denominado el "Psychiker" von Feuchtersleben) y las del cuerpo. Mientras que la medicina del alma, la Psiquiatría, término propuesto por otro "Psychiker", Reil, desde 1803, situaba la causa de los trastornos en un plano ético religioso, y no aceptaba más que la psicoterapia para corregirlos, otros médicos, los "Somatiker", tales como Neisser y Jacobi, habían adoptado posiciones diametralmente opuestas. Para ellos, lo que se denomina trastornos psíquicos no eran en realidad mas que síntomas de perturbaciones del sistema nervioso y sus ideas, inicialmente sin influencias, encontraron su expresión en el Tratado de Griesinger que propone la célebre fórmula: "Las enfermedades del espíritu son enfermedades del cerebro". Considerado como el fundador de la psiquiatría moderna alemana, Griesinger fue nombrado finalmente en 1865 titular de la Cátedra de Berlín en donde sucedió al "Psychiker" Ideler, símbolo del triunfo de la nueva doctrina. Esta se impuso, por otra parte, en la misma época en toda Europa, incluso si su llegada no tuviera el mismo carácter espectacular que en Alemania. En Francia la publicación por Morel en 1857 del "Tratado de las degeneraciones de la especie humana", iba a formalizar durante medio siglo el papel de la herencia biológica en la génesis de las enfermedades mentales. Diez años más tarde, en Inglaterra, Henry Maudsley, al publicar "Physiology and Pathology of the Mind" repudió expresamente la llamada a la introspección así como a la metafísica. La psiquiatría, conservando totalmente del período precedente el interés en la aproximación clínica, iba a ser, durante la segunda mitad del siglo XIX, ante todo biológica y ésto acarreo consecuencias importantes sobre sus límites.

Entre 1840 y 1846 Moritz Heinrich Romberg dio a conocer su "Tratado de las enfermedades nerviosas del hombre", la primera obra consagrada exclusivamente a las afecciones que hoy llamamos neurológicas. La individualización de la nueva especialidad en el seno de la medicina general coincidía con la victoria de los "Somatiker" en psiquiatría (El Tratado de Griesinger apareció en 1847). A partir del momento en que las afecciones mentales se definía como enfermedades del cerebro ¿qué justificación existía para distinguir las de las enfermedades del sistema nervioso, objeto de la neurología? La respuesta a esta cuestión se dio en Alemania. "Cuando se compara la situación de Alemania con las de Inglaterra y Francia, escribe Zülch en su historia de la neurología, se toma conciencia de una diferencia importante. En este país la neurología tiene, junto a la medicina general, un segundo padre en la psiquiatría entonces en plena ascensión". La organización médica de los países de lengua alemana estaba centrada en las clínicas universitarias, centros de asistencia, enseñanza e investigación cuyo prestigio era considerable. Aquellos que se dedicaban a la psiquiatría, cuyo número se incrementó rápidamente a partir de la mitad del siglo, fueron a partir de entonces, ocupados por defensores de la orientación biológica que, por esta razón, se

