

# Una nueva orientación clínica en psiquiatría

Pierre Marchais\*

## Summary

The author summarizes the theoretical approach sustained in several of his books between 1986 and 1994. His "systemal method" is an original approach to psychopathology by renewing the method of habitual observation, as it organizes the empirical data observed in sets and subsets. Mental damage is considered at its various levels of psychic organization and in relation to temporality. It recognizes three subsets: somato-instinctivity, emotive-affectivity and the intellectual field. The emotive-affective field is subdivided into two subsets, and the intellectual field into three subsets (mental representations, ideic automatisms and mental synthesis). The contributions of this new clinical perspective are many and affect different approximation levels of the mental phenomenon: epistemologic, nosographic, semiologic and therapeutic. The interest of "systemal" orientation consists in demonstrating the pluridimensional reality of the mental dysfunction. Besides the phenomenologic and clinical convergence, interdisciplinary studies are made easier because they consider mental pathology as the result of a dynamic process due to the combination of such sets and subsets, which help to construct an operative psychiatry in perpetual advancement.

## Resumen

El autor expone un resumen del enfoque teórico que ha sostenido en varios libros entre 1986 y 1994. Su orientación, que él llama "método sistémal", permite una aproximación original a la psicopatología al renovar el método de observación habitual, ya que organiza los datos empíricos observados en conjuntos y subconjuntos. El trastorno mental se considera en los diferentes niveles de organización psíquica y en relación con la temporalidad. Reconoce tres subconjuntos: la somato-instintividad, la emotivo-afectividad y el campo intelectual. El terreno emotivo-afectivo se subdivide, a su vez, en dos subconjuntos, y el intelectual en tres (representaciones mentales, automatismos idéicos y síntesis mentales). Las aportaciones de esta nueva perspectiva clínica son múltiples y conciernen a diferentes niveles de aproximación del fenómeno mental: epistemológico, nosográfico, semiológico y terapéutico. El interés de la orientación "sistémal" consiste en poder demostrar la realidad pluridimensional del trastorno mental. Además de la convergencia fenomenológica y clínica, facilita los estudios interdisciplinarios por considerar a la patología mental como el resultado de un proceso dinámico debido a la combinación de tales conjuntos y subconjuntos, lo que ayuda a construir una psiquiatría operativa en perpetuo devenir.

La psiquiatría evoluciona como cualquier otra disciplina, y no es posible permanecer en los modos de conocimiento pasados. Las razones son múltiples. Tienen que ver tanto con sus objetos de estudio y con la renovación de los referenciales del conocimiento, como con los cambios del medio en el que se sitúan el enfermo y el observador. De esta manera esquematzaremos la situación actual, que permanece como un punto de partida para el futuro, y las posibilidades de renovación que pueden ofrecerse al psiquiatra.

## La situación actual

Las dificultades en el estudio de la psiquiatría son de dos tipos. Unas son relativas a sus objetos de estudio y las otras a los tipos de pensamiento que se utilizan.

Los objetos de estudio son muy diferentes. Unos son objetivables, y por ello verificables. Otros conciernen a la vivencia de los pacientes y son más difíciles de poner en evidencia.

Las formas de pensamiento deben adaptarse a ellos en consecuencia. Para los objetos de estudio objetivables, los enfoques empíricos habituales son bastante convenientes. No obstante, el recurrir a los enfoques estadísticos y probabilísticos permite tender hacia una validación racional y a un consenso que no siempre pueden alcanzar los enfoques clásicos habituales. Por el contrario, para la vivencia de los pacientes, las actitudes psicopatológicas diversas y fenomenológicas son las indicadas en la medida en la que los objetos de estudio escapan a los métodos anteriores. Los encadenamientos lógicos fundados en las identidades o en las analogías (fuertes) no bastan para asir toda la vivencia polimorfa y móvil del paciente. El observador está entonces obligado a recurrir a analogías más abiertas sin por ello descuidar los imperativos de los controles racionales. De allí la diversidad de los enfoques psicopatológicos. Unos se contentan con las confluencias analógicas dominantes, como el psicoanálisis, otros están más atentos a las posibilidades de los controles lógicos, como lo pensó en su tiempo Pierre Janet.

