

LA IDENTIDAD DE LA PSIQUIATRÍA *

PIERRE PICHOT **

KEY WORDS: *Psychiatric epistemology — History of Psychiatry — Models in Psychiatry.*

PALABRAS CLAVE: *Epistemología psiquiátrica — Historia de la psiquiatría — Modelos en psiquiatría.*

Pinel, a fines de siglo XVIII, fundó el modelo médico en la psiquiatría. Esta se constituyó en una medicina "especial", pues no se conocían sino constelaciones sintomatológicas. Kraepelin, a inicios del siglo XX, consolidó el modelo médico, con la finalidad de establecer formulaciones pronósticas y la expectativa de llegar algún día a conocer las bases orgánicas. En las dos primeras décadas de este siglo, se cumplió la inclusión, en la psiquiatría, de los trastornos menores, que hoy conocemos como neurosis y desórdenes de la personalidad; las consecuencias fueron triples: 1) ya no podía definirse su dominio como el estudio y tratamiento de las anomalías del comportamiento que requerían internamiento; 2) se volvieron borrosas las fronteras entre lo normal y lo patológico; 3) resultó imposible conservar para todo su campo el modelo clínico-biológico. Entre los extremos de la neurología y el mero estudio de la adaptación en un contexto psico-sociológico, la reflexión de los especialistas sobre la identidad de su disciplina es imprescindible, si la psiquiatría ha de continuar existiendo.

The identity of Psychiatry

It can be established that Pinel, at the end of the 18th century, after releasing the mentally ill from their chains, founded the medical model in Psychiatry. The latter was a sort of "special" medicine due to the fact that only isolated "group of symptoms" were known, without their anatomical and pathological basis. At the beginning of this century, Kraepelin consolidated the medical model, after Pinel, Bayle, Falret and Kahlbaum. Kraepelin emphasized the evolution of mental diseases and redefined the psychiatric nosological approach. His goal was the setting of the prognosis and he was convinced that some day the organic basis of mental illness could be understood. Kraepelin paid special attention to in-patient psychotics. In the first couple of decades of this century, the minor emotional disorders, such as the neurosis and personality disorders, were included in the psychiatric mainstream. The consequences of these insertions were threefold: 1) it was impossible to define the psychiatric scope in terms of behavioral disorders requiring hospitalization; 2) frontiers between normal and pathological became blurred; 3) the clinical-biological model was not the unique approach anymore. There are viewpoints-such as Jasper's and Kurt Schneider's regarding psychiatry double identity: biologically explained cases or psychologically understandable conditions. It is very important for psychiatry survival that psychiatrists find their identity somewhere between neurology and psychosociology.

* Conferencia en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" el 15 de Septiembre de 1985.

** Ex-Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Clinique des Maladies Mentales et de L'Encéphale, Université de Paris, Hospital Sainte - Anne, Paris.

Es un hecho generalmente admitido que el nacimiento de la psiquiatría moderna tiene lugar a finales del siglo XVIII y es simbolizado por la obra de Pinel en Francia, de Tuke en Inglaterra, de Daquin en Saboya, por no mencionar más que los nombres citados con mayor frecuencia por los historiadores que, según su nacionalidad, reivindicán para su propio país la gloria de haber abierto esta nueva vía. Estas querellas de prioridad, alimentadas por los nacionalismos del siglo pasado, nos parecen sin importancia en comparación a la cuestión fundamental a la que, desde un principio y aún hoy en día, no se ha dado una respuesta unívoca: ¿Cuál es el objeto de la disciplina fundada por Pinel, Tuke y Daquin?, ¿cuáles son la definición y los límites de la psiquiatría?, ¿posee ésta una verdadera identidad, y en caso afirmativo, cuál es, para nosotros, su percepción posible? Este es el problema que quisiéramos exponer aquí, sin pretensiones de resolverlo, pero intentando al menos presentar sus premisas.

