

Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy *

*Juan Carlos Stagnaro***

I. NOTAS SOBRE EL ORIGEN Y SOBRE ALGUNAS DEFINICIONES DE LA PSIQUIATRIA DINAMICA

El psicoanálisis conoció, a lo largo del siglo XX, rechazos y aplicaciones al campo de la psiquiatría. Este fenómeno, que no estuvo exento de trasfondos corporativos (económicos y académicos) consistió, en algunos casos, en meras admisiones intelectuales y, en otros, en intentos de integración genuinos y fecundos. Esta última alternativa dependió mucho del sesgo en la lectura de la teoría psicoanalítica que tuvieron los psiquiatras y de su aceptación a pasar por una experiencia analítica personal.

Se podría decir que hubo una primera etapa de la relación entre el psicoanálisis y la psiquiatría que corresponde al período inicial del movimiento psicoanalítico en el que Freud y sus discípulos hicieron muy ricas contribuciones al pensamiento psiquiátrico. Entre las más memorables figuran las de C. Jung (*Psicología de la Demencia Precoz*, 1906), S. Ferenczi (*Observaciones clínicas sobre la paranoia y la parafrenia*, 1914), V. Tausk (*A propósito de la psicología del delirio de acción de los alcohólicos*, 1913; *La génesis del 'aparato de influencia' en el curso de la esquizofrenia*, 1919), K. Abraham (*Esbozo de una historia del desarrollo de la libido basada en el psicoanálisis de los trastornos mentales*, 1924), P. Schilder (*La imagen de nuestro cuerpo*, 1935), y muchas otras. Pero sobre todo fue el acercamiento con el gran maestro del Burgholzi de Suiza, E.

* Este trabajo fue presentado en el Ateneo científico de APdeBA del 14/09/2004.

** Médico Psiquiatra (UBA), Profesor Adjunto del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA). Director de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*.

Bleuler, en torno a la psicopatología de la esquizofrenia y a la publicación del *Jarhbuch für Psychonalilytische und Psychopathologische Forschungen* (1909-1914) el que dió lugar a un momento de gran aproximación entre ambas disciplinas.

En una segunda etapa se generalizó la influencia del psicoanálisis sobre la psiquiatría: los Menninger en Topeka, H. S. Sullivan y F. Fromm-Reichman con sus estudios sobre la esquizofrenia, R. Knight trabajando con enfermos hospitalizados, F. Alexander y French con sus estudios de medicina psicósomática, S. Rado sobre la depresión, la obra de R. Laforgue en Francia son algunos de los múltiples ejemplos de una intensa producción que colocó a la psicopatología psicoanalítica como referencia insoslayable de la clínica psiquiátrica.

En el momento del apogeo del Paradigma de las Grandes Estructuras Psicopatológicas (*vide infra*), Henri Ellenberger definió a la psiquiatría dinámica como: “la rama de la psiquiatría que intenta explorar, movilizar y utilizar de manera terapéutica las fuerzas psíquicas inconscientes. Es lo que la distingue de la psiquiatría organicista, que intenta establecer correlaciones entre los trastornos psíquicos y las lesiones o perturbaciones funcionales del organismo; de la psiquiatría racional que opera en el plano del psiquismo consciente, y de la psiquiatría social o sociopsiquiatría, que explora los factores patógenos de origen familiar, profesional, social y cultural”.

Por su lado, Franz Alexander propuso la siguiente definición: “La corriente dinámica en psiquiatría es el resultado del impacto de la teoría, el método, la investigación y la terapia psicoanalítica, sobre la psiquiatría en su conjunto. Esencialmente, esa tendencia puede ser definida como el progreso de la investigación psiquiátrica desde una etapa descriptiva a una explicativa”.

Chazaud señala que los efectos más marcados del psicoanálisis sobre la psiquiatría se verificaron en:

- a) La semiología (sentido de los síntomas).
- b) La relación médico/paciente (las nociones de transferencia y contratransferencia y de mecanismos de defensa).
- c) La nosografía (la noción de *continuum* salud/enfermedad y, muy particularmente, la clasificación binaria: estructura psicótica-estructura neurótica).
- d) La terapéutica (las intervenciones interpretativas y la noción de delirio como tentativa de curación).