En realidad, las dos orientaciones no son indemnes a las críticas. En el primer caso existe un reduccionismo excesivo innegable que desnaturaliza los fenómenos estudiados. ¿Cómo pretender que el recurrir a los criterios diagnósticos pueda reflejar el conjunto de los trastornos mentales? Toda la vivencia "neurótica" desaparece en provecho de fenómenos cierta-

\* *Secretario General de la Société Médico-Psychologique; Vicepresidente del Centre International de Recherche Interdisciplinaire en Psychiatrie (CIRIP). 33 rue Lacépède, 75005-Paris, Francia. (Traducción de H P-R).*

mente relevantes y verificables, pero incapaces de traducir la riqueza de esta vivencia. No hablemos ya de la dimensión moral del ser humano que, en nombre de un pretendido ateísmo, queda totalmente evacuada. Toda la hermenéutica se rebaja con esta corriente en la que el individuo y el conocimiento se reducen a cifras y son percibidos a través de un prisma numerado.

En el segundo caso, por querer preservar la especificidad del ser, el peligro es inverso. Es el de perderse en un mundo de razonamientos muy aventurados e insuficientemente controlados. El observador cae entonces en un antropocentrismo en el cual el particularismo se impone sobre la universalidad de los fenómenos humanos. La actitud se muestra igualmente reductora puesto que si es absurdo reducir un trastorno mental a un modelo biológico, es igualmente inconsecuente limitarlo dentro de un tejido de interpretaciones que no toma en cuenta los fenómenos biológicos ni los automatismos concomitantes.

Ciertamente, cada psiquiatra preparado tempera sus actitudes recurriendo ya sea a una o a otra de ellas, y trata de acomodarlas o de integrarlas. Reconozcamos, no obstante, que el resultado no siempre es el mejor posible. Conduce ya sea a un conocimiento en "patchwork" o a nociones bastante aproximativas. Felizmente, los resultados pueden corresponder esquemáticamente a un conocimiento aceptable aunque insuficiente o desviado. De todas maneras sólo puede tratarse de una aproximación que debe ser afinada.

### Las posibilidades de afinación

La necesidad de afinar la clínica se hace cada vez más evidente cuando el psiquiatra es puesto en nuevas condiciones de observación. El continuar aplicando los esquemas antiguos de conocimiento, surgidos de pacientes a los que ya no les conciernen, se vuelve anacrónico e incluso dañino para el paciente en ciertos casos. Esto está relacionado con dos tipos de fenómenos que conciernen, respectivamente, a los trastornos observados y al observador.

#### *Los trastornos observados*

Los trastornos mentales evolucionan. Ciertamente que no cambian de naturaleza pero sus formas difieren bajo el efecto de las nuevas condiciones de vida que encuentran los pacientes. Estos ya no se encuentran solamente en los hospitales especializados como antes. El psiquiatra los observa ya no exclusivamente en un medio cerrado, sino en uno abierto: en servicios hospitalarios generales o incluso en simples consultas liberales. Viven ahora más en su medio familiar y social. Además, las quimioterapias han cambiado radicalmente las posibilidades de atención. Todas estas transformaciones sociales y terapéuticas también han modificado los aspectos del trastorno mental.

Este ya no está fijo en un estuche relacional, impuesto por la institución y el ambiente exclusivamente cerrado de los enfermos. Sufre las reacciones y las

adaptaciones del enfermo a un medio más abierto y se manifiesta de manera diferente frente a las nuevas actitudes de los observadores, sobre todo cuando los enfermos son examinados al principio de la evolución. Las nuevas posibilidades terapéuticas, aplicadas precozmente, permiten detener mejor el trastorno mental o reducirlo más rápidamente. Ciertamente existen todavía formas de neurosis, estados maníacos, melancólicos, delirios crónicos, esquizofrenias, etc., pero la evolución y los aspectos de estos trastornos pueden ser modificados en ciertos casos. Las grandes formas de la histeria, de furor maniaco, de catatonía, de esquizofasia, son observadas con menos frecuencia. Se asiste más bien a una transformación evolutiva de los trastornos, a su polimorfismo y a su movilidad. El número de estados maniaco-depresivos que se toman como esquizofrenias ya no se cuenta. El de los estados delirantes alucinatorios que ceden rápidamente bajo el efecto de los neurolepticos no es menor. La existencia de transformaciones reversibles aparentes de los trastornos no deja de sorprender, como el paso de fobias a obsesiones, de psicosis maníacodepresivas a esquizofrenias y viceversa, o la regresión de ideas delirantes en obsesiones, etc.