Cuando Pinel, nombrado en 1793 médico de Bicêtre y posteriormente de la Salpêtrière, comenzó a liberar de sus cadenas los que en su época se acostumbra a llamar locos o insensatos, dos nociones son evidentes. La primera es que en esta época la definición de locura —cualquiera que fuese el término empleado para designarla— reposaba en un criterio social: un loco era un individuo cuyo comportamiento estaba perturbado de tal manera que era incapaz de vivir en sociedad (de ahí el calificativo de “alienado” que se le atribuía), de la que era necesario separarlo internándolo, generalmente,

en un establecimiento especial. La segunda noción, y en ella reside la grandeza de la labor de Pinel, es la afirmación de que esta perturbación depende de la medicina, que el individuo que la presenta no es responsable de ella. que no se puede hacer pesar sobre él un juicio moral y eventualmente castigarlo, sino que es un enfermo que hay que tratar. Esta concepción es, desde luego, muy anterior, pero lo que presta a la acción de Pinel su valor simbólico, no es tanto su aspecto humanitario sino el haberla emprendido como médico. Cuando el rey Luis XIV, decidió la creación en París del Hôpital Général, del que Bicêtre y la Salpêtrière eran dos secciones, confió a la policía la tarea de encerrar en él todo aquél que perturbase el orden público por su comportamiento, según nuestro vocabulario actual, social o antisocial: mendigos, prostitutas y locos. Más tarde se fueron progresivamente separando en el interior de los establecimientos diferentes categorías inicialmente más o menos confundidas; pero, indiscutiblemente, el estudio de la alienación mental no fue definitivamente considerado como una disciplina médica hasta la llegada de Pinel. La importancia de este hecho no pasó desapercibida a sus contemporáneos y el filósofo alemán Hegel saludó la publicación del *Traité de la manie* de Pinel como un momento capital en la historia de la humanidad.

Pinel es por lo tanto el creador del modelo médico, en el sentido amplio de la expresión, en la psiquiatría. Pero para él, como para su ilustre sucesor Esquirol, si la locura dependía de la medicina, constituía como se decía entonces una “medicina especial”. Se

afirmaba la existencia del trastorno sobre criterios puramente comportamentales y, a pesar del título que dio Esquirol en 1838 a su tratado, no existían “enfermedades mentales” en el sentido en el que, en la misma época, gracias al método anátomo-clínico, se definían las “enfermedades” como caracterizadas por síntomas observados clínicamente en relación con lesiones anatómicas reveladas por la autopsia. Las “enfermedades mentales” eran de hecho síndromes, constelaciones de perturbaciones psicológicas, en el interior de un conjunto constituido por desviaciones comportamentales que hacían necesario el alejamiento de la sociedad.

En 1822, Bayle, que tenía entonces 23 años, publicó su tesis de medicina titulada *Recherches sur les maladies mentales*. Describía en ella una afección caracterizada por una sintomatología psíquica de evolución característica, una sintomatología neurológica, y, en la autopsia del cerebro, lesiones de “inflamación crónica de la aracnoides”. La parálisis general aparecía así como una enfermedad auténtica en la medida en que se ajustaba al esquema anátomo-clínico que dominaba en ese momento el resto de la medicina. Bayle ilustra por primera vez lo que llamamos hoy en día el modelo médico-biológico en psiquiatría. Su descubrimiento, a pesar de los esfuerzos de los anátomo-patólogos, no tuvo las consecuencias que los psiquiatras esperaban. No se conseguía descubrir en la mayoría de síndromes comportamentales que se iban aislando progresivamente, una base lesional cerebral. De esta manera, entre 1860 y 1880 se produjo un giro decisivo. El modelo

médico-biológico de las enfermedades mentales era cada vez mejor aceptado pero continuaba siendo un postulado, ya que en la mayoría de los casos no se podía aportar la prueba, y la célebre fórmula de Griesinger: “Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro” seguía siendo una petición de principio. Para salir de este atolladero, Jean Pierre Falret afirmó que, dado que el estado de las técnicas anatómicas no permitía aún detectar las lesiones causales, bastaba con reagrupar los casos cuya evolución sintomática en el tiempo fuera análoga para definir una “enfermedad” legítima, puesto que a una misma evolución debería corresponder necesariamente una causa única, aunque ésta fuera por el momento desconocida. La *Folie circulaire* (locura circular), descrita por este autor, fue la primera de estas “enfermedades mentales” cuya base anatómica era desconocida, pero de la que se afirmaba su autonomía teniendo en cuenta una evolución característica, constituida, en este caso concreto, por la alternancia más o menos regular de estados de excitación y de depresión. Kahlbaum en Alemania, se va a referir a Falret para introducir este modelo en la psiquiatría de su país, al describir la catatonía. El papel de Kahlbaum es fundamental, ya que sus concepciones van a servir de base a la vasta construcción que va a levantar Kraepelin a finales de siglo. En 1896, en el prefacio de la quinta edición de su tratado, este autor escribe lo siguiente: “En el desarrollo del presente trabajo la edición actual constituye el último paso, decisivo, que va de la concepción sintomática a la concepción clínica de la locura. Este cambio de punto de