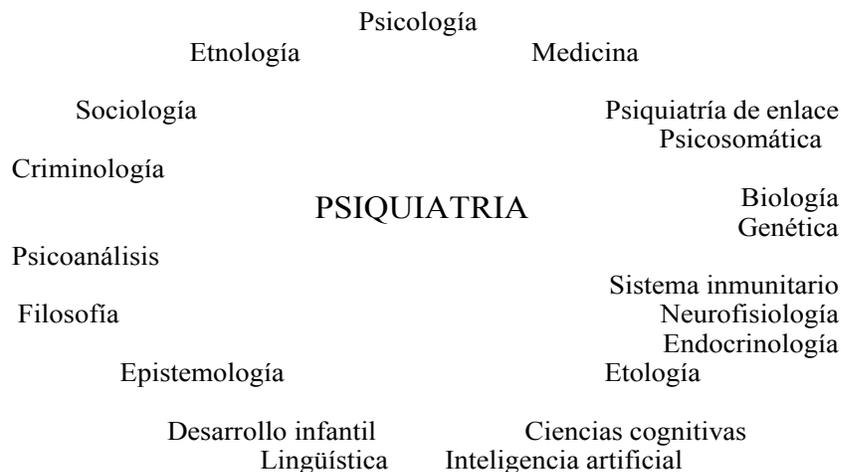
El psiquiatra debió hacerse cargo de su posición de “observador participante” en la relación diádica con su paciente y en la actividad grupal institucional (v.g.: psicoanálisis institucional de los autores franceses). La “objetivación” de la locura desde una mirada inscrita en la tradición médica del alienismo descriptivo y clasificatorio no tuvo más cabida.

II. AVATARES DE LA PSIQUIATRIA CONTEMPORANEA

El análisis específico del campo de la psiquiatría, dentro de las especialidades médicas a las cuales pertenece, nos permite verificar que el reduccionismo bio-médico penetró con fuerza, a lo largo de las últimas tres décadas, en el ámbito de la medicina mental.

En primer lugar, debemos considerar que la Psiquiatría se encuentra, en tanto un saber que se nutre y dialoga con otras ciencias y disciplinas, en una encrucijada compleja (ver Cuadro I), ya que de la dinámica propia de esas ciencias y disciplinas relacionadas con nuestra especialidad surgen constantemente conocimientos y teorías que ponen en tensión y revisión lo que la psiquiatría va integrando de las mismas.

CUADRO I



Por otro lado, desde el punto de vista epistemológico interno, se observa una carencia de consenso en la comunidad de especialistas respecto del paradigma psiquiátrico contemporáneo.

En efecto, a poco de echar una mirada crítica sobre las prácticas y teorías de la psiquiatría actual, debemos reconocer que estamos progresivamente obligados a aceptar relaciones cada vez más arbitrarias entre nuestros gestos técnicos y nuestra capacidad de formalizarlos teóricamente en forma consensuada. El paradigma dominante que nos contenía hasta los años '70, el de las Grandes Estructuras Psicopatológicas, surgido de la influencia de la *Gestaltheorie*, la lingüística estructural y la neurología globalista y expresado en las corrientes fenomenológicas, especialmente en la obra de Minkowsky y Binswanger, en el psicoanálisis y en el organodinamismo de Henri Ey, ha sufrido una desagregación tal, que bien podemos catalogar la situación actual como de crisis paradigmática, en el sentido en que emplea este término Thomas Kuhn.

Las nociones de estructura psicótica y neurótica, con su agregado más limitado de estructura perversa, para designar todas las organizaciones mórbidas que no pudieran explicarse por un defecto congénito, una lesión orgánica discernible o una reacción evidente a acontecimientos vitales inmediatos, tuvo plena operatividad para ordenar el campo de la Psiquiatría. Y así ocurrió mientras los recursos terapéuticos disponibles fueron la cura psicoanalítica o la *dasein-analyse* y los biológicos representados por la sismoterapia y la cura de Sakel.

Pero, a partir de los años '50 y '60, la irrupción de los psicofármacos y la progresiva aparición de nuevos constructos clínicos –toxicomanías, trastornos alimentarios, las llamadas patologías del narcisismo, etc.–, y cambios en la cultura, entre otros factores, cuestionó la dicotomía estructural anterior y fue surgiendo en ciertos grupos de trabajo, particularmente norteamericanos, la necesidad de entender el “jardín de la locura” con otras categorías.

Fue así que, en el proceso dinámico que generó esa nueva situación ciertos sectores de la comunidad científica internacional desarrollaron nuevas propuestas y líneas de investigación que ganaron una gran audiencia. Recorriendo el conjunto de la bibliografía proveniente de las revistas especializadas de mayor circulación, las ponencias a congresos y otras publicaciones, parece dibujarse hoy día en el campo de la clínica psiquiátrica un pensamiento en vías de formalización que podríamos entender en su estructura lógica como conformando una nueva propuesta paradigmática.