El observador es pues llevado a estudiar los componentes subyacentes de estos trastornos si no quiere permanecer en una simple constatación descriptiva que no carece de interés, pero que no basta ya para comprender mejor la patología mental y para tratarla mejor. ¿Cómo alcanzar esto?

#### *Los medios de que dispone el observador*

El observador puede, por supuesto, contentarse, frente a nuevas realidades observables, con servirse de los enfoques habituales que le han enseñado y que se siguen utilizando, pero cuyos límites acabamos de recordar. Los datos obtenidos serán modificados por el hecho de las nuevas apariencias de los trastornos observados, pero esto no bastará para ampliar los límites del conocimiento que dependen de las actitudes y de los referentes del observador. En cierta medida, el conocimiento en psiquiatría continuará girando en redondo aun si su campo se ha ampliado un poco. Ya nada será como antes pero todo permanecerá en la misma línea de conocimiento. No habrá ninguna renovación de orden epistemológico, ya sea que el observador haga sus diagnósticos siguiendo las antiguas referencias de diferentes escuelas, el DSM-III-R o IV, la CIE 10, etc.

#### *¿Qué podemos esperar?*

Es evidente que el observador tiene interés en dirigirse hacia nuevos medios conceptuales puestos a su disposición por la evolución de los conocimientos humanos. Ahora bien, teniendo en cuenta las cuestiones contempladas precedentemente, es necesario comenzar por el instrumento de conocimiento del psiquiatra. Este es el objeto de las empresas racionales que se apoyan sobre la lógica y la analogía y que deben ser adaptadas a la naturaleza de sus objetos de estudio.

Hemos visto que la vivencia del paciente podía ser captada mejor por intermedio de analogías, pero también hemos subrayado que éstas contienen numerosas causas de error que debían ser controladas por actitudes lógicas suficientes bajo pena de conducir al observador hacia interpretaciones aventuradas. En otros términos, a falta de analogías "fuertes" no hay que contentarse con analogías "débiles", sino que conviene recurrir a analogías suficientemente ponderadas. Esto es, por lo demás, lo que hacen los adeptos de la inteligencia artificial con los sistemas expertos y las neuronas artificiales al recurrir a los "pesos sinápticos".

Para el clínico, esto equivale a saber utilizar en sus razonamientos, analogías suficientemente coherentes con la realidad observada, incluso si no puede afirmar su plena congruencia y, todavía menos, la identidad entre el fenómeno estudiado y el concepto considerado. Ahora bien, actualmente tiene a su disposición nuevas lógicas llamadas por los especialistas "lógicas de lo muy posible y de lo vago" (*fuzzy logic*).

A partir de aquí, le basta con saber aplicar estas nociones bajo una forma elemental en clínica para asegurarse que puede dirigir su pensamiento de manera suficientemente coherente teniendo en cuenta la vivencia del paciente con una aproximación satisfactoria.

Su aplicación no es complicada. Por ejemplo, basta con saber apreciar si un fenómeno es cierto, casi cierto, bastante cierto, incluso incierto, para dar un "peso" al elemento utilizado en el razonamiento. Al apoyarse sobre los elementos de valor más seguros y al eliminar provisoriamente los elementos de valor menos seguros, las inferencias del razonamiento serán las mejores posibles.

Así, el clínico tiene la posibilidad de reformular toda la clínica a través de una estructura de conjuntos con la ayuda de una actitud de lógica de lo vago. Este aspecto teórico puede molestar a muchos clínicos. De hecho, la experiencia nos ha mostrado que no había ninguna ruptura total con las actitudes empíricas, sino más bien un poco más de rigor y ninguna dificultad para aplicarlas, fuera de aquella que consiste en desprenderse de automatismos de pensamiento adquiridos, dada la fuerza de inercia que poseen las formas de pensamiento enseñadas. En contraparte, los beneficios son considerables, tanto para el clínico como para el paciente. En efecto, aumentan el coeficiente de penetración del observador en el trastorno mental y su validez de conocimiento. Esto sólo puede aprovecharle al enfermo en la medida en la que los medios terapéuticos de los que dispone el psiquiatra puedan ser aplicados de manera más precisa y más adaptada a cada situación. Además, a partir de allí, la psiquiatría se muestra más capaz de abrirse hacia los conocimientos de otras disciplinas para obtener de ellos, a cambio, un beneficio personal por medio de los estudios interdisciplinarios.

