



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

Nº 7 – Otoño-invierno 1999

Criterios de diagnóstico¹

José Bleger

La edición italiana de "Psicohigiene y Psicología Institucional" (Librería Editrice Lauretana, Loreto 1989) es bastante diferente a su homónima española. Se subtitula "La entrevista psicológica y contribuciones para una psicopatología psicoanalítica". Incluye, junto a los trabajos conocidos de la española, la práctica totalidad de los que componen "Temas de psicología (Entrevista y grupos)" y, además, una serie de artículos poco conocidos del autor. Poco conocidos porque fueron publicados en su momento, años 70, en diversas revistas y, posteriormente, sólo los encontramos en esta edición italiana. De ellos, hemos querido ofrecer a nuestros lectores el titulado "Criterios de diagnóstico". Apareció originalmente en la Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina y hoy lo reproducimos en Área 3 con la autorización de Juana Bleger de Klurfan y Leopoldo Bleger.

Como han escuchado yo me voy a ocupar exclusivamente de considerar algunas pautas diagnósticas en psiquiatría dinámica, tomando como instrumento para este estudio la entrevista. No tomaré en cuenta otros medios de diagnóstico, como la entrevista grupal, el psicodiagnóstico o diferentes test. Yo voy a considerar, pues, solamente pautas o elementos que se pueden recoger desde la entrevista.

El problema del diagnóstico es siempre muy controvertido. No me voy a ocupar a fondo del asunto pero vale la pena tenerlo en consideración. El diagnóstico no funciona abstraído de algunos parámetros, sino en relación con algunos vectores que es necesario tener en cuenta. Hay que preguntarse un diagnóstico para qué terapia. Por ejemplo, en el caso del tratamiento psicoanalítico, el diagnóstico en sí mismo tiene poca importancia si estamos dispuestos a hacer dicho tratamiento. En cambio, puede tener mucha importancia si al que hace el tratamiento no le interesa una psicosis o verse con problemas psicopáticos o con otros problemas que no quiere tratar por x motivos. Pero siempre el diagnóstico se hace para un tipo de terapia. Hay que tener entonces en cuenta la pregunta: para qué tipo de terapia se hacen determinados diagnósticos, para qué objetivos. Pueden no ser objetivos de terapia, pueden ser objetivos de cualquier otro tipo, como selección de personal o de estudiantes que tienen que ingresar en una escuela o de candidatos en una asociación psicoanalítica, o bien puede tratarse de terapias de tiempo limitado, que es la experiencia más directa que he tenido personalmente, aparte de otros tipos de experiencia de entrevistas o de pautas diagnósticas para selección de candidatos u

¹ Este trabajo se basa en una conferencia pronunciada por el autor en la Asociación Médica

otros problemas similares.

En la terapia de tiempo limitado generalmente queremos obtener un diagnóstico, o pautas que nos orienten para que el tratamiento no se vea sobrepasado por el problema que tenemos que enfrentar. En el momento actual del desarrollo teórico, en una terapia de tiempo limitado, no tiene demasiado sentido tomar un cuadro melancólico o esquizofrénico grave, o una personalidad muy narcisista. ¿Por qué digo en una terapia limitada? Porque puede ocurrir que la terapia limitada se haga en algún momento con técnicas mucho más eficientes que la que estamos utilizando estos momentos. Es posible que algunos cuadros o fenómenos que ahora queremos descartar o no aceptar en terapia breve, sean aceptados de aquí en x tiempo.

Además del diagnóstico y las pautas diagnósticas, se debe tener en cuenta qué teoría de la curación y qué teoría general se están utilizando. Se trata, por ejemplo, de un tipo de terapia particular, puede ocurrir como ha ocurrido -un caso muy sencillo: una persona que aparece con repetidas crisis de angustia, que tiene que guiar un aparato y no puede ponerlo en función en estas crisis. Si yo tomo exclusivamente el problema de la crisis de angustia, debo tener en cuenta qué teoría de la curación voy a utilizar.

