

## “Clásicos” de interés para el pensamiento relacional

**Lerner, P.M. y Lerner, H.D. (2007). A Psychoanalytic Clinician Looks at Diagnostic Labels and Diagnostic Classification Systems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 1, 70-81.**

(Un clínico psicoanalítico mira las etiquetas diagnósticas y los sistemas de clasificación diagnóstica)

### Resumen y comentario de Carlos Rodríguez Sutil

Desde una perspectiva clínica, especialmente psicoanalítica, el DSM-IV presenta unas serias limitaciones. Como ocurría con sus antecesores, casi todo el énfasis se coloca en lo que es posible observar y describir, prestando escasa atención a las estructuras subyacentes menos visibles, las dinámicas y los significados. Como consecuencia, dicho enfoque no puede conceptualizar de forma adecuada aquellos individuos que presentan contradicciones marcadas entre las esferas de funcionamiento externa e interna. Esta es una de las razones principales de que se siga dando vueltas al debate “diagnóstico categorial – diagnóstico dimensional”.

La práctica diagnóstica que consiste en aplicar meramente una etiqueta a un individuo no ayuda a que el terapeuta transmita una actitud genuinamente terapéutica (Schaffer, 1983), una actitud que se considera necesaria para promocionar un resultado óptimo.

Aunque creemos que la evaluación no debe estar fundamentada en el diagnóstico, estamos a favor de todo intento por crear un sistema de clasificación sistemático. Consideramos que dicho sistema refleja la propia teoría sobre la psicopatología y, por tanto, proporciona al evaluador un esquema de referencia en el proceso de recolectar, organizar e informar de los hallazgos. Además opinamos que la historia de la psiquiatría y del psicoanálisis está llena de expectativas por desarrollar una taxonomía realmente adecuada que capture algo esencial de la naturaleza humana.

*Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)* (Shedler y Weston, 2004). Las ventajas conceptuales de este sistema residen en que proporciona una descripción clínica de los trastornos más significativa que la del DSM-IV y en la inclusión de una serie de patologías de la personalidad que el DSM omite.

De acuerdo con McWilliams (1998), para que un sistema diagnóstico sea consistente con los objetivos clínicos debe tener en cuenta los siguientes aspectos individuales: el temperamento y otros atributos fijos, factores madurativos, patrones defensivos, identificaciones, esquemas relacionales, reguladores de autoestima y creencias patológicas. Las ventajas de evaluar estas variables incluyen su utilidad en la planificación del tratamiento, la información implícita sobre el pronóstico, su valor para que el terapeuta sea capaz de comunicar empatía y, finalmente, el papel para reducir las posibilidades de que ciertas personas que se asustan con facilidad, huyan del tratamiento.

Es ya un tópico de la clínica el que, cuanto más se conoce a una persona, menos se sabe su diagnóstico. Además, el diagnóstico es algo que el clínico toma siempre como algo provisional, nunca definitivo. Una actitud terapéutica óptima supone la disposición permanente para reevaluar el diagnóstico inicial a partir de nueva información.

El sistema que propone Lerner representa una integración de las clasificaciones de la

estructura del carácter, psicoanalíticas, más clásicas, junto con la integración que ofrece Kernberg (1970) de la teoría de las relaciones objetales con la psicología del yo, en relación con los niveles de organización de la personalidad.

**La primera dimensión** consiste en un diagnóstico caracterológico descriptivo, según las diferentes estructuras de carácter: modos habituales de comportamiento, modos estereotipados y permanentes de respuesta que elabora el yo para mediar entre las demandas internas y la realidad externa.

Entre las estructuras de carácter representativas se incluye: el carácter histérico, el obsesivo-compulsivo, el depresivo, el masoquista, la personalidad infantil, la narcisista y la paranoide.

La personalidad puede ser considerada como un conjunto difuso de rasgos o de dimensiones (p.e. estilo cognitivo, defensas, representaciones de objeto, etc.) que adopta una configuración posible dentro de una gran variedad. Las formas particulares en que se configuran estos rasgos se refieren al carácter.

**La segunda dimensión** implica la evaluación del nivel subyacente en la organización de la personalidad. Las estructuras específicas que se evalúan incluyen el nivel del desarrollo instintivo, las manifestaciones de la debilidad del yo, el nivel de la organización defensiva, el nivel de las relaciones de objeto internalizadas, nivel en el desarrollo del superyó y, finalmente, nivel en la identidad del yo. Cada estructura es situada en un continuo de tres niveles que va desde el nivel más alto (organización neurótica), pasando por el intermedio (organización límite), hasta el nivel más bajo (organización psicótica). De este modo, el esquema diagnóstico incluye tanto componentes categoriales (estructura del carácter) como dimensionales (niveles en la estructuración de la personalidad basados en diversas dimensiones clínicas relevantes), evaluables e importantes para la clínica.