#### *Método utilizado*

Esta orientación supone, evidentemente, una renovación del método de observación habitual (1). En

realidad, el método utilizado, llamado "sistemat\*", no es enteramente diferente. Se apoya sobre los datos empíricos de partida, pero los organiza diferentemente, ampliando su perspectiva y clasificando los fenómenos observados en conjuntos y subconjuntos.

La perspectiva se amplía tanto como sea posible considerando, a la vez, al paciente, al medio y a las interrelaciones entre el paciente y este medio.

La clasificación de los fenómenos consiste en considerar el trastorno mental en un espacio psíquico virtual que tome en cuenta, al mismo tiempo, los diferentes niveles de organizaciones psíquicas y de la temporalidad. El carácter más o menos cierto de los componentes del trastorno permite situarlos más bien en un nivel que en otro, incluso si un mismo factor puede intervenir en varios niveles por el hecho de la integración de los factores psíquicos.

La elección de los diferentes niveles (o campos) de organización es muy esquemático (1). Puede variar según la elección de los observadores. Lo esencial es que cada uno mantenga su elección una vez que la ha hecho. Por nuestra parte, y por razones de orden ontológico y filogenético, hemos considerado que es bastante realista subdividir el espacio psíquico virtual en tres subconjuntos: la somato-instintividad, la emotivo-afectividad y el campo intelectual. Para penetrar más en el detalle semiológico de los trastornos, hemos subdividido el terreno emotivo-afectivo en dos subconjuntos: el emotivo y el afectivo; y el terreno intelectual en tres subconjuntos: las representaciones mentales, los automatismos idéicos y las síntesis mentales.

Con la ayuda de este tamiz de referencia, basta con clasificar después, abstractamente, los diferentes componentes del trastorno sin entregarse necesariamente al establecimiento previo de un diagnóstico. Lo importante no es brindar un diagnóstico bajo su forma clásica, sino precisar las propiedades permanentes esenciales de un trastorno, que se manifiestan en el curso de su evolución. Por ejemplo, en un estado clásico de hipomanía, se podrá considerar la hiperactividad psicomotriz, la emotividad inestable, el humor eufórico y lábil, las representaciones mentales múltiples y fugaces, la aceleración de los automatismos intelectuales, las construcciones idéicas mal estructuradas que surgen en orden disperso, etc. Así vemos que se elaboran subsistemas que son los elementos que componen el sistema psíquico, de ahí el calificativo de sistemat dado al método.

#### **Las producciones de esta nueva clínica**

Las aportaciones de esta nueva perspectiva clínica son múltiples. Conciernen tanto al referente del conjunto del conocimiento, la nosografía, la nosología, la semiología y las extensiones interdisciplinarias, como la terapéutica.

\* El autor, por motivos teóricos que ha expuesto en sus obras, prefiere utilizar el neologismo "sistemat", al más común de "sistémico", que suele reservarse para el enfoque de la teoría bien conocida de Von Bertalanffy.

El referente del conjunto espacio-temporal es importante en la medida en la que implica la posición del observador y de su objeto de estudio frente al medio en el cual evolucionamos. Ahora bien, la psiquiatría clásica, fundada sobre el conocimiento empírico, había habituado al clínico a evolucionar dentro de un universo bidimensional, práctico ciertamente por su simplicidad, pero insuficiente debido a que éste último quería considerar las correspondencias de los conceptos con las realidades observadas. Había enfermedades mentales bien caracterizadas por agrupamientos sintomáticos y etiopatogénicos (neurosis, manía, melancolía, esquizofrenia, oligofrenias, demencias, etc.). Su evolución era aguda o crónica, intermitente o cíclica, etc. Los tratamientos estaban codificados en función de los diagnósticos emitidos. Se abrió una brecha por los psicopatólogos que habían mostrado que la vivencia de los pacientes era primordial y que no se podía eliminar el espacio-tiempo vivido, implicando por ello un universo en tres dimensiones. Pierre Janet inicialmente, seguido de cerca por Sigmund Freud, lo demostraron ampliamente. Esta fue una de las aportaciones primordiales del psicoanálisis con sus tópicos (inconsciente, preconscious y consciente, y después el Ello, el Yo y el Super yo) que distinguen en el individuo diferentes niveles de organizaciones psíquicas.

