



Para citar este documento:

Ferrari, H., Lancelle, G., Pereira, A., Roussos, A., y Weinstein, L. (2008). El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad. Reportes de Investigación N° 1, Universidad de Belgrano. Disponible en la red: [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri\\_nuevos/1\\_rep1.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_rep1.pdf)

## Introducción

Recientemente ha sido publicado en los Estados Unidos un manual diagnóstico preparado por varias instituciones psicoanalíticas de ese país y por la Asociación Internacional de Psicoanálisis. Este libro ha sido denominado "Manual Diagnóstico Psicodinámico" (PDM por su sigla en inglés), e intenta ocupar un lugar en relación al resto de los esquemas sistematizados de diagnóstico en el área de la Salud Mental.

Debido al poco tiempo transcurrido desde su publicación las discusiones sobre la pertinencia y utilidad de este manual recién comienzan. El objetivo de el presente documento de trabajo es abrir un lugar de debate en idioma castellano sobre el PDM, ya que en estos se encuentra en preparación una versión del mismo en nuestro idioma.

Para la confección de este documento se reunió un grupo de psicoanalistas, acompañado por un investigador especializado en el estudio de los procesos psicoterapéuticos lo que posibilitó organizar no solamente el presente trabajo sino una serie de encuentros abiertos para su posterior debate.

Para la presentación del PDM, se han reunido cinco documentos de trabajo que permiten obtener información sobre su contenido y operatividad.

El Dr. Héctor Ferrari, único hispano parlante del Grupo de Trabajo que ha participado en la preparación del mismo, comienza esta presentación con una síntesis sobre la evolución que ha tenido el concepto de nomenclatura diagnóstica desde sus orígenes hasta nuestros días.

Contemporáneamente al nacimiento del psicoanálisis surge en la psiquiatría el interés por la nomenclatura diagnóstica. La psiquiatría intentará deslindar entidades de acuerdo a los fenómenos sintomáticos y el psicoanálisis se interesará por los mecanismos psicodinámicos subyacentes.

Estos campos se irán influyendo mutuamente con el tiempo dando lugar al surgimiento de una psiquiatría dinámica.

Con el objetivo de organizar y sistematizar los diagnósticos la Asociación Psiquiátrica Americana edita en 1952 un Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, (DSM). En versiones posteriores se introdujeron modificaciones, reflejo de las nuevas influencias que iba teniendo la psiquiatría, por ejemplo con las neurociencias y los psicofármacos. Esto resultó en una versión más biológica que no satisfizo a aquellos que sostenían una concepción más psicodinámica. Recogiendo el guante de dicha insatisfacción y de la crítica por parte de los profesionales de todo el mundo, se creó un Grupo de Trabajo para atender estas inquietudes.

Para la generación de una nueva propuesta psicodinámica, se reunió un grupo de profesionales provenientes del psicoanálisis, la psiquiatría y disciplinas afines al campo de la Salud Mental y llamaron a su obra: Manual Diagnóstico Psicodinámico, (PDM).

Este manual es un intento de complementar al DSM, que incluye ítems que no habían sido considerados ahí. En él se da relevancia a la relación terapéutica y a conceptos como el de transferencia y alianza de trabajo. Al enfocar el proceso terapéutico, se contempla con mayor agudeza la captación del fenómeno clínico y su empleo provechoso para la investigación.

El Dr. Andrés Roussos, quien es investigador del CONICET y profesor de Metodología de la Investigación, en la UB y la UBA, se encuentra trabajando en temas relacionados con las intervenciones del psicoterapeuta desde distintos marcos teóricos.

El trabajo de Andrés Roussos. retoma el tema tratado por Héctor Ferrari acerca de la nomenclatura diagnóstica para referirse al recorrido en el tiempo de las escalas clasificatorias estandarizadas.

Señala que el PDM es una propuesta para aquellos que, aunque consideran necesaria la idea del diagnóstico clínico, no están dispuestos a aceptarla como una imposición técnica legal. Releva de esta forma a los psicoterapeutas psicodinámicos de realizar diagnósticos ajenos a los que su marco teórico les indica ó a negarse a hacerlo por falta de consustanciación con los manuales estandarizados.

En “La historia de los esquemas clasificatorios en salud mental” Andrés Roussos. nos recuerda que en su origen, las intenciones clasificatorias respondían fundamentalmente a intereses estadísticos y epidemiológicos, no incluyendo hasta mucho tiempo después la patología mental como enfermedad y en un primer momento como apéndice a una estructura general de salud. Recién en 1952 año en el que aparece el DSM. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), surge la primer propuesta integral de un diagnóstico sistematizado para la salud mental.

Las sucesivas versiones de este manual aparecen como producto de la influencia de los distintos modelos de pensamiento del momento. Así es que en uno se verá la influencia del auge del psicoanálisis norteamericano, en otro la de los modelos psicosociales y psicobiológicos, y en otros se impondrán criterios experimentales.

Lo cierto es que se arriba a un punto en el que hasta se esfuman los indicadores de la etiología de la psicopatología.

De todas maneras los grupos psicoanalíticos no dejaron de resistirse a estos criterios y lograron incorporar una evaluación multiaxial que toman en consideración no sólo los datos estadísticos sino también los cambios provenientes de la clínica. El PDM respeta y destaca la idea del diagnóstico como una conjetura que se construye y que debe ser verificada a partir de dicha óptica clínica.

Roussos y Polcaro van a explicitar con meticulosidad en este capítulo, las diferencias entre los esquemas clasificatorios como el grupo ICD y DSM y el PDM.

Destacarán la capacidad de este último de describir el funcionamiento mental en totalidad de una persona y de proporcionar un lenguaje para la investigación psicoanalítica que, sin renunciar a la complejidad del sujeto, pueda satisfacer los requerimientos rigurosos de la investigación.

Este resultado ha sido producto de la conformación de los Grupos de Trabajo que organizaron el PDM, que permitieron establecer puentes entre las asociaciones psicoanalíticas y los institutos académicos para el desarrollo de investigaciones. Estos equipos tienen además mayoritariamente sus sedes en universidades.

Andrea Pereira se interroga acerca de los efectos y consecuencias que el uso de este manual pueda tener sobre la comunidad psicoanalítica

Ubicado el contexto histórico en que ha surgido el PDM, a través de los trabajos anteriores, Andrea Pereira. aborda a continuación el tema de la futura posible inclusión de esta nueva herramienta, y tomando en cuenta la diversidad cultural en el psicoanálisis de hoy, se interroga sobre los posibles efectos que éste tendrá sobre la comunidad psicoanalítica.

Observa dos culturas opuestas en el psicoanálisis actual. Una vertiente que se dedica al estudio de los casos clínicos y la otra que se centra en la investigación, basándose en los métodos de las ciencias naturales y sociales.

Surge una tercer corriente que intenta no caer en una empiria unilateral ni en un aislamiento intelectual que prescinda de la investigación. Esta línea de pensamiento tiene como objeto el investigar hipótesis psicodinámicas logrando sortear la distancia entre la investigación y la clínica. Además de la obtención de conclusiones diagnósticas, resulta posible de esta manera, evaluar ítems como la capacidad transferencial y de análisis de un paciente, así como también la factibilidad de un proyecto terapéutico.

Dice Andrea Pereira: “La especificidad psicoanalítica que el PDM aporta está dada por la presencia de un eje ligado a la subjetividad del paciente, por la posibilidad de trabajar sobre categorías diagnósticas y por reconsiderar el papel de la inferencia y el juicio clínico en la evaluación diagnóstica. Interrogándose sobre los efectos que la consideración de este manual pueda tener sobre los psicoanalistas, se piensa que la respuesta se encontrará en la posibilidad de diálogo y confrontación de argumentaciones que acerca de esto se esgriman.”

Ya entrando de lleno a ilustrar con un caso clínico lo manifestado en ponencias anteriores, Laura Borensztein muestra a través de un material, la profundidad de su abordaje y la precisión con que se logra la comunicación entre colegas.<sup>1</sup>

Para la construcción de un diagnóstico la Lic. Borensztein nos cuenta cómo el manual se basa en diferentes modelos de producción de subjetividad provenientes de otras disciplinas, y siempre con una concepción dinámica que incluye tanto a la persona del paciente como a la persona del analista.

El resultado diagnóstico dará cuenta de la personalidad del paciente, su funcionamiento mental y sus patrones sintomáticos.

Laura Borensztein nos muestra los nuevos elementos que se destacan en el PDM, y que antes aparecían como irrelevantes, cuando señala: "La experiencia del profesional le permitirá hacer inferencias y abrir juicio clínico como resultado de sus observaciones sobre la capacidad de atender, regular y aprender de la experiencia del paciente, su capacidad de involucrarse con el otro, el nivel de bienestar y vitalidad de que es capaz, con que riqueza de representaciones cuenta, además de su particular manera de enfrentar ó distorsionar afectos, experiencias, deseos, y la posibilidad de observar su vida mental, de simbolizar, de discriminar entre fantasía y realidad, entre deseos, afectos, self y relaciones de objeto y entre pasado presente y futuro. También se podrá determinar los grados de flexibilidad con que cuenta para sostener normas y valores.

Cierra esta presentación y a manera de conclusión, el trabajo de Guillermo Lancelle que destaca aquello que va a ser el aporte esencial del PDM para los terapeutas e investigadores, en su objetivo de comprender la complejidad psicológica del sujeto humano.

Habiendo hecho un recorrido por los distintos capítulos de este manual en referencia a su etiología, manera de operar, y potenciales efectos sobre los eventuales usufructuarios, será la contribución de Guillermo Lancelle la que dará una visión global de esta presentación.

A manera de conclusión Guillermo Lancelle prioriza y sintetiza lo esencial del aporte del PDM a la comunidad de trabajadores de la Salud Mental.

Pone el acento en la importancia de dar cuenta de la sutileza del trabajo clínico cuando se trata de sistematizar diagnósticos. Sostiene que para lograr este objetivo, fue necesario la contribución del psicoanálisis internacional.

Si bien no había hasta el momento objeción sobre la necesidad de una clasificación diagnóstica, se volvió necesario que la misma diera cuenta de la aguda percepción clínica del terapeuta experto.

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana ya habían publicado escalas que habían logrado una clasificación ordenada pero que no daban cuenta de concepciones teóricas que las sustentaran. Esto respondía a una intencionalidad, la de excluir elementos que se consideraban obstaculizantes como por ejemplo las teorías y resultados de la experiencia del terapeuta.

El PDM logró representar a la amplia comunidad de terapeutas que necesitaban para el trabajo clínico y para contemplar una apropiada indicación terapéutica, datos de la estructura de personalidad, su génesis y comprensión psicológica.

En el afán de recuperar la singularidad del sujeto, debieron utilizar la observación y captación psicológica ofrecidas por el psicoanálisis, reivindicando el juicio clínico y la inferencia, que habían sido desechadas con la pretensión de garantizar objetividad.

La particularidad del PDM es que ha logrado que la clasificación diagnóstica de los pacientes no atenten contra su individualidad y complejidad, y ha sido capaz de encontrar un lenguaje común para analistas y no analistas que representan diferentes tendencias teóricas.

---

1. Este trabajo de aplicación del PDM a material clínico, debe ser considerado un trabajo exploratorio ya que no se cuenta todavía con trabajos de adaptación que validen el uso de este manual para el material clínico en otro idioma y otro contexto cultural.

## Un nuevo instrumento de diagnóstico: el Manual de Diagnóstico Psicodinámico. Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)

Dr. Héctor Ferrari

Profesor Consulto de Salud Mental Facultad Medicina de la UBA. Rector, Instituto Universitario de Salud Mental de APdeBA

Dirección postal: Laprida 1898, 12 K (1425) Buenos Aires

hferrari@sinectis.com.ar

### Resumen

Se hace una breve revisión del nuevo MDP, el Manual Diagnóstico Psicodinámico. Se mencionan sus principales bases conceptuales, provenientes del psicoanálisis y las diferencias críticas que tiene con el DSM IV-R. Se comenta especialmente la Parte I: Clasificación de los Trastornos en Salud mental en Adultos basado, en este orden de prioridades, Patrones de Personalidad, Perfiles de Funcionamiento Mental y Experiencia Subjetiva con los Síntomas. La Parte II presenta la Clasificación para Niños y Adolescentes. La Parte III incluye trabajos científicos relevantes que fundamentan las bases conceptuales y de investigación del PDM.

Palabras Clave: PDM – DMS IV-R- Diagnóstico psiquiátrico- Diagnóstico Psicodinámico

### Summary

A brief review is made of the new PDM, the Psychodynamic Diagnostic Manual. They are mentioned its principal foundations and conceptual ideas, coming basically from psychoanalysis, as well as the critical differences with the DSM- IV- R, the Diagnostic and Statistical Manual. Part I is especially commented: the Classification of Adult Mental Health Disorders, based on personality patterns and disorders, profile of mental functioning and the subjective experience with symptoms. Part II presents the Classification of Child and Adolescent Mental Health Disorders. Part III includes relevant scientific papers on the conceptual and research foundations for a psycho dynamically based classification system for mental health disorders.

Keywords: PDM – DMS IV-R- Psychiatric- Diagnosis Psychodynamic.

El interés por la nomenclatura diagnóstica de los trastornos mentales surgió en el campo de la Psiquiatría bien entrado el siglo XIX. Contemporáneamente con el nacimiento del psicoanálisis (1895- 1900), Freud hizo suya una distinción relativamente bien establecida de la psiquiatría alemana entre psicosis y neurosis. Pero también separó tempranamente las llamadas 'neurosis actuales' para diferenciarlas de las psiconeurosis. Estas incluían la fobia, la histeria y la neurosis obsesiva a las que rebautizó como neurosis de transferencia. Más tarde introdujo las 'neurosis narcisistas', mencionó las neurosis traumáticas y las neurosis de destino. Pero en todo momento su principal preocupación no consiste en separar entidades en base a los síntomas, sino en clasificar poniendo en evidencia el mecanismo psicodinámico que las distingue.

Después de la II Guerra Mundial, en los grandes centros psiquiátricos del mundo y particularmente en nuestro país, se hizo sentir la profunda influencia del psicoanálisis en la psiquiatría, cosa que derivó en lo que operativamente se conoció como psiquiatría dinámica. Esta concepción, que despertó fuertes resistencias en sectores tradicionales de la psiquiatría, fue funcional a la atención del paciente psiquiátrico en el Hospital General y Centros de Salud Comunitaria.

La primera edición del *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) apareció en 1952. Tuvo varias ediciones posteriores que fueron introduciendo profundas modificaciones en la nomenclatura psiquiátrica tradicional atendiendo a la novedosa concepción psicoanalítica. Por ejemplo, los problemas mentales eran inicialmente clasificados como 'reacciones' psicodinámicas (reaction) en respuesta a conflictos y no como 'trastornos'<sup>2</sup>

2. En 1969 la Fundación Acta Psiquiátrica y Psicológica de Am. Lat. que dirigía Guillermo Vidal publicó en Buenos Aires la primera traducción del *III Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades Mentales* con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud.

Sin embargo, en las últimas décadas y como resultado de la influencia de las neurociencias y los psicofármacos, la psiquiatría fue derivando en su práctica hacia una concepción más biológica y medicalizada. Las sucesivas ediciones del DSM dieron cuenta de cambios profundos en la concepción psiquiátrica imperante. La última es la conocida como DSM-IV TR<sup>3</sup>. Su predominio se fue extendiendo gradualmente a otros países del mundo, incluyendo el nuestro, teniendo una significativa presencia en el campo de la psiquiatría, del psicoanálisis y de la salud mental. Nada quedaba afuera de las categorías diagnósticas establecidas y su influencia se hizo sentir fuertemente en temas de nosología, estadística, uso de psicofármacos, diseños de investigación, etc. así como su generalizada utilización en los sistemas de prestación médica. Hasta la reconocida clasificación internacional de la OMS (ICD) perdió terreno ante la vigencia casi exclusiva del DSM.

Frente a este avance, casi hegemónico del DSM, se alzaron numerosas voces críticas, especialmente desde el campo del psicoanálisis y de las psicoterapias psicodinámicas. Muchas y muy concretas fueron las objeciones planteadas desde muchos sectores del campo de la Salud Mental que son de sobra conocidas y que nos es del caso analizar en este trabajo. El malestar que generó en muchos sectores científicos respetables buscó volcarse en las sucesivas modificaciones del DSM pero que a la larga no fueron significativas porque lo que estaba en cuestión era la filosofía básica con la que el Manual fue diseñado: la categorización casi exclusiva en el agrupamiento caprichoso e inconsistente de los síntomas.

El Manual Diagnóstico Psicodinámico (Psychodynamic Diagnostic Manual PDM)<sup>4</sup> es el intento más valioso que se ha planteado como alternativa al DSM. Aquí se ofrece un resumen, anticipo de sus principales puntos, pero que por su brevedad no puede hacer mérito a la dimensión del trabajo emprendido. El PDM es un esfuerzo en colaboración de la Asociación Psicoanalítica Americana (APA), la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), la División 39 de la Asociación Psicológica Americana, la Academia Americana de Psicoanálisis y Psiquiatría Dinámica y el Comité Nacional de Miembros de Psicoanálisis en Trabajo Clínico Social. Los Presidentes de cada organización integraron un Cuerpo Directivo (Steering Committee) quienes recomendaron miembros para ser parte de los grupos de trabajo. Al frente del Grupo de Trabajo del PDM estuvieron el Dr. Stanley Greenspan<sup>5</sup> (Chair) Nancy McWilliams (Associate Chair) y Robert Wallerstein (Associate Chair). El Grupo de Trabajo estuvo compuesto por más de 40 destacados profesionales del psicoanálisis, la psiquiatría y disciplinas afines del campo de la Salud Mental. Tuve ocasión de ser parte del grupo que se ocupó del tema Patrones<sup>6</sup> Sintomáticos en Adultos y durante largos meses trabajamos vía conferencias telefónicas y correo electrónico.

Es difícil resumir una tarea grupal que está desarrollado en un libro de más de 850 páginas. Cada capítulo está acompañado de una extensa y actualizada bibliografía. En lo que sigue se mencionarán las principales líneas teóricas clínicas que sustentan el trabajo. Tiene 3 partes: la primera trata la Clasificación de los Trastornos<sup>7</sup> de Salud Mental en Adultos, la segunda la Clasificación los Trastornos de Salud Mental en Niños y Adolescentes y la tercera y última Los Fundamentos Conceptuales y de Investigación para un Sistema de Clasificación de los Trastornos en Salud Mental Basado Psicodinámicamente. Por razones de espacio solo se comentará la Parte I.

El DPM es un marco diagnóstico que intenta caracterizar el alcance total del funcionamiento del individuo: el nivel emocional, cognitivo y social, tanto en sus manifestaciones superficiales como en profundidad. Enfatiza tanto las particularidades singularidades del individuo como las generales. Los autores dicen que la meta del DPM es complementar al DSM y al ICD aunque me parece que su propuesta es mucho más ambiciosa. En efecto, el marco diagnóstico formulado por el PDM describe, a diferencia del DSM, sistemáticamente:

- Funcionamientos saludables y enfermos de la personalidad
- Perfiles individuales de funcionamiento mental, incluyendo capacidad de relacionarse, comprender y expresar sentimientos, enfrentar el estrés y la angustia, observar sus propias emociones y reacciones de conducta, darse modelos éticos, etc.
- Pautas sintomáticas, incluyendo diferencias en las experiencias subjetivas, personales con los síntomas.