Pacientes de estructuras de carácter muy diferentes (p.e. obsesivo-compulsivos, narcisistas, etc.) pueden manifestar patología límite. Comparten una estructura subyacente de gran significado clínico en términos técnicos, la transferencia-contratransferencia, las resistencias y la tendencia a la reacción terapéutica negativa.

Lerner y Lerner (1980) operacionalizaron la teoría de Kernberg sobre las defensas en una escala de Rorschach.

Aunque una aproximación estandarizada a la evaluación no deja de tener su importancia, para captar todo el sentido clínico la evaluación debe ir más allá hasta una comprensión más idiográfica del individuo, más cercana a la experiencia.

El sistema diagnóstico que aquí proponen cumple una triple función: a) integración, b) organización, y c) comunicación. Por “integración” se refieren a la utilidad del sistema para que el evaluador agrupe datos seguramente dispares, no relacionados o, incluso, inconsistentes. El proceso de inferencia clínica consiste en una serie de pasos interpretativos, que siguen una serie de leyes, en la transformación de los datos brutos de los tests, en un informe psicológico clínicamente significativo, bien organizado e internamente consistente. Los pasos específicos incluyen la recogida de datos, la puntuación, cuantificación y análisis de los mismos, las inferencias de primer orden, su transformación y la redacción del informe. (74)

En general, en un informe a partir de tests las inferencias constituyen el material básico; la teoría une el material y le da cohesión; y el lenguaje utilizado particulariza el informe con respecto al paciente concreto. (75)

Para que el informe permita alcanzar decisiones clínicas e intervenciones útiles para el paciente, necesita ser algo más que un documento científico o técnico. Debe de ser político (con sabiduría práctica y prudencia), diplomático, estratégico y persuasivo. Un informe bien elaborado está elaborado al nivel de un “lenguaje intermedio”, pero escrito en un nivel descriptivo, cercano a la experiencia, libre de jerga psicológica y términos técnicos. Se escribe en el mismo lenguaje de la consulta, evitando las frases mecánicas, explicando los

conceptos más abstractos, y manteniéndose con empatía cercano a la experiencia subjetiva del paciente.

Siguen a Rapaport (1950) en la idea de que la psicopatología supone una exageración o descompensación de estructuras ya presentes en la personalidad. El concepto de estructura de carácter supone que la distinción entre normalidad y psicopatología no es de clase sino de grado.

Cuando se ofrece un diagnóstico caracterológico, en lugar de decir que “el paciente presenta una personalidad obsesivo-compulsiva”, es más conveniente que el clínico diga “el paciente presenta una personalidad obsesivo-compulsiva. Gracias a que el concepto de carácter es conceptualizado de esta manera, a diferencia del DSM, nos evitamos el espinoso problema de los diagnósticos múltiples y sus implicaciones.

Weiner (1977) trazó una útil distinción entre dos formas de interpretar los datos de la evaluación: representativa y simbólica. En la interpretación representativa, la conducta ante el test es considerada una muestra o representación directa de la conducta real que el evaluador está intentando evaluar o predecir. Hay muy pocos pasos intermedios entre la conducta ante el test y la conducta real. En la interpretación simbólica, en cambio, no hay una conexión inmediata. Las respuestas de los tests son consideradas claves simbólicas de las conductas a examen, y se despliega una cadena de inferencias (basadas en la teoría) que conectan la interpretación con la conducta en el test. Las interpretaciones representativas concuerdan más con la validación de criterio, mientras que las interpretaciones simbólicas casan más con la validación de constructo. El desafío consiste en articular las relaciones teóricas que conectan las características de la personalidad con la conducta o estructura que se infiere, con la mayor claridad posible, y de la forma más explícita y específica. En el proceso de validación, estas relaciones habrán de ser examinadas para averiguar en qué medida es sólido en sus dos extremos el puente que tienden entre los datos de los tests y algunos aspectos de la personalidad.

En resumen, un artículo muy interesante, para adentrarnos en las problemáticas del diagnóstico psicodinámico contemporáneo.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Rodríguez Sutil, C. (2008). Reseña del trabajo de Lerner, P.M. y Lerner, H.D. (2007). A Psychoanalytic Clinician Looks at Diagnostic Labels and Diagnostic Classification Systems. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (2): 442-444. [ISSN 1988-2939]  
[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CEIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>]