

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD MENTAL?

PAUL R. MCHUGH M. D.

Honorable Rector

Ilustres autoridades

Claustro de profesores y distinguidos invitados de la Universidad de Zaragoza

Estoy muy agradecido por este don de reconocimiento personal. Al considerar cómo podría dirigirme hoy a ustedes he intentado encontrar un tema adecuado a la ocasión, que no fuese de mayor duración que la que me ha sido asignada ni demasiado técnico, para que pueda ser entendido.

He elegido poner el énfasis en el contexto histórico que ha influido en la manera de pensar y en las prácticas que he aportado al ámbito de la Psiquiatría, y específicamente en relatar lo que estaba sucediendo en la Psiquiatría americana cuando me hice cargo de responsabilidades de dirección, lo que me cualificó, si este es el caso y, brevemente, lo que mis colegas y yo realizamos entonces.

En los últimos años sesenta y primeros setenta, cuando me fueron encargados, sucesivamente, uno de los principales hospitales universitarios de Nueva York; el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oregón, en la

Costa Oeste; y, finalmente, el Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta de Johns Hopkins, en Baltimore, la Psiquiatría tal como se practicaba y se enseñaba había llegado conceptualmente a un callejón sin salida. Los creativos conceptos sobre el control de la vida mental que habían promovido Sigmund Freud y sus seguidores en las décadas precedentes parecían prometer no solo un modo de entender al enfermo mental, sino también de comprender cualquier insatisfacción humana. Prendados como estaban con las imaginativas ideas de Freud, los estudiosos americanos de la Psiquiatría se sintieron alentados para «combatir las neurosis de la civilización».

El problema, que se hizo evidente a mediados de la década de los sesenta, fue que con esa manera de pensar y de actuar los psiquiatras freudianos no lograron mejorar la condición de los enfermos mentales graves, en quienes resultó que tenían escaso interés. Por el contrario, emplearon sus energías en guiar a jóvenes varones y mujeres más bien prósperos en las naturales tribulaciones de sus vidas, una empresa no trivial para quienes se encuentran en psicoterapia, pero que difícilmente puede compararse con las aspiraciones y con la capacitación de médicos y cirujanos. Y surgió la pregunta de si, a pesar de su marcada empatía con aquellos en psicoterapia, los psiquiatras estaban abordando las cuestiones, los temas y los problemas verdaderamente importantes.

Fue en esos tiempos cuando las instituciones que he reseñado me ofrecieron la oportunidad de tratar de mejorarlas. En retrospectiva, tiene interés el porqué me eligieron a mí, puesto que no llegaba como adalid de ninguna de las alternativas ideológicas que surgieron en esos tiempos. Yo no era ningún freudiano que razonaba en términos de una «salvación social»; ni ningún «antipsiquiatra» como el Dr. Thomas Szasz, quien declaró que la

enfermedad mental era un mito. Había pasado décadas en el laboratorio estudiando el control neurofisiológico de la conducta alimentaria, pero no era un conductista tipo Skinner, ni un psiquiatra «biológico» que suponía que en cualquier expresión de trastorno mental subyace una neuropatología. Yo no era nada de eso. Además, la Psiquiatría no necesitaba nuevas doctrinas para rellenar lo que habían pasado por alto las teorías freudianas; ni necesitaba reemplazar estas con cualquier otra imaginativa visión de la naturaleza humana, que con el tiempo sondría un fracaso para la Psiquiatría.

La Psiquiatría académica americana necesitaba empezar de nuevo, necesitaba reconsiderar sus fundamentos derivados de la simple idea de que la psiquiatría es una disciplina médica responsable de caracterizar las enfermedades mentales y de desentrañar métodos para tratarlas y prevenirlas. Algunos fragmentos de valor sumergidos en las prácticas freudianas, conductistas o biosomáticas podrían ser utilizados eventualmente, pero a la vista del desconcierto contemporáneo en cuanto a sus responsabilidades y de la ausencia de progreso, la disciplina necesitaba un enfoque novedoso y menos sobrecargado de teorías, que le proporcionase coherencia médica.

Una serie de afortunadas experiencias formativas en mi Facultad de Medicina y en la formación de posgrado me ayudaron a evitar trampas ideológicas en las que habían caído muchos de mis amigos y compañeros. Había sido adiestrado como psiquiatra y como neurólogo, con experiencia en las ciencias básicas de laboratorio, pero me sentía insatisfecho con las tendencias de la práctica psiquiátrica, y frustrado, tengo que admitirlo, con la visión freudiana de la naturaleza humana. Estaba dispuesto a intentar cambiar el curso de los acontecimientos y, puesto que unos pocos líderes en la Medicina america-

na tenían la misma visión que yo, tuve la oportunidad de probar si estaba a la altura.