3. American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM IV

4. PDM Task Force (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations

5. Stanley Greenspan, Psicoanalista y Profesor de Psiquiatría Clínica de la George Washington University Medical School, Md USA

6. A los fines de este trabajo se ha traducido el término *pattern* como *patrón* (Nota del autor).

7. El término *disorder* se ha traducido a los fines de este trabajo como *trastorno* (Nota del autor).

## Fundamentos Básicos del PDM

En las últimas décadas, el DSM, con la esperanza de establecer bases empíricas sólidas para el diagnóstico y el tratamiento, ha estrechado progresivamente el campo de la salud mental, enfocándose cada vez más en agrupamientos de síntomas, el uso de definiciones fijas, en superposición de categorías y excesivo uso de la co-morbilidad. De esta manera se ha forzado una separación artificial de condiciones mentales que están frecuentemente relacionadas en la clínica. Además, a pesar de que es generalmente el sufrimiento subjetivo del paciente que lo trae a la consulta, una descripción completa de la experiencia interna de los síntomas es a menudo ausente.

La persona total ha quedado oculta detrás de las construcciones sintomáticas en que se basan los diagnósticos y en los que la investigación puede encontrar acuerdo para sus investigaciones. Por el contrario, la evidencia reciente sugiere que haber simplificado al máximo los fenómenos mentales en la búsqueda de consistencia en las descripciones (confiabilidad) y capacidad para evaluar tratamientos empíricamente (validez) ha comprometido una mayor comprensión científica de la salud mental y la psicopatología. Y que la deseable 'confiabilidad', especialmente entre los psiquiatras clínicos, no ha sido alcanzada como se proponía el DSM. Este ha generado una presión muy fuerte postulando una definición muy estrecha de lo que constituye 'evidencia'. Solo una descripción precisa de las pautas que aparecen espontáneamente a la observación pueden guiar las investigaciones vitales que se necesitan en etiología, patología, prevención y tratamiento en salud mental. Como se destaca en la introducción, "la evidencia científica incluye y a menudo comienza con descripciones confiables, como la que se sustenta en el estudio de casos clínicos" (Pág. 4). Se necesitan observaciones clínicas astutas y detalladas para sostener metodologías modernas de investigación (como alguno de los estudios que se incluyen al final del libro).

Es posible que el DSM haya contribuido a que los profesionales de la salud mental, hayan adoptado prematura y acríticamente, métodos provenientes de otras ciencias en lugar de desarrollar procedimientos empíricos apropiados para abarcar la complejidad de nuestro campo. "Es hora de adoptar los métodos a los fenómenos y no al revés" (Pág. 5)

El PDM intenta hacer eso. Debido a que la terminología corriente para los síntomas y su agrupamiento viene de una larga y muy seria tradición científica, emplea las descripciones de síntomas usadas en la taxonomías prevalentes, del DSM IV-TR y del ICD-10 porque representan una valiosa historia de observaciones y descripciones. Pero, a partir de ahí, trata de entender la naturaleza funcional del trastorno, con lo cual eventualmente pueda facilitar una mayor comprensión de los factores etiológicos. Una comprensión funcional y etiológica más integral podrá proveer una base más amplia para el diagnóstico y el tratamiento.

Para los autores del PDM, existe en general una tensión saludable entre la meta de captar la complejidad de los fenómenos clínicos (que hace a una comprensión funcional) y la desarrollar criterios que se basen en juicios confiables para ser utilizados en investigación (comprensión descriptiva). Es vital reconocer esta tensión y no desdeñarla. Pero, confiar en la sobre simplificación y favorecer lo que es mensurable por sobre lo significativo no opera al servicio de una buena ciencia.

Se citan trabajos en los cuales se demuestra que: cuando los terapeutas aplican tratamientos manualizados hacia grupos seleccionados de síntomas sin dirigirse a la complejidad de la persona que experimenta los síntomas y sin atender la relación terapéutica que sostiene el tratamiento, los resultados son de corta duración y grado de remisión muy alto. Por el contrario, las investigaciones orientadas a los procesos terapéuticos conceptualizados en los modelos psicodinámicos de la mente (que consideran la alianza de trabajo, los fenómenos de la transferencia y las condiciones del encuadre terapéutico, entre otras) tienen más poder de predicción que cualquier consideración diagnóstica basada solamente en síntomas. Los tratamientos de orientación psicoanalítica, han sido objeto recientemente de meta análisis y revisiones que revelan la evidencia de su eficacia<sup>8</sup>.

A pesar de que la tradición psicoanalítica, a partir de Freud tiene una larga historia de examinar el funcionamiento global humano de una manera muy profunda y comprensiva<sup>9</sup>, su precisión diagnóstica y la utilidad del abordaje psicodinámico han sido comprometidas por lo menos por dos circunstancias: la

8. Consultar, por ejemplo en el libro, el interesante trabajo *Evidence- Based Psychodynamic Psychotherapies* (Pág. 765) de Peter Fonagy.

9. En el libro hay un excelente trabajo de R.S.Wallerstein (Pág.385) *Psychoanalytic Based Nosology: Historic Origins*



tendencia a expresarse en teorías y metáforas competitivas que han inspirado más desacuerdos y controversias que consenso. En segundo lugar ha sido difícil distinguir entre construcciones especulativas y fenómenos que pueden ser razonablemente observados e inferidos. “Mientras que la tradición de la psiquiatría descriptiva ha tenido tendencia a cosificar ‘categorías’ de trastornos, la tradición psicoanalítica ha tendido a cosificar construcciones teóricas” (Pág. 7). En años recientes, habiendo desarrollado métodos empíricos para cuantificar y analizar la complejidad de los fenómenos mentales, la psicología profunda ha sido capaz de ofrecer un criterio operacional más claro para un más abarcativo espectro de condiciones sociales y emocionales humanas.

### Diferencias y semejanzas del PDM con el DSM-IV

El DSM-IV utiliza primordialmente los signos y síntomas como *criterios* básicos para aproximarse al diagnóstico psiquiátrico. Si algunos signos y síntomas están presentes en grado y duración suficiente, entonces el diagnóstico puede ser hecho. Esos criterios, a menudo cuantificados, estarán conformados como los factores predictivos valiosos del tratamiento y la evolución de la enfermedad diagnosticada. El DSM-IV utiliza un sistema de evaluación multiaxial. El Eje I y el II comprende los trastornos mentales (el I incluye condiciones mentales que se han deteriorado con el tiempo, el II son trastornos de Personalidad de larga data), el Eje III son condiciones médicas generales, el Eje IV problemas psicosociales y ambientales y el último, el Eje V la evaluación global del funcionamiento (GAF). En conclusión son los patrones sintomáticos los que determinan el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. El predominio está en el Eje I. Las situaciones que no entran en las categorías diagnósticas del DSM-IV pueden ser diagnosticadas como “Sin trastorno psiquiátrico”.

El PDM utiliza un enfoque multidimensional diferente para describir la sutileza del funcionamiento global del paciente y su manera de involucrarse en un proceso psicoterapéutico. No intenta reemplazar al DSM-IV sino complementarlo con el propósito de formulaciones psicoanalíticas, en especial en tratamientos intensivos. Comienza con una clasificación del amplio espectro de personalidad y sus trastornos, después ofrece un ‘perfil del funcionamiento mental’ y luego considera los patrones sintomáticos, con especial énfasis en la experiencia subjetiva del paciente. Por lo tanto la clasificación se organiza en tres ejes: la persona, sus funciones mentales y la manera subjetiva de experimentar sus síntomas.

“El DSM-IV es una taxonomía de enfermedades o trastornos de la función. El nuestro es una taxonomía de personas. El DSM-IV es categorial, asignando individuos en rúbricas diagnósticas apropiadas. El nuestro, aun que opera dentro de amplias categorías, es dimensional dentro de cada descripción, indicando, en cada instancia el espectro cubierto. Para cada una, describimos un continuo que va desde una organización operando dentro de un nivel “normal” de funcionamiento, pasando a través de un nivel de funcionamiento neurótico y más allá, hasta las formas más severas de funcionamiento borderline. Las categorías del DSM-IV están construidas para poner síntomas y atributos que distintas personas tienen en común en un mismo compartimiento diagnóstico. Dentro de nuestras categorizaciones dimensionales, nosotros tratamos de dilucidar qué es lo que hace a cada individuo único, reconocidamente distinto de cualquier otra persona en el mundo” (Pág. 13)

Finalmente, el DSM-IV fue construido alrededor del agrupamiento de síntomas observables *sin ninguna imputación de significado*. El intento debía ser atóxico, esto es sin estar atado a ninguna teoría de funcionamiento mental, sea psicoanalítica o cualquier otra. Por el contrario, *la nosología del PDM se ubica explícitamente en un contexto psicoanalítico*. Por lo tanto, la intención es adscribir significados, de la mejor manera en que puedan ser discernirlos y formulados, a los fenómenos observados: síntomas, conductas, rasgos, afectos, actitudes, pensamientos, fantasías, etc. A diferencia de la co-morbilidad que postula el DSM-IV y que da la impresión que una persona puede ser ubicada en dos, tres o más categorías, por el contrario la nosología del PDM se construye para cada individuo en la concepción de una organización única y significativa.

Como para cerrar esta parte de la presentación vale la pena citar algunos conceptos o ideas directrices de Stanley Greespan que fundamentaron este proyecto: “En general hay una saludable tensión entre el propósito de capturar la verdadera complejidad de los fenómenos clínicos y desarrollar criterios que pueden ser confiablemente juzgados y empleados en investigación. Es vital abarcar esta tensión persiguiendo procedimientos paso a paso en los cuales la complejidad y la utilidad clínica influyen las

definiciones operacionales y dan cuenta de su validez y confiabilidad. Un sistema científico comienza con un reconocimiento y una descripción precisa de los complejos fenómenos clínicos y construye por medio de pasos sucesivos su validación empírica. Depender en la sobre simplificación de los datos y favorecer solo lo que es medible sobre lo que es significativo no opera en el servicio de una buena ciencia". Más adelante agrega: "Asimismo sabemos que los resultados psicoterapéuticos tienen corta vida y el grado de remisión es alto cuando los terapeutas aplican tratamientos manualizados que seleccionan 'grillas' sintomáticas sin ser dirigidas a la compleja personalidad que sufre los síntomas y sin atender la relación terapéutica que sostiene el tratamiento. Las investigaciones dirigidas hacia el 'proceso' terapéutico' en lugar de los síntomas, han demostrado que es fundamental conceptualizar la relación terapéutica desde los modelos psicodinámicos que incluyen la transferencia y la alianza de trabajo. De esta manera son más predictivas en términos de resultados que aquellas que solo tienen en cuenta los síntomas aisladamente. Un trabajo reciente de una publicación psicológica lo resume parafraseando una frase que se hizo célebre en otro contexto: *es la relación, tonto*".<sup>10</sup>

## La Clasificación de los Trastornos en Salud Mental en Adultos

### Las tres dimensiones del PDM en Adultos

#### A) Dimensión I: Eje P (P Axis) Patrones de Personalidad y sus Trastornos

Para los propósitos del PDM, se define Personalidad como la manera, relativamente estable, de pensar, sentir, actuar, los sistemas de creencias y valores, las relaciones con los otros, de cómo entender la propia experiencia," (Pág. 17). Se reconocen alguno de estos procesos son conscientes, los más significativos como inconscientes.

Más allá de los problemas específicos que lo traen al tratamiento, más allá de los síntomas, muchos pacientes se dan cuenta de que es lo que los perturba y que lo que desean cambiar es algo que ellos de alguna manera 'son'. Personalidad es lo que 'uno es', síntoma es lo que 'uno tiene' (Pág. 17). Los conflictos psicológicos están a menudo enlazados con temas de la personalidad. Una fuerte tradición psicoanalítica habla de su prolongada dedicación a la cuestión de la personalidad y su estructura. *Comprender individualmente a la persona y su desarrollo puede ser más importante para su tratamiento que comprender o enfocar síntomas aislados*. En estudios de predicción, los investigadores están poniendo más atención a la importancia de las diferencias entre la personalidad de los pacientes cuando se evalúan tratamientos. Por esa razón, en el PDM el Eje I está puesto en primer lugar.

Para la estimación de la personalidad, el entrevistador debe evaluar alguna de las siguientes capacidades (entre paréntesis los términos psicoanalíticos tradicionales):

- Como se ve a sí mismo y a los otros, de manera constante y precisa (identidad)
- Si mantiene relaciones estables, íntimas y satisfactorias (relaciones de objeto)
- Como siente en si y percibe en los otros la amplia gama de afectos esperables a su edad (tolerancia al afecto)
- Como regula sus impulsos y afectos de manera que fomenten adaptación y satisfacción, con flexibilidad en el uso de defensas o en *coping strategies*. (Regulación del afecto)
- Como puede funcionar de acuerdo con valores, y principios sustentables y consistentes (integración del superyo, yo ideal)
- Como puede apreciar, aunque no necesariamente prestar conformidad, a las nociones convencionales de que es su realidad (prueba de realidad)
- Como hace para responder al estrés con recursos propios y recobrase de sucesos dolorosos sin excesivas dificultades (fortaleza yoica y resiliencia)

Un punto importante es diferenciar entre una personalidad y un Trastorno de Personalidad (no habiendo límites precisos). Un criterio esencial: el trastorno es el discurso del paciente o de los otros de su entorno de que les ha causado un malestar significativo, es de larga duración y que es tan parte integral de su experiencia que el paciente no puede recordar o simplemente imaginarse haber sido diferente. El texto señala una primera distinción: en un extremo la Personalidad Sana (Healthy), luego el nivel Neurótico de

10. Greenspan Stanley. *Introduction for Classification Effort* Comunicación personal, Abril 3, 2005

Trastorno de Personalidad y en el otro extremo la Personalidad Borderline. A continuación, hay una sección muy interesante sobre las implicancias de estas diferencias para la psicoterapia y el psicoanálisis.

Los autores son conscientes de la dificultad de encarar una clasificación de Trastornos de Personalidad. La sienten una síntesis de necesidad, provisoria, razonable aunque algo arbitraria. De todas maneras listaron 15 categorías (que a su vez tienen subcategorías):

- P 101 T. P. Personalidad Esquizoide
- P 102 T. P. Paranoide,
- P 103 T. P. Psicopática,
- P 104 T. P. Narcisista,
- P 105 T. P. Sádica y Sadomasoquista,
- P 106 T. P. Masoquista,
- P 107 T. P. Depresiva,
- P 108 T. P. Somatizadora,
- P 109 T. P. Dependiente,
- P 110 T. P. Fóbica,
- P 111 T. P. Ansiosa,
- P 112 T. P. Obsesivo-compulsiva,
- P 113 T. P. Personalidad Histórica,
- P 114 T. P. Disociativa
- P 115 Otras.

Después de describir cada una de ellas extensamente, avaladas por las investigaciones más recientes, cada categoría culmina en una especie de síntesis. A manera de ejemplo, se menciona a continuación la

### **Personalidad Depresiva**

Estudios de investigación empírica la muestran como el tipo más frecuente de Trastorno de Personalidad. Se ha establecido la existencia de dos formas diferentes de depresión: **La introyectiva** (previamente llamada melancólica), caracterizada por culpa, autocríticas, auto reproches y perfeccionismo. Los pacientes miran a su interior para encontrar explicación a sus experiencias dolorosas. Cuando son maltratados, rechazados o abandonados tienden a creer que están en falta. **La anaclítica**, caracterizada por vergüenza, alta sensibilidad a las pérdidas y al rechazo y vagos sentimientos de vacío e insuficiencia. Los pacientes se ocupan con temas de intimidad, desamparo y soledad, que la vida es vacía y sin sentido.

- Patrones constitucionales y maduracionales: Posible predisposición genética a la depresión.
- Tensión central/ preocupación: la bondad, la maldad, la soledad, la relaciones del self con los otros.
- Afectos centrales: tristeza, culpa, vergüenza.
- Creencia característicamente patógena sobre el self: "hay algo esencialmente malo o incompleto en mí".
- Creencia característicamente patógena sobre los otros: "los que realmente me lleguen a conocer me van a rechazar".
- Mecanismos centrales de defensa: introyección, reversión de la perspectiva, idealización de los otros, desvalorización del self.
- Subtipos: 1- *Introyectiva*: preocupada con la valoración y la imagen del self. Pensamientos muy críticos sobre el si-mismo. 2- *Anaclítica*: preocupada por la relación con los otros, la confianza y la preservación de los vínculos afectivos.

### **B) Dimensión II Eje M (M Axis)**

#### **Perfil del Funcionamiento Mental**

Este Eje describe categorías de diversas funciones mentales que ayudan al clínico a capturar la complejidad y singularidad del paciente. Ningún perfil puede dar cuenta de toda la complejidad del funcionamiento mental. Sin embargo, a continuación se enumeran los siguientes funcionamientos a evaluar:

- Capacidad para la regulación, atención y aprendizaje: se ocupa fundamentalmente de funciones que le permiten al sujeto atender y aprender de sus experiencias.

- Capacidad para relacionarse e intimar con los demás (profundidad, variedad y consistencia de las experiencias) En un continuo, desde involucrarse afectivamente profundamente, a intimar pero agobiado por sentimientos intensos, pasando por niveles de contacto superficiales, hasta la indiferencia con los otros.
- Calidad de las experiencias internas (nivel de confianza y satisfacción de si) Intenta captar el nivel de confianza y autoestima que caracteriza la relación con los otros y el mundo. Desde a- sentimiento de bienestar y vitalidad, presente aun bajo estrés b- bienestar y vitalidad, alterado por emociones intensas o estrés c- sentimiento de vaciamiento, incompletud, autoestima vulnerable e- predominio de sensaciones de vaciamiento, etc.
- Capacidad para las experiencias afectivas, su expresión y comunicación esto es la habilidad de expresar una amplia gama de representaciones y pre representaciones de patrones de afectos.
- Patrones defensivos y capacidades, intenta captar la manera como el sujeto se enfrenta con y altera sus deseos, afectos y otras experiencias y el grado en que puede distorsionarlas en el proceso.
- La capacidad de formar representaciones internas. Esto es la capacidad de simbolizar experiencias afectivas significativas (organizar la experiencia en forma mental en lugar de volcarla de manera inadecuada hacia lo somático o la conducta). Esta capacidad de representar o mentalizar permite al individuo usar las ideas para simbolizar la experiencia y expresa como su vida mental participa de su conducta.
- La capacidad para la diferenciación y la integración. Refiere la habilidad de construir enlaces lógicos entre representaciones, internas y externas (por Ej. separar fantasía de realidad, construir conexiones entre representaciones internas de deseos, afectos, self y relaciones de objeto y enlazar el pasado, el presente y el futuro)
- Capacidad para la auto observación. La habilidad de observar y tener en cuenta su propia vida mental interna.
- Capacidad de construir o usar valores e ideales (sentimiento ético) Cubre un arco desde, por un lado, cuando las normas y valores internos son flexibles e integrados con un sentido realista a las propias capacidades y al entorno social, da lugar a logros significativos y valoración de la autoestima hasta el extremo opuesto, donde normas y valores están significativamente ausentes.