creyeron tan competentes en neurología como en psiquiatría. Cuando se ofreció a Griesinger la Cátedra de Berlín, puso como condición que se creara en la Clínica Universitaria de la Ciudad una sección de neurología, situada, con el mismo título que las salas de psiquiatría, bajo su autoridad. Todas las Cátedras alemanas se ocuparon rápidamente por psiquiatras que perseguían investigaciones sobre las "enfermedades nerviosas" (éste era, por otra parte, en general, el lema de la Clínica) cualquiera que fueran las expresiones sintomáticas. En estas condiciones, no había ninguna razón para crear Cátedras autónomas de neurología. En 1880, los países de lengua alemana contaban con 21 cátedras de psiquiatría, pero ninguna de neurología (la primera, y que permaneció por largo tiempo como la única, se creó solamente en Hambourg en 1896). De este modo había nacido, del hecho mismo de la preponderancia de la orientación biológica, la "neuropsiquiatría". Sus representantes se interesaban por igual de las dos vertientes de su especialidad: von Gudden, Meynert, Flechsig, Hitzig, Wernicke o Westphal fueron a la vez grandes psiquiatras y grandes neurólogos. Von Gudden que inventó el microtomo, introdujo en Alemania la práctica del "no confinamiento" entre los enfermos mentales hospitalizados; Wernicke, que describió una forma de afasia, dio una descripción clínica de las psicosis de la que la neurología actual guarda ciertos rasgos; Westphal delimitó tanto enfermedades "neurológicas" como la agorafobia o la neurosis obsesiva. La neuropsiquiatría se extendió a otros países, con las variaciones ligadas a las circunstancias locales. En Francia la neurología había sido fundada por un generalista, Jean Martin Charcot, y su prestigio excepcional hizo que una Cátedra de la nueva especialidad se creara para él en 1882 en la "La Salpêtrière", la primera de esta clase en el mundo. Pero, mientras que en 1877, se había establecido una "Cátedra de enfermedades mentales", en París, uno de sus alumnos, esencialmente neurólogo, Benjamín Ball, se había impuesto a un psiquiatra "puro", Valentín Magnan. Las posteriores cátedras francesas, por otra parte poco numerosas, se instituyeron como "neuropsiquiatría" y asignadas generalmente a neurólogos que no se interesaban más que de modo accesorio de la psiquiatría, tal era el prestigio del que gozaba la neurología en Francia. En Inglaterra, en donde el sistema de las cátedras universitarias no jugaba más que un papel menor (la primera cátedra de psiquiatría no se creó en Londres más que en 1927 por Mapother), la psiquiatría permaneció confinada en los asilos. En 1880 se abrió en el Queen Square de Londres el "National Hospital for Nervous Diseases", centro exclusivamente neurológico del cual uno de sus fundadores fue Hughlings Jackson, que monopolizó durante casi un siglo la investigación y la formación de los especialistas en este dominio. De este hecho, la neurología y la psiquiatría quedaron formalmente diferenciadas. Pero, a pesar de las diferencias institucionales entre países y los matices que traían consigo, el espíritu de la neuropsiquiatría penetró entonces en toda la psiquiatría mundial y persistió bajo formas diversas. Si bien es cierto que hacia 1960 su unidad ideológica se debilitó por las medidas administrativas las cuales, allí donde existían (sobre todo en su ciudadela, los países de lengua alemana, pero también en Francia y en otras partes), disociaron las Cátedras en donde se enseñaba; esta primera manifestación del predominio de la orientación biológica permanece todavía en el trasfondo de los con-

flictos en cuanto a trazar las fronteras entre las dos especialidades: la competencia entre psiquiatras y neurólogos en las investigaciones sobre la enfermedad de Alzheimer es un ejemplo, entre muchos otros.

Los progresos en la anatomía y la anatómo-patología del cerebro favorecidas por el desarrollo de las técnicas de examen microscópico y de la experimentación fisiológica habían hecho esperar a los neuropsiquiatras que podrían realizar el programa de Griesinger y extender el modelo de la parálisis general de Bayle a toda la patología mental. Desafortunadamente, sus tentativas, tanto la de Meynert cuyo tratado de psiquiatría se titula "Clínica de las enfermedades del cerebro anterior", como la de Wernicke para el que la psiquiatría era "la ciencia de las enfermedades transcorticales", se mostraron ser más que elegantes especulaciones teóricas. La toma de conciencia de los límites del abordaje biológico, trajo consigo una vuelta forzada a la orientación clínica. Sin duda se quedaron persuadidos de que la biología forjaría un día la llave de los trastornos del comportamiento; pero se resignaron a admitir que el avance de los conocimientos eran provisionalmente insuficientes. El renacimiento de la primacía de la clínica fue anunciado desde 1874, por la descripción de la catatonía que hizo Kahlbaum quien se consideraba expresamente heredero de la tradición clínica francesa, de Bayle y de Fabret. La clínica encontró su expresión clásica en la obra de Kraepelin y ésta iba a tener sus consecuencias en las fronteras de la psiquiatría. La neurología reivindicó todas las enfermedades del sistema nervioso y la nueva orientación clínica abarcaba todos los trastornos psíquicos y del comportamiento, cualquiera que fuera la etiología y la intensidad. La psiquiatría iba a poder incorporar dos nuevas variedades de anomalías, las neurosis y los trastornos de personalidad. Desde Cullen el término neurosis tuvo un destino complejo. Restringido de forma rápida a las "afecciones de la motricidad y de la sensibilidad", a las que se postula, sin poderlo demostrar, una etiología nerviosa, hasta 1880 se designaba como neurótico tanto a la histeria, hipocondría y neurastenia como a las formas de corea, epilepsia, la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Basedow. Las neurosis, estudiadas primero por médicos generales, se convirtieron, debido a su supuesta causa, en el dominio de los neuropsiquiatras como Westphal que calificaba a la agorafobia de "manifestación neuropática", así también neurólogos como Charcot que veían en la histeria una "enfermedad degenerativa del sistema nervioso", o como los americanos Beard y Weir Michell que describieron la "debilidad nerviosa" o "neurastenia". Pero las neurosis eran diferentes entre ellas. Algunas tenían síntomas psíquicos o del comportamiento que otras no tenían o sólo de forma discreta. La nueva orientación clínica de la psiquiatría se interesó por las primeras que curiosamente fueron las únicas que guardaron el nombre original. Bajo la influencia de una serie de autores del fin del siglo XIX, de los que Freud es el más conocido, el sentido del término neurosis sufrió una evidente inversión. A partir de entonces designó a un grupo de afecciones que se manifiestan por trastornos psíquicos relativamente menores, cuya causa sería probablemente psicológica (a pesar de que Freud, fiel a su formación neuropsiquiátrica, durante largo tiempo o quizás siempre estuvo persuadido de que su causa primera era biológica), y que eran sensibles a la psicoterapia. Al mismo tiempo, ciertos psiquiatras estimaron que ciertas características mentales permanen-