A aquellos líderes les planteé, como hoy hago con ustedes, la más directa de las preguntas, «¿qué es la locura?» —una pregunta que nadie parecía ser capaz de contestar. Imaginen, les dije, cómo podría uno estudiar medicina interna si médicos y cirujanos no pudiesen contestar con seguridad a la pregunta «¿qué es la enfermedad?». La historia de la Medicina registra el éxito de hacerse la última pregunta detallando las iniciativas científicas para diferenciar las manifestaciones de las enfermedades corporales, entendiendo su naturaleza a partir de fuentes etiopatogénicas y demostrando la efectividad de los tratamientos y la prevención sugeridos por dichas fuentes. Alguien debería, pensé, hacer lo mismo con la «locura».

Hasta cierto punto, mis escauceos en ese camino —las ayudas y obstáculos que encontré y las contestaciones que parecieron más adecuadas en esos momentos y que ahora están funcionando en Hopkins y en otros centros de la Psiquiatría americana— resultaron ser una serie de crónicas ninguna de las cuales ha finalizado por completo, pero que en conjunto marcan nuestro rumbo y lo que podemos esperar a partir de ahora.

Permítanme identificar dos importantes, cruciales, características en los fundamentos de la Psiquiatría en Hopkins. Cada una de ellas representa un enfoque para coordinar las acciones y los modos de razonar que han permitido el avance de la práctica psiquiátrica y de la investigación.

Una de estas iniciativas se refiere a nuestra insistencia en que los alumnos aprendiesen un método exhaustivo de recoger información sobre la naturaleza, la evolución y las expresiones conscientes de los trastornos mentales que ante ellos presentan los pacientes de las salas y clíni-

cas de nuestro hospital. Esta empresa, inspirada en parte por el primer catedrático de Psiquiatría en Hopkins, Adolf Meyer, se basaba en sus raíces en la presunción médica de que la sistemática recogida de información acerca de lo que pueda conocerse sobre la vida de nuestros pacientes y cómo se presentan antes los médicos, proporcionaría una descripción realista de sus problemas. Alegábamos que, para avanzar en la comprensión de nuestros pacientes, los hechos de su vida consciente que puedan ser identificados y corroborados harían más que las complicadas presunciones freudianas de que «nada es lo que aparenta». De este modo tan específico propusimos mover la Psiquiatría fuera del psicoanálisis —una disciplina después de todo construida alrededor de la lógica de los sueños— y hacia la presunción de que es precisamente en el mundo real donde lo que puede ser observado y abiertamente confirmado proporciona la base de la práctica médica y la investigación.

Alcanzamos varios logros con este enfoque. Quizás el más notable y de máxima difusión fue nuestro trabajo alentando las medidas cuantitativas del estado cognoscitivo de pacientes afectados por enfermedades cerebrales. Nuestro *Examen cognoscitivo «mini-mental»*, el «mini-mental», es utilizado actualmente en todo el mundo y los editores han identificado recientemente que el trabajo original es el más citado en la bibliografía psiquiátrica y neurocientífica. Por cierto, y para reconocer una de nuestras fructíferas colaboraciones con ustedes: la versión española del “mini-mental” fue validada aquí, en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza, un impulso que proporcionó a nuestro método un gran avance para su aplicación en todo el mundo.

Nuestra segunda iniciativa, lógicamente tras la estandarización de la evaluación de pacientes, fue la de pro-

porcionar, a partir de estas valoraciones, nuestra respuesta a la pregunta «¿qué es la enfermedad mental?». Dichas valoraciones indicaron con claridad que los trastornos mentales difieren en su naturaleza y emergen de modos distintos y específicos a partir de las experiencias de los pacientes. Algunos trastornos parecen quebrar de modo inesperado la vida de los pacientes y por algún tiempo, de modo permanente en ocasiones, interrumpen su curso natural. Otros trastornos surgen de modo menos inesperado y parecen representar las respuestas mentales a los acontecimientos vitales y les dan forma las características personales, los hábitos y opciones que siguen, o la importancia de la adversidad que el paciente afronta.