Los funcionamientos mentales así evaluados están categorizados y ordenados en 8 tipos que por razones de espacio aquí solo se mencionan los títulos. En el original están descriptos en detalle y tienen subcategorías:

M 201 Edad óptima y capacidades mentales apropiadas a su etapa, con un grado esperable de flexibilidad e integración para esa una etapa

M 202 Edad razonable y capacidades mentales apropiadas a su etapa, con un grado esperable de flexibilidad e integración para esa una etapa

M 203 Edad y capacidades mentales apropiadas a su etapa con conflictos específicos de esa etapa o desafíos transitorios del desarrollo

M 204 Restricciones e inflexibilidad moderada en dos versiones: a-formaciones de carácter encapsuladas b-formaciones encapsuladas de síntomas.

M 205 Restricciones moderadas y alteraciones en el funcionamiento mental

M 206 Constricciones severas y alteraciones en el funcionamiento mental

M 207 Defectos en la integración y organización y/o diferenciación de las representaciones del self y del objeto.

M 208 Defectos Severos en las funciones mentales básicas.

### C) Dimensión III Eje Subjetivo (S Axis)

Patrones Sintomáticos: La Experiencia Subjetiva

Esta tercera parte del PDM está construida sobre la base de las categorías del DSM-IV-TR e intenta abordar la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos. A pesar de expresar las reservas del caso, se utilizó la caracterización y el agrupamiento del DSM porque es valioso como punto de partida para elucidar aspectos del sufrimiento mental y emocional del paciente. En ocasiones se comenta brevemente la comprensión psicodinámica de algún síntoma en particular y las implicancias para el tratamiento.

Esta sección se ubica tercera en la consideración del contorno global diagnóstico porque estos patrones pueden ser entendidos en el contexto de la personalidad global del paciente (parte I) y del perfil de sus

funcionamientos mentales (parte II). Los síntomas constituyen expresión de las maneras con las cuales el individuo responde o enfrenta sus experiencias.

El patrón sintomático de cada persona, mientras comparte rasgos comunes con otros que tienen cualidades similares, tienen una marca única. Siguen variadas ilustraciones clínicas que intentan proveer de ejemplos de vivencias internas de algunos pacientes. (No es un listado exhaustivo) sino una invitación al clínico para captar en forma narrativa la experiencia vivencial única del paciente.

Utilizando la nomenclatura diagnóstica conocida del DSM, el Eje Síntoma se ordena según las siguientes categorías:

- S 301- Trastornos Adaptativos
- S 302-Trastornos de Angustia
- S 302.1 Trastorno por Stress Postra
- S 302.2 Fobias
- S 302.3 Trastornos Obsesivo Compulsivo
- S 303- Trastornos Disociativos
- S 304- Trastornos Afectivos
- S 304.1 Trastornos Depresivos
- S 304.2 Trastornos Bipolares
- S 305- Trastornos por Somatización
- S 306- Trastornos Alimenticios
- S 307- Trastornos Psicógenos del Sueño (dormir)
- S 308- Trastornos de la Identidad Sexual y Género
- S 308.1 Trastornos sexuales
- S 308.2 Parafilias
- S 308.3 Trastornos de Identidad Sexual
- S 309- Trastornos Ficticios
- S 310- Trastornos del Control de Impulsos
- S 311- Trastornos por Abuso y Adicción de Substancias
- S 312- Trastornos Psicóticos
- S 313- Trastornos Mentales Basados en Condiciones Médicas Generales.

A modo de ejemplo, de la categoría S 302 Trastornos de Ansiedad se transcriben algunas viñetas clínicas. Aquí se aprecia como un mismo término, ansiedad, remite a estados subjetivos muy diferentes:

1- *Ansiedad en un paciente con dificultades Neuróticas* Un abogado que trabaja en una corporación describe una de varias experiencias atemorizantes “Llegue a la reunión de directorio y poco después de estar ahí sentí como una onda me atravesaba la cabeza. Me empecé a sentir mareado, me parecía que me iba a desmayar, empecé a respirar rápido y sentirme nauseoso” Se empezó a sentir mejor a menudo que transcurría el día, especialmente al llegar a casa. Días después sufría de retorcijones de estómago.

2- *Ansiedad en Personas Borderline* “Mi mente se inunda de todo tipo de imágenes y pensamientos aterradoros. Mi cuerpo es todo ‘nervio’. No me puedo sentar. Estoy constantemente moviéndome de un lado a otro. Siento que voy a estallar. En mi trabajo no puedo hacer nada. Siento que no puedo seguir más...”

3- *Ansiedad en individuos Psicóticos* “Mi cerebro y mi cuerpo está siendo comido por parásitos. Por eso no puedo pensar ni mover mis intestinos. Han estado inyectando gas venenoso en el agujero de la cerradura. Me está destruyendo y aniquilando mis pensamientos”

Para finalizar esta parte del trabajo y como ejemplificación, se presenta un extenso capítulo en el que se describen varios casos clínicos diagnosticados siguiendo los 3 Ejes de la propuesta nosográfica del PSM.

### Las Partes Restantes del PDM

Ya ha sido mencionado (ver *supra*) que por razones de espacio se omite comentar la Parte II del PDM dedicada extensamente a la Clasificación de los Trastornos Mentales de Niños y Adolescentes. De todas maneras, a modo de síntesis, vale la pena mencionar como fue conceptualizada esta Clasificación, que está en franca discrepancia con la del DSM-IV: En primer lugar se echa una mirada microscópica sobre las funciones mentales del niño, su manera de experimentar relaciones y emociones y como el niño se enfrenta con la ansiedad (**MCA Axis**). Luego se evalúan las pautas más amplias de su manera de involucrarse en el mundo, sus tendencias personales (**PCM Axis**).

Finalmente, se caracterizan los síntomas subjetivos del niño dentro del contexto de estos entendimientos (SCA Axis).

La Parte III, que tampoco se comenta acá, es una introducción ilustrativa de la literatura sobre investigación empírica y conceptual que apoyan las premisas en que se basa el PDM. Se tratan temas como: los orígenes históricos de la nosología psicoanalítica (Wallerstein), las indicaciones de la terapia psicoanalítica (Widlöcher y otros), un marco de desarrollo para la psicología profunda y una definición del funcionamiento mental normal (S. Greenspan y col.), una contribución del marco de referencia cognitivo y neurofisiológico para una nosología psicodinámica de las enfermedades mentales (H. Shevrin). Finalmente destacan, entre otros, dos trabajos sobre investigación en psicoterapia (Robert Wallerstein y Peter Fonagy)

## El PDM; una nueva herramienta para el diagnóstico en salud mental

Roussos, Andrés \*

Polcaro, Emiliano

Universidad de Belgrano, CONICET

*Andrés J. Roussos, investigador adjunto de la carrera de investigaciones en CONICET. Profesor asociado en Metodología de la investigación en la Universidad de Belgrano y profesor adjunto de Metodología de la investigación en la Facultad de Psicología en la Universidad de Buenos Aires.*

*Emiliano Polcaro, Lic. en Psicología, miembro del equipo de investigación en Psicología Clínica de la Universidad de Belgrano.*

### Resumen

En el presente trabajo se presentan algunos de los aspectos relacionados con la historia de los sistemas estandarizados de diagnóstico en salud mental y se describen los marcos teóricos involucrados en el desarrollo de los mismos.

Se señala la aparición del PDM como alternativa a los sistemas ya existentes (DSM e ICD) no como instrumento de reemplazo sino como método complementario de los mismos, explicitando las diferencias entre los esquemas clasificatorios, como lo son el grupo ICD y DSM y el PDM.

A su vez, se exponen las fortalezas, así como los potenciales obstáculos para el desarrollo y aplicación del PDM.

Palabras clave: diagnósticos estandarizados, diagnostico psicoanalítico.

### Summary

In this paper some aspects regarding the history of mental health standardized diagnosis systems are exposed. The role of the theoretical frameworks involved in the development of these systems is discussed.

The PDM is presented as an alternative to other diagnostic systems schemata (DSM and ICD), not as replacement but as a complementary method to them. The differences between the classificatory systems, such as the ICD and DSM, and de PDM are mentioned.

Strengths and potential obstacles for the development and application of the PDM are also introduced.

Keywords: standardized diagnosis, psychoanalytic diagnosis.

El tema del diagnóstico ha sido y sigue siendo un tema de discusión en los ámbitos relacionados con la salud mental, no sólo aquí y ahora en nuestro país sino como parte. del folclore de la Psicología clínica.

El debate sobre los tipos de diagnósticos, su sentido, su utilidad y sobre todo la forma en que dichos diagnósticos deben ser encuadrados, trasciende a un marco teórico, ya que se ha instalado en todos y en cada uno de los modelos participantes de la acción clínica y sobre todo en el potencial debate entre los distintos discursos.

Dentro de esa realidad, el psicoanálisis siempre ha sido una fuente de ideas divergentes sobre la posibilidad de uso y el sentido del diagnóstico. Aunque de hecho, los psicoanalistas y también los psicoterapeutas que realizan psicoterapias con orientación psicoanalítica en nuestro país se han visto obligados a usar modelos diagnósticos ajenos a la concepción teórica que su marco de referencia indica. Obras sociales, sistemas de medicina pre-paga, hospitales públicos, poder judicial y otras organizaciones le solicitan a los profesionales que realicen sus diagnósticos utilizando manuales estandarizados como el DSM IV\* (American Psychiatric Association, 1994) o el ICD-10 (World Health Organization, 1993).

Esta imposición genera distintos tipos de situaciones, por un lado hay una aceptación relativa de los lineamientos del DSM o el ICD-10. Esta aceptación, que a simple vista parece pasiva, no lo es, ya que parte de los psicoterapeutas terminan haciendo una interpretación del sentido del manual, forzando diagnósticos y utilizando algunos criterios como comodines. De esta manera, trastornos como el de personalidad no especificado (Código F60.9 en el DSM IV y 301.9 en el ICD-10) se convierten en lugares comunes, a fin de no utilizar diagnósticos con los que los psicoterapeutas no quieren acordar por cuestiones teóricas, aunque los síntomas indiquen que ese podría ser el diagnóstico indicado.

Otra de las situaciones que se presenta en nuestro medio, frente a la imposición de esquemas, es la de negarse a utilizar un sistema diagnóstico, (ni propio ni ajeno al marco teórico del psicoterapeuta), como una forma de rebelión a la inconsistencia de evaluar con herramientas que consideran inadecuadas. Es así que en numerosas historias clínicas de hospitales públicos brilla por su ausencia cualquier tipo de diagnóstico y no por motivos teóricos, sino por no cumplir con una normativa que resulta disonante para el clínico tratante.

Frente a este panorama, la llegada de un primer sistema organizado de diagnóstico generado por instituciones psicoanalíticas, resulta una noticia alentadora, ya que permite plantear el debate sobre el diagnóstico, en términos de su forma y contenido y no en términos de una imposición técnico legal.

El Manual de diagnóstico psicodinámico (PDM por su sigla en inglés) es un instrumento recientemente diseñado por un conjunto de instituciones psicoanalíticas, principalmente norteamericanas, con intención de convertirse en un manual de referencia para diagnósticos psicoanalíticos. El manual ha sido pensado como una herramienta de diseño diagnóstico, que en lugar de competir con los manuales ya mencionados intenta complementarlos y completarlos en los aspectos que no se adecúan con el marco teórico psicoanalítico. De esta manera, el psicoanálisis genera una alternativa válida que libera a muchos sus practicantes de una aceptación forzosa y costosa de instrumentos ajenos.

Ahora bien, esta primer versión del PDM muestra algunos aspectos sumamente interesantes y que merecen una evaluación detallada, tanto por sus aciertos como por sus carencias. Todos ellos deben ser comprendidos para poder hacer un uso adecuado de esta herramienta, o al menos para prepararse hasta que la misma esté disponible en una versión adaptada a nuestro contexto e idioma.

### **Historia de los esquemas clasificatorios estandarizados en salud mental**

El primer sistema clasificatorio internacional diseñado para identificar enfermedades fue el planteado a mediados del XIX (World Health Organization, 2008). Se generó un listado que intentaba detectar las principales “causas de mortandad” y fue ese el nombre que recibió lo que luego iba a denominarse “Clasificación Internacional de Enfermedades”, [ICD en su sigla en inglés], y que iba a ser propuesto por las Naciones Unidas como estándar para la clasificación de las patologías humanas. Sin embargo en sus primeras ediciones el ICD no incluía la patología mental como enfermedad. Tal como señala Solé Arredondo (2002), fue recién en 1938, cuando se generó una sección dedicada a las “Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos”, esta sección ha sufrido múltiples transformaciones hasta llegar a lo que hoy es el Capítulo V del ICD-10, referente al área de la salud mental se denomina “Trastornos Mentales y del Comportamiento”. Del mismo se han retirado las enfermedades del sistema nervioso, las cuales aparecen en el Capítulo VI de esta clasificación (Solé Arredondo, 2002).

Asociado a este interés clasificatorio, aunque siempre motorizado por intereses estadísticos epidemiológicos y no tanto por criterios conceptuales generados por las asociaciones profesionales del área de la salud mental, los Estados Unidos promueven la generación de un sistema clasificatorio propio para las patologías del área de la salud mental, el manual diagnóstico estadístico (DSM en su sigla en inglés).

El primer DSM fue publicado en 1952 (American Psychiatric Association, 1952). El mismo fue desarrollado siguiendo los lineamientos de una clasificación realizada en 1918 por las fuerzas armadas de los Estados Unidos por requerimiento de una agencia del gobierno de dicho país (Bureau of the Census). Sin embargo, tal como señala Grob (1991), fue recién después de la segunda guerra mundial cuando el interés de la psiquiatría norteamericana, migró desde una genuina preocupación por los diagnósticos hacia un interés por la clasificación sistemática de los mismos. Hasta dicho momento no se había surgido desde el seno



de la comunidad profesional una necesidad de organizar y sistematizar los diagnósticos, más allá del consenso teórico que de los mismos se requería.

En este primer DSM si bien se podía observar vocabulario de orden psicoanalítico, se notaba claramente el predominio de otras líneas teóricas, como la de Adolf Meyer y su modelo psicobiológico, el cual tuvo mucha pregnancia en este primer manual (Grob, 1985). Cuando en 1968 aparece el DSM II (American Psychiatric Association, 1968), la influencia del psicoanálisis norteamericano era clara, los trastornos no tenían síntomas específicos que lo identificaban, sino que se asociaban a cuadros psicopatológicos, como la neurosis y la psicosis. En esta nueva versión también acompañaban al psicoanálisis otros modelos de pensamiento de la salud mental, como los modelos psico-sociales y los psicobiológicos presentes en la primera versión.

Sin embargo esta versión del DSM no encontró eco en la sociedad norteamericana, por lo cual rápidamente se planteó la necesidad de revisión de los criterios clasificatorios. En 1974 se creó una comisión para la generación del DSM III. Para esta tarea se impusieron criterios claramente experimentales, a través de ellos los datos que ingresasen al futuro esquema clasificatorio solo debían provenir de investigaciones empíricas. También se tuvo como objetivo que el nuevo DSM presentase una nomenclatura consistente con los ICD de la Organización Mundial de la Salud.

A partir del DSM II se produce un claro cambio de los criterios clasificatorios, el diagnóstico se vuelve descriptivo perdiendo los rastros sobre una etiología de la psicopatología que acompañaban las versiones previas.

Sin embargo, la influencia psicoanalítica no va a desaparecer de esos manuales. El DSM III va a incorporar como novedad una evaluación diagnóstica que utiliza múltiples niveles, es decir el paciente es comprendido a través de una visión que permite el cruce de factores biológicos, sociales y culturales asociados entre sí. Esta evaluación multiaxial proporciona múltiples niveles de análisis para realizar el diagnóstico, resultando mucho más atractiva para un contexto en el que empezaban sistematizarse lo que iban a ser nuevos modelos de atención psicoterapéutica. Esta forma de percibir la patología era claramente apoyada por los ámbitos psicoanalíticos.

Según este sistema multiaxial la persona es evaluada de acuerdo a cinco ejes:

- El eje I: Síndromes clínicos y códigos,
- El eje II: Trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad.
- El Eje III: Trastornos y estados somáticos.
- El Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial y
- El eje V: Evaluación de funcionamiento global del sujeto.

A pesar de las transformaciones claves de este manual, estos ejes nos permiten ver la fuerza que los grupos psicoanalíticos norteamericanos ejercieron para no perder espacio dentro del esquema de atención en la salud mental norteamericana.

El eje V, que evalúa el funcionamiento global del sujeto, tiene como origen directo la escala de medición de salud-enfermedad (HSRS, en su sigla en inglés) diseñada por Lester Luborsky, (Luborsky 1962) un psicoanalista norteamericano con mucho predicamento en la investigación empírica. Luborsky fue un tenaz confrontador de las visiones anti-psicoanalíticas y uno de los primeros investigadores que, desde el psicoanálisis, se atrevió a responder de manera formal, clara y contundente las críticas formuladas por Eysenck en la década del 50 (Luborsky, 1954).

La HSRS a su vez fue modificada por Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen (1976), llamándose "Escala global de evaluación" (Global Assessment Scale, GAS) para terminar siendo la escala de funcionamiento global incorporada al DSM III (Tyrrer, Duggan, y Coid, 2003). Un detalle a ser tenido en cuenta es el siguiente, el GAS tiene como primer autor a un clínico y como co-autores tanto clínicos como estadísticos, como es el caso de Jacob Cohen, esto marca una modificación substancial, ya no eran los entes estadísticos los que proponían los esquemas para la clasificación y su formato de evaluación, sino que desde los clínicos surgía la presentación de estructuras diagnósticas, a la vez que proponían su forma de evaluación y organización apoyados por otros especialistas. Este paso es fundamental para entender los cambios en la propuestas clasificatorias y en los desarrollos futuros.

Otra de las claras influencias del psicoanálisis sobre el DSM III está en el eje II de trastornos de la personalidad, psicoanalistas como Otto Kernberg y sus grupos de investigación tuvieron mucho que ver con la existencia de ese nivel de análisis, aunque como Kernberg dice “el área más pobre del DSM III y el DSM IV, es la que se refiere a los trastornos de la personalidad y a la neurosis sintomática, campo en el cual el psicoanálisis tiene aun mucho que decir” (Kernberg, 1996), esto muestra que aunque el psicoanálisis norteamericano pudo participar en la construcción de este nuevo DSM, que vio la luz en 1980, no tuvo posibilidad de imponer criterios definitivos sobre el mismo. A esta versión del DSM, a modo de apoyatura empírica ya lo acompañaban dos tomos conteniendo los datos de las investigaciones sobre las cuales se basan los códigos diagnósticos.

