

FICHA CLÍNICA Nº 3. EL DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO.



CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL DIAGNÓSTICO

Por la vertiente psicoanalítica, los criterios reseñados esquemáticamente por S. Freud, sentaron los lineamientos dinámicos que sustentan el diagnóstico de orientación psicoanalítica, lo que actualmente permite diagnosticar las neurosis sintomáticas, trastornos de carácter, perversiones, psicosis, etcétera.

Freud (1908, 1931) y Abraham (1921, 1925) iniciaron una nosología psicoanalítica que relacionaba cuadros clínicos con las etapas de desarrollo psicosexual (motivaciones instintivas, libidinales y agresivas) a través de los mecanismos de fijación-regresión. Fenichel, posteriormente incorporando los hallazgos de W. Reich, propuso una clasificación caractereológica que combinaba aspectos dinámicos y estructurales, siendo la clasificación que “cuenta con la general aceptación de la teoría psicoanalítica actual” (Prenlinger et al., 1964, en Kernberg, 1989): neurosis traumáticas, psiconeurosis: histeria de angustia, histeria de conversión, neurosis obsesiva, conversiones, pregenitales, perversiones y neurosis impulsivas, depresión y manía, esquizofrenia, y todo el capítulo de los trastornos del Carácter: esquizoide, oral, anal, uretral, fóbico o histéricos.

Sin embargo, el diagnóstico psicoanalítico no se ha desarrollado como un sistema nosológico homogéneo que permita establecer una coherencia en los criterios y la capacidad de contrastarlos, esto debido a lo heterogéneo de las distintas concepciones dentro del modelo psicoanalítico (psicología de los impulsos, modelo estructural, psicología del sí-mismo) como también por el hecho de que, en general, éste es un modelo que no considera a las manifestaciones externas como signos unívocos, sino que enfatiza la aprehensión de lo dinámico-estructural subyacente en el individuo. En tal sentido cabe mencionar los esfuerzos de Otto Kernberg por zanjar las diferencias entre los modernos sistemas nosológicos psiquiátricos y los postulados dinámico-estructurales del psicoanálisis en lo que se ha llamado el *Diagnóstico Estructural*.

El psicoanálisis se desarrolló construyendo modelos explicativos de la conducta. De esta manera, desde esta perspectiva diagnóstica, los síntomas se equiparan a contenidos manifiestos, que pueden interpretarse de distinta manera según el funcionamiento estructural del individuo; es así como una fobia puede ser entendida como una “enfermedad” (neurosis sintomática) en una estructura psíquica sana o normal, o puede ser un síntoma indicativo de una descompensación funcional en una estructura neurótica de carácter. Por tanto, la presencia de síntomas, desde esta perspectiva, no es indicio unívoco de normalidad o anormalidad, localizándose el énfasis en la significación de las manifestaciones en relación a la estructura psíquica más que en las manifestaciones mismas (pudiendo darse procesos mórbidos con o sin síntomas). Es así como “lo aparente” o “lo manifiesto”, criterio central tácito tanto en la posología psiquiátrica como en la perspectiva conductista, adquiere valores relativos desde esta perspectiva.

En líneas generales, podría decirse que en base al *concepto de desarrollo psicosexual* y las fijaciones que podrían configurar al individuo en tal proceso, se postula un continuo representado en un extremo por la salud, y que transcurre hacia la patología por las neurosis sintomáticas, las neurosis de carácter, los trastornos limítrofes de personalidad y la psicosis. Esta visión de continuo contrasta con la perspectiva Kraepeliana de “entidades clínicas” independientes, con suposición de etiologías independientes, característica en la nosología psiquiátrica.

Uno de los primeros criterios diagnósticos que fue utilizado por el psicoanálisis es el criterio de

“analizabilidad”. Según este criterio, se distinguían las neurosis, en las cuales se desplegaba la transferencia en la relación con el analista (por lo tanto analizables) y las neurosis narcisistas o psicosis, en las que no se desplegaba la transferencia (por lo tanto no analizables). Este criterio ha cambiado a la par que la teoría y la técnica psicoanalíticas, distinguiéndose en la actualidad transferencias neuróticas, narcisistas, perversas, limítrofes y psicóticas. Pero más allá de estos cambios, el criterio que se ha mantenido es que la acción diagnóstica está ligada a la determinación de la acción terapéutica.

Para su formulación, el diagnóstico dinámico depende en mayor medida de la práctica y los conocimientos técnicos de quien diagnostica, o sea, las variables que intervienen en el proceso son más complejas en contraste con el diagnóstico nosológico, en el cual se pretende simplificar la operación diagnóstica, para hacerla más expedita, asequible y uniforme.