vista, cuyo carácter ineluctable me lo han mostrado de forma cada vez más imperiosa las necesidades prácticas, se caracteriza ante todo por la delimitación y el agrupamiento de los cuadros patológicos (*Krankheitsbilder*). En todas partes la importancia de los signos externos de la enfermedad ha cedido terreno a los puntos de vista que surgen de las condiciones de aparición, de evolución y de terminación. Todos los síndromes puros (*Zustandsbilder*) han desaparecido de esta manera de la nosología (*Formenlehre*)... Lo que me ha convencido de la superioridad indiscutible de la perspectiva clínica adoptada sobre los métodos anteriores de diagnóstico, es la seguridad que ésta procura, basándose en nuestra concepción de la enfermedad (*Krankheitsbegriff*), de poder predecir la evolución de las cosas". El concepto clínico-biológico de "enfermedad" de Kraepelin es el resultado de una evolución cuyos eslabones han sido forjados sucesivamente por Pinel, Bayle, Falret y Kahlbaum. En 1918, Kraepelin podía afirmar: "A pesar de todas las insuficiencias existentes, los progresos en nuestros conocimientos nos indican que existe una ligazón íntima entre las condiciones de aparición, las manifestaciones, la evolución y la base anatómica de las enfermedades individuales. Hasta el momento presente sólo la parálisis general cumple esta condición en su totalidad... Pero si no podemos aún percibir con precisión en la mayoría de las otras formas de locura la naturaleza de esta ligazón, esto sólo se debe a nuestra ignorancia de su naturaleza (*Wesen*) sin que podamos suponer que esta ligazón no existe. Al contrario, es mi opinión... que un co-

nocimiento más profundo de todas las particularidades pondrá en evidencia la existencia de lazos unívocos (*gesetzmässig*) entre las condiciones de aparición, el cuadro clínico, la evolución y las modificaciones anatómicas".

Más de medio siglo después de su muerte, Kraepelin sigue siendo para nosotros el autor que ha aplicado de manera sistemática al conjunto de la psiquiatría el modelo clínico-biológico de la enfermedad mental. No es un azar si hace algunos años ha aparecido en los Estados Unidos un movimiento que se llama a sí mismo neokraepeliniano, y que apunta a la remodelación de la psiquiatría, en reacción contra la ideología psicodinámica entonces predominante en ese país.

Pero en la época de Kraepelin, la definición del objeto de la psiquiatría sigue siendo similar a la de la época de Pinel. Sigue hablando en francés de *aliénation mentale*, en inglés de *insanity*, en alemán de *Irresein* (palabra constantemente empleada por Kraepelin). Los individuos que padecían de ella se caracterizaban por una patología de su comportamiento de naturaleza tal que era necesario aislarlos de la sociedad e internarlos en asilos para alienados: en el vocabulario actual, diríamos que la psiquiatría de principios de siglo era ante todo la de las psicosis, orgánicas o funcionales, y es sobre todo a ellas que se aplicaba el modelo clínico-biológico de la "enfermedad mental".

Sin embargo, en esta misma época, va a producirse un fenómeno cuya importancia, dado su carácter progresivo, no será claramente percibida por los contemporáneos, pero que va a modificar radicalmente los límites de la psi-

quiatria y plantear por lo tanto el problema de su identidad. Se trata de la extensión de la competencia de los que hasta entonces eran conocidos como alienistas —y que por esta razón cambiarán este título por el de psiquiatras— a los trastornos mentales menores, que son patológicos en cuanto que hacen sufrir al individuo y/o a la sociedad, pero cuyas consecuencias comportamentales no son suficientes para justificar el aislamiento de los que sufren de ellos. Los estados conocidos hoy como neurosis y trastornos de la personalidad van a hacer su entrada en la psiquiatría.