Un componente principal de esta forma de pensar el sufrimiento mental es la des-subjetivización. Y una consecuencia esperable de ese movimiento es la eliminación de todos los conceptos propios de la teoría psicoanalítica así como su nomenclatura y nosología de las clasificaciones psiquiátricas (el caso más típico es el de la histeria).

En un Editorial del muy influyente *American Journal of Psychiatry* de noviembre de 2000, titulado “¿Qué es la Psiquiatría?” se decía: “Somos médicos tanto para la mente como para el cerebro. Modulamos la psique con psicoterapias que se dirigen a los mecanismos de la mente, tales como la memoria o la conciencia, pero esta modulación trabaja a nivel neural mediante la producción de cambios en el cerebro. También modulamos la psique mediante la prescripción de medicamentos que funcionan directamente a nivel neural... En la actualidad, las enfermedades mentales incluyen algunas con mecanismos cerebrales conocidos (por ejemplo: la enfermedad de Alzheimer), algunas con mecanismos cerebrales sospechados y parcialmente demostrados (por ej.: la esquizofrenia) y otras con mecanismos que, claramente, reflejan una interacción entre el cerebro y las experiencias personales (por ejemplo: los trastornos de estrés post-traumático)”. Y agrega luego: “Dado que la mente es la expresión orgánica de la actividad del cerebro, podemos esperar que, algún día, alcancemos una comprensión completa de todas las enfermedades mentales”.

Se puede ver en este esbozo de definición de la especialidad, de fuerte cuño neopositivista y reduccionista biológico, la reaparición de viejos conceptos de la psiquiatría *aggiornados* bajo los ropajes de cierta científicidad contemporánea. Los conceptos centrales que alientan estos desarrollos contemporáneos intentan ganar terreno en la audiencia profesional y encontrar apoyatura en la investigación empírica y la bioestadística. Ellos se presentan como una estructura de pensamiento en proceso de articulación interna con aspiración a conformar ese nuevo paradigma de la Psiquiatría. Sus impulsores más entusiastas le asignan una capacidad progresiva de coherencia interna que, en nuestra opinión dista de corresponderse con la realidad de la investigación y la clínica.

La potencia de su atracción como “candidato” a nuevo paradigma de la psiquiatría se asienta en un trípode conceptual expresado, muy sintéticamente, en las siguientes proposiciones: (Cuadro II).

CUADRO II

a) Identificación objetiva de los trastornos (síndromes) mentales por vía de una descripción “a-teórica”.
b) Progresiva correlación bi-unívoca entre cada síndrome así descrito y una eventual fisiopatología cerebral.
c) Terapéutica de dicha alteración fisiopatológica propuesta mediante tratamiento farmacológico combinado con psicoterapias cognitivas y cognitivo-conductuales.

El punto a) alude a las clasificaciones pretendidamente a-teóricas y basadas en criterios, cuyo *non plus ultra* es el manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* editado (actualmente va por su IV versión revisada, TR) por la *American Psychiatric Association*. En el punto b) podemos contabilizar gran parte de la inmensa masa de resultados de la experimentación neurobiológica que se desencadenó con mayor intensidad desde que el presidente Reagan decretara como centro del interés de la investigación en los EE. UU. a la famosa “década del cerebro” y, el c) resulta de los anteriores.

Hemos presentado en otros trabajos algunos elementos para el análisis crítico de cada uno de esos tres pilares conceptuales. Muy brevemente podemos decir que no tienden, en su desarrollo, hacia una mayor coherencia interna, sino que, por el contrario, acumulan anomalías y nuevas incógnitas de investigación que, por muy fructíferas que prometan ser, sólo constituyen una probabilidad de nuevos saberes positivos aún por conquistar, y no conocimientos asentados como para operar con ellos como verdades instrumentales sólidas. Las clasificaciones criteriológicas tropiezan con la enorme dificultad de dividir en forma categorial conductas que se resisten a ello. Algunos capítulos de los DSM tienden más a desagregarse, o a arborizarse más disparatadamente que en las ediciones anteriores, ocultando con el taparrabos de la comorbilidad la coincidencia de manifestaciones que pueden comprenderse mejor desde ciertas teorías psicopatológicas coherentes. La investigación neurobiológica contemporánea ha realizado aportes mayúsculos a nuestro conocimiento intrínseco del