Los fenomenólogos, especialmente Minkowski, intervinieron igualmente en este sentido. Al amparo del pragmatismo, el ateísmo y el consenso, la escuela norteamericana moderna decidió regresar a un mundo bidimensional con una concepción fundada sobre criterios particularmente adaptables a la informática. Si esta orientación puede presentar ventajas, especialmente en epidemiología, no permite, empero, penetrar suficientemente en la estructuración, el polimorfismo y la movilidad de los trastornos, y da una apariencia de cientificidad por su utilización de los números y por recurrir a la informática. Desgraciadamente, ni el hombre ni la psiquiatría son reducibles a cifras.

El interés de la orientación sistémica es haber podido mostrar que el trastorno mental es, en realidad, pluridimensional por el hecho de su vivencia polimorfa y fluctuante, y de sus interacciones con el medio ambiente, ya sea educativo, familiar, socioprofesional, cultural, climático e incluso geofísico. Además, esta orientación permite precisar la existencia de un campo espacio-temporal vivido que puede ayudar a diagnosticar rápidamente ciertos trastornos. Este es el caso especialmente de las depresiones de tipo neurótico y psicótico y de sus diferentes fases evolutivas en las que la espacio-temporalidad está perturbada en estas últimas, en tanto que no lo está en las precedentes. Finalmente, el análisis de su evolución muestra que ésta, lejos de ser continua, puede ser no sólo aguda como todos saben, sino también fragmentada, mostrando fracturas evolutivas. El conocimiento de la evolución de los trastornos permanece, por lo tanto, supeditado al método de observación utilizado. Cuando éste se elabora a partir de un referente que posee una línea evolutiva, conocida previamente para cada tipo de trastorno, y cuando el enfermo sólo es obser-

vado de tiempo en tiempo, la imagen de esta evolución responde a una línea idealizada prevista por el referente. Cuando el observador multiplica las secuencias de observación en un mismo paciente, tiene la sorpresa de asistir a evoluciones fraccionarias a veces desconcertantes, como lo hemos mostrado en el caso de ciertos estados mixtos. Hay que agregar que esta nueva orientación permite el surgimiento de analogías con las propiedades de objetos de estudio que pertenecen a otras disciplinas, facilitando así los estudios interdisciplinarios.

Otra aportación mayor es que brinda un nuevo medio conceptual de clasificación de los trastornos mentales. En lugar de fijarlos en enfermedades, en síndromes, o aun en agrupamientos de criterios en los que se incluyen los trastornos de los pacientes, el observador los considera como procesos dinámicos en los que distingue conjuntos y subconjuntos susceptibles de ser combinados entre sí. Esta nueva conceptualización permite reconocer las diversas formas y movi­lidades de los trastornos presentados por el paciente. Para ayudar a la comprensión de esta nosografía, es posible recurrir a comparaciones. Por ejemplo, imaginemos un radar que percibiría las diferentes funciones de un trastorno y que fuera susceptible de combinarlas al infinito, o casi al infinito, o aun una pantalla de televisión que con la ayuda de un número limitado de líneas, de puntos y de colores, pudiera reconstituir todo el mundo visible, o casi todo. El procedimiento tiene el interés de poseer, con un pequeño número de datos, una considerable potencia de investigación. No entraremos en los detalles, pero para tratar de mostrar su modo de funcionamiento general brindaremos las indicaciones siguientes. El conjunto de los trastornos mentales puede traducirse por la combinación de tres órdenes de trastornos que conciernen: al desarrollo de la personalidad, a los automatismos y al funcionamiento del conjunto de las diversas organizaciones psíquicas. Con este propósito se considera que estos tres órdenes de trastornos son susceptibles de interesar varios niveles de organizaciones psíquicas diferentes (somato-instintivo, emotivo-afectivo, e intelectual). Además, para cada uno de los órdenes considerados, se pueden aislar tres tipos de perturbaciones. Citemos para el caso de los trastornos del desarrollo de la personalidad: las insuficiencias, los retrasos y las regresiones; para los trastornos de los automatismos: las tensiones patógenas (angustia, ansiedad), las regresiones del campo de la conciencia que corren al parejo con los reacomodos energéticos ligados a las tensiones precedentes; para los trastornos del funcionamiento del conjunto: los procesos de depresión, de excitación y de desestructuración. Finalmente, es posible otorgarles etiologías diferentes, incluso múltiples. Desde el punto de vista teórico, las innumerables combinaciones de todos estos datos permiten abarcar varios miles de trastornos dinámicos del sistema psíquico. En realidad, los trastornos observados habitualmente en la clínica son evidentemente mucho menos numerosos, por lo que se inscriben sin dificultad dentro de este conjunto teórico. De aquí se deriva que el paciente queda, de esta manera, resguardado para no