El término “neurosis” es forjado a finales del siglo XVIII por Cullen con objeto de afirmar que una serie de estados varios, entre ellos la histeria y la hipocondría, estaban relacionados con una perturbación del sistema nervioso. La medicina ya se había ocupado de ellos con anterioridad, y puede decirse que su solera es tan grande como la de la melancolía. Pero Pinel y sus contemporáneos no los tomaron en cuenta al crear la psiquiatría, puesto que, al no ocasionar perturbaciones graves del comportamiento social, no pertenecían a la locura. Era la medicina general la que se ocupaba de ellos. Cuando, en la segunda mitad del siglo XIX, se individualizó la neurología, fueron, con toda naturalidad, sus especialistas los que estudiaron estas “enfermedades de los nervios” constituidas por las neurosis, que no se encontraban, por otra parte, en los “asilos de alienados”. Bastará con recordar que la neurastenia, de nombre tan evocador, que compartió con la histeria durante cerca de medio siglo el calificativo de “gran neurosis”, fue descrita

en 1880 por Beard, neurólogo americano, que Charcot, fundador de la neurología francesa, fue en su época al menos tan célebre por su concepción de la histeria como por sus investigaciones sobre las enfermedades neurológicas, y que Sigmund Freud era un joven neuropatólogo vienés sin experiencia psiquiátrica cuando decidió dedicarse, en la Salpêtrière, al estudio de las neurosis. Los que llamamos hoy en día trastornos de la personalidad no ha sido durante mucho tiempo otra cosa que un tema de disertación para escritores y moralistas. El primer libro que trata exclusivamente de ellos, *Inferiorités psychopathiques* (Inferioridades psicopáticas), no fue publicado sino hasta 1891-1893 por Koch. Se trata sin duda alguna de un psiquiatra, pero Kurt Schneider ha señalado acertadamente que sólo pudo escribir este libro porque no se refería a los enfermos que atendía en su hospital, sino a individuos observados en “la vida corriente”. Aunque puedan encontrarse en escritos de alienistas anteriores a Koch descripciones aisladas de estados análogos, la *moral insanity* de Prichard o ciertas formas de la degeneración de Morel, esta categoría particular de trastornos mentales aparece verdaderamente a finales de siglo.

Se afirma hoy en día que la psiquiatría ha conocido dos revoluciones, desde un punto de vista institucional: la producida en la época de Pinel por la creación de los asilos de alienados, y 150 años más tarde otra que habría visto derrumbarse los muros de los asilos y penetrar la psiquiatría en el seno de la comunidad. Se olvida una transformación más radical quizás, que tiene lugar entre finales del siglo XIX y

la primera guerra mundial marcada por la penetración de las neurosis y de los trastornos de la personalidad en el campo de competencia de los psiquiatras, lo que modificará radicalmente la definición de su especialidad y, al mismo tiempo, planteará el problema de su naturaleza. Durante estos 25 años la literatura especializada refleja la ambigüedad de las posiciones. Déjerine, sucesor de Charcot en la cátedra de neurología de la Salpêtrière, es a la vez el autor de un tratado clásico sobre la anatomía de los centros nerviosos y de una obra considerable sobre las neurosis. En 1903 el monumental (1600 páginas) *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet, incluye un capítulo titulado "Neurosis", pero trata fundamentalmente de la epilepsia, de la corea y de la enfermedad de Parkinson. El "estado mental de los histéricos" es despachado en 35 páginas; "el estado mental neurasténico" en seis, y las "fobias y obsesiones" en una sola. Todavía en 1914, Régis, en su manual de psiquiatría, clásico en esa época en Francia, puede escribir lo siguiente: "Los trastornos psíquicos relacionados con las neurosis son descritos en tratados especializados así como en la mayoría de trabajos dedicados a las enfermedades nerviosas... nos parece inútil hacer de ellos el objeto de un capítulo aparte". Pero ya en 1903, Kraepelin dedica 130 de las 1370 páginas de su tratado a las "Neurosis psicógenas" (*Psychogene Neurosen*) y a los "Estados patológicos constitucionales" (*Originäre Krankheitszustände*). En la misma época comienzan los psiquiatras a discutir las concepciones de Freud, que había publicado sin embargo sus primeros artículos sobre las neu-

rosis 15 años antes, en francés en la *Revue neurologique*. Para 1920, la mutación ya está terminada y en lo sucesivo los tratados de psiquiatría dedicarán capítulos particulares a las neurosis y a los trastornos de la personalidad como lo hacían anteriormente para las psicosis orgánicas o funcionales.