En 1987 fue publicada una nueva versión de este manual denominada DSM-III-R, siguiendo los mismos lineamientos que la versión anterior, en la misma fueron cambiados nombres y se reorganizaron categorías diagnósticas.

La última versión de este manual es el DSM IV, que se publicó en 1984, (actualmente se cuenta con la versión revisada del mismo). Esta versión no presenta cambios en los lineamientos diagnósticos, si bien integra el criterio de cambio clínicamente significativo, para contrastar con el cambio estadístico puro. Este detalle devuelve a los clínicos parte del poder decisorio sobre la relevancia sintomática y su vínculo con el trastorno a diagnosticarse. La diferencia entre significancia clínica y estadística pueden entenderse siguiendo los debates de (Jacobson y Truax, 1991)

A principios de la década del 70 se puede ubicar uno de los pocos intentos de elaborar esquemas clasificatorios para la salud mental en castellano, el glosario cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas (GC-1), diseñado sobre la base del ICD-8 resulta uno de los pocos antecedentes documentados en estos intentos tal como señala Solé Arrondo (2002).

### **Diagnóstico en psicoanálisis**

Para el marco teórico psicoanalítico nunca ha sido natural hablar de un diagnóstico por fuera del contexto teórico. Esto, pensado desde un movimiento psicoanalítico que contiene muchas escuelas de sentido teórico muy distintas, genera un debate incesante, acalorado y enriquecedor, aunque por momentos un tanto apabullante.

Se podría decir, que acorde al sentir psicoanalítico, hacer diagnóstico es hacer teoría, ya que es la forma en la que se construye un saber. No se trata de una cuestión meramente especulativa, ya que esta teoría tiene consecuencias al nivel de la práctica del psicoterapeuta, al mismo tiempo que, acorde a los cánones psicoanalíticos, surge de ella.

Es necesario aclarar que cuando en el presente trabajo se habla de una nueva herramienta clasificatoria general diagnóstica para el psicoanálisis no se olvida ni se deja de tomar en cuenta los numerosos intentos que desde dicho marco teórico han sido realizados. Sin embargo, los intentos de diagnósticos estandarizados que han caracterizado muchos trabajos de psicoanalistas prestigiosos no tuvieron nunca la pretensión de conformar un manual organizado o el afán de generar una taxonomía única y comparativa.

Sabiendo que excelentes trabajos han de quedar irremediable y erróneamente obviados mencionaremos a Bellak con su escala de funcionamiento del yo (1989) a Weinryb y Rössel (1993) con el desarrollo del “Perfil Psicodinámico de Karolinska o el SWAP (Schedler Westen Assesment Procedure), el cual es un instrumento diseñado para el diagnóstico de la personalidad y sus trastornos creado por Schedler y Westen,; (Shedler, 2003; Westen, 2000) y que luego fue incorporado como herramienta técnica del PDM (Westen y Schedler, 2006).

### **Consideraciones sobre los esquemas clasificatorios internacionales (grupo DSM e ICD)**

La configuración del diagnóstico a través de árboles de decisión y la inclusión de protocolos validados empíricamente tienen como meta la sistematización del diagnóstico y su generalización más allá de las fronteras teóricas. De allí que generalmente se lo denomine al DSM un manual a-teórico, denominación

difícil de ser sustentada, ya que la agrupación de síntomas bajo criterios estadísticos de frecuencia de aparición, conlleva una representación teórica muy poderosa aunque tan legítima como la pretensión de agrupar síntomas por etiologías comunes. Pero reemplazar un criterio por otro y pretender que no hay un juicio teórico por detrás de este hecho, resulta cuando menos un error epistemológico.

El uso del término trastorno, el cual posibilita agrupar lo que hasta entonces se denominaban patologías, conlleva también una concepción del síntoma absolutamente distinta. Mediante este sistema de acción instaurado a partir del DSM-III, diagnósticos clásicos para el psicoanálisis, como el de la neurosis obsesiva, desaparecen ante el trastorno obsesivo-compulsivo, en tanto que la histeria se disuelve en diversos trastornos, como lo son el denominado psicósomático, el somatomorfo y el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros.

El PDM confluye en un esquema que establece una posible continuidad entre neurosis y psicosis, cuyas diferencias quedan promovidas mayoritariamente por la sintomatología presentada. De esta forma, se borra una distinción fundamental para el psicoanálisis que es aquella que distingue entre el fenómeno y la estructura clínica que lo contiene.

En ese afán taxonómico, el DSM mezcla síndromes con signos, las estructuras quedan diluidas en los trastornos y sus síntomas representativos, susceptibles de ser tratados de forma focalizada.

Los hallazgos reproducibles son el sello de los modelos psicoterapéuticos empíricamente validados. En su esfuerzo por obtener datos confiables, las investigaciones sobre las que se ha apoyado el DSM han buscado minimizar la dependencia de la inferencia y el juicio clínico. Esta es la lógica que subyace al DSM, que clasifica la patología de la personalidad, enumerando signos y síntomas manifiestos en lugar de considerar las dinámicas y la organización del carácter. Por ejemplo, la tendencia a contar con la proyección como defensa no se incluye entre los criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad paranoide, en parte porque los artífices del manual supusieron que los clínicos podían no evaluar las defensas de una forma confiable. La entrevista hace que resulten irrelevantes las habilidades de un entrevistador dinámicamente sofisticado, puesto que es menos una entrevista clínica que un cuestionario de información sobre el self, administrada por un entrevistador (Shedler, 2003).

Tales enfoques difieren enormemente de la práctica clínica y reflejan una visión demasiado estrecha de la "replicabilidad" que bajo un esfuerzo por sumar confiabilidad pierde validez en sus diagnósticos. Tal como ha sido largamente estudiado y debatido, los clínicos no se limitan a la información abierta y manifiesta, ni basan las formulaciones diagnósticas exclusivamente en las respuestas que los pacientes dan a preguntas directas, sino que hacen participar una innumerable cantidad de elementos en dicha tarea (Leibovich de Duarte, 2002, 2006). De hecho, la forma en la que el clínico realiza su proceso de juicio clínico ha sido uno de los temas de debate inter-teóricos mejor desarrollado a lo largo de los últimos 50 años. Autores como Meehl (1959, 1967) y Holt (1958) abrieron el juego a pensar la forma en la que el clínico recolecta y organiza la información para la elaboración de sus juicios clínicos, entre ellos sus diagnósticos. Garb (1998) Leibovich de Duarte, (2006) y Westen y Weinberger, (2005<sup>a</sup>, 2005<sup>b</sup>) han continuado el desarrollo de dicho debate.

Controlando en exceso el juicio clínico y la inferencia, o intentando reducirlo a su mínima expresión, se excluye del estudio aquello que lo puede llegar a caracterizar de una mejor manera, al menos para una visión clínica pura.

Uno de los puntos de cuestionamiento del DSM se apoya en la excesiva comorbilidad entre categorías diagnósticas, especialmente en el eje II, de modo tal que los pacientes que reúnen los criterios para un trastorno de personalidad a menudo reúnen los criterios para otros cinco o seis. Shedler, menciona que la fiabilidad test-retest de los diagnósticos del Eje II es escasa, tras intervalos de seis semanas, a pesar de los esfuerzos por hacer objetivos los criterios de diagnóstico. Es más, aproximadamente el 60% de los pacientes en tratamiento por patología de la personalidad no pueden ser diagnosticados en absoluto en base al Eje I (Shedler, 2003).

Esta modalidad del DSM proviene de una visión limitada de la "confiabilidad" o "replicabilidad", basada en la suposición errónea de que la confiabilidad de un instrumento clínico puede alcanzarse únicamente reduciendo la subjetividad clínica de la evaluación psicológica. La suposición resulta conflictiva por dos

motivos. En primer lugar, es empíricamente polémica. Aunque los criterios diagnósticos del DSM puedan haberse ido volviendo cada vez más “objetivos”, esto no necesariamente se asocia en forma directa con la posibilidad de realizar diagnósticos de los trastornos de personalidad, más confiables, al menos eso es lo que sugieren los estudios sobre dichas problemáticas. En segundo lugar, y como punto de debate epistemológico, no se puede sostener que la eliminación de la inferencia humana sea un requerimiento real en el área de la salud mental (y posiblemente en ninguna otra). Es decir, la noción fundamental de la ciencia que habla de “replicabilidad” no apunta a que la misma sea lograda por cualquiera. Suponer que legos puedan interpretar las imágenes provenientes de una resonancia magnética resulta un error operativo, puesto que la tarea, por su naturaleza, requiere un juicio experto. Lo mismo sucede en psicología y psiquiatría. No deberíamos esperar que individuos que carecen de la formación, experiencia y experticia adecuadas realicen observaciones e inferencias dinámicas correctas. Sin embargo, esto último no puede servirnos de amparo para no exponer los conocimientos psicoanalíticos para la evaluación de contextos externos, siempre y cuando dicha evaluación se realice con criterios acordados y validos para las distintas partes involucradas.

### Áreas de potencial desarrollo del PDM

Tal como ha sido descrito en el trabajo de Ferrari (2007 y presente volumen) el PDM consta de tres partes que a su vez se subdividen, no se repetirá la estructura central del PDM pero, vale la pena destacar su estructura multidimensional, orientada a evaluar:

- Trastornos y patrones de Personalidad (Dimensión I)
- Funcionamiento Mental. (Dimensión II)
- Síntomas manifiestos y preocupaciones (Dimensión III)

En la dimensión I se encuentra la ubicación general de la persona, posicionada en un continuo que va de sano a disfuncional, y la naturaleza de las características en que el individuo organiza su funcionamiento mental y se involucra con el mundo.

La dimensión II da cuenta de una detallada descripción del funcionamiento emocional, las capacidades que contribuyen a formar una personalidad individual y el nivel general de salud o enfermedad.

Dimensión III, ésta tercer dimensión que comienza con las categorías del DSM IV-TR intenta describir los estados afectivos, los procesos cognitivos, las experiencias somáticas y los patrones de relación que se asocian usualmente con cada uno, a nivel clínico.

Se discute su papel en la formación y supervisión psicoanalíticas, así como su valor como medición del cambio estructural en el proceso psicoanalítico y en la investigación resultante.

El PDM es un paso más hacia la reunión del psicoanálisis, visto por sus practicantes y desde su teoría con el mundo de los investigadores académicos (ya sean estos psicoanalistas o no). La interacción propuesta, especialmente en la tercer parte de este manual, permite que ambos grupos dialoguen e intercambien ideas, tanto en lo metodológico como en lo teórico.

La influencias teóricas parecen determinadas más por las identificaciones con el analista de uno, con sus supervisores y su instituto más que por el peso de las pruebas. Otro problema es que las pruebas obtenidas a partir de casos psicoanalíticos han sido de escasa ayuda para demostrar algo que resulte satisfactorio para nadie, excepto para otros analistas.

Si bien manual surge de la asociación de numerosas instituciones psicoanalíticas, como la American Psychoanalytic Association, la Internacional Psychoanalytic Association, la División 39 de la American Psychological Association, la American Academy of Psychoanalysis y el National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work, se puede observar un claro predominio de los grupos norteamericanos. Observando la conformación de los grupos de trabajo que organizaron el PDM (PDM, 2006) se puede observar que de los 58 equipos participantes de dichos grupos, solo 6 no eran norteamericanos, dos equipos ingleses, uno francés dirigido por el entonces presidente de la IPA, David Widlocher, dos alemanes y la única presencia del psicoanálisis hispano parlante que es la del Dr. Ferrari.

Casi todos estos equipos tienen sede en universidades, mostrando el puente entre las asociaciones psicoanalíticas y los institutos académicos para el desarrollo de investigaciones.

El término psicoanálisis se refiere a muchas cosas: a una colección diversa de técnicas terapéuticas, a una amplia gama de teorías y modelos, a una rica colección de construcciones diagnósticas, y a una cierta actitud hacia la vida mental que no está ligada a ninguna técnica ni modelo específicos (Gabbard, 2000; Schafer, 1983). Hay aspectos del psicoanálisis que se entienden mejor como hermenéutica. Ciertamente, la escucha analítica, o el proceso por el que discernimos aspectos negados de la vida mental en las comunicaciones manifiestas de los pacientes, es enormemente hermenéutica. Pero otros aspectos del psicoanálisis se pueden encasillar en las categorías de cuestiones empíricas y proposiciones causales. Las teorías que guían implícita o explícitamente la escucha analítica contienen muchas proposiciones causales. Podemos emplear los métodos hermenéuticos cuando faciliten la comprensión, y los métodos empíricos cuando ésta sea facilitada por la investigación empírica.

Uno de los puntos que queda claro en la lectura de este manual es la variedad de metodologías propuestas, de hecho Wallerstein trata de ordenarlas en generaciones (Wallerstein 2001, 2006), lo que permite establecer no sólo procesos evolutivos, en tanto implementación de distintas metodologías, sino también entender como el psicoanálisis ha ido acercándose a posturas científicas que durante mucho tiempo le resultaban ajenas.

El marco diagnóstico del PDM describe:

- Funcionamiento de la personalidad saludable y con trastornos
- Perfiles individuales de funcionamiento mental, incluyendo patrones de relación, de comprensión y expresión de los sentimientos, afrontamiento del estrés y la ansiedad, la observación de las propias emociones y comportamientos, juicios de tipo moral y
- Patrones de síntomas, incluyendo diferencias individual y subjetiva en la experimentación de los mismos.

El PDM suma una perspectiva a los sistemas de diagnóstico existentes. Además de considerar los patrones de diagnóstico descriptos en otras taxonomías, les permite a los clínicos describir y categorizar los patrones de personalidad, capacidades sociales y emocionales relacionadas, es decir perfiles mentales únicos y la experiencia subjetiva de la sintomatología.

El PDM genera un espacio para aquellos que concuerdan en que la salud mental comprende más que la ausencia de síntomas. Implica al funcionamiento mental completo de una persona, incluyendo sus vínculos, el rango, la profundidad y la regulación de sus emociones, las estrategias de afrontamiento y las habilidades de auto-observación. Si bien esto puede parecer evidente, la tendencia de los campos en salud mental en los últimos 30 años se basó en la descripción de síntomas observables, comportamientos y rasgos.

Este tipo de nuevos manuales posibilita pensar en que la psicopatología también debe incluir una evaluación de la tolerancia a los afectos, su regulación y expresión; las estrategias de afrontamiento y las defensas, la capacidad para entender a sí mismo y a otros y la calidad de los vínculos

Caer en una sobre simplificación de los fenómenos mentales, a fin de lograr una mayor consistencia en la descripción (confiabilidad) y una mayor capacidad para evaluar un tratamiento empíricamente (validez), puede haber comprometido el objetivo original de comprender la salud mental y la psicopatología de una forma más científica. Además, los datos de confiabilidad y validez de muchos de los trastornos descriptos no son tan fuertes como se esperaba, Allen Frances, presidente del grupo de tarea del DSM IV de la APA, recientemente reconoció que no se obtuvo la tan deseada confiabilidad en los resultados (Spigiel, 2005). Asimismo, el objetivo de lograr un sistema de diagnóstico basado en la evidencia, llevó a desestimar evidencia existente sólidamente producida, aunque con metodologías distintas a las propuestas. De esta forma se derivó en observaciones más acotadas, y sobre todo, se llegó a poner en jaque el objetivo original de describir a la psicopatología y a la salud mental en conjunto con los patrones con los que naturalmente aparecen, lo que metodológicamente se denomina, pérdida de la validez ecológica. Los contextos naturales son claves al momento de intentar realizar una descripción de los patrones, de la etiología, de las formas de desarrollo, de la prevención y del tratamiento de la psicopatología.

El intento de desarrollar un sistema clasificatorio de los trastornos mentales debe comenzar con un consenso de opiniones de expertos basado en una observación clínica asesorados por la investigación clínica existente y emergente. La una sin la otra, a lo largo de la historia de la salud mental, han generado, cantidades considerables de teoría sin apoyo alguno o modelos metodológicamente correctos pero que carecen de adecuación al momento de explicar el campo clínico

Estos fenómenos descriptos que pueden ser parte de una agenda de discusión para la epistemología de la psicología clínica, tienen su contraparte en el accionar clínico de los psicoterapeutas. Un paciente puede experimentar un diverso número de patrones de síntomas. Algunos de ellos pueden superponerse. En los sistemas del DSM y la ICD, el uso de criterios estrictos (por ejemplo, cuatro de seis ítems) fuerza a realizar una separación artificial de condiciones que generalmente se relacionan. Signos y síntomas que están etiológica, fenomenológica y contextualmente interconectados son descriptos como condiciones comórbidas, como si estos problemas coexistieran accidentalmente en la persona..

El PDM por su parte refleja la preocupación sobre dicha tendencia a aceptar los métodos de otras ciencias acríticamente, sin haber desarrollado procedimientos empíricos propios que sirvan para reflejar los datos de nuestra especialidad. Queda pendiente sin embargo el desarrollo de nuevos métodos, tarea en la que se encuentra gran parte de los investigadores en psicoanálisis.

Una comprensión conjuntamente funcional y etiológica del caso es lo que permite realizar mejores diagnósticos y tratamientos.

Un sistema científico comienza con un adecuado reconocimiento y comprensión de lo complejo de los fenómenos clínicos y se construye gradualmente hacia la validación empírica. Confiar en la sobresimplificación y favorecer lo "medible" por sobre lo rico en sentido, no opera al servicio de una buena ciencia.

El PDM intenta que el analista atienda a un amplio espectro de material clínico relevante y concibe a un paciente desde múltiples puntos de vista. Intenta permitir que el analista exprese sus observaciones en un lenguaje claro y sin ambigüedades. Proporciona un medio objetivo para calcular el grado en que la dinámica de la personalidad de un paciente encaja con los síndromes de personalidad reconocidos. Proporciona un modo objetivo de evaluar el cambio en el transcurso del tratamiento. Y, lo que no es menos importante, ha generado datos empíricos consistentes que harán difícil que los investigadores psiquiátricos ignoren los factores psicodinámicos en el futuro.

No hay nada en el enfoque que excluya a los métodos tradicionales de investigación analítica, como el estudio narrativo del caso; simplemente es otra herramienta dentro del arsenal epistémico del psicoanálisis. En realidad, los datos del PDM pueden complementar y mejorar el material narrativo del caso. Por ejemplo, podrían utilizarse los ítems del PDM para asegurar la presentación de un caso con indicadores claros y científicamente significativos, mientras que dispone la información narrativa, histórica e interpretativa alrededor de esos indicadores

El PDM intenta resolver este problema con respecto a la descripción de casos. Proporciona un lenguaje para la investigación psicoanalítica que es al mismo tiempo lo suficientemente rico clínicamente como para describir las complejidades de los pacientes que tratamos, y riguroso empíricamente como para satisfacer los requerimientos de los investigadores.

Sigue existiendo un abismo entre los psicoanalistas y los investigadores empíricos. Tal vez este nuevo lenguaje sea un idioma que puedan hablar todas las partes.