ser etiquetado con una enfermedad determinada, conservando toda su individualidad.

Tal sistema conceptual permite también afinar la nosología. Se vuelve posible precisar la estructuración del trastorno mental. El estudio de su topografía permite considerar cuatro dimensiones: los niveles de organización psíquica (1), la integración de estos niveles (2), la comunicación con el medio (3), y la autorregulación (4). El trastorno ya no es una enfermedad o un síndrome. Dentro de esta perspectiva se convierte en un **proceso patológico** que puede ser **polimorfo y móvil**, lo que nos muestra la clínica cotidiana en las nuevas condiciones de observación y de tratamiento, que son las de una psiquiatría moderna. En cuanto a las formas clásicas, llamadas "neuróticas" o "psicóticas", representan en esta nueva conceptualización casos más particulares de disfunciones psíquicas complejas y móviles.

La semiología se afina. Ya no hay hermenéutica fija o preestablecida. El estudio de cada caso y de cada momento evolutivo hace aparecer una hermenéutica que permanece tributaria de las realidades que surgen a medida que se hace el análisis de los trastornos. Así hemos podido precisar la movilidad de numerosos trastornos que son más frecuentes de lo que se cree habitualmente. Ocurre, por ejemplo, en el paso de las fobias a las obsesiones, de las obsesiones a las convicciones delirantes, de las transformaciones aparentes de las "melancolías" en "esquizofrenias", o viceversa. Asimismo hemos podido diferenciar, fácilmente, sedicentes esquizofrenias de simples desorganizaciones psíquicas formadas por procesos de excitación y de depresión, asociadas diversamente en diferentes niveles de organización en un mismo paciente. De aquí se desprenden resultados terapéuticos mucho más rápidos de lo que se ve en los verdaderos estados disociativos. De la misma manera, el estudio del desencadenamiento o de la recaída de ciertos trastornos ha permitido precisar la existencia y la forma de descompensaciones bruscas. Algunas sobrevienen a consecuencia del estrés repetido, lo que hace evocar la teoría de catástrofes (en su modelo del pliegue o fruncido), en tanto que otros casos están más próximos a las formas caóticas. De esta manera, la patología mental participa, a la vez, del determinismo y del indeterminismo.

Otro efecto interesante, digno de señalarse, es de orden operatorio. Todos estos estudios nosológicos y semiológicos permiten elaborar una sucesión de modelos de los trastornos mentales e, incluso, un modelo de conjunto integrado de los diferentes aspectos del trastorno mental. Estos pueden traducirse en gráficas elementales que sirven de cómodas bases para la observación. La ilustración puede servir de apoyo y aún de guía para su desarrollo teórico. El pensamiento imagenológico puede, de esta manera, tomar el relevo del pensamiento conceptual más abstracto.

La finalidad es evidentemente de orden terapéutico. Con los medios con los que cuenta el clínico, éste puede, gracias a un conocimiento más fino, desarrollar conductas terapéuticas más discriminativas y más adaptadas a las perturbaciones psíquicas reales del

paciente. De la misma manera, puede ser estimulado para interesarse en nuevas técnicas por medio de estudios más firmes de correlación, incluso de covarianza, entre la evolución de las dinámicas psicopatológicas y las propiedades reconocidas de los medios utilizados (aprendizaje o eventual sustitución de medios de defensa, utilización de nuevas moléculas a partir de su acción farmacológica, etc.)