sustrato neural implicado en las funciones del pensamiento y las emociones.¹

Actualmente, como se consigna en la nota anterior, aparecen conclusiones sacadas de la investigación con neuroimágenes que abren un campo interesante de investigación porque son métodos incruentos de exploración indirecta del cerebro humano en funcionamiento. Sin embargo, mucha otra evidencia de la investigación neurobiológica proviene de la investigación en modelos animales y es utilizada, a veces abusivamente, para sostener argumentos en la clínica y la terapéutica de seres humanos. Las comprobaciones de la efectividad de las terapéuticas cognitivo-comportamentales—tanto en sí mismas como comparadas con otras formas de abordajes psicoterapéuticos— es materia de discusión y los resultados de la psicofarmacología son de más en más revisados en cuanto a sus efectos a corto, mediano y largo plazo, las ecuaciones costo/beneficio, etc.

Todos estos argumentos, tan sucintamente citados, no descartan la utilidad de las líneas de investigación mencionadas, todo lo contrario, pero ponen en tela de juicio que podamos, sin más trámite, dar el salto a una nueva forma de interpretación de la locura en la cultura occidental.

Con estos breves comentarios queremos significar que la preten-

¹ Algunas de las principales novedades neurobiológicas son: 1) *Las técnicas de neuroimágenes cerebrales*: PET (Tomografía por emisión de positrones), SPECT (Tomografía computarizada por emisión de fotón único) y RMNf (Resonancia Magnética Nuclear funcional); Resonancia Magnética por Espectroscopía (NMR) que permiten poner en evidencia, no sólo estructuras anatómicas sino, también, su actividad; expresada en el flujo sanguíneo que las perfunde, su consumo de oxígeno o su metabolismo energético. 2) *Las técnicas de investigación farmacológica*: entre otros se pueden mencionar aquellos métodos de investigación de fenómenos moleculares que han producido un gigantesco “salto cuántico” o un “cambio de paradigma” en las ciencias biológicas en los últimos treinta años: b.1- Técnicas de hibridización de ácidos nucleicos como proceso de desnaturalización y re-naturalización de dos cadenas sencillas de un ADN, que provienen de la separación de bases complementarias (A-T, A-U o C-G), presentes en cadenas sencillas contiguas dando lugar a estructuras de doble hebra de gran estabilidad, como los híbridos ADN-ARN, ARN, ARN o ADN - ADN. b.2- La Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR o *Polymerase Chain Reaction*) es una de las técnicas más importantes de la biología molecular actual y fue presentada por Kary Mullis en 1985. Se considera que la PCR es uno de los descubrimientos más revolucionarios de los últimos cien años para el avance de las ciencias biológicas. Este descubrimiento nos permite obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular (*amplificación*) partiendo de una copia de ese fragmento. 3) *Los estudios epidemiológicos*, 4) *Las nociones actuales en genética de las enfermedades mentales*, y 5) *Ciertos estudios complementarios como la polisomnografía y demás estudios de la función hipnica*.

didada solidez de esta propuesta no es tal y que el conjunto de la maniobra se ve hoy obstaculizada por datos que le plantean severas dificultades como para que se le adjudique el estatuto de nuevo paradigma dominante en la Psiquiatría. Téngase también en cuenta, y no es un dato menor, que en el panorama actual de la globalización asimétrica que atraviesa la cultura contemporánea, por haberse originado en los países anglosajones, con epicentro en algunas universidades y centros de investigación de los EE. UU., y por contar con el apoyo del poderoso aparato cultural norteamericano y el peso de la *American Psychiatric Association* y sus órganos de prensa, esta manera de pensar ha ganado una gran difusión.

Va de suyo, además, que los factores externos al paradigma médico (rol del Estado y políticas públicas de salud, mercantilización de la asistencia en salud a través de las técnicas de gerenciamiento, intereses de la industria farmacéutica...), tuvieron una particular influencia en la crisis del paradigma psiquiátrico y sus intereses son funcionalmente dialécticos con la propuesta paradigmática que acabamos de describir y criticar.

Quizás una dosis de humildad epistemológica alejada de eclecticismos fáciles o acomodaticios, el reconocimiento de la necesidad de operar por el momento en espacios epistemológicos regionales que, aunque menos universales en sus conclusiones, ganen en coherencia interna, y la obligación de trabajar soportando la vieja incertidumbre emanada de un saber de un no-saber acerca del sujeto que consulta, sean puntos de partida más adecuados para pensar hoy la psiquiatría.