Es importante entonces destacar, que es necesario plantear una evolución de la estructura, así como del DSM tuvo y tiene profundos cambios que marcan una evolución en su estructura y sentido, el PDM, en tanto sus autores quieran que el mismo sea adoptado y difundido, debe seguir el mismo camino.

### **Diferencias entre el PDM y el DSM**

Las categorías generadas por el PDM, reflejan la forma en la que la el psicoanálisis ha ido organizando su clínica a lo largo de su siglo de vida, esto quiere decir cómo ha ido tomando de las distintas teorías que lo componen, ejes de distinto orden, y a partir de los mismos, generando criterios de clasificación.

Esto tiene como efecto, esquemas en donde no siempre aparecen categorías homogéneas o sistemas en los que no se apunta a generar criterios abarcativos y excluyentes entre sí, lo cual actúa de limitante para su implementación.

Las categorías y criterios del DSM, con su base estadística como argumento fundamental, tal como se ha mencionado, también reflejan los intereses de los comités que han generado cada versión de dicho manual. Estos comités obviamente responden a dinámicas de grupo asociados a los contextos de formación, a las personalidades de los miembros del comité, a la *Zeitgeist* sociopolítica y otros factores parecidos. Sin embargo, el marco teórico de sus participantes no ha sido un criterio determinante.

Otra diferencia fundamental entre los manuales diagnósticos generados hasta la actualidad y el PDM, la marca la posibilidad de conceptualizar los trastornos de personalidad como continuos y no solamente como categorías binarias. Por ejemplo, los clínicos pueden describir la patología *borderline* sobre un continuo, yendo desde ligera, pasando por moderada hasta severa, en lugar de clasificar el trastorno de personalidad *borderline* como presente/ausente. Creemos que esto refleja con más precisión el pensamiento clínico. El PDM al incorporar conceptos teóricos como pueden ser los factores intrapsíquicos, permite que los mismos tengan un rol dinámico en el diagnóstico, ya que los mismos se vuelven motores de fenómenos tales como motivos, fantasías, representaciones objetales, conflicto y defensa. De esta manera ya no solo se evalúan indicadores directos como los signos y síntomas, sino que se da un lugar de apreciación a la dinámica de la patología. Esto, podemos imaginar que ha de generar un poderoso efecto no deseado, este es el de la pérdida significativa en el acuerdo inter jueces para evaluación de casos, evento que aún no ha sido evaluado y que llevará bastante tiempo analizar.

Uno puede pensar en los criterios diagnósticos del DSM como “ladrillos” que nos permiten dar forma a una construcción como puede ser la de un trastorno de personalidad. Sin embargo algunos autores como Shedler, afirman que el PDM también posibilitaría dar forma al interior de dichos trastornos (Shedler, 2003), mientras que el DSM solo construye una fachada. Esta afirmación no es menor, si se piensa a la multidimensionalidad propuesta por el PDM, como una forma de insertar los conceptos teóricos fundamentales del psicoanálisis a la teoría diagnóstica general de uso en las otras áreas. De esta manera es que se produce la mencionada incorporación de los conceptos que al momento se encuentran del resto de los manuales diagnósticos.

Esta última afirmación no debería implicar que toda forma diagnóstica sea asociable, ya que dentro del psicoanálisis hay puntos de vista teóricos irreconciliables y queda por saber si los autores del PDM podrán manejar semejante diversidad de pensamiento.

En dicho sentido hay una pretensión (que su uso evaluará como posible o no) a enfatizar tanto los aspectos comunes como las variaciones individuales, es decir reconciliar la visión de lo nomotético y lo idiográfico como lugares que no tienen punto de encuentro en la concepción de la psicopatología.

Si bien el PDM no tiene como objetivo fundamental reemplazar ni ciertamente complementar al DSM o al ICD-10 en sus esfuerzos por catalogar síntomas, intenta darle un contexto al uso de dichos manuales.

### **Discusión sobre el futuro del PDM**

Todos los marcos teórico-clínicos involucrados en la psicoterapia podrían acordar ciertamente en que cada teoría recorta el campo particular de los fenómenos clínicos de una manera diferente. De este modo, y a modo de ejemplo, lo que para un psiquiatra puede ser un episodio psicótico, para un psicoanalista podría considerarse, en algunos casos, como una locura histérica. O lo que en una teoría se define como una estructura fronteriza, para otra puede ser una estructura narcisista, y para otra una neurosis grave.

El PDM entonces trata de presentar un recorte del campo clínico que pueda ser observado por los psicoanalistas, pero también, que pueda ser discutido por los participantes de la salud mental provenientes de otros marcos teóricos, algo así como un punto de encuentro propuesto por el psicoanálisis, tal como otros contextos han sabido generar, con distinto éxito.

Una de las principales preocupaciones de los psicoanalistas ha sido siempre la de evitar el diagnóstico como lugar de saber anticipado, como certeza, provocando que dicho diagnóstico obturase la escucha analítica y por ello una adecuada acción psicoterapéutica.

El PDM, por su forma, respeta la idea de que el diagnóstico es una conjetura que se construye y que debe ser verificada a partir de dicha escucha. Pero esto requiere que el analista esté dispuesto a soportar errores (propios y ajenos) y que esté preparado para redefinir sus conjeturas acorde al sistema propuesto por este manual, que no siempre ha de coincidir con las teorías del mismo.

El futuro de este manual o de cualquier otro que proponga el psicoanálisis parecería estar asociado a distintos factores. Estos aspectos pueden ser ordenados en distintos niveles, el primero de ellos es claramente de orden pragmático. Si el manual empieza a ser utilizado y sus diagnósticos empiezan a ser incorporados a los debates psicoanalíticos a sus textos teóricos y al vocabulario general de los analistas, su desarrollo estaría en marcha y con él un futuro bastante halagüeño. En caso de no ser así habría que analizar si el problema para su uso proviene de una cuestión realmente operativa o si obedece a una lucha de poder entre escuelas teóricas dentro del psicoanálisis. El hecho de que el PDM surja fundamentalmente del psicoanálisis anglo parlante (pocas excepciones pueden ser encontradas como las tareas del Dr. Ferrari que aparece en este trabajo), puede provocar que el mismo no sea aceptado por las otras regiones teóricas del psicoanálisis, para un detalle sobre la influencia que en la formación de los analistas tiene su contexto teórico geográfico se sugiere la lectura de la investigación de Pereira y colaboradores (Pereira, et al. 2007). En este sentido el PDM debería dejar de ser propiedad de una o un grupo de escuelas teóricas psicoanalíticas.

Otro de los niveles que debe ser considerados para el desarrollo futuro de este manual es el de las tareas. La constancia en la realización de investigaciones y el correspondiente trabajo de reunión con la teoría psicodiagnóstica que acompaña este manual, es absolutamente imprescindible. Un crecimiento desmedido de cualquiera de sus partes haría que el balance propuesto hasta aquí desapareciera, perdiéndose entonces aquello que lo distingue por sobre otro tipo de manuales.



## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and Statistical Manual ( DSM II) 2<sup>nd</sup>. edition. Washington D.C. APA.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual ( DSM III) 3<sup>rd</sup>. edition. Washington D.C. APA.
- American Psychiatric Association. (1984). Diagnostic and Statistical Manual ( DSM III R) 3<sup>rd</sup>. edition revised. Washington D.C. APA.
- American Psychiatric Association. (1992): *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales ( DSM III R). Versión castellana*. Barcelona. Massson.
- Bellak, L. (1989). The broad role of ego function assessment. In S. Wetzler & M. Katz (Eds.), *Contemporary approaches to psychological assessment* (pp. 270-295). New York: Brunner/Mazel.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. F., Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 768–771.
- Freud, Sigmund. *Obras Completas*. Buenos Aires. Amorrortu.
  - (1913) Iniciación del tratamiento. Tomo XII
  - (1926) ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Tomo XX.
- Ferrari 2007 Un nuevo instrumento de diagnóstico. El manual de Diagnóstico Psicodinámico. (PDM) presente trabajo
- Gabbard 2000
- Garb, H. (1998). *Studying the Clinician. Judgment Research and Psychological Assessment*. Washington: American Psychological Association. (pp186).
- Grob, GN (1991). *Origins of DSM-I: a Study in Appearance and Reality* . *Am J Psychiatry*. Apr;148(4):421-31
- Grob, GN (1985). The origins of American Psychiatric epidemiology. *Am. J. Public Health*. 75. 275-276
- Holt, R. (1958). Clinical and statistical prediction: A reformulation and some new data. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 1–12.
- Leibovich de Duarte, A. (2002) “Más allá de la información dada”: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis* N° 3, 97- 114.
- Leibovich de Duarte, A. (2006) “Going beyond the information given”: Constructing our clinical hypotheses. *Bulletin of the European Psychoanalytic Federation*. Publicación electrónica: [www.epf-eu.org/pub/bulletin](http://www.epf-eu.org/pub/bulletin) N° 60, Enero
- Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck’s article, “The effects of psychotherapy: An evaluation.” *British Journal of Psychology*, 1954, 45, 129-131
- Luborsky, L. (1962) Clinicians’ judgements of mental health. A proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Meehl, P.E. (1959). Some ruminations on the validation of clinical procedures. *Canadian Journal of Psychology*, 13, 106–128.
- Meehl, P.E. (1967). What can the clinician do well? In D.N. Jackson & S. Messick (Eds.), *Problems in human assessment* (pp. 594–599). New York: McGraw-Hill.
- Organización Mundial para la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico* CIE 10.. MEDITOR, Madrid.
- Jacobson, NS. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991 Feb Vol 59(1) 12-19.
- Kernberg, O. (1996). *Interview held by Sergio Benvenuto and Raffaele Siniscalco at Prof. Kernberg’s*. Multi-Media Encyclopaedia of Philosophical Sciences by RAI (radio television italiana). July. Psychomedia. Disponible on-line en: <http://www.psychomedia.it/jep/number5/kernberg.htm>
- PDM Task Force, editors. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Schater, 1983
- Shedler, J (2003). A new language for psychoanalytic diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 50 (2), pp. 429-456.
- Shedler, J. y Westen D. (2006). Personality Diagnoses with the Shedler Westen Assesment Procedure (SWAP), Bridging the gulf between Science and practice. *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

- Solé Arredondo (2002). La Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento . *Revista Cubana de Psicología*, Vol.19 (3). 242-247.
- Spigiel, 2005
- Tyrer, P. Duggan, C y Coid J. (2003). **Ramifications of personality disorder in clinical practice** *The British Journal of Psychiatry*, January. 182 (44). s1 - s2.
- Wallerstein, R. (2001). "The generations of psychotherapy research: An overview." *Psychoanalytic Psychology* 18: 243-267.
- Wallerstein, R. (2006). Psychoanalytic Therapy Research: Its History, Present Status, and Projected Future. en *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate - Models, methods and findings* . Mahwah , NJ : Erlbaum.
- Weinryb y Rossel, 1993
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to personality disorders: Toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14, 109-126.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Westen, D., Weinberger, J. (2005a) In praise of clinical judgment: Meehl's forgotten legacy. *Journal of Clinical Psychology*. 61., 1257-1276.
- Westen, D., & Weinberger, J. (2005b). *Clinical judgment in science*. *American Psychologist*, 60, 659-661.
- World Health Organization. (1939). Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, (ICD 4) 4<sup>th</sup>. revision, Geneva, World Health Organization..
- World Health Organization. (1969). Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 8<sup>th</sup>. Revision, Vol 1 Geneva, World Health Organization..
- World Health Organization. (1993). The. *Classification and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research* (ICD-10) 10<sup>th</sup>. Revision. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). History of the development of the ICD. Disponible on line: <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>

## El PDM entre los psicoanalistas, clínicos e investigadores

Andrea Rodríguez Quiroga de Pereira

Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Titular Extraordinario de las materias Psicoterapia Familiar y Metodología de la Investigación, de la Carrera de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador.

### Resumen

Este documento de trabajo se interroga sobre los posibles efectos que la consideración del Manual de Diagnóstico Psicoanalítico (PDM, 2006), como una herramienta diagnóstica inscrita en una nosología psicoanalítica, pueda tener entre los psicoanalistas.

Con este objetivo describe dos culturas psicoanalíticas dentro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), una más ligada a la investigación y otra, a la clínica. Ambas plantean el estudio de los materiales clínicos como base común para la producción de nuevo conocimiento, aunque explicitan diferencias en la metodología ligada al abordaje de los mismos.

Se desarrolla inicialmente la perspectiva del diagnóstico más ligada a la clínica psicoanalítica, donde éste forma parte de las entrevistas iniciales y sólo es un fin secundario de las mismas. La analizabilidad o no del paciente, la factibilidad del proyecto terapéutico, de acuerdo a los esquemas referenciales del analista, se constituye como la meta primaria.

Para posteriormente incluir, desde la investigación empírica, el uso de las clasificaciones diagnósticas internacionales, y la problemática ligada a la sobre simplificación en el estudio del fenómeno de la salud mental.

En el PDM (2006), se esgrimen algunas cuestiones que dan cuenta de su especificidad psicoanalítica. Se presenta un eje ligado a la subjetividad del paciente, y se introduce la posibilidad de trabajar sobre categorías diagnósticas propiamente psicoanalíticas, las de neurosis y psicosis, así como se reconsidera el papel de la inferencia y el juicio clínico en la evaluación diagnóstica.

Reflexionar conjuntamente sobre esta propuesta, como una posibilidad epocal, y compleja, quizá impulse nuevos avances, tanto en la clínica como en la investigación. Será cuestión de mantener la incertidumbre con respecto a la pregunta inicial, en busca de una respuesta de que sólo podrá aportar el esfuerzo de diálogo conjunto entre la comunidad psicoanalítica.

Palabras clave: diagnóstico, subjetividad, investigación, material clínico, PDM.

### Summary

This paper raises the issue of the possible effects of introducing the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM, 2006) among psychoanalysts. To achieve this purpose, it describes two psychoanalytic cultures within the International Psychoanalytic Association (API): one more linked to research and the other to clinical practice. Both consider the study of clinical input as a common basis for the production of new knowledge, although they differ about the methodological approach.

In the first part, the diagnostic perspective closely connected to psychoanalytic practice is displayed, where diagnosis is part of the initial interviews only as a secondary aim.

In the second part, the use of international diagnostic classifications and the issue of oversimplification in the study of mental health phenomena are taken into account from the diagnostic perspective of empirical researchers.

PDM (2006) deals with various subjects about its own psychoanalytic specificity.

At this time, new breakthroughs in both clinical practice and research will be fostered by a reflection about PDM within the psychoanalytic institutions. Yet, the task lies in future debates among the psychoanalytical community, which will seek an answer to our preliminary question. This answer will be the result of a fruitful dialogue in the community.

Keywords: diagnosis, subjectivity, research, clinical material, PDM.

Este documento de trabajo se interroga sobre los posibles efectos que la consideración del Manual de Diagnóstico Psicoanalítico (PDM, 2006), como una herramienta diagnóstica inscrita en una nosología psicoanalítica, pueda tener entre los psicoanalistas.

Amerita destacar el esfuerzo conjunto de la Asociación Psicoanalítica Americana, la Asociación Psicoanalítica Internacional, la División de Psicoanálisis (39) de la Asociación Psicológica Americana, la Academia Americana de Psicoanálisis y el Comité Nacional de Miembros de Psicoanálisis en Trabajo Social Clínico, todas organizaciones que representan a los profesionales de la salud mental de orientación psicoanalítica. Sus presidentes formaron un comité que recomendó miembros de sus instituciones para contribuir en la construcción de esta herramienta (PDM, 2006),

### **Dos culturas en el psicoanálisis de hoy**

Luyten, Blatt, y Corveleyn, (2006) plantean que dentro del psicoanálisis hallamos dos culturas muy diferentes, una más centrada en la clínica, en los significados y en la interpretación, así como en el método tradicional de estudio de casos, y la otra más orientada a la investigación, basada principalmente en métodos tomados de las ciencias naturales y sociales. Resulta entonces que, a cada una de estas culturas les preocupan distintos temas en relación a la investigación empírica: a la primera que el incremento en la cantidad y la calidad de la investigación empírica sobre los conceptos psicoanalíticos arriesgue la creación de una unilateralidad empírica, mientras a la segunda que el no comprometerse en una investigación empírica sistemática pueda dar lugar al aislamiento intelectual y la fragmentación teórica.

Este enfrentamiento entre estas dos culturas se expresa, por ejemplo, en los debates entre André Green, Peter Fonagy, Robert Wallerstein y Robert Emde (citados en Luyten et. al, 2006). En algunos casos, esta división es paralela a la distinción entre enfoques más ideográficos, que enfatizan lo único de cada individuo, y al comprender a los individuos y a su historia, sus creencias y conductas particulares e idiosincráticas, y enfoques más nomotéticos, que se preocupan más por identificar las regularidades legítimas entre individuos.

Según algunos autores, el enfoque más interpretativo dentro del psicoanálisis está influenciado mayormente por el psicoanálisis francés, mientras que la cultura más neopositivista es dominante principalmente en el mundo anglófono (Steiner; y Stern, citados en Luyten, et. al, 2006).

Las investigaciones dentro de la cultura anglófona muestran una convergencia cada vez mayor entre el psicoanálisis y otros enfoques teóricos de la psicología, como la psicología cognitiva (p. ej. Bucci, Erdelyi, Luyten, Blatt y Corveleyn, Milton; Ryle, Segal y Blatt citados en Luyten, et. al., 2006), la psicología y la psicopatología evolutivas, incluyendo la investigación sobre el apego (p. ej. Beebe y col., Blatt, Auerbach y Levy, Diamond, Emde, Fonagy y Target, Main, Mayes, Slade, Stern, citados en Luyten, et. al., 2006) y la psicología social (Westen, citado en Luyten, et.al., 2006), así como la neurociencia (p. ej. Kandel, Mayes, Olds y Cooper, Schore, Shevrin y col., Solms, Westen y Gabbard, citados en Luyten, et.al., 2006).

El psicoanálisis francés privilegia otros métodos de investigación como la psichistoria, la etnografía y el método tradicional de estudio de casos. Métodos que se consideran útiles centralmente en el proceso de generación de hipótesis, en el contexto del descubrimiento.

Westen (citado en Luyten, et. al., 2006) toma en consideración la complejidad de la realidad al acotar que ambas posturas deberían considerarse extremas, y que muchos psicoanalistas en todo el mundo se sitúan en algún punto intermedio entre ambas.

A pesar de los debates ya señalados entre Green y Wallerstein, interesa señalar que ambos autores parecen coincidir en que el futuro del psicoanálisis se centrará en la validación teórica desde el trabajo con el material clínico, aunque difieren en la concepción del proceso de esta demostración (Wallerstein, 2005).