Son triples las consecuencias de esta situación. En primer lugar ya no es posible seguir definiendo el objeto de la psiquiatría como el estudio y tratamiento de anomalías patológicas del comportamiento que conllevan necesariamente la hospitalización en establecimientos especiales. El intento más reciente y más claramente elaborado de una definición del objeto actual de la psiquiatría, formulado en 1980 por el DSM-III, que la considera como el estudio y el tratamiento de los "trastornos mentales", comienza por una declaración de impotencia: "no existe ninguna definición satisfactoria de los límites precisos y del concepto de 'trastorno mental' ". Finalmente desde una perspectiva pragmática, el DSM-III adopta una definición provisional: "El trastorno mental se define como un síndrome o un conjunto clínicamente significativo, comportamental o psicológico, padecido por un individuo y típicamente asociado a un síntoma de dolor (aflicción) o a una desventaja en al menos uno de sus principales terrenos de funcionamiento (incapacidad)"

La segunda consecuencia ha sido difuminar los límites entre patología y normalidad. Un delirio o una alucinación son generalmente fáciles de reconocer como tales, pero no ocurre lo mismo con la mayoría de las neuro-

sis y de los trastornos de la personalidad. ¿A partir de qué momento una fobia o un histrionismo son patológicos? La solución adoptada, la del sufrimiento del individuo y/o de la sociedad, propuesta por Kurt Schneider y reproducida bajo otra forma por el DSM-III con sus criterios de aflicción y desventaja, se presta a discusión en la medida en que más que resolver el problema lo difiere.

La tercera consecuencia es que, en adelante, ha sido imposible conservar para el conjunto de "trastornos mentales" el modelo clínico-biológico de la enfermedad, postulado por Kraepelin. Esto parece claro desde un principio para la neurosis. Por una inversión paradójica de la situación, estos estados, a los que su mismo nombre atribuía una etiología orgánica, han acabado siendo definidos, a partir del momento en que la psiquiatría se ha apoderado de ellos, como perturbaciones de naturaleza puramente psicológica.

En cierta forma, la concepción de Jaspers, que opone los procesos explicables, que dependen del modelo biológico de las ciencias naturales (*Naturwissenschaften*) y los desarrollos comprensibles psicológicamente que pertenecen a las ciencias del espíritu (*Geisteswissenschaften*) es un intento de dar solución a la nueva situación. De esta forma, la psiquiatría adquiere una identidad diferente según el objeto que estudia. La psicopatología de Kurt Schneider es la expresión más clara y más sistemática de este punto de vista. Para este autor, el objeto de la psiquiatría son, de una manera general, las "anormalidades psíquicas" (*seelisch Abnormes*), formulación semejante a la del "trastorno mental" (*mental di-*

sorder) del DSM-III. Pero en el interior de este conjunto, existen dos grupos radicalmente diferentes de fenómenos. El primero comprende las "consecuencias de enfermedades", es decir las psicosis orgánicas y las psicosis funcionales. Estas responden al modelo médico-biológico, dado que Schneider define la "enfermedad" como un "trastorno psíquico condicionado por un proceso orgánico, sus consecuencias funcionales y sus residuos locales. Nosotros basamos el concepto de enfermedad en psiquiatría exclusivamente sobre modificaciones del cuerpo", formulando, con objeto de incorporar a este grupo las psicosis funcionales, lo que él llama "el postulado somatógeno". El segundo grupo comprende las "variedades anormales del psiquismo" que incluyen los retrasos mentales sin relación con procesos orgánicos, las anomalías de la personalidad y las reacciones a los acontecimientos biográficos (*Erlebnisreaktion*). Schneider se niega, por razones teóricas, a utilizar la palabra neurosis, pero los estados neuróticos forman parte, bajo otras denominaciones, de este grupo. Lo que caracteriza a éste es que ya no nos encontramos en presencia de "enfermedades" cualitativamente diferentes del estado normal sino de desviaciones estadísticas con respecto a la norma, en relación a la cual existen transiciones insensibles. Es el criterio del sufrimiento del individuo y/o de la sociedad quien fija los límites de este grupo.

La esquematización de Kurt Schneider tiene el mérito de sacar a relucir el problema al que se encuentra confrontada la psiquiatría. Si ésta pretende interesarse a la vez en las "enfermedades" y en las desviaciones, tiene que

definir su objeto con un criterio que englobe tanto las unas como las otras. Es lo que hace Kurt Schneider al hablar de "Anomalías psíquicas" (*see-lisch Abnormes*). Es lo que hace el DSM III al tratar de "Trastornos mentales" (*Mental disorders*). Ambas expresiones son de esencia psicológico-comportamental.