III. SOBRE ALGUNOS PREJUICIOS QUE PERJUDICAN EL DIALOGO PSIQUIATRIA-PSICOANALISIS

El encasillamiento en posiciones irreductibles o las menos difíciles de movilizar entre disciplinas cercanas se apoya muchas veces en prejuicios sedimentados a través del tiempo.² Recientemente el Dr. Rubén Zuckerfeld (2004) publicó un trabajo en nuestro medio que nos

² La noción de prejuicio es definida como: "Juicio que se tiene formado sobre una cosa antes de conocerla. Generalmente tiene sentido peyorativo significando ideas preconcebidas que desvían del juicio exacto. Idea rutinaria sobre la conveniencia o inconveniencia de las acciones desde el punto de vista social, que cohibe el obrar con libertad." (Maria Moliner, *Dicciona-*

permite analizar algunos de ellos. Pasaremos revista a los que enumera dicho autor con gran pertinencia crítica, citándolo *in extenso* por no encontrar manera más adecuada de comunicarlo.

a) Cuatro prejuicios psicoanalíticos

1. Prejuicios deterministas o el horror a la novedad

“Constituyen el tipo de creencias que sostienen *que lo que sucedió es lo que va a suceder si no interviene el psicoanálisis*. En realidad el capital descubrimiento freudiano de la sexualidad infantil y los desarrollos sobre las experiencias tempranas, y en especial la noción teórica de repetición, configuran en la mente del analista una actitud que hace depender el cambio psíquico casi exclusivamente de la actividad interpretativa. En este sentido hay una larga historia de minimización y escepticismo acerca de las mejorías que pueden producirse en un paciente si éstas no son producto exclusivo de la secuencia interpretación-elaboración. Por lo general en el dominio de este prejuicio se encuentra la idea rutinaria de que el cambio depende sólo de la intervención psicoanalítica desvalorizando el valor terapéutico de ciertas experiencias vitales o de otros recursos terapéuticos médicos o sociales. En este sentido la clínica psicoanalítica queda autolimitada para comprender por ejemplo el fenómeno de la resiliencia. Existe en la mente del analista una idealización de su propio saber correlativo a una suerte de “horror a la novedad” extra-analítica. Esta idealización porta a su vez el germen de lo que en el futuro puede convertirse en decepciones acerca del valor del instrumento analítico”.

2. Prejuicios de hermetismo o el horror al número

Para muchos analistas —señala Zuckerfeld— *“lo que sucede en el curso del tratamiento psicoanalítico es inobservable e inevaluable por un observador externo*. Por lo general, la idea—justificada—de que cada caso es único, cuando se convierte en una idea rutinaria obliga a pensar que lo que se produce en el marco terapéutico es un hecho artístico que

rio de Uso del español, Gredos, 2da Edición, Madrid, 1998). Y también como: “Creencia u opinión preconcebida. Idea rutinaria acerca del comportamiento impuesta por la educación o el medio.” (Manuel Seco, Olimpia Andrés, Gabino Ramos, *Diccionario del Español Actual*, Editorial Aguilar, Madrid, 1999). (citado en Zuckerfeld, R., ob. cit.).

no se podría formalizar en una serie. Roger Perron (1999) en su reseña sobre la posición de los psicoanalistas de habla francesa acerca de la investigación en psicoanálisis, plantea que “el abordaje clínico es el único que puede ser usado, y que cualquier intento de someter los datos de las sesiones a los criterios de las ‘ciencias duras’ y tratarlos luego por técnicas derivadas, puede destruir el objeto mismo de la investigación”.

3. Prejuicios solipsistas o el horror a lo biológico y social

Zuckerfeld lo define como la “certeza de que lo *que le sucede a un paciente se explica sólo por el psicoanálisis*”, y lo atribuye a “un aislacionismo autosuficiente que encuentra su justificación histórica en la necesidad de autopreservarse y fortalecer el movimiento psicoanalítico”, pero reconoce, que en este asunto la clínica psicoanalítica ha tenido una “evolución importante en los últimos 40 años, desde el rechazo *a priori* de las explicaciones de otras disciplinas para determinados hechos clínicos hasta la tendencia actual más interdisciplinaria y de trabajo teórico-clínico sobre problemas comunes”.