Distinciones similares fueron hechas por Karl Jaspers en su *Psicopatología General* de 1913, donde distinguió entre trastornos mentales que pueden ser «explicados» por la neuropatología y los que pueden ser «comprendidos» con la empatía clínica por una persona que afronta y responde a eventos en su vida. Nosotros hemos expandido esta distinción entre «explicación» y «comprensión», reemplazando esa marcada alternativa con «perspectivas» o modos de mirar a la historia vital y a las presentaciones de los pacientes, combinando explicación y comprensión de modo tal que se ajusten al trastorno del paciente y contengan información proporcionada por las ciencias neuroconductuales y las ciencias psicológicas que envuelven a la Psiquiatría actual.

En los primeros años ochenta, con la primera edición de nuestro libro *Perspectivas de la Psiquiatría* proporcionamos la contestación de Hopkins a la pregunta «¿qué es la enfermedad mental?». Propusimos cuatro enfoques para dar sentido a las distintas formas de expresión del malestar y de los trastornos mentales, basados en las distintas fuentes que los generan. Lo resumiré con brevedad.

La Perspectiva de la Enfermedad propone que el mejor modo de entender algunos trastornos mentales es considerarlos como debidos a alteraciones de la estructura cerebral o de la función neurointegradora. Estos trastornos incluyen algunos como las demencias, la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

La Perspectiva de las Dimensiones sugiere que algunos trastornos mentales pueden ser mejor entendidos como las reacciones emocionales en pacientes que se han hecho vulnerables a esos sentimientos a causa del lugar que ocupan en dimensiones psicológicas universales tales como la inteligencia, el temperamento emocional o la madurez. Estos trastornos incluyen la subnormalidad intelectual o los extremos de reactividad emocional en pacientes como los «borderline» o «límite», histriónicos o psicopáticos.

La Perspectiva de la Conducta expone que algunos trastornos mentales se derivan de impulsos «motivados» que afectan las actitudes conscientes y conducen a algunos pacientes a actividades, opciones o hábitos desordenados o destructivos. Aquí se incluirían la anorexia nerviosa, el abuso de sustancias o el alcoholismo.

Finalmente, la Perspectiva de la Historia Vital propone que algunos trastornos psíquicos emergen a partir de tropiezos en su vida que alteran a las personas en modos esencialmente normales. Aquí incluiríamos trastornos tales como las reacciones de duelo, la nostalgia, la desmoralización y el trastorno de estrés postraumático.

La autoridad de las Perspectivas, sin embargo, se deriva de cómo detallan y diferencian las vías de tratamiento e investigación más racionales para los trastornos que engloban. También proporcionan una estructura coherente sobre la que pudimos construir modos de cooperación y mutuo apoyo entre el claustro de profesores, miembros que actualmente pueblan otros departamentos académi-

cos en nuestro país. En otro ejemplo de feliz colaboración, como algunos miembros de esta audiencia conocen, el libro *Perspectivas de la Psiquiatría* (en sus dos ediciones) fue traducido al español en su Departamento de Psiquiatría y fue publicado por Prensas Universitarias de Zaragoza, llegando a ser conocido por los psiquiatras de habla española en todo el mundo.

Hoy no me planteo describir en detalle de qué modos las Perspectivas de Hopkins apoyan y en qué modos confrontan los estándares del diagnóstico y la práctica psiquiátrica que representa el *Manual de Diagnóstico y Estadística*, el DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana. En Hopkins no estamos argumentando en contra del DSM. Por el contrario, sí decimos que este enfoque no puede ser la última palabra en la Psiquiatría. Se trata de un enfoque diagnóstico y no interpretativo de la pregunta «¿qué es la enfermedad mental?». El DSM no contesta la pregunta, sino que la deja de lado y hace un listado con cientos de ejemplos para los que, proclama, no existe todavía una explicación racional.

El futuro y las metas de la Psiquiatría son ahora más claros que cuando comencé mi carrera en los años sesenta. La Psiquiatría se identifica actualmente a sí misma como una disciplina médica, y no como la sede de una ideología. A sus profesionales les caracterizan unas destrezas específicas únicas, y las vías de progreso que he explicado son suficientemente claras para estimular a los estudiantes con ambición para alistarse en sus filas.

Me satisface que ustedes, en la Universidad de Zaragoza, donde recibió su formación Ramón y Cajal, el gran científico del cerebro en el siglo xx, reconozcan las contribuciones que hemos hecho en Johns Hopkins, y las celebren de modo tan agradable para mí.

Muchas gracias.

WHAT IS MENTAL ILLNESS?

PAUL R. McHUGH M. D.