Finalmente, gracias a un manejo más adecuado de las conductas lógicas y analógicas que permite este método, el clínico puede abrirse hacia la investigación interdisciplinaria. El clínico opera no transponiendo los datos de una disciplina a otra (lo que sería fuente de numerosos errores), sino apoyándose en las analogías de las propiedades permanentes de los fenómenos observados. Estas pueden orientarlo hacia nuevas vías de investigación en su propia disciplina, contribuyendo de esta manera a sacar a la psiquiatría de su *ghetto* científico. Hemos podido desarrollar así el conocimiento sobre las estereotipias, la espacio-temporalidad vivida, los mecanismos de defensa, la articulación de las actitudes lógicas y analógicas del observador, los diferentes modos de creencia de los pacientes, etc.

## Conclusiones

Sería erróneo creer que la psiquiatría está destinada, por su naturaleza, a permanecer aislada y definitivamente limitada sólo al terreno de las ciencias humanas tradicionales, al margen de las disciplinas científicas fundamentales. Puede muy bien aproximarse a éstas últimas conservando, y aun desarrollando, el humanismo que le es propio. Le basta con recurrir a las actitudes lógico-matemáticas modernas que sean ya no sólo cuantitativas, sino cualitativas y fundadas en las nociones de conjuntos y de subconjuntos y en las lógicas de lo vago.

No obstante, no hay que creer que esta práctica sea más difícil que otra. La principal dificultad para el clínico consiste en poder abandonar el marco conceptual adquirido desde su formación y perennizado por su práctica cotidiana. A este propósito, es necesario que quiera poner en duda sus conocimientos anteriores para escapar a las fuerzas de la inercia que lo mantienen en las huellas ya establecidas del conocimiento habitual.

A este precio, el observador encuentra una libertad de acción y de conceptualización mucho más grande, una coherencia mucho más fuerte en sus concepciones, y una correspondencia más estrecha entre sus nuevos conocimientos y las realidades vividas por los enfermos. Por esto puede encontrar una vía mucho más amplia y segura que se abre hacia la investigación interdisciplinaria, y brindar, sobre todo, servicios más eficaces al paciente. Finalmente, puede esperar el desarrollo progresivo de un consenso entre los observadores en la medida en la que éstos se apoyarán más en las propiedades permanentes de los trastornos (revelados por las conductas tan rigurosamente como sea posible) que en sus propiedades empíricas

aparentes. No obstante, las propiedades específicas de cada sujeto permanecerán individuales. Corresponde al clínico extraerlas a medida que se realiza la observación de cada paciente, pues no pueden ser predeterminadas e indiferentemente proyectadas, sin razón suficiente, sobre los diversos sujetos observados.

Tal orientación clínica no es pues una psiquiatría sistematizada por conocimientos anteriores y aplicable ciegamente a todo paciente. Permanece, a la vez, como una psiquiatría operatoria de reflexión en perpetuo devenir, y una psiquiatría humanista que intenta aportar la mejor ayuda posible a cada sujeto que sufre en su ser psíquico.

#### REFERENCIAS

1. MARCHAIS P: *Les Processus Psychopathologiques de L'Adulte. Nouvelle Approche Clinique en Psychiatrie*. Privat, Tolosa, 1981 (trad. esp. de H. Pérez-Rincón: *Procesos psicopatológicos del adulto. Un nuevo enfoque clínico de la psiquiatría*". Prensa Médica Mexicana, México, 1985).
2. MARCHAIS P: *Les Mouvances Psychopathologiques. Essai de Psychiatrie Dynamique*. Eres, Tolosa, 1983.
3. MARCHAIS P: *Permanence et Relativité du Trouble Mental* (con la participación de Axel Randrup). Privat, Tolosa, 1986.

4. MARCHAIS P: *Le Phénomène Moral. Approche Psychiatrique et Interdisciplinaire* (con la participación de Axel Randrup). Privat, Tolosa, 1989.

*Nota bene: Entre 1986 y 1994 el autor ha publicado más de veinte comunicaciones sobre el tema en: Annales Médico-Psychologiques, Masson, París. Una síntesis de su pensamiento se encuentra en su último libro de próxima aparición: "La Psychiatrie Parmi les Sciences Contemporaines. Clinique et Interdisciplinarité".*