Si sólo quiere preocuparse de "enfermedades" en el sentido médico general, aceptando únicamente el modelo médico-biológico, debe restringir su campo de acción a estados de base orgánica demostrada o supuesta: es *grosso-modo* la posición de la psiquiatría biológica. Esta tiende a extender su campo de acción intentando demostrar la existencia de bases biológicas, genéticas, bioquímicas u otras, en estados considerados hasta entonces como desviaciones (la doctrina de la degeneración mental de Morel y los trabajos recientes sobre los estados ansiosos ilustran esta tendencia).

Pero la psiquiatría también puede considerar que salvo raras excepciones las "enfermedades" no existen, que casi todas las anomalías psicológico-comportamentales son "desviaciones" en el sentido de Schneider. Es lo que ha expresado un psicoanalista como Jules Masserman quien escribiera en 1946: "Estrechamente asociada a la visión orgánica de la psiquiatría, existe una tendencia a definir y clasificar enfermedades mentales en categorías comparables a las utilizadas en medicina, a pesar de que, en la mayoría de los trastornos mentales, semejante clasificación apenas se justifica desde un punto de vista etiológico, clínico e incluso heurístico".

Podríamos escribir la historia del

desarrollo de las ideas en psiquiatría en función de estas tres posturas.

Aceptar la definición clínico-comportamental del objeto de la psiquiatría nos procura la ilusión de eludir la discusión. Pero ello nos obliga a confrontar la dificultad de establecer los criterios de lo patológico. Es sencillo hablar como lo hace Kurt Schneider de sufrimiento del individuo y/o de la sociedad, o como el DSM-III de aflicción y de incapacidad. Pero corremos el riesgo de asociar los umbrales aceptados de estos fenómenos a convenciones sociales. Ejemplo de ello son las discusiones interminables que han conducido en los Estados Unidos a la eliminación de los "Trastornos mentales" del DSM-III de la "homosexualidad egosintónica", conservando sin embargo toda una serie de "parafilias", muchas de las cuales son asimismo egosintónicas y no hacen sufrir a la sociedad más que la homosexualidad. El DSM-III, consciente de esta dificultad, intenta aclarar su postura precisando que la noción de "trastorno mental... postula implícitamente la existencia de un disfuncionamiento comportamental, psicológico o biológico y que la perturbación no se limita únicamente a la relación entre el individuo y la sociedad". Desafortunadamente, no se nos facilita ninguna definición de lo que es un disfuncionamiento psicológico o comportamental y no vemos qué criterio puede ayudarnos a distinguir un "disfuncionamiento comportamental" del conflicto entre un individuo y la sociedad, correspondiente a una desviación, que el DSM-III no considera como trastorno mental. El criterio psicológico-comportamental permite a la psiquiatría

ensanchar su campo de acción a nuevos terrenos conquistados a comienzos de siglo, e incluso más allá, pero le hace correr el riesgo de disociarse de la medicina y de convertirse en el mero estudio de la adaptación en el contexto de la psico-sociología. Por supuesto este peligro se acentúa si consideramos que no existen, en el interior de este conjunto, "enfermedades" que respondan al modelo médico-biológico. Las afirmaciones de ciertos partidarios de la anti-psiquiatría, que a partir de estas premisas pretenden que la psiquiatría, en la medida en que este término contiene etimológicamente la palabra medicina, carece de existencia legítima, son perfectamente lógicas y llenas de sentido común. Si la psiquiatría adopta exclusivamente el modelo médico-biológico, corre un riesgo diferente. La psiquiatría forma parte de la medicina, sin lugar a dudas, pero es cada vez más difícil fijar sus límites con respecto a las otras especialidades que se

interesan en las perturbaciones biológicas del sistema nervioso. Las demencias orgánicas, como la enfermedad de Alzheimer, ¿pertenecen a los neurólogos o a los psiquiatras?

No se trata de disquisiciones ociosas. Mientras carezca de una definición precisa de su identidad, la psiquiatría corre el riesgo de ser desmembrada por la biología, la psicología y la sociología, e incluso en definitiva, como lo ha escrito John Romano, de cesar de existir. En el transcurso de su historia, que apenas cuenta con dos siglos de duración, la psiquiatría ha reivindicado un campo de acción cada vez más vasto y se ha visto a su vez confrontada con las reivindicaciones de otros especialistas, médicos y no médicos, que consideran poseer mayor competencia y mejores armas para resolver los problemas planteados. Es necesario que los psiquiatras sean conscientes de una situación que sólo podrá ser resuelta por la reflexión de todos y de cada uno.

*Dirección Postal
Clinique des Maladies Mentales
et d' l'Encéphale
100 Rue de la Santé
75674 Paris Cedex 14
FRANCE*