Una de estas diferencias se centra en la discusión sobre la validación de la teoría y la práctica, que se relaciona con el grado de autonomía versus heteronomía epistemológica que se le asigne a la circularidad entre el psicoanálisis como hermenéutico, terapéutico y científico (Jiménez, 2004). Históricamente,

según Pereira, Ragau, Borensztein & Jadur (2007) se ha sostenido el método clínico tradicional como la fuente única de conocimiento analítico. Sin embargo esto ha sido objeto de críticas, ya que distintos autores entienden que los procesos de validación de hipótesis psicoanalíticas, exigen de la búsqueda de una coherencia ampliada en un contexto distinto al de la situación analítica (Thomä & Kächele, 1975, Fonagy & Target, 2003, Bernardi, 2003 citados en Pereira et.al, 2006).

Luyten, et. al. (2006) proponen adoptar el pluralismo metodológico ya que argumentan que esta posición podría contribuir a una comprensión más rica del proceso clínico y al desarrollo de nuevas metodologías para investigar complejas hipótesis psicodinámicas, salvado así la distancia entre las dos culturas psicoanalíticas, y entre la investigación y la práctica clínica.

### **El diagnóstico y la clínica psicoanalítica**

Históricamente, el psicoanálisis, desde la cultura que hemos dado en llamar hermenéutica o interpretativa, ha descrito que es durante las entrevistas preliminares donde se dirime el diagnóstico, indicaciones, analizabilidad, elección del método psicoterapéutico, y se buscan los criterios predictivos de la respuesta al tratamiento (Braconnier, Guedeney, Hanin, Sauvagnat, Thurin & Widlöcher, 2006). Etchegoyen (1993) explicita que el criterio de analizabilidad intenta precisar las indicaciones y contraindicaciones del análisis que, considera, están más allá de las categorías diagnósticas.

Braconnier et al. (2006) argumentan que el lugar de las entrevistas preliminares y su función en detectar el potencial del paciente para realizar una psicoterapia psicoanalítica ha sido muy poco considerada en la literatura psicoanalítica. Estos autores trabajaron sobre los puntos de vista de Freud, Etchegoyen, Glover, Greenson y Zetzel.

De acuerdo con los mismos autores, Freud (citado en Braconnier et al., 2006) no buscaba centralmente testear la validez de una categoría diagnóstica sino la posibilidad del paciente de entrar en un proceso analítico. Las entrevistas preliminares para Glover (citado en Braconnier et al., 2006) intentaban más acabadamente un diagnóstico que las de Freud (citado en Braconnier et al., 2006). Greenson (citado en Braconnier et al., 2006) se interesó centralmente en si el paciente era analizable, las categorías psiquiátricas clásicas (basadas en signos, síntomas y diagnóstico) no le resultaban útiles. Identificó las capacidades que el paciente requería para una relación productiva durante el análisis: la motivación del paciente, las capacidades del paciente y el carácter, así como sus características. Según especifica Etchegoyen (citado en Braconnier et al., 2006) los criterios presentados por Zetzel (citado en Braconnier et al., 2006) son de utilidad para realizar una prognosis del paciente.

Finalmente Braconnier et al.(2006) refieren que lo que los analistas observan en un paciente es : la capacidad para el insight psicológico, la capacidad de contar con recursos propios y no sólo con los que el análisis provee, la habilidad de desarrollar transferencia y las características defensivas personales.

Berenstein & Puget (1997) amplían esta posición al explicitar que la observación del analista está dirigida a conocer la factibilidad de su proyecto terapéutico y que éste responde a un esquema referencial que da cuenta del interés del analista por un determinado tipo de recorte, que podría por ejemplo, ser no sólo individual sino vincular.

Bleichmar (2001) nos alerta, en relación a la formación de los analistas, acerca de lo sorprendente que resulta el hecho de que para el paciente se busquen los códigos caracterológicos desde los que construye la realidad y, en cambio, esto no se tome en cuenta desde el lugar del analista.

Todas estas especificaciones inscriben la acción diagnóstica en el contexto de la acción terapéutica y ponen de relieve la importancia de transmitir al paciente algún saber útil y pertinente en el sentido de eficacia inconsciente, y de ser capaz de nombrar algo desconocido previamente, introduciendo un elemento novedoso en una estructura repetitiva (Berenstein & Puget , 1997).

### **El diagnóstico y la investigación en psicoanálisis**

Es un tema debatido el surgimiento de problemas en relación a la comparación de los estudios empíricos, no sólo en psicoanálisis, sino en psicología. Estos se relacionan con diferentes dificultades,

entre ellas, con la estimación de prevalencia basada en síntomas o en desórdenes. En relación a la clasificación de desórdenes también hay divergencias. Los psicoanalistas han utilizado las clasificaciones diagnósticas internacionales, a saber, el CIE-10 (1992) y DSM IV (1994). Por ejemplo, Fonagy (2006) usa las tradicionales categorías del DSM de enfermedad mental al realizar un meta-análisis de estudios de resultado. En él desarrolla el estado del arte con respecto a ciertos desórdenes de diagnóstico específico, comenzando con las depresiones mayores, variedad de desórdenes de ansiedad, desórdenes por ingesta de alimentos, por abuso de sustancias y desórdenes de personalidad.

Sin embargo, algunos autores como Blatt y Shelder & Westen (citados en PDM Task Force, 2006) sugieren que los profesionales de la salud pueden haber adoptado prematuramente métodos de otras ciencias (aludiendo entre otros temas al uso del DSM), en lugar de haber desarrollado una metodología ligada a la complejidad de los datos en nuestro campo. Proponen, entonces, adaptar el método al fenómeno y no viceversa.

La evidencia emergente sugiere que la sobre simplificación del fenómeno de la salud mental al servicio de obtener consistencia en la descripción, enfocando cada vez más en grupos de síntomas y en la capacidad de evaluar tratamientos empíricamente, pueden haber comprometido la meta de una comprensión más científica de la salud mental y la psicopatología.(PDM, 2006).

Desde distintos autores éstas temáticas están siendo reconsideradas. Sandler (citado en Roussos, 2004) propone hablar de apoyo empírico en lugar de evidencia de base. Explicando que el nivel de apoyo empírico se evalúa por tres parámetros; a) el resultado positivo o no de la psicoterapia, señalando el criterio, b) cuidando la calidad de las investigaciones en relación a los criterios de validez interna y externa y c) replicando investigaciones.

El Manual de Diagnóstico Psicoanalítico (PDM, 2006) tiene como meta complementar los esfuerzos del DSM y del ICD en catalogar síntomas, al describir funcionamientos de personalidad saludables y enfermas, perfiles individuales de funcionamiento mental y la experiencia subjetiva en relación a los patrones sintomáticos. Agregando así, una perspectiva necesaria.

### **Especificidad psicoanalítica del PDM**

El PDM, (2006), introduce algunas razones que dan cuenta de su especificidad psicoanalítica: a) presenta un eje ligado a la subjetividad del paciente, dando cuenta desde algunos autores que el considerar la subjetividad del paciente no implicaría la imposibilidad de una clasificación (Roussos & Vallejo, 2004); b) también introduce la posibilidad de trabajar sobre categorías diagnósticas propiamente psicoanalíticas, las de neurosis y psicosis (Wallerstein, 2006) y c) se reconsidera, el papel de la inferencia y el juicio clínico, en la evaluación diagnóstica. McWilliams (citado en Shedler, 2003), argumenta que la ciencia puede abarcar inferencias complejamente determinadas e impresiones diagnósticas realizadas por las subjetividades expertas de los clínicos.

Analiza Shedler, (2003) que los esfuerzos por eliminar el juicio clínico y las inferencias no han hecho que la investigación psicológica y psiquiátrica sea más *científica*, sólo más superficial.

### **Retomando las razones: la experiencia subjetiva**

El Manual de Diagnóstico Psicoanalítico (2006) introduce un eje ligado a la experiencia subjetiva del paciente en relación al patrón sintomático. Este eje ha sido construido sobre la descripción de síntomas del DSM-IV-TR (1994). Allí se describe la subjetividad individual en relación a modalidades afectivas, contenidos mentales, que acompañan estados somáticos, y configuraciones vinculares asociadas.

Se explicita allí que el patrón sintomático sólo podrá ser comprendido inserto en el contexto de la estructura de personalidad y el perfil del funcionamiento mental del paciente. En la experiencia de los clínicos psicodinámicos, los patrones sintomáticos no son considerados como desórdenes por propio derecho, sino como expresiones de lo que los pacientes habitualmente pueden hacer y de cómo se manejan con sus experiencias. En otras palabras, un paciente puede tener síntomas como ansiedad y depresión y problemas de impulsividad como parte, por ejemplo, de un desafío emocional (PDM, 2006).

Se observan desarrollos en patrones sintomáticos que interactúan con variables de personalidad: por ejemplo, una depresión en una mujer mayor, se experimenta de un modo muy diferente que la depresión de una mujer en sus 30 años, lo cual implica un acercamiento terapéutico diferente.

El patrón sintomático de cada persona, aunque comparte características con otros que tienen patrones similares, resulta único. El PDM (2006) estimula al clínico a capturar la experiencia única, subjetiva del paciente, en una forma narrativa, al considerar los patrones descriptivos propuestos.

### **Uso de categorías diagnósticas propiamente psicoanalíticas: neurosis y psicosis.**

Wallerstein (2006) revisa la evolución de la nosología psicoanalítica acerca de la enfermedad mental comenzando con el desarrollo de las concepciones de Freud en su clínica, durante su tiempo histórico. Dos perspectivas resaltan de esta revisión, de acuerdo al autor: a) la primera alude a una concepción dinámica de la nosología, como un cuerpo vivo y en constante construcción, más que a una clasificación estática que existe allí afuera y que uno descubre más que crea; b) la segunda perspectiva, igualmente psicoanalítica, alude al sentido de la nosología. Entendiendo que éste deriva su importancia de la relación que sostiene con la formulación de casos clínicos, su pronóstico, analizabilidad e indicaciones de tratamiento.

Wallerstein (2006) considera que el PDM (2006) es un esfuerzo por presentar una conceptualización nosológica psicoanalítica de los desórdenes de personalidad (carácter), de los grados de enfermedad mental, y de diferentes grupos de síntomas psiquiátricos, que aunque se articula con las formulaciones del DSM, incrementa la manera de ayudar en la formulación del caso psicoanalítico, en el plan del tratamiento y el pronóstico, así como en la implementación de la psicoterapia.

### **La inferencia y el juicio clínico en la evaluación diagnóstica**

Shedler (2003) argumenta que eliminando el juicio clínico y la inferencia, o intentando reducirlo al mínimo común denominador, los investigadores excluyen del estudio precisamente lo que tiene un mayor interés psicológico. Los instrumentos de evaluación resultantes (esto es, las entrevistas altamente estructuradas, las escalas de clasificación, los cuestionarios de información sobre el self) no captan los aspectos dinámicamente importantes de la vida mental. El único *instrumento* lo suficientemente sensible para hacer eso es el clínico.

Diferentes instrumentos han sido concebidos teniendo en cuenta esta última premisa. Uno de ellos es el *Inventario de Relaciones objetales* (IRO) (Blatt, Auerbach, Zuroff & Shahar, 2006), otro el *Personality Diagnosis with the Shelder-Westen Assesment Procedure* (SWAP) (Shelder & Westen, 2006) y el *Operationalized Psychodynamic Diagnostic System* (OPD) (Dahlbender, Rudolf & the OPD Task Force). Estos tres instrumentos representan y delimitan el tipo de cambios estructurales que se piden en relación a las psicoterapia psicoanalítica con evidencia de base, tomando en cuenta cambios que no se conceptualizan en modalidades terapéuticas no profundas.

### **Conclusión**

Retomando la cuestión inicial inherente a este documento, ¿cuáles serán los posibles efectos que la consideración del PDM, (2006) pueda tener entre los psicoanalistas?

Un posible efecto quizá acontezca en relación a que ambas culturas puedan debatir esta propuesta, y en cierta forma, familiarizarse con las suposiciones y creencias de la otra. Whittle (2000, citado en Luyten., Blatt, & Corveleyn, 2006), sostiene que cada creencia y suposición de la otra parte parece tan errónea, y tan irrelevante que, aun cuando esté motivada, cada parte pierde rápidamente el interés hasta en la literatura de la otra. Continúa este autor planteando que, cualquier esperanza de salvar esta distancia dentro del psicoanálisis requiere que ambas partes establezcan inicialmente términos de diálogo, que sólo pueden surgir de una consideración detallada de las suposiciones de la otra.

Esta familiaridad quizá permita argumentar en torno a una propuesta de Peskin (2006) que se presenta como provechosa, a saber, el considerar dos niveles, por un lado la búsqueda de un diagnóstico

para la comunicación con otros analistas, y por otro, la intención de *no cerrar* un diagnóstico.

Será cuestión de mantener la incertidumbre con respecto a la pregunta inicial, en busca de una respuesta de que sólo podrá aportar el esfuerzo de diálogo conjunto y la argumentación acerca de sus diferencias en relación al PDM, entre la comunidad psicoanalítica.



## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). Barcelona, Es.: Masson.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades*. (10a. ed.). Cap. V.
- Braconnier, A.; Guedeney, N.; Hanin, B.; Sauvagnat, F.; Thurin, J. & Widlöcher, D. (2006). Suitability and Indications for Psychoanalytic Psychotherapy. En PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Etchegoyen, H. (1993). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. (3a. ed.). Buenos Aires, Arg.: Amorrortu.
- Fonagy, P. (2006) Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapies. En PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Jiménez, J. P. (2004, noviembre) Validez y validación del método psicoanalítico. Alegato sobre la necesidad de pluralismo metodológico y pragmático en psicoanálisis. *Aperturas psicoanalíticas* 18. Recuperado el 31 de julio de 2007, de <http://www.aperturas.org/18jppjimenez.html>.
- Luyten, P., Blatt, S. & Corveleyn, J. (2006, diciembre) Salvando la distancia entre el positivismo y la hermenéutica en la investigación psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas. Hacia Modelos Integradores*, 4. Recuperado el 19 de julio de 2007, de <http://www.aperturas.org/24luyten.html>
- Peskin, L. (2006). El diagnóstico Psicoanalítico. *Subjetividad y procesos cognitivos* 8. *Diagnóstico*, 8, 244-266.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Ragau, R., Borensztein, L. & Jadur, S. (en prensa). Autores que impactan en la formación de candidatos. Diferencias culturales y lenguajes teóricos. *Internacional Journal of Psychoanalysis*.
- Roussos, A. & Vallejo, M. (2004) El psicoanálisis y su relación con los modelos de salud mental basados en la evidencia. *Rev. De Psicoanálisis*, LXI, 3, pag. 817-835
- Shedler, J. (2004, marzo). Un nuevo lenguaje para el diagnóstico psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas. Hacia Modelos Integradores*, 16. Recuperado el 31 de julio de 2007, de <http://www.aperturas.org/16shedler.html>.
- Wallerstein, R (2005). Dialogue or illusion? How do we go from here? Response to André Green. *International Journal of Psychoanalysis* 86(3) : 623-626.
- Wallerstein, R (2006) Psychoanalytically Based Nosology: Historic Origins. En PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

## El manual de diagnóstico psicodinámico (PDM) y su utilización clínica.

### Ilustración clínica

Lic. Laura Borensztein de Weinstein

Licenciada en Psicología, Socio Activo de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Docente de la Carrera de Psicoanálisis del IUSAM, Docente de la Maestría de Pareja y Familia del IUSAM, Docente Adjunta de Metodología de la Investigación de la Carrera de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador.

### Resumen

El presente escrito, en ocasión de la reciente aparición del Manual de Diagnóstico Psicodinámico tiene como objetivo volver a interrogar al clínico psicoanalítico acerca de sus ideas en torno al diagnóstico y a cuál es el modo personal de incluir o no un diagnóstico en el quehacer clínico cotidiano. Señalando que la aparición del PDM, como lo fue hace tiempo la edición del DSM, probablemente de muestras de como cada época produce modelos propios de producción de subjetividad y piense consideraciones diversas respecto a una nosografía y a la cuestión del diagnóstico en la clínica. También se introduce la idea de que el surgimiento del PDM vaya de la mano con los desarrollos actuales provenientes de otras disciplinas, y en ese sentido se ofrezca al psicoanálisis como una herramienta que por un lado refuerza los propios fundamentos de la clínica psicoanalítica, pero a la vez le abre quizá la puerta para estrechar vínculos con otros campos de investigación.

Es bajo estas ideas que se presentan secuencias de una primera entrevista de un paciente adulto, analizadas bajo los criterios que brinda el PDM.

Palabras Clave: PDM - DSM - Diagnóstico - Subjetividad –Material Clínico

### Summary

The aim of this paper, in light of the recent appearance of the Psychodynamic Diagnostic Manual, is to question, once again, the psychoanalytic clinician's notion of diagnosis and their personal way of including -or not- a diagnosis in their clinical practice. The author highlights that the PDM, like the DSM before it, will most probably demonstrate how each time period generates its own models of subjectivity as well as its own diverse conceptualizations as regards nosography and diagnosis in clinical practice. It is also suggested that the contents of the PDM are in line with current developments in other disciplines. Thus, the PDM not only serves as a useful tool, strengthening the basic principals of psychoanalytic clinical practice, but it also paves the way for the forging of new links with other fields of investigation.

In the light of these ideas, sequences of an initial interview with an adult patient are presented and then analyzed according to the criteria from the PDM.

It is under these circumstances that the sequences of a first interview to an adult patient are presented, analyzed under the criteria brought by PDM

Keywords: PDM - DSM - Diagnosis – Subjectivity – Clinical Material

### Introducción

Aceptamos muchas veces de buen grado una invitación a escribir algún trabajo, y descubrimos luego que la cosa no era tan sencilla. Pues bien este es el caso. La invitación es una propuesta a trabajar aspectos de un material clínico utilizando una nueva herramienta: el Manual de Diagnóstico Psicodinámico<sup>11</sup> (Psychodynamic Diagnostic Manual) llamado a partir de aquí PDM. No es posible entonces dejar de interrogar las propias ideas acerca del diagnóstico y cuál es el modo personal de incluir o no un diagnóstico en el quehacer clínico cotidiano. Mucho es el recorrido desde los orígenes del psicoanálisis al respecto.

11. PDM Task Force (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations . realizado en colaboración con la Asociación Psicoanalítica Americana (APA), la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), la División 39 de la Asociación Psicológica Americana, la Academia Americana de Psicoanálisis y la Psiquiatría Dinámica y el Comité Nacional de Miembros de Psicoanálisis en Trabajo Clínico Social.

Tal como plantea Peskin (2006), el diagnóstico conlleva una problemática ética, ya que produce efectos por el hecho de la mera nominación de entidades o síndromes. La aparición en este momento del PDM como lo fue hace tiempo la edición del DSM, da muestras de como cada época produce modelos propios de producción de subjetividad y piensa consideraciones diversas respecto a una nosografía y a la cuestión del diagnóstico en la clínica. Sabemos ya que la generación de conocimiento suele ser inseparable de alguna corriente de poder de la época. (Foucault, 1976)

Tal vez el surgimiento del PDM vaya de la mano con los desarrollos actuales provenientes de otras disciplinas, y en ese sentido se ofrezca al psicoanálisis como una herramienta que por un lado refuerza los propios fundamentos de la clínica psicoanalítica, pero a la vez le abre quizá la puerta para estrechar vínculos con otros campos de investigación. En esa línea encontramos a Kandel (1999), quien sostiene la importancia del diálogo entre las neurociencias y el psicoanálisis. O autores como Ansermet & Magistretti (2006) que discuten la relación entre plasticidad neuronal e inconsciente. En todo caso el trabajo conjunto entre estas disciplinas y el psicoanálisis recién comienza.