A raíz de este prejuicio se ha verificado en la clínica psicoanalítica un rechazo a la intervención de otras disciplinas. “Lo cual se puede manifestar –completa el citado autor– en la clínica cotidiana por actitudes que van desde el rechazo *a priori* de una intervención psicofarmacológica hasta la omisión de pensar en condiciones patógenas socioambientales definidas y explicativas de ciertas manifestaciones de un paciente, o en el valor de un dispositivo de autogestión”.³

4. Prejuicio de uniformidad

Observa Zuckerfeld que “se trata aquí de entender las ‘ideas rutinarias’ que afirman que *lo que sucedió y lo que sucede se trata*

³ Es necesario aclarar que esta situación es, quizás, más aplicable en otros países, ya que en el nuestro existe una larga tradición de trabajo en equipo con la inclusión, por ejemplo, de acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Algo similar se puede verificar en la utilización de psicofármacos combinados con el psicoanálisis, técnica respecto de la cual no hay una oposición por parte de alto número de nuestros psicoanalistas (ver al respecto Wikinski, S. Psicofármacos: cura o recurso. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, Vol XV, Supl II, 2004).

profundamente de un solo y único modo que se denomina técnica psicoanalítica. Ya Thomä y Kächele (1989) plantearon que la utilidad de las intervenciones terapéuticas se evalúan por el cambio en el paciente; si este cambio no se produce, las intervenciones deben ser cambiadas. Aquí el problema fundamental es determinar si existe una única técnica psicoanalítica a partir de la confusión –estudiada desde distintas perspectivas– entre método y técnica. No es ocioso recordar que Freud en 1918 escribe que ‘las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse todas mediante una única técnica’. Tal vez en este punto es donde más se ha puesto en evidencia la definición de prejuicio como aquello que ‘cohibe obrar con libertad’. En realidad este prejuicio de uniformidad suele estar asociado a lo que hemos denominado ‘horror a la ayuda’ para el que se combinan una precaria concepción de la noción de neutralidad y una pobre idea de lo que significa apoyo”.

b) Dos prejuicios psiquiátricos

1. Prejuicio cientifista

Según este prejuicio los psicoanalistas no ponen a prueba sus teorías de acuerdo a la metodología considerada científica. De este modo se tiende a ubicar las ideas psicoanalíticas en una dimensión meramente especulativa, cuando no fantasiosa. Además de desconocer las investigaciones que se realizan desde hace varios años en diversos aspectos de la práctica clínica (el vínculo temprano y el apego, el seguimiento de resultados a largo plazo, los estudios de narrativa, de la alianza terapéutica y de la vulnerabilidad somática, etc.), quienes plantean este prejuicio rechazan los fundamentos epistemológicos que asisten al psicoanálisis exigiéndole una contrastación de sus resultados mediante métodos provenientes de otros campos científicos (como por ejemplo los modelos de estudio doble ciego utilizados en la investigación terapéutica farmacológica).

2. Prejuicio pragmático

Por ignorancia o por rechazo teórico, respecto de la emergencia de los fenómenos transferenciales y sus características temporales, muchos psiquiatras piensan que el proceso psicoanalítico es algo difuso e indefinido en el tiempo. Aquí, en el fondo –opina Zucker-

feld— parece notarse la influencia del modelo médico que privilegia lo “rápido, seguro, indoloro”.

IV. PROBLEMAS DERIVADOS DE LA ATENCION EN SERVICIOS GERENCIADOS DE SALUD

La atención en servicios gerenciados de salud (Sistema pre-pagos, *managed care* en instituciones públicas) se ve condicionada fuertemente en función de las exigencias económicas y administrativas surgidas del propio sistema (mercantilización de la prestación). En el plano de los abordajes psicoterapéuticos este fenómeno se hace sentir con mayor claridad. La duración de cada entrevista, su frecuencia, la duración total de los tratamientos y otras variables del encuadre, así como los criterios de curación y alta, hacen que las psicoterapias dinámicas de inspiración psicoanalítica encuentren dificultades para su aplicación.

V. ¿SUPERACION DE LAS APORIAS?

¿Cómo podemos imaginar a un psiquiatra desprovisto de una herramienta psicoterapéutica? ¿Cómo imaginar un proceso diagnóstico que no implique alguna toma de posición teórica en el terreno de la psicopatología? ¿Cuál es la teoría del psiquismo que pueda reivindicar una mayor coherencia y extensión explicativa que la teoría psicoanalítica? ¿Quién podría sostener una terapéutica que prescindiera de la psicofarmacología?

No se puede justificar un abordaje terapéutico que no esté basado en opciones teóricas sobre el funcionamiento normal y patológico de la persona humana.

En 1998, Erik Kandel, posteriormente galardonado con el Premio Nóbel por sus trabajos sobre la memoria de largo plazo, pronunció una conferencia con motivo del 100° aniversario del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York. Esta alocución tomó forma de artículo científico y fue publicada en el *American Journal of Psychiatry*. Su repercusión fue notable y desencadenó una intensa polémica, a la cual Kandel intentó responder con un segundo artículo aparecido en 1999.