Honored Rector
Learned Faculty
Distinguished Guests of the University of Zaragoza

I am grateful for this gift of personal recognition. In considering how to address you today, I sought a subject appropriate to the occasion and yet neither too large for the time allotted nor too technical for your notice. I've elected to emphasize the historical setting influencing the thoughts and practices I brought to the realm of psychiatry –specifically to describe what was happening in American psychiatry when I took up my directorial responsibilities, what if anything made me qualified, and briefly what I and my colleagues did at the time.

In late 1960s and early 1970s, when I was asked to take charge in succession first a major academic psychiatric hospital in New York, then the Department of Psychiatry at the University of Oregon on our West Coast, and finally the Department of Psychiatry and Behavioral Science at Johns Hopkins in Baltimore, psychiatry as practiced and as taught had reached a conceptual dead end. The generative concepts about the controls on mental

life promoted by Sigmund Freud and his followers had seemed, in the preceding decades, to promise not only a way of understanding the mentally ill but for grasping all human psychological discontents. Infatuated as they were by Freud's imaginative ideas, American psychiatric students felt encouraged to "combat the neuroses of civilization".

The problem, evident by the mid 1960s was that by thinking this way and acting on these ideas Freudian psychiatrists failed to improve the conditions of the seriously mentally ill, in whom it turned out they had little interest. They expended their energies instead guiding rather prosperous young men and women through life's natural travails —an enterprise not trivial to those in psychotherapy but hardly one to compare with the contemporary ambitions and capacities of physicians and surgeons. The question arose as to whether, for all their broad sympathy, psychiatrists were tackling questions, issues, and problems that really mattered.

It was at this time that the institutions I've listed offered me the opportunity to try better. Why I was chosen is, in retrospect, interesting in itself for I did not come as a champion of any of the alternative psychiatric ideologies that sprang up around that time.

I was neither a Freudian who thought in terms of 'social salvation' nor an "anti-psychiatrist" like Dr. Thomas Szasz who pronounced mental illness to be a myth. I had spent decades in a laboratory studying the neuro-physiological control of feeding behavior, but I was neither a Skinnerian behaviorist nor a "biological" psychiatrist presuming a neuropathology behind every expression of mental unrest.

I was none of these —and just as well, too— because psychiatry did not need different doctrines to fill in what

Freudianism had overlooked or replace it with some other imaginative view of human nature that in time would itself fail psychiatry.

American academic psychiatry needed a fresh start—a reconsideration of fundamentals derived from the simple idea that psychiatry is a medical discipline responsible for defining mental illnesses and discerning ways to treat and prevent them. Some fragments of value buried within Freudian, Behavioral, Bio-somatic practices might eventually be put to use, but given the obvious contemporary confusions of responsibility and the absence of progress, the field needed a new and theoretically less encumbered approach to bring it medical coherence.

A series of fortunate educational encounters in medical school and post-graduate training had helped me avoid ideological traps into which so many of my friends and colleagues had fallen. I was a qualified psychiatrist and neurologist experienced in basic laboratory science but one disgruntled with the direction of psychiatric practices and disappointed with the Freudian vision of human nature. I was ready to try my hand at changing the course of things—and because a few leaders in American Medicine saw matters as I did—I got a chance to show whether I was up to it.

To those leaders (and to you today) I posed that bluntest of questions, “what is madness?”—a question that no one seemed able to answer. Imagine, I said, how one might think about internal medicine if physicians and surgeons could not confidently answer the question “what is sickness?”.

The history of medicine charts the successful addressing of the latter question by recounting scientific enterprises differentiating manifestations of physical

illness, grasping their nature from etiopathic, generative sources, and demonstrating effective treatments and prevention suggested from those sources. Someone should, I thought, do the same for “madness”.

To some extent my adventures along the way —what help and hindrances I found and what answers seemed best at the time and are now working out at Hopkins and several other centers of American psychiatry— are a series of stories none of which is completely finished but that together lay out our course and what we can expect from here.

Let me identify two critical and important foundational characteristics of Hopkins psychiatry. Each of them represents an approach to coordinating actions and modes of thought that have advanced psychiatric practice and research.

One enterprise was our insistence that our students learn a thorough way of gathering information about the nature, course, and conscious expressions of the mental disorders that patients presented to them in the wards and clinics of our hospital. This enterprise, inspired in part by the example of Hopkins first psychiatric professor Adolf Meyer, had at its root the straight-forward medical presumption that the systematic gathering of information about what could be known about the lives of our patients and how they presented to the doctors would provide a realistic depiction of their problems.