La concepción dinámica del PDM deja más abierta al clínico la decisión de cómo pensar la clínica tal como se le presenta, aunque sin dejar del todo claro hasta donde está abierta la posibilidad de pensar por fuera de los marcos planteados.

En ese sentido resaltemos que Wallerstein (2006) quien realizó una revisión de la evolución de la nosología psicoanalítica acerca de la enfermedad mental, piensa la nosología con una concepción dinámica, como un cuerpo vivo y en constante construcción, y destaca la temporalidad y la co-creación diagnóstica.

Esto implica incluir los aportes que la clínica vincular le ha dado al corpus teórico, técnico y clínico al psicoanálisis. Y es un rulo más que se agrega a lo mencionado en torno a la cuestión ética que señala Peskin, ya que el diagnóstico es algo que se construye entonces entre la persona del paciente y la persona del analista dentro de la complejidad del diálogo analítico. ¿Podrá entonces hablarse de un único diagnóstico a lo largo de un proceso analítico? ¿O este variará no sólo en relación a lo que el analista pueda observar y pensar sobre su paciente, sino también a lo que el mismo analista vaya cambiando a lo largo del mismo proceso del cual el también forma parte?

No es esta una cuestión menor. Un lineamiento teórico en este sentido implica concebir un diagnóstico que se construye constantemente y que se abre a la idea de un funcionamiento mental plástico y abierto al cambio dentro de una dinámica siempre vincular.

Describir la subjetividad individual en relación a modalidades afectivas y contenidos mentales, es parte de todo diagnóstico, pero para la indicación terapéutica, entendemos que también deben ser pensadas las configuraciones vinculares asociadas.

Freud era riguroso en intentar defender con las mejores premisas las conceptualizaciones psicoanalíticas, y se mostraba dispuesto a desechar todo aquello que obstaculizara un avance. Aún así podemos observar en sus escritos cuanto ha intentado conservar lo pensado anteriormente al descubrir un nuevo rumbo. Tal vez por ello, nos resulta aún difícil desprendernos de lo que Kornblihtt (2008) plantea como temor a la autoridad haciendo que el psicoanálisis y Freud sean considerados por los psicoanalistas una dupla incuestionable.

Uno de los puntos más importantes a destacar acerca del PDM es que la a hora de construir y pensar un diagnóstico predomina el paciente, su experiencia de sí y la observación del clínico, más que la obediencia al método, rescatando entonces la riqueza de la cual da cuenta el psicoanálisis.

El PDM se ofrece entonces, tal como el mismo manual plantea, como un marco sistemático desde el cual organizar la descripción y narración clínica, sin que por ello se disminuya el estilo personal de escritura y la individualidad del terapeuta. Pretende así capturar atributos únicos y cualidades esenciales de cada paciente, incrementando de este modo la profundidad y la precisión de la comunicación clínica entre colegas. Es bajo esta idea que se presentan a continuación secuencias de una primera entrevista de un paciente adulto.

## El material clínico

Se expone el material clínico a los fines de utilizar los perfiles que el PDM ofrece para considerar los trastornos de salud mental en adultos.

La presente entrevista fue grabada con un dispositivo digital. La transcripción se presenta tal como ha surgido espontáneamente dado que ese es el modo con que el clínico se encuentra al abordar y analizar un material.

## Primera entrevista

Paciente: Lo que desencadenó todo fue el suicidio de mi madre hace un mes y medio. Igual al margen de esto yo ya no estaba funcionando bien. Y vine acá porque yo tengo mi... bueno yo hice análisis de chico. Hice análisis varias veces. Te cuento un poco mi historia, por ahí no mi historia sino mi historia de análisis. De chico hice un tratamiento y fui dado de alta y después primero hace 7 años y hace un año, no daba más. Fui al hospital pero ahí te dan un tiempo y después te ofrecen la posibilidad de seguir atendíendote en forma particular y yo no puedo pagar. Tengo cierto análisis hecho. Lo que por ahí me pasa es que me vas a tener que seguir el hilo porque por ahí me pierdo. Por ahí me pierdo. Por ejemplo no sé porque te estaba contando esto.

Analista: Me estás contando como hace ya cierto tiempo estás buscando ayuda.

Paciente: Claro. Pero hace cierto tiempo no va. Preguntame lo que quieras que yo te cuento.

Analista: ¿Que es lo que vos quisieras contarme hoy que es la primera vez que nos vemos?

Paciente: No sé muchas cosas... tengo 34 años, pero me siento como si tuviera 18. No tengo definido mi futuro. Un montón de cosas. Cosas que quiero hacer y no hago. Soy bastante tímido. Me tiro a menos. Tengo responsabilidades y tengo 34 no ya 15. Te tiro así pantallazos como para que te ubiques un poco.

Analista: Me contás que si bien estás viviendo una situación difícil y dolorosa como es el suicidio de tu madre, hace mucho tiempo que vos te sentís mal y buscas ayuda.

Paciente: Siempre yo me sentí mal. Desde el colegio que yo he tenido cosas. Nunca tuve una pareja por mucho tiempo. Siete meses fue mi record y después nada. Me considero una persona bastante a contracorriente, lo cual no me molesta. Pero sé que no soy feliz. Muchas veces me deprimó. No me voy muy abajo mi nivel es parejo. Ayer escuchaba la radio, justo estaban haciendo una broma o sea una entrevista a una chica que es muy ácida, muy corrosiva y le estaba haciendo una entrevista a una chica que acababa de romper con su novio y contaba que él era un desastre, que siempre decía pobrecito yo. Y pensé que así soy yo. Tal cual... y ¿cómo andás? Y siempre con problemas. No es que ando con mala onda de querer tirarle a los demás. Pero no salgo de esa... Pero es raro que esté bien. Sé que soy así. Trato de resolver mis problemas pero no voy más allá del paso inmediato.

Analista: ¿Y tenés la impresión de que esto ha sido siempre así?

Paciente: Si. Tal vez busque a alguien que los resuelva, pero no es la manera. De todas maneras lo que me preocupa mucho es el tema de mi mamá... Ya sé lo que venía al principio. Con todo el mucho o regular análisis que hay hecho. Sé que todas las cosas te van dejando marcas. Y yo sé que todavía hoy tengo broncas con mi viejo. Broncas con mi vieja que no resolví. Sé que algunas son tonterías. Me gustaría resolverlas bien, porque me siento culpable. Sé que hay cosas que las hice mal y otras que las hice bien.

Analista: ¿Pensás que tenés que ver con el suicidio de tu mamá?

Paciente: Indirectamente, te voy a contar porqué. En el año 81 empieza con su enfermedad. En el 87 es lo judicial que la consideran incapaz. En el 80 se remonta su enfermedad. Yo soy del 69 tenía 11 años. Si... Un poquito antes de la adolescencia.

Analista: La pubertad.

Paciente: Si eso no lo había mirado. El tema es que ella empezó con las internaciones y me acostumbré a vivir con el temor a las ventanas abiertas. Cuando estaba bien, estaba bien. Pero no se integraba mucho. Y siempre sus intentos eran deprimirse no querer comer y apoyarse en el alfeizar de la ventana. Yo había llegado a pensar que era una forma de llamar la atención y que nunca iba a pasar nada. Estuvo internada varios años. Y andaba bien. Había cosas de las que no quería hablar. Se olvidaba cosas. Pero bueno se manejaba. Mi culpa podría venir porque... ella era muy solitaria y se apoyaba mucho en mí. Yo me sentía invadido.

...Yo soy como un témpano. Tengo mis sentimientos muy guardados y no se los demostraba. Una de las cosas que yo me culpo... quiero creer que ella sabía que yo la quería. Bueno es fuerte... Yo la quería y mucho. Se lo dije en algún momento. Pero la cuestión es que si yo tenía que salir, ella se apuraba y yo le decía que esperara que no bajara conmigo. No era normal lo que yo hacía y no era normal tampoco lo que ella hacía. Ella me invadía pero demasiado. El verano pasado, yo te lo cuento así entendés. Para el verano pasado al final de febrero, yo me fui 2 semanas.

A todo esto hubo peleas en tribunales de chico, el tema de la tenencia, que ya hay más cosas que ya van a salir. Yo en ese momento estaba viviendo con mi mamá, mi abuela y mi nana. Mi nana se llama Lisa es la doméstica de mi familia desde que mi mamá tenía 3 meses. Crió a mi mamá, crió a mi tío, me crió a mí. Mi abuela falleció en el 2000. Yo le digo Li. Pero para mí es mi nana, le digo mi nana para que la gente entienda. Bueno tengo este mensaje de Lisa... ¡no puedo despertar a tu mamá, vení rápido! El mensaje era de las 5 de la tarde y yo llegué a las 11 de la noche. Esto fue en febrero del año pasado. Mi mamá estaba tirada, había pastillas. Yo llamé al hospital, fue terrible, vinieron. Yo no caí en la gravedad que revestía eso. Fue la primera vez que yo caí en la cuenta. Yo antes me enojaba. Le decía levántate, comé, porque te vas a deprimir. La internaron. Yo a todo esto cerré mi vida, estaba todo el tiempo ahí. Yo no podía hacer otra cosa no está en mí, como ahora con mi nana que tiene 87 años y por eso estoy medio viviendo ahí para cuidarla.

De todas maneras tengo mis cosas. Creo que me amparo en esto para no seguir adelante. Yo era muy solitario, al no salir con chicas, me refugié en los trenes. A mí me gustan mucho los trenes. A muchos le gustan. Algunos son obsesivos como yo y otros lo manejan bien como un hobby.

Analista: ¿De qué trenes hablás?

Paciente: De los trenes de verdad. Es un hobby muy completo que incluye historia, viajes, fotos. Y me subía y viajaba mucho. Además de contarte el hobby, lo que te trato de contar es que durante muchos años me descuidaba yo. De hecho hubo un tiempo que dejé de estudiar y en mi casa creían que seguía estudiando. Ahora sí que tomé todas las responsabilidades. Un poco no quise nunca una pareja, al ser un hijo de padres separados siempre la sufrí mucho. Me arrastraron por los tribunales. Odio los tribunales.

...La cosa fue así te lo tengo que contar más en detalle. Yo no tengo muchos recuerdos de chico. No me acuerdo de la separación de mis padres. Casi no los concibo juntos. Los vi un par de veces juntos, pero era como en la cortina de hierro ver juntos al presidente de Rusia y de USA. Si ocurrió era fuera de lugar, estas cosas no se pueden juntar eran agua y aceite. El tema es que los vi un par de veces conversando pero no los concibo juntos. Mi viejo siempre fue un manipulador. Al principio la patria potestad la tenía mi mamá. Mi mamá tenía problemas. Es cierto que mi papá se preocupó y quería la tenencia. El me decía: yo siempre busqué una mujer que fuera familiar. Ya cuando te cuente de la casa de mi mamá te vas a dar cuenta que no era el ambiente. Pero no funcionó. Básicamente sobreviví con mi mamá. Hubo juicios. Lo que me quedó grabado es yo tenía 8 años, estábamos esperando la sentencia del juez con mi papá. Justamente me regaló una locomotora. Fuimos a tribunales. La sentencia salió para mi mamá. Y íbamos en el auto con mi papá, y me convencía: porque te va a hacer mal, porque, que se yo. Yo quiero que vengas a casa. Y yo estaba en una época en que no quería que me molestaran. Y yo decía que sí. Y después nunca más. Por eso quizá soy muy rebelde.

Lo que me dijo fue, vamos a ir hasta lo de tu mamá, tocás timbre y cuando te contesta, gritás que te querés ir y te vas corriendo. Y bueno lo hice. Yo me imaginaba toda la familia preparada, contenta. Yo gritando, y lo hice. Y hasta hoy me duele.

Mi mamá el año pasado estaba en una clínica. No se podía llevar objetos cortantes ni nada. Y venía muy bien y un día me pide un espejo. Estaba en Villa Adelina. Y bueno, le llevo un espejo. Un tiempo después la vi deprimida, no me gustaba. Y me pareció que tenía algo. ¡No, que hiciste! Y fui al baño y tenía el espejo roto. Me dijo no digas nada. La ataron la contuvieron. Ella estuvo internada, yo soy, bueno era el tutor de ella. Me dijeron que tenía que ir a una clínica o al Moyano. Porque sino pierde Pami y toda su cobertura. Ahí estuvo varios meses hasta que le dieron el alta. Después iba a un hospital de día acá cerca. Hasta que otra vez se deprimió tomó una pastillita y otra vez la internaron. Hasta que en la primera salida se tiró por la ventana. Bueno te di el pantallazo.

Todo ese tiempo el año pasado cuando se cortó y eso me dio mucha bronca, me sentí muy mal, y otra vez estuve encerrado con eso, y me deprimí. Venía contento porque la veía bien. Fue un golpe duro. La cosa es que agarré un cuaderno y escribí una serie de cosas. La vida es dura hay que enfrentarla, etc. Y se lo di para que lo use y ella lo empezó a escribir y ella me dejó sus últimos mensajes. Y también escribía ahí, cosas que hablaba con su psicóloga y también contaba ahí que una vez se muere cuando yo tenía que ir y me esperaba y que casi se le para el corazón. Esa es una bronca grande que tengo con mi viejo, y conmigo y una culpa. (Se evidencian deseos de llorar)

Analista: ¿estás trabajando?

Paciente: Si no mucho. Hago lo que venga, publicidad, empecé a hacer sociales de vuelta. Hacía prensa que ahora se pinchó. Tengo poco laburo, tendría que invertir pero no tengo con que. Tengo muy buenos equipos pero tradicionales, ahora con la era digital... Estoy en un circulito, pero honestamente no hago lo necesario. Soy fotógrafo.

Analista: Cuando hablábamos recién te dieron ganas de llorar, ¿esto te pasa a lo largo del día?

Paciente: ¿Estar deprimido así? Ahora no. Cuando fue lo de mi mamá fue terrible. Muy sádico, me salió todo mal. Cuando ella se suicidó yo estaba en ese momento en el neuropsiquiátrico hablando porque no quería que volviera a esa clínica. Estaba en el despacho del director. Yo estaba en esa cuando me llamaron. No me dijeron que se había muerto, yo fui como loco. De inmediato fui a la morgue. No me dieron el cuerpo, se metió un tipo que quería guita para agilizarme la cosa. Igual recién me dieron el cuerpo el miércoles y estaba congelado.

### Perfil diagnóstico:

#### Patrones de Personalidad (Eje P)

Amplio pero al mismo tiempo específico es el encuadramiento que el PDM ofrece al reflexionar acerca del paciente. Es claro que lo que ocasiona la consulta es la reciente pérdida traumática de la madre, junto a la ansiedad y temor que despiertan en el paciente la posible muerte de su nana. Relata así una historia que él llama su historia de análisis, que no es otra que la historia de sus encuentros interpersonales y emocionales, a los que se muestra altamente sensible y reactivo. Muestra intensa ansiedad de sentirse invadido, lo cual es evocado en el movimiento de acercamiento-alejamiento con la madre o en el temor a la manipulación paterna.

El pedido a que alguien siga el hilo, en este caso al terapeuta, sugiere que pese a que este es un signo visible del aislamiento con los otros y particularmente consigo mismo, anhela fuertemente el contacto con el otro. La cuestión de la tenencia, ¿quién lo tiene? forma parte del mismo pedido. Probablemente frente a la imposibilidad de frenar la sobrestimulación de un contexto familiar disfuncional, haya buscado el modo de suprimir el dolor concomitante.

Tiene percepción clara de la no coincidencia entre su edad cronológica y la emocional. Así como observa que otro puede darse cuenta de algún detalle, idea o hecho que el no ha pensado. Esto se ejemplifica cuando al señalar el terapeuta que el relato en el que sitúa el conocimiento acerca de la enfermedad de la madre es en la pubertad. No es un dato menor a la hora de pensar en términos pronósticos y en la posibilidad de transformación mental.

Ha construido la idea de que es raro y hace mal las cosas. Supone ser culpable de aquello que no pudo ser diferente con sus padres. La retracción parece provenir del temor a ser invadido, pero también y no en menor medida, al temor a que pueda surgir la rabia y la furia contenidas. Esto último claramente expresado en el tiempo que tardó en ir a ver su madre ante el primer intento de suicidio y en el desdén que parece haber habido cuando relata las partidas de él de su casa. Los trenes parecen servir de subterfugio a dichas ansiedades y son utilizados defensivamente para retraerse tanto físicamente como en la fantasía. Tal vez el ser fotógrafo y contactarse a través del visor de una cámara pueda pensarse en la misma línea.

No es tarea sencilla demarcar la ansiedad y el anhelo de contacto como provenientes del aislamiento defensivo, o cuanto responde esto a una personalidad dependiente.

Tampoco hay que obviar que al momento de la consulta se encontraba bajo los efectos de una situación traumática y dolorosa como lo era el suicidio materno. Esto es significativo para deslindar un desorden depresivo, de sentimientos depresivos concomitantes a la situación al momento de la consulta. Tal como se presenta el paciente se encuadra dentro de un trastorno esquizoide correspondiente al **código P101** del PDM. Dado que se trata de un primer encuentro será necesario considerar hasta donde puede prevalecer el código P107.2 o P109.

### **Perfil del funcionamiento mental (Eje M):**

#### **Capacidad para la regulación, atención y aprendizaje**

El paciente da muestra de tener un lenguaje rico y detallado, pero entorpecido por la emergencia de ansiedades de diverso origen como la rabia, la culpa y el temor a quedarse solo. Por momentos logra mantener la atención y el foco de su relato y en otros se produce un salto temporal con la emergencia de recuerdos probablemente traumáticos de su infancia. La actividad intelectual es adecuada y muestra capacidad de insight y de aprendizaje, al reconocer que hay elementos que no pudo pensar antes, como por ejemplo la gravedad de la madre, o al tomar lo que le es aportado por otro, cuando toma la observación acerca de la pubertad. Sin embargo tiene serias dificultades para procesar señales y estímulos afectivos que rápidamente puede sentirlos como amenazantes. Esto último se manifiesta en la entrevista bajo una modalidad ansiosa y preocupada por la respuesta del analista.

#### **Capacidad para relacionarse e intimar con los demás**

##### **(Incluyendo profundidad, variedad y consistencia)**

El paciente da muestras de sentir anhelo de lograr relaciones más estables o duraderas, como cuando alude que nunca ha podido tener relaciones de pareja de larga duración. Pero se describe como una persona más bien aislada y retraída (un tempano), al punto que ha llegado descuidarse, tal su relato al hablar del hobby de los trenes, aludiendo con ello a una retracción respecto del mundo externo. Puede pensarse que hay una oscilación entre el deseo de relacionarse e intimar o retraerse cuando se siente acosado por la interrupción de fuertes emociones y deseos como la rabia o la ansiedad de separación.