CRITERIOS Y CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS EN PSICOANÁLISIS

El panorama general refleja la existencia de una gran variedad de criterios y clasificaciones que varían entre las distintas escuelas y autores existentes en la orientación psicoanalítica. Es un espectro muy rico clínicamente, donde se percibe la dinámica de evolución y maduración en la comprensión y utilización del modelo teórico clásico del psicoanálisis, pero a la vez refleja una carencia en la sistematización y utilización unívoca del vocabulario, criterios y clasificaciones psicopatológicos. Sin embargo, en la revisión de los trabajos de ciertos autores modernos (Kernberg, Kohut, Hernández Espinoza, Ruiz Ogare, Rudio **Sánchez, etc.**) **se nota un esfuerzo hacia lo sintético y contrastable, no sólo entre las distintas perspectivas psicoanalíticas, sino también en relación a otras aproximaciones teóricas hacia lo psicopatológico.**

Los siguientes son algunos criterios y clasificaciones que no agotan la variedad de perspectivas que sobre el tema existe en la literatura psicoanalítica, pero que - a nuestro juicio - resultan adecuadas muestras de los aportes que de esta vertiente teórica han surgido.

En el diagnóstico dinámico se intenta conocer:

- a.- El equilibrio entre las funciones psíquicas conscientes y los factores inconscientes de la personalidad total, sus conflictos y posibilidades de adaptación.
- b.- Lo peculiar de las relaciones objetales.
- c.- El desarrollo de las funciones yoicas y grado de vulnerabilidad yoica.
- d.- El tipo caracterial.
- e.- La frecuencia y cualidad de las conductas regresivas.
- f.- Los tipos y la frecuencia de los mecanismos de defensa del yo contra la angustia.
- g.- Las defensas frente a la enfermedad y el médico.

Otto Kernberg (1984) propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. Estos tipos de organización se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente en:

- 1.- el grado de integración de su identidad;
- 2.- los tipos de operaciones defensivas que habitualmente utiliza, y
- 3.- su capacidad para la prueba de realidad.

Es así como, para él, la organización neurótica, a diferencia de las otras dos, presenta una identidad integrada y predominio de los mecanismos de defensa en torno a la represión, en tanto que la organización limítrofe como la psicótica presentan una deficiencia en la integración de la identidad (mayor en la psicótica que en la limítrofe) y un predominio de los mecanismos de defensa en torno a la escisión (también mayor

en la psicótica que en la limítrofe). Por último, la organización psicótica presenta una ausencia de la prueba de realidad, a diferencia de las organizaciones neuróticas y fronterizas. Kernberg considera a estas tres organizaciones amplias dentro de un continuo, en el cual cobran sentido entre sí las distintas organizaciones en virtud de las vicisitudes del desarrollo normal o patológico del aparato psíquico.

Kernberg (1987) propone la Entrevista Estructural como método para acceder a un “*Diagnóstico Estructural*”, que a través de la evaluación del grado de integración de la identidad, mecanismos de defensa preponderante, presencia o ausencia de juicio crítico de realidad, evaluación de funciones cognitivas, algunos indicadores de orden sintomatológico (ansiedad difusa, etc.) y caracterial (rasgos esquizoides, etc.), pretenden ubicar o clasificar a un paciente dentro de un continuo que va desde las neurosis (sintomáticas o de carácter), trastornos límite, “psicosis funcionales” hasta síndromes cerebrales orgánicos.

Heinz Kohut, más centrado en una psicopatología del sí-mismo, ya sea entendida como una estructura del modelo estructural, o como una categoría más amplia, núcleo central de su modelo, distingue los trastornos del sí-mismo: en primarios (del sí-mismo como aspecto central) y secundarios (o reactivos, neurosis estructurales), abocándose a los trastornos primarios distingue cinco entidades psicopatológicas:

- I.-** las psicosis (fragmentación permanente o prolongada, debilitamiento o seria distorsión del sí-mismo);
- II.-** los estadios fronterizos (fragmentación permanente del sí-mismo, recubierta por estructuras defensivas más o menos eficaces);
- III.-** las personalidades esquizoides y paranoides (organizaciones defensivas que emplean el distanciamiento: frialdad y superficialidad u hostilidad y suspicacia como protección a una fragmentación o debilitamiento del sí-mismo);
- IV.-** los trastornos narcisistas de la personalidad (debilitamiento temporario del sí-mismo a través de síntomas autoplásticos), y
- V.-** los trastornos narcisistas de la conducta (debilitamiento temporario del sí-mismo a través de síntomas aloplásticos). (Ferenczi, 1930 en Kohut, 1980)

(Extraídos de los Archivos Indepsi. Publicado en *Correo de Psicoterapia* n° 14, 1994)

Volver a Fichas Clínicas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.