tes, hasta entonces discutidas sobre todo por los moralistas, deberían ser consideradas como patológicas. La publicación en 1890-1893 por Koch de las "Inferioridades psicopáticas" abre el nuevo capítulo psiquiátrico de los "trastornos de la personalidad". Este agrandamiento de las fronteras de la psiquiatría era difícilmente compatible con la adhesión incondicional al modelo biológico. Si Kraepelin había puesto en primer lugar a la orientación clínica, al mismo tiempo había afirmado su fe en el "concepto de enfermedad" ("der Krankheitsbegriff") del cual la parálisis general progresiva realizaba el modelo ideal, y esperó hasta su muerte en 1927, a que los progresos de la investigación biológica permitirían un día aplicarlos al conjunto de la patología mental. Pero Kraepelin, al introducir, como sus contemporáneos, las neurosis y los trastornos de la personalidad dentro de las fronteras de la psiquiatría, puso en peligro la unidad del concepto. Entre las dos guerras mundiales, Kurt Schneider, influido por Jaspers y su oposición entre proceso y desarrollo, intentó resolver el dilema. Postuló la dualidad en la naturaleza de los trastornos mentales, al oponer las "enfermedades", es decir las psicosis que respondían al esquema biológico, ya que sus manifestaciones eran los síntomas de alteraciones del sistema nervioso, ya de las demostrables, como las psicosis orgánicas, y de las desconocidas todavía, como la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva, a las "anomalías psíquicas", desviaciones cuantitativas del psiquismo, que englobaban a las reacciones ("Erlebnisreaktionen"), los trastornos de la personalidad (Psychopathische Persönlichkeiten) e implícitamente, pues era reacio a emplear el término, a las neurosis.

Poco antes de la segunda guerra mundial se había establecido así un equilibrio entre la orientación clínica, puesta en un primer plano por Kraepelin, la orientación biológica que todavía se defendía con intransigencia por ciertos herederos de la neuropsiquiatría como Kleist, en la tradición fenomenológica de Jaspers, en algunas de las concepciones de Kretschmer o en el psicoanálisis cuya influencia, todavía restringida, había llegado a tocar a clínicos como Bleuler; y por fin la orientación social que se manifestaba entonces sobre todo en el movimiento de "Higiene mental".

Este equilibrio se rompió por el segundo empuje de la orientación psicológica que se manifestó al final de los años 30. Su aspecto principal fue el desarrollo del psicoanálisis en los Estados Unidos, debido a razones complejas concernientes a tradiciones locales (la influencia del pensamiento de Adolf Meyer) y a circunstancias históricas (la llegada de los psicoanalistas judíos emigrados desde Europa). El psicoanálisis, desde su creación, no había tenido más que un papel marginal en la psiquiatría. Pero conquistó rápidamente una posición predominante: hacia 1950-1960 la gran mayoría de las Universidades americanas estaban dirigidas por psicoanalistas. La situación que se creó, a la que contribuye el nacimiento de aquel movimiento sobre el entorno, inherente al pensamiento americano, contribuyó a poner en un primer plano en lo que se llamó psicodinamismo, a la psicogénesis como causa, los mecanismos psicológicos descritos por Freud y sus discípulos como patogénesis, y la psicoterapia como tratamiento. A la vertiente clínica se la dejó de lado y las concepciones biológicas (en particular la genética) rechazadas, pues se las acusaba de pesimismo. Este no es el lugar apropiado para describir en detalle esta fase de la historia