Ambos escritos proponen un audaz programa de investigación para acercar la biología, la psiquiatría y el psicoanálisis.

Aunque se pueda criticar la perspectiva de Kandel acerca de lo que es el psicoanálisis, no cabe duda que los problemas que plantea son, en la actualidad, insoslayables; so pena de que la psiquiatría, falta de una psicopatología renovada se diluya en la neurología y el psicoanálisis quede acantonado, lejos de la clínica, en un discurso más acerca de la cultura.

En su primer artículo Kandel propone cinco principios, dialécticamente funcionantes, de un nuevo marco de trabajo para la psiquiatría.

En primero y segundo lugar propone re-centrar la investigación en el funcionamiento de las funciones cerebrales y en el terreno de la genética.

En tercer lugar, observa que si bien todo es genético, los genes tienen dos niveles de acción: en uno tienen como función la replicación estricta, automática y hereditaria del individuo; pero, gracias a un segundo nivel, modulan la acción del primero por medio de una mayor o menor expresividad del determinismo genético en función de las influencias ambientales. Es decir, de los estímulos provenientes del campo social y de las vivencias que éste determina en el individuo. Este fenómeno es particularmente intenso en el período del desarrollo, inscribiendo en la trama neuronal por medio de uniones más o menos firmes de redes neuronales determinadas los avatares de la existencia. El cerebro portaría así, como dice Michel Thurin, “la marca de la historia de la persona y constituye finalmente la escritura de su singularidad”.

Pero el cerebro no es solamente una estructura pasiva ya que va a sentir y actuar sobre el ambiente en función de las mismas estructuras que ese ambiente contribuyó a crear, lo cual va a modificar en retorno ciertas de esas estructuras neuronales inicialmente desarrolladas. Esta base biológica de la individualidad es probablemente responsable del comienzo y el mantenimiento de las anomalías del comportamiento que definimos como trastornos mentales (cuarto principio).

Según el quinto principio la psicoterapia es una forma técnica de relación capaz de generar un cambio a largo plazo porque moviliza el segundo nivel de acción genético (generando cambios por plasticidad neuronal). Dice Kandel al respecto que “estos argumentos sugieren que cuando un terapeuta habla a un paciente y el paciente lo escucha, el terapeuta no está solamente en tren de tener un contacto con sus ojos y su voz, sino que la acción de la maquinaria neuronal del cerebro del terapeuta tiene un efecto indirecto y, es de esperar, a

largo plazo, sobre la maquinaria neuronal del cerebro del paciente; y, muy probablemente esta acción es recíproca”.

Para completar, Kandel opina que los cambios neuronales debidos a la acción de la psicoterapia deberían poder registrarse un día por medio de las técnicas de registro de imágenes cerebrales y que el efecto de la psicofarmacoterapia es convergente con el de la acción humana promovida por el psicoterapeuta; aunque sólo si es precisamente adaptada. El nivel real de su acción, que podría hipotetizarse que es el de los afectos, queda por dilucidar.

Sin pretender extrapolaciones anacrónicas podemos vislumbrar en estas proposiciones las trazas del devenir vital prefigurado por Freud en su concepción de las series complementarias.

En su segundo artículo Kandel afirma que la nueva etapa de la psiquiatría debe construirse con el aporte del psicoanálisis el cual “representa aún la visión de la mente más coherente e, intelectualmente, más satisfactoria”. Pero también sostiene que el porvenir del psicoanálisis dependerá del tipo de relación que establezca con la biología en general y con las ciencias cognitivas en particular. Entendiendo que la investigación psicoanalítica ya ha sacado todo el partido posible de la escucha, Kandel propone que renueve sus útiles de investigación, no contentándose con generar ideas sino afinando los métodos para verificarlas.

En suma, sin ignorar las dificultades metodológicas, propone que el psicoanálisis encuentre formas experimentales y más objetivas para obtener sus datos y sacar conclusiones.

A fin de auxiliar al psicoanálisis, Kandel enumera los dominios en los que la biología podría aportarle nuevos elementos por medio de la investigación de:

- 1) La naturaleza de los procesos mentales inconscientes.
- 2) La naturaleza de la causalidad psicológica.
- 3) La causalidad psicológica y la psicopatología.
- 4) Las experiencias tempranas y la predisposición a la enfermedad mental.
- 5) El preconscious, el inconsciente y la corteza prefrontal.
- 6) La orientación sexual.
- 7) La psicoterapia y las modificaciones estructurales en el cerebro.
- 8) La psicofarmacología como coadyuvante del psicoanálisis.