We were claiming that the facts of conscious life which could be identified and corroborated would do more to advance our understanding of our patients than the murky Freudian presumption that “nothing is what it seems.” In this most specific way we proposed to move psychiatry away from psychoanalysis —a discipline after all built around the logic of dreams— and towards the assumption that it is in the real world where what can be

observed and publicly confirmed provides the basis for medical practice and research.

This approach led to several achievements. Perhaps the most public and noteworthy were our papers promoting gradable measures of the cognitive state of patients afflicted by brain diseases. Our *Mini-mental State Examination* is now employed world-wide and editors have recently identified its initial publication as the most frequently cited paper in the psychiatric and neuroscientific literature. Parenthetically and to identify one of our previous happy collaborations with you: the Spanish version of the Mini-mental State Examination was validated here in the Psychiatry Department of the University of Zaragoza, an effort that gave our method a great boost for its world-wide application.

Our second enterprise, following logically after standardizing the assessment of patients, was providing from these assessments our answer to the question “what is mental illness?”.

These assessments clearly indicated that mental disorders differ in nature and emerge within the experiences of patients in several different and specific ways. Some disorders seem to break unexpectedly into the patient’s life and for a time, sometimes permanently, disrupt its natural course. Other disorders emerge more unsurprisingly and seem to represent mental responses to life challenges shaped by such matters as personal characteristics, habits and choices, or the severity of the adversity confronted by the patient.

Similar distinctions had been made by Karl Jaspers in his *General Psychopathology* of 1913 where he distinguished mental disorders best ‘explained’ by neuropathology from those best ‘understood’ by clinical empathy for a person facing and responding to life. We

expanded on this distinction between ‘explanation’ and ‘understanding’ by replacing its sharp alternatives with “perspectives” or ways of looking into the life history and presentation of patients so as to mingle explanation and understanding in a fashion fitting the patient’s condition and informed by the neuro-behavioral and psychological sciences surrounding psychiatry today.

In the early 1980s with the first edition of our book *The Perspectives of Psychiatry* we provided the Hopkins answer to the question “what is mental illness?”. We put forward four ways of making sense of the various expressions of mental distress and disorder based on distinctive generative sources.

To list them briefly, The Perspective of Disease proposed that some mental disorders were best understood as owing to disruptions of brain structure or functional neuro-integration. These included such disorders as Dementia, Schizophrenia, Bi-polar Disorder.

The Perspective of Dimensions proposed that some mental disorders were best understood as emotional reactions in patients rendered vulnerable to such feelings because of their place on such universal psychological dimensions as intelligence, emotional temperament, or maturity. These included patients with cognitive sub-normality or with extremes of emotional reactivity such as the borderline, histrionic, and psychopathic patients.

The Perspective of Behavior proposed that some mental disorders derive from the motivated drives that affect conscious attitudes and lead some patients into disruptive activities, choices, and habits. Here would be included such conditions as anorexia nervosa, drug addiction, alcoholism.

Finally the Perspective of the Life Story proposed that some mental disorders emerge from life encounters

perturbing to any human being in essentially normal ways. Here we include such conditions as Bereavement, Homesickness, Demoralization, and Post-traumatic Stress Disorder.

The authority of the Perspectives derived from how they specified and differentiated the most rational pathways of treatment and research for the conditions each encompassed. They also provided a coherent structure upon which we could build a cooperative and mutually supportive academic faculty, members from which are now populating other psychiatric departments in our nation. As some of you in the audience may know, *The Perspectives of Psychiatry* (in both editions) was translated into Spanish in your Department of Psychiatry, published by Prensas Universitarias de Zaragoza, and has become known to Spanish speaking psychiatrists throughout the world –another example of our happy collaboration.

Today, I do not plan to specify in what ways the Hopkins Perspectives support and in what ways they challenge the official American method of psychiatric diagnosis and practice presented in the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of the American Psychiatric Association.

At Hopkins we are not arguing against DSM. We are instead saying that this approach cannot be the last word in psychiatry. It is a descriptive rather than an explanatory approach to the question “what is mental illness?”. DSM does not answer that question but sets it aside by listing hundreds of examples all of which, it claims, have as yet no rational explanation.

The future and purposes of psychiatry are today clearer than when I started my career in the 1960s. Psychiatry now identifies itself as a discipline of medicine rather than the seat of an ideology. Unique skills characterize its practitioners and the paths for progress I’ve depicted

are plain enough to encourage students with ambition to enlist in its ranks.

I'm pleased that you at the University of Zaragoza, where Ramon y Cajal the greatest brain scientist of the 20th century, received his education, recognize the contributions we've made at Johns Hopkins and celebrate them in such a pleasant way for me. Thank you.