de la psiquiatría, las resistencias que se desataron, sea por la ideología, como en los países socialistas, sea por razones culturales, como en el Japón, sea porque, como en muchos países europeos, el "establishment" psiquiátrico, más estable que en los Estados Unidos, permanecía ligado al modelo clínico-biológico. Será suficiente indicar que el psicodinamismo se extendió finalmente con variaciones de su influencia en el tiempo, la forma y la intensidad. Incluso en Alemania, cuna de la neuropsiquiatría, las cátedras universitarias de "enfermedades nerviosas" se escindieron entre neurología y psiquiatría, más significativamente, se crearon paralelamente cátedras autónomas de psicoanálisis y psicoterapia. Este empuje de la orientación psicológica se combinó, en el período que sigue al final de la segunda guerra mundial, con un brusco crecimiento de la orientación social. Las reformas institucionales profundas en la organización de los cuidados a los enfermos mentales, como "Community Psychiatry" en los Estados Unidos a partir de 1946, trajo consigo el tomar en numerosos países medidas cuyo espíritu, si no de forma, fue análogo. También se expresó por un movimiento general de ideas, con la aparición de un nuevo vocabulario (el término "Salud mental"), y con la eclosión de teorías que valoraban en primer lugar la sociogénesis y la socioterapia de los trastornos mentales. Las orientaciones psicológica y social si bien es cierto que a veces se combatían (al psicoanálisis clásico, en razón de la duración y del coste de los tratamientos, se le acusó de ser antisocial), en conjunto se conjugaron para extender las fronteras de la psiquiatría bien desde sus posiciones anteriores, puesto que los mecanismos psicodinámicos eran comunes a todo funcionamiento mental, lo que borraba los límites entre normal y patológico; ya desde la "salud mental", siguiendo una definición oficial, que englobaba a "las alteraciones debidas a la pobreza, al paro, a la discriminación institucional que se derivan del hecho de la raza, del sexo y de la edad".

Es precisamente en los Estados Unidos, en donde lo psicológico y lo social habían adquirido la posición más dominante, donde se manifestó con más claridad la vuelta a la orientación biológica. Esta no había desaparecido del todo y había sido fortalecida por ciertos descubrimientos terapéuticos empíricos sucesivos: la insulino-terapia, el choque cardiazólico, el electrochoque, la leucotomía y finalmente, en 1952, la farmacoterapia. La extensión universal del empleo de esta última, en el mismo momento, del triunfo de las orientaciones psicológica y social, es un fenómeno curioso de disociación que no se puede explicar más que por la relativa inercia de las posiciones doctrinales en contraste con el carácter inmediato y constreñido de las necesidades concretas. El cambio de perspectivas, que lo podemos situar al final de los años 60, no se debió solamente a la eficacia de las nuevas terapéuticas. Del mismo modo que el biologismo del final de siglo XIX estaba ligado al progreso de los métodos de estudio de la morfología del sistema nervioso (microscopio microtomo, coloraciones, procedimientos experimentales de detección de los núcleos y de los fascículos de fibras), el movimiento que actualmente se sigue fue posible por los avances técnicos. La microscopía electrónica confirmó la presencia de las sinapsis interneuronales cuya existencia ya había sido demostrada por el genial Ramón y Cajal, pero que muchos ponían en duda por aquel entonces. Las nuevas técnicas de la bioquímica cerebral permitieron explorar el papel de los neurotransmisores y de sus lugares de fijación,