#### **Cualidad de la experiencia interna**

##### **(Nivel de confianza y autoestima)**

Respecto a este punto muestra poca confianza y autoestima en sí mismo. Queda claramente expuesto en el sentimiento de ser más un adolescente que un adulto e sentirse incapaz de asumir plenamente las exigencias del mundo adulto, tanto en el plano laboral como emocional. Parece evidenciar una modalidad pasiva que responde al modo como logra regular los sentimientos agresivos. Manifiesta sentimientos depresivos, de tristeza y culpa.

### **La experiencia afectiva, su expresión y comunicación**

Necesita en algunas oportunidades ser orientado para poder expresar y comunicar su experiencia. Se siente triste y angustiado, y desesperanzado de poder pensarse feliz. Está asustado de estar desamparado y solo, aunque no puede expresarlo de una manera directa y habla entonces de los cuidados que le dedica a su nana por ejemplo. Teme considerarse alguien depresivo como cree que era su madre. Se siente culpable respecto al modo con que ha tratado a sus padres e intenta que no le sea evidente la satisfacción pasivo-agresiva en frustrarlos. De todas maneras es necesario conocer más al paciente para ampliar particularmente este punto.

### **Patrones defensivos y capacidades**

Hace un uso extensivo de defensas que distorsionan la realidad y limitan la capacidad para relacionarse con otros y con el mundo externo. Esto proviene del modo en que el paciente logra lidiar con las exigencias internas y externas. Se observan las siguientes modalidades defensivas: retracción, inhibición, aislamiento, regresión. Es necesario indagar si las inhibiciones que presenta respecto al contacto, la actividad sexual y al despliegue en el mundo externo como por ejemplo el plano laboral responden a un cierto control obsesivo que paralizan dichos logros. También hay que considerar si hace uso de racionalizaciones fallidas al servicio del aislamiento.

### **Capacidad para formar representaciones internas**

Hace uso de representaciones internas para experimentar el sentimiento de sí y de los otros, aunque no logra hacerlo de modo adecuado. Ya que debe recurrir a inhibir su capacidad de crecimiento para poder regular los impulsos. Las representaciones parecen evidenciar características persecutorias y paranoides expresadas a través de la culpa que manifiesta y en el trastrocamiento temporal de su relato.

### **Capacidad para la diferenciación y la integración**

El paciente evidencia dificultad de integración. Si bien su capacidad de discernir entre realidad y fantasía está establecida, muestra dificultad para integrar el rango de emociones y deseos que lo apremian. Hay algunos breves momentos en la entrevista en que la indiscriminación entre él y los otros se evidencia, como cuando explica quien es su nana. Se siente sumamente afectado por esta dificultad de integración en la experiencia de no coincidir su edad cronológica con la emocional.

### **Capacidad de auto observación**

Presenta cierto conocimiento sobre su vida mental y esto se manifiesta en la idea de que algo en su vida no funciona adecuadamente, como la incapacidad para construir vínculos afectivos más estables, profundos y duraderos. También expresa darse cuenta de que tiene conflictos. Pero es importante señalar que no lo hace desde un conocimiento de sí o del tipo de conflicto, sino desde la experiencia emocional que siente como la culpa, la frustración o la imposibilidad de realizar logros satisfactorios. La capacidad para auto observarse se encuentra entonces limitada por las inhibiciones que le impiden experimentar niveles más profundos de su vida emocional. Habría que indagar por medio de una terapia la posibilidad de incrementar esta capacidad, dado que solicita ayuda y es empático a las intervenciones del terapeuta.

### **Capacidad para construir o usar valores internos e ideales (sentido ético)**

Es necesario indagar más profundamente aún cuan rígidos son sus estándares e ideales. Parece tener dificultad para ser más sensitivo a sus propias capacidades. Se muestra muy crítico consigo mismo, aunque manifieste cierta defensa de sí al señalar el funcionamiento intrusivo de sus padres. En ese sentido la culpa es más utilizada para aumentar el sentido crítico hacia sí que para realizar un aprendizaje. Habría que investigar las características punitivas que pudieran indicar alguna tendencia masoquista a considerar



## Resumen del Funcionamiento Mental Básico

Es necesario examinar con mayor profundidad aún al paciente para discernir con más claridad cuál es el grado de limitaciones y alteraciones en su funcionamiento mental. Al momento de la consulta se encuentra claramente bajo los efectos de la reciente muerte traumática de la madre con los concomitantes sentimientos de angustia y confusión del inicio de un duelo. De todas maneras, tal como el mismo paciente refiere sus trastornos emocionales son de larga data, precipitándose la consulta como consecuencia de la situación vital actual. Presenta serias limitaciones emocionales y de logros afectivos, laborales y sociales. **PDM Código: M206**

### Patrones Sintomáticos (Eje S)

El paciente expresa sentir tristeza y cierta pérdida de continuidad de su pensamiento. Esto se acompaña con la referencia a recurrir al aislamiento cuando siente no poder responder a las exigencias a las que se ve sometido. También describe cierto estado depresivo pero no por ello se infiere una personalidad depresiva. Resalta más el sentimiento de inadecuación que percibe entre su edad cronológica y emocional. El "pantallazo" pone en evidencia el gran esfuerzo del paciente por regular intensas ansiedades a las que se siente expuesto. Es necesario profundizar más en la subjetividad de sí del paciente para corroborar estas primeras manifestaciones. **PDM Código: S302** (tentativo)

### Comentario final

El análisis del material presentado no es exhaustivo ni pretende serlo. Pero no solamente por el hecho de ser un material reducido. Sino porque la comprensión y el conocimiento proveniente acerca de un paciente es una producción siempre inédita, abierta y cambiante como lo es todo intercambio entre las personas. Destacándose así que dichas cualidades son parte intrínseca de lo que los psicoanalistas llamamos el diálogo analítico.

Acordamos en ese sentido, que en todo trabajo analítico quedan involucrados simultáneamente tres planos, tal como señala el PDM: el emocional, el cognitivo y el social tanto en sus expresiones manifiestas como en sus aspectos latentes. Lo novedoso y fecundo que ofrece este instrumento es la inclusión tanto de la experiencia emocional de los pacientes como la del propio analista. Esto último destacado a lo largo de todo el PDM, al insistir en que en todo momento es el clínico quien tiene la última palabra acerca de su paciente. La propuesta que ofrece este instrumento implica constantemente la vincularidad puesta en juego en el encuentro clínico.

## Referencias Bibliográficas

- Ansermet, F., & Magistretti, P. (2004). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente* (2006, 1ª ed., 2ª reimp. ed.). Buenos Aires: Katz Editores.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber* (Vol. 1). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005.
- Kandel, E. (1999). Biology and the future of Psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156:505-524.
- Kornblihtt, A. (14 de Marzo de 2008). Psicoanálisis, Ciencia y Cultura. *Primeras Jornadas de Universidad y Psiconálisis*. IUSAM Buenos Aires, Argentina.
- Pandiella, A., Borensztein, L., David, N., Rodríguez Quiroga, A (2008) Caso César (presentado para su publicación en prensa)
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations
- Peskin, L. (2006). El diagnóstico Psicoanalítico. *Subjetividad y procesos cognitivos 8. Diagnóstico*, 8, UCES. Buenos Aires 244-266.
- Rodríguez Quiroga, A (2007) *¿Una nosología psicoanalítica?* Manuscrito no publicado. Universidad de Palermo en Buenos Aires
- Wallerstein, R. (2006). Psychoanalytically Based Nosology: Historic Origins. En PDM Task Force, *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* (págs. 385-402). Silver Spring.



## Aporte del psicoanálisis a la clasificación diagnóstica

Dr. Guillermo Lancelle.

Vicerrector Académico del IUSAM.

El autor es médico, psicoanalista y psiquiatra. Profesor de Psicopatología en la Universidad del Salvador, miembro del Comité de Investigación de la IPA y Vicerrector Académico del IUSAM.

### Resumen

Psicoanalistas, psiquiatras y psicoterapeutas han sido renuentes a utilizar manuales estadísticos de diagnóstico ajenos a su experiencia y orientación. Así, una valiosa cantidad de información parcializada y dispersa, clínica y terapéutica, ha permanecido alejada de la elaboración psicopatológica por falta de adecuados instrumentos de clasificación. En el afán de generar datos reproducibles que facilitara el consenso, los investigadores quisieron disminuir al mínimo la dependencia de la inferencia y el juicio clínico. Esto se tradujo en la pérdida de sustento propiamente psicopatológico de la clasificación en uso (el DSM), y en desinterés de los practicantes.

Este P.D.M. viene a cubrir ese déficit. No entra en competencia con otras clasificaciones (DSM), sino que busca complementarlas. Contribuye al registro y ordenamiento de los datos, en pos de una clasificación diagnóstica lo más inequívoca posible, pero que resulte significativa en cuanto, por ej., a la génesis, la comprensión psicológica, la estructura de la personalidad, la indicación terapéutica, etc. Lo lleva a cabo rescatando e instrumentando –y no suprimiendo– aquellos tópicos que resultan definitorios en el trabajo (inferencia y juicio clínico, génesis y estructuración psicológica de los síntomas, la racionalidad de abordajes posibles, etc.)

Palabras clave: clasificación – diagnóstico – síntomas – comprensión – juicio clínico.

### Summary

Psychoanalysts, psychiatrists and psychotherapists have been reticent to use statistical diagnostic manuals of a different orientation and experience than their own. That is how a valuable amount of partial and disperse clinical and therapeutic data remained isolated from the psychopathological study, due to a lack in adequate classificatory instruments.

With the aim of generating reproducible data which facilitated agreement, researchers decreased as much as they could the dependency of clinical inference and clinical judgment. This translated in the loss of the theoretical foundation of the psychopathological classification in use (the DSM), and the participant's disinterest.

The PDM is introduced to cover this deficit. It does not compete with other classifications (DSM), as much as it seeks to complement them. It contributes to the registration and organization of the data to achieve the most unequivocal diagnostic classification possible. Significantly regarding, for example: the genesis, the psychological understanding, the personality structure, therapeutic indication, among others. All of this is done by rescuing and putting to use – instead of suppressing- those topics that can be found to be of high importance (inference, clinical judgment, genesis and psychological structuring of symptoms, rationality of possible approached, and so on.

Keywords: classification, diagnosis, symptoms, comprehension, clinical judgment.

Era hora que el psicoanálisis volviera la mirada y retomara la iniciativa en materia de diagnóstico. Porque por un lado, muchísimos psicoanalistas se han visto hasta ahora institucionalmente obligados a utilizar clasificaciones diagnósticas muy ajenas a su experiencia, en el brete de hacer lo que no creen. Pero por sobre todo, porque una enorme y rica cantidad de información parcializada y dispersa, clínica y terapéutica, ha permanecido y permanece alejada de la elaboración psicopatológica sistemática por falta de adecuados instrumentos de clasificación diagnóstica.

Así, el diagnóstico se convirtió para muchos en una tarea burocrática y devaluada.

Y sin embargo, la clasificación diagnóstica forma parte de la elaboración y el trabajo clínicos. Es un paso importante, pero solo uno entre los que integran una actividad de extraordinaria importancia, porque de ella depende la existencia misma de la psicopatología como tal y, en particular, de la psicopatología psicoanalítica. Una clasificación es consecuencia y se articula con los otros pasos, o sean: el estudio de casos, descripción fenomenológica de las observaciones, explicaciones de la génesis y determinación del padecimiento, distinción y agrupación de fenómenos semejantes, establecimiento de regularidades típicas en la patogenia o en la configuración de cuadros clínicos (nosología), investigación empírica sistemática psicopatológica y en psicoterapia y, finalmente, la formulación y reformulaciones de una nosografía. Así se completa el ciclo.

Como una nosografía es instrumental y provisoria, una vez puesta en marcha, los elementos para revisarla tienen que emerger de su uso mismo, ya que la clasificación implica una recopilación ordenada de muchísima información pertinente. Un buen ejemplo es la psicopatología freudiana. Freud ha mantenido una prolongada revisión de su nosografía y la introducción de sucesivos cambios en función de consideraciones renovadas sobre la génesis y la estructuración psicológica de los síntomas. Progresivamente este proceso lo condujo a lo que está más allá de los síntomas.

Claro que para llevar a cabo esta tarea y completar dicho ciclo, se requiere alguna suerte de consenso en la comunidad profesional /científica y de aceptación interesada por parte del clínico. Quiere decir que éste también encuentre en su empleo interés y ganancia inmediata para su trabajo.

Dicho interés es lo que se ha perdido en la búsqueda de consenso que ha llevado a la O.M.S y la A(merican) P.A. a la construcción de sus conocidos sistemas diagnósticos: el ICD y el DSM (desde el DSM3 en adelante), en la suposición de que las formulaciones teóricas y las apreciaciones individuales, eran elementos que obstaculizaban el camino de un lenguaje común y de una nosografía compartible.

En aras de ello se ha pagado el precio de la falta de todo sustento verdaderamente psicopatológico (una clasificación sin nosología) y del desinterés de los practicantes, principalmente de los psicoterapeutas en general y de los psicoanalistas en particular, por un sistema ajeno a los tópicos que les resultan defintorios en su trabajo (juicio clínico, génesis del cuadro clínico, su funcionalidad psíquica, la racionalidad de abordajes posibles, etc).

En el afán de generar datos reproducibles, los investigadores quisieron disminuir al mínimo la dependencia de la inferencia y el juicio clínico. Por ej.: para clasificar los trastornos de la personalidad, el DSM4 se guía por síntomas manifiestos, prescindiendo de las dinámicas del carácter y su organización. Esto ha sido a expensas de aspectos clínicos significativos y a veces determinantes, los cuales saben ser captados por un entrevistador capaz en la consulta psiquiátrica o psicoterapéutica.

Por tal motivo subsiste la necesidad de relevamiento clínico sistemático y de ordenamiento de los datos, que culminen en una clasificación para el diagnóstico que, está bien, que sea todo lo inequívoca posible, pero que a la vez resulte significativa en cuanto, por ej., a la génesis, la comprensión psicológica, la estructura de la personalidad, la indicación terapéutica.

Hay un más acá y un más allá de los síntomas y los cuadros clínicos: una teoría del psiquismo, la estructuración psicológica que los sustenta. Si no hay alguna teoría del psiquismo, tampoco puede haber concepción alguna de la acción terapéutica. Así, cualquier abordaje psicoterapéutico descansa en el vacío. En estas condiciones, si se procede a investigar resultados, nada podrá precisarse sobre qué es lo que lo producen, ni por qué, ni qué es lo que cambia. La investigación de resultados es hoy día inseparable de la investigación de proceso psicoterapéutico y para ello se hace imprescindible una teoría del psiquismo. La relación terapéutica, cosa que sí ha sido probada por la investigación empírica como el factor más decisivo en resultados, depende de factores que nada tienen que ver con conjuntos de síntomas ni cuadros clínicos, pero sí con la estructura del carácter y aspectos funcionales de la personalidad. Un sistema nosográfico ajeno a estos requerimientos ha de resultar siempre incompleto e insatisfactorio.

Desde ya, es mucho lo que le cabe hacer todavía al psicoanálisis mismo, por ej., para avenirse a

un diálogo posible con la comunidad científica. Como recomienda el Open Door Review (1999)<sup>12</sup>, que (el psicoanálisis) debe “fortalecer su base probatoria”, pues “la convergencia de evidencias surgidas de variadas fuentes de datos (clínicas, experimentales, comportamentales, epidemiológicas, biológicas, etc) proveerá el mejor sustento para las teorías de la mente que propone el psicoanálisis”. Otra de sus recomendaciones es que (el psicoanálisis) debe “... moverse de los constructos globales a constructos específicos” (id.) porque, como señala Jiménez (2002), “... los constructos psicopatológicos y genéticos carecen de especificidad. En psicopatología y psiquiatría modernas la tendencia es hacia la diferenciación y la especificidad”.

En dirección de las citadas recomendaciones viene moviéndose muy activamente la investigación sistemática en psicoanálisis de las últimas décadas. En 15 o 20 años se han creado instrumentos y metodologías que son acordes con los usos y modalidades científicos (propiamente las ciencias psicossociales) y que, simultáneamente, son sensibles a la complejidad psíquica que los clínicos avezados captan en la práctica del consultorio.

Los instrumentos diagnósticos, entre ellos una clasificación, deben recuperar los valiosísimos recursos del juicio clínico y la inferencia, en lugar de eliminarlos. Por ellos se accede a lo que tiene mayor interés psicológico, a los aspectos dinámicamente importantes de la vida mental.

De ninguna manera estoy parcializando el asunto a favor de los exclusivos intereses o la visión de psicoanalistas en particular, en la suposición de que sólo ellos han adquirido el delicado sentido profesional de la captación de las vivencias y fenómenos psíquicos.<sup>13</sup> Al contrario, digo algo muy distinto que terminaré de aclarar compartiendo una observación:

El SWAP (Schedler Westen Assesment Procedure) es un instrumento para el diagnóstico de la personalidad y sus trastornos creado por Schedler y Westen, (2003) y que forma parte de los instrumentos propuestos en el PDM (siglas en inglés del Manual de Psicodiagnóstico Dinámico) y utilizados en su capítulo de Trastornos de la Personalidad. Contiene 200 variables descriptivas de la personalidad (que no es el equivalente a un conjunto de escalas de clasificación). El instrumento se basa en un método de observación, (Qsort) que requiere que los clínicos sitúen un número determinado de afirmaciones de cada categoría. Como la combinación de esas variables permite un número infinito de perfiles, el procedimiento admite las variantes que se necesitan para un diagnóstico de personalidad ajustado a la fina peculiaridad individual.

Repasando esas variables, se hace evidente que el tipo de observación y captación psicológicas que requiere precisarlas son de inocultable raigambre psicoanalítica. Pero en modo alguno puede decirse que es patrimonio exclusivo de la formación ni de puntos de vista psicoanalíticos.

Esto demuestra que sí puede crearse un lenguaje común sin amputaciones. Común para psicoanalistas de toda tendencia, porque así se sabe a qué se refieren cuando emplean la jerga particular de cada grupo; y común a quienes no son y son analistas, para que los refinamientos psicológicos propios de pacientes reales, puedan ser captados e incluidos en la clasificación diagnóstica.

El Manual de Diagnóstico Dinámico, presentado en otros capítulos de este mismo documento de trabajo, es una relevante y singularmente valiosa contribución que hace el psicoanálisis internacional en tal sentido.

12. Publicación científica sobre investigaciones empíricas, generada en el Research Comité de la misma Int.Psychoanalytic Association I.P.A.

13. En todo caso son muchos de ellos los que todavía tienen que convencerse de que se puede investigar y reunir datos significativos con mayor claridad y rigor científico de lo que están acostumbrados a hacer.





UNIVERSIDAD DE  
**Belgrano**  
BUENOS AIRES - ARGENTINA

Universidad de Belgrano  
Zabala 1837 (C1426DQ6)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533  
e-mail: [invest@ub.edu.ar](mailto:invest@ub.edu.ar)  
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>