Hasta aquí el comentario de los escritos de Eric Kandel cuya apretada síntesis, que intentamos aquí, aconseja leerlo en su versión completa para una mejor y más profunda comprensión.

Por otro lado, si osáramos ir más allá del cerebro, en esta línea de especulación, e integrar el cuerpo anatomofisiológico en su totalidad (y con él vastos segmentos de la patología médica y psicosomática) a estas nuevas perspectivas, debería incluirse el alcance de las propuestas fisiopatológicas que engloban a los sistemas de correlación rápida y lenta estudiados por la psiconeuroinmunoendocrinología contemporánea.

CONCLUSION ABIERTA...

No se debe caer en la ingenuidad de desconocer el inmenso trabajo a desarrollar desde la perspectiva epistemológica para suponer el eventual advenimiento de una nueva etapa de la psiquiatría dinámica. La tarea parece inabordable, pero podría ser menos temible si se parte de un reordenamiento de los datos dispersos, aunque existentes, acumulados por la investigación psicoanalítica, la clínica psiquiátrica, las ciencias cognitivas y la neurobiología. Hará falta para ello superar prejuicios, liberar la imaginación y acumular trabajo multidisciplinario. Y aún así el logro del éxito será incierto.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. Les avancées scientifiques en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 67, 1, 2002.
- ALEXANDER, F. (1950) *Psiquiatría dinámica*. Paidós, Buenos Aires, 1962.
- CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, 1996.
- ELLENBERGER, H. Methodology in Writing the History of Dynamic Psychiatry, en George Mora and Jeanne L. Brand (ed.) *Psychiatry and its History: Methodological Problems in Research*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1970.
- EISENBERG, L. The social Construction of Human Brain. *Am. J. Psychiatry*, 1995; 152: 1563-1575.
- GASSER, J; STIGLER, M. Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du

- DSM. En Ehrenberger A y Lovell AM, *La maladie mentale en mutation, psychiatrie et société*. Ed. Odile Jacob, Paris, 2001.
- HARDY-BAYLÉ, MC. Sciences cognitives et psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, 67; 1: 83-113.
- IONESCU, S. *Catorce enfoques de la psicopatología*. FCE, México, 1994.
- KIRK, S.; KUTCHINS, H. *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*. Walter de Gruyter Inc., New York, 1992.
- KANDEL, E. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155:457-469.
- Biology and the future of Psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am. J. Psychiatry*, 1999;156:505-524.
- KUHN, T. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
- “Segundos pensamientos sobre paradigmas”. En Suppe, F., *La estructura de las revoluciones científicas*, Ed. Nacional, Madrid, 1974.
- *¿Qué son las revoluciones científicas?* Paidós, Barcelona, 1989.
- LANTÉRI-LAURA, G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Temps Nouveaux, Paris, 1999.
- LANTÉRI-LAURA, G. La noción de epistemología regional en psiquiatría. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2004, Vol. XV, Nº 55: 34-39.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR)*. American Psychiatric Association, 2000. Versión en castellano: Masson, Barcelona, 2002.
- MÁRQUEZ LÓPEZ MATO, A. et al. *Psiconeuroinmunoendocrinología. Viejos problemas para nuevos paradigmas, nuevos paradigmas para viejos problemas*. Polemos, Buenos Aires, 2004.
- POSTEL, J.; QUETEL, C. *Historia de la psiquiatría*. FCE, México, 1987.
- STAGNARO, J. C. La crisis paradigmática de la psiquiatría. Trabajo leído en las Jornadas del Colegio Médico de Córdoba, Córdoba, 1996.
- Comentarios críticos sobre las nosografías psiquiátricas contemporáneas. Conferencia dictada en APdeBA, 2001.
- THURIN, J. M. Tableau de la recherche psychiatrique en France. *Pour la Recherche. Bulletin de la Federation Française de Psychiatrie*, Nº. 5, 1995.
- WIKINSKI, S. Psicofármacos: cura o recurso. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*, vol XV, Supl II, 2004.
- WILSON, M. DSM and the transformation of American psychiatry: a history. *Am. J. Psychiatry*, 150, 1993, 399-410.
- ZUKERFELD, R. Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría: sobre la superación de los prejuicios. 2004. www.apsa.org.ar

Juan Carlos Stagnaro
Av. Rivadavia 1984, Piso 12° “E”
C1033AAW, Capital Federal
Argentina