mientras que las técnicas de biología molecular hacían esperar la composición precisa de las moléculas portadoras de la herencia. Los procedimientos de visualización cerebral, todavía más perfeccionados, permitieron obtener, no sólo una visión estática del cerebro vivo, sino que a partir de entonces, también su funcionamiento bioquímico. Existe evidentemente una diferencia de complejidad entre estos procedimientos nuevos y los que existían en la época en la que los psiquiatras intentaban realizar las esperanzas de Griesinger. La relativa simplicidad de las técnicas les permitía entonces adquirirlas e incluso inventarlas. Von Gudden, al que se debe el microtomo, Alzheimer que describió las lesiones de la demencia que lleva su nombre, eran profesores de psiquiatría. Pero hoy en día no es lo mismo. El creador del "escanógrafo" (Scanner) es un físico, el estudio de la bioquímica cerebral e incluso en gran medida el de la genética no está en manos de los psiquiatras ni incluso, lo más frecuente, en la de los médicos, los cuales no pueden ya adquirir de manera intensa una doble formación. ¿Qué psiquiatra puede manipular las profundidades genéticas de la biología molecular o planificar, ejecutar e interpretar una experimentación relativa a los neurotransmisores? La formación de equipos pluridisciplinarios se presenta como la solución para esta situación. Implícitamente hay una respuesta, pero que corresponde más a menudo a un ideal que a una realidad. Toda orientación de investigación lleva consigo su propia dinámica y hoy existe un peligro real que la investigación en psiquiatría biológica, escapándose de los psiquiatras, se aisle completamente de la realidad clínica. Mientras que, bajo la influencia de la orientación psicosocial, los psicólogos no médicos y los trabajadores sociales han comenzado a conquistar posiciones cada vez más numerosas e importantes, se ha podido hablar de una desmedicalización de la psiquiatría. Si la orientación biológica actual, por su naturaleza, tiende a reintegrar a nuestra especialidad en el cuerpo de la medicina, hace al mismo tiempo correr el peligro a los psiquiatras de ser rechazados por la vanguardia de la investigación.

El psicodinamismo que había retrocedido respecto de la clínica, ha vuelto a renacer favorecido por el nuevo biologismo. La metodología psicofarmacológica exigía la definición precisa de las acciones de los medicamentos (se trata de los síntomas) y de los síndromes o de las enfer-

medades mentales. Los resultados de los estudios biológicos en el hombre, cualquiera que fuera su naturaleza, no podían ser interpretados si no se referían a grupos de enfermos homogéneos y bien definidos, es decir a un sistema nosológico. La emergencia en un interés por las clasificaciones psiquiátricas en base a la clínica es uno de los fenómenos más notables de estos diez últimos años y es en gran medida la consecuencia de la orientación biológica. El éxito mundial, inesperado por sus propios autores, del DSM-III, y las discusiones que ha suscitado, es, entre otras, una expresión de algo. El plano psicológico-social tiende a substituirse por un plano clínico-biológico y por ello, no sin cierta justificación, G. Klerman ha podido hablar de una vuelta a Kraepelin.

En cierta medida esta evolución, que comenzó hace dos decenios, ¿ha modificado de modo profundo las fronteras de la psiquiatría? En el plano conceptual, la respuesta es negativa. Ni la clínica ni la biología, hoy igual que ayer, son capaces de decir en dónde termina lo normal y en dónde comienza lo patológico, ya que las fronteras de hoy apenas difieren en la práctica de las que se fijaron a principio de siglo. La nueva aproximación clínica, en particular el empleo de los criterios diagnósticos, ha contribuido solamente a dar más claridad, reaccionando contra la tendencia anterior y su extensión abusiva. El DSM-III, después de haber declarado su impotencia al escribir: "No existe ninguna definición satisfactoria de los límites y del concepto de trastorno mental", hace una llamada como último análisis a lo que se denomina la "significatividad clínica".

La orientación biológica no ha tenido, por ella misma, influencia más que en el interior de sus fronteras fijadas por la clínica. Esta ha forjado sus argumentos en la delimitación del "Trastorno de pánico", la separación de los "Trastornos esquizoafectivos" del cuadro de la esquizofrenia, al mantenimiento de la antigua forma endógena, a partir de entonces denominada melancolía, en el cuadro de los estados depresivos, o la individualización de la "Personalidad esquizotípica". Las investigaciones biológicas actuales, en renovación con la tradición iniciada por Bayle cuando describió la parálisis general, permitirán quizás circunscribir perturbaciones cerebrales específicas. Las esperanzas es la que justifica una orientación que, en las diferentes etapas de la historia de la psiquiatría, ha sufrido a veces un eclipse pasajero, pero que ha sabido siempre, como hoy, renovándose, encontrar un nuevo vigor.