Puede tratarse de que este sujeto no tenga más crisis de angustia y prosiga con el trabajo. Pero yo puedo tener una teoría de la curación de la enfermedad que va más allá de la sintomatología. Por ejemplo, como ocurrió en este caso que estoy recordando, el sujeto tenía una personalidad muy narcisista y las crisis de ansiedad se producían por la ruptura de la estructura narcisista. Entonces no tenía ningún sentido que desaparecieran las crisis de ansiedad. Había que enfrentar y reelaborar la estructura narcisista de la personalidad. De tal manera, las crisis de ansiedad eran un elemento indicador de lo que se estaba cumpliendo en ese sujeto.

En este orden de cosas alguien puede tomar esto exclusivamente como una crisis de ansiedad, como crisis de evitación, como crisis fóbicas, como situaciones fóbicas, y procurar la desaparición de la sintomatología. Yo enfocaría el problema del narcisismo, de la personalidad de este caso, en cuyo caso la teoría de la curación es totalmente distinta, y por tanto las pautas diagnósticas son diferentes, inclusive entre psicoanalistas. Por ejemplo, yo no podría utilizar las pautas diagnósticas de Anna Freud y Nagera, que se han difundido en cierta proporción en Inglaterra. Su concepción psicoanalítica es totalmente diferente de la mía. Es decir que, aún ubicado con una concepción psicoanalítica, no puedo usar de hecho las pautas diagnósticas que dan ellos, y ellos seguramente no podrían utilizar las mías. No hablemos de lo que ocurre con otros autores, psicoanalistas y no psicoanalistas.

En el campo psicoanalítico un americano, Szasz, pone mucho énfasis en la no necesidad del diagnóstico. Otros autores, como Thier, en Inglaterra, dicen que el diagnóstico es un hobby de psiquiatras, que no tiene sentido. Yo creo que sí, que tiene mucho sentido, pero no realizado a la manera tradicional. En este caso sí doy la razón a los que afirman que no hace falta el diagnóstico, porque decir 'crisis fóbicas' o 'crisis de ansiedad' no tiene ningún sentido. Habría que plantearse en quién ocurre eso, en qué momento, con qué sentido, qué estructura tiene la personalidad, y qué objetivo, qué función cumple la sintomatología en un momento

dato. Un diagnóstico es mucho más amplio.

No es menos cierto que hay que alejarse del diagnóstico de entidades clínicas, tal como estamos acostumbrados a realizarlo en la medicina, porque, entre otras razones, en psiquiatría ha fracasado totalmente. El diagnóstico médico, el diagnóstico en entidades, tiende a ver la enfermedad como una cosa, y por lo tanto a describir la cosa como si tuviera propiedades. La enfermedad tiene sus características, como cada objeto tiene propiedades. Hoy tendemos a diagnósticos mucho más funcionales, y no a diagnósticos de entidad. El diagnóstico médico se basa en una unidad formada por tres elementos: una unidad clínica, una unidad etiológica y una unidad anatomopatológica. En los cuadros psiquiátricos y en psiquiatría dinámica, podemos hallar la unidad clínica, pero no la unidad etiológica y la unidad anatomopatológica. En psiquiatría dinámica este tipo de diagnóstico médico está totalmente fracasado. No se lo puede seguir utilizando, además de no haber alcanzado un grado de desarrollo realmente importante.

Los diagnósticos tradicionales, hablo de Kraepelin, no nos sirven. Se refieren a cuadros terminales, y a nosotros nos interesan mucho más los cuadros de comienzo. Las descripciones de los cuadros terminales sirven poco para comprender los cuadros de comienzo. Tenemos que realizar diagnósticos funcionales.

Los diagnósticos funcionales se basan en determinados parámetros, que tienen a su vez indicadores o índices. Plantearé ahora mi forma personal de encarar este problema desde hace años, porque hace años que me interesa y me preocupa y le he dedicado bastante tiempo, especialmente en el período en que estuve en el Centro Racker. Hago este introito porque lo que sigue es más el enfoque personal que yo tengo sobre este problema.

Me referiré primero a los parámetros en los cuales se basa un diagnóstico funcional. Ya dije que no se puede utilizar el diagnóstico de la unidad anatomopatológica, clínica y etiológica de la medicina en la psiquiatría dinámica. Tenemos que utilizar un diagnóstico funcional basado no en entidades clínicas sino en estructuras. Tenemos que entender las estructuras en relación con las organizaciones patográficas. Me refiero a que, en este orden de cosas, debemos dejar de diagnosticar, por ejemplo, neurosis obsesiva o histeria de conversión. Tenemos que tomar a la histeria o a los rituales obsesivos, los ceremoniales, como estructuras y no como entidades. De tal manera, esas mismas estructuras pueden aparecer con distintas organizaciones patográficas. Pueden aparecer como neurosis, como caracteropatías, como psicosis, como carácter, como rasgos de personalidad, como perversión, con distintas organizaciones patográficas. Es decir que en los parámetros tenemos, por un lado, las estructuras, por otro lado, las organizaciones patográficas. De tal manera, en algún momento podemos tener situaciones muy complicadas que son situaciones muy complicadas tal como aparecen en la realidad. Podemos tener, por ejemplo, una sintomatología conversiva en una neurosis, o una personalidad fóbica o evitativa con rasgos psicóticos y con rasgos perversos. Cuando uno empieza a examinar en detalle, ve que las situaciones son mucho más complejas. Generalmente cuando se hacen diagnósticos diferenciales, cuando se trata de ver, en discusiones interminables, si se trata de una neurosis, de una fobia, de una histeria de conversión o de rasgos de carácter, se termina diciendo que el sujeto tiene todo eso.

Si partimos sólo de diagnósticos de tipo médico excluyentes, tenemos que encasillar al sujeto enfermo, puesto que nos basamos en la noción de entidades clínicas como cosas, y desde el punto de vista de la entelegía no podemos admitir que una cosa puede ser al mismo tiempo varias. Si se toman con este sentido las enfermedades nos quedamos como hasta ahora, con los diagnósticos tradicionales, a medio camino. Porque una enfermedad no es una cosa. Es una estructura mucho más complicada, y tenemos que tratar de ver funcionalmente esa complicación tomando los distintos parámetros con los cuales se desarrolla, considerando la personalidad total, los rasgos de carácter, las situaciones egodistónicas, las egosintónicas, las manifestaciones de primer plano, las manifestaciones de segundo plano y los elementos de carácter dinámico, como por ejemplo situaciones de duelo no elaborado o situaciones pretéritas que pueden redundar en la situación presente, en la situación patológica general y en la situación no patológica general.

En relación con las estructuras y las organizaciones patográficas yo acostumbro hacer dos escalas: una horizontal y otra vertical, de tal manera se combinan, por un lado, las estructuras, y por otro lado las organizaciones patográficas. Hay un entrecruzamiento entre las organizaciones patográficas y las estructuras, de tal manera que se puede hacer un diagnóstico pluridimensional que es mucho más realista que el diagnóstico de una enfermedad tomada aisladamente, como si diagnosticáramos una cosa. Las enfermedades en el campo de la psiquiatría no se dan de esa manera.

Otro aspecto muy importante de los parámetros -además de las estructuras y las organizaciones patográficas-, resulta el diagnóstico de las partes neurótica y psicótica de la personalidad, que tampoco son excluyentes. Trato de detectar siempre dónde está la parte neurótica y cómo está organizada, dónde está la parte psicótica y cómo está organizada, de tal manera de poder seguir las muy bien. Me interesa no solamente saber que el paciente las tiene, porque sé de antemano que cualquiera de nosotros las tiene, sino saber dónde están y cómo están organizadas, para poder seguirles la pista.

Llamo parte neurótica de la personalidad a todo aquello que está estructurado en función de la discriminación, de la proyección-introyección, de los mecanismos neuróticos, y que está basado en las ansiedades esquizoparanoide y la posición depresiva. Mientras que en la parte psicótica de la personalidad se incluye todo aquello que no está suficientemente discriminado, es decir, todo aquello que corresponde a lo que he denominado la posición glischro-cárica que está relacionado con las identificaciones introyectivas-proyectivas, cuando no está bien diferenciado el sujeto del objeto, el Yo del no Yo.

Otro parámetro muy importante para mí reside en el estudio del clivaje y la separación que existe entre las partes neurótica y psicótica de la personalidad. Podemos estudiar si este clivaje está o no roto, si se mantiene muy estereotipado o no, en qué época de la vida se ha roto o no y cómo se ha vuelto a recomponer, si se ha mantenido durante toda la vida o no. Hay períodos de la vida en que normalmente ese clivaje tiene que romperse, por ejemplo, al salir de la latencia y entrar en el período de la pubertad. Si no se ha roto, yo le doy al hecho un valor equivalente al que le da Spitz a la ansiedad del octavo mes, es decir que por la no presencia es un elemento altamente negativo. La falta de la ansiedad del octavo

mes es como la no presencia de esa ruptura del clivaje y la mezcla y confusión entre parte neurótica y psicótica. Indicaría un clivaje que nunca se ha establecido. Es decir, el individuo nunca estableció bien un período de latencia o nunca se recuperó después de una crisis de adolescencia, por ejemplo, que puede aparecer como tal o a raíz de cualquier otra situación o fenómeno de la vida normal o de situaciones patológicas, como pueden ser duelos, migraciones, cambios de cualquier tipo. Esas rupturas o esos restablecimientos o no restablecimientos del clivaje pueden aparecer de una u otra manera.

Para mí el problema del clivaje tiene mucha importancia junto con el de las partes neurótica y psicótica, especialmente para todo lo que se refiere a la intención de orientar terapias breves, porque ya no se trata únicamente de decir que en terapias breves no conviene tomar una psicosis o no conviene tomar una perversión grave. Esto depende de cómo se ha manejado ese clivaje entre la parte neurótica y la psicótica. Puede ser que corresponda una terapia breve y que una perversión, un sujeto con una modalidad psicopática de carácter o una personalidad psicopática, se pueda beneficiar mucho. Ya no se trata exclusivamente del problema de si el sujeto tiene una perversión o no, o una psicosis activa o no, o una psicopatía en la actualidad o no, sino de cómo se ha manejado y cómo se maneja ese clivaje. Para mí tiene importancia entender también si son factibles tipos de terapia breve con personalidades o enfermedades o situaciones como las que acabo de mencionar.

Otro parámetro muy importante es el de la estereotipia o la movilidad. Todo lo que tiende a la estereotipia o todo lo que tiende a mantenerse de manera estereotipada, es, en general, mucho más serio, más grave y más difícil que aquella sintomatología que tiene mayor movilidad. La movilidad se entiende en el sentido de cambios de estructuras y de organización patográfica, porque un sujeto puede tener mucha movilidad en función de que es maníaco, es decir, se mueve mucho pero dentro de la estructura maníaca. En ese caso no se puede hablar de movilidad. Dentro de los grandes parámetros que yo tomo para las pautas diagnósticas (el problema de las estructuras, las organizaciones patográficas, las partes neurótica y psicótica de la personalidad, el clivaje entre ambas, cómo está ese clivaje, cómo se mantiene o no y el grado de estereotipia o de movilidad, qué está estereotipado o qué tiene movilidad) no todo transcurre de la misma manera en un ser humano. Hay estructuras que se pueden movilizar. Un sujeto puede tener mucha movilidad en la parte neurótica de la personalidad pero ninguna en la parte psicótica, en cuyo caso el problema es distinto del que se plantea si ocurriese a la inversa o si tuviera movilidad o estereotipia en ambas.

Junto con las partes psicótica y neurótica de la personalidad, el clivaje y la estereotipia y la movilidad, para mí un problema muy importante es el de la situación de dependencia y su evolución. En términos generales, para decirlo con otras palabras que me parecen mucho más correctas, qué grado de simbiosis, qué grado de dependencia simbiótica tiene, ha tenido o puede seguir teniendo el sujeto, qué grado de resolución logra de esa dependencia simbiótica. Con frecuencia me he visto necesitado de aclarar que tener una dependencia simbiótica no es una mala palabra. Se necesita tener un cierto grado de dependencia simbiótica para hacer una vida normal. La patología reside en que el sujeto no tiene bien establecido un grado de dependencia simbiótica, no tiene depositarios o los tiene de una manera completamente alternada, con una variación continua. Es decir que el estudio de qué

depositarios tiene, qué grado de simbiosis o de dependencia simbiótica, qué grado de independencia posee ese sujeto, para mí resulta muy importante. Junto con el problema de los parámetros de las partes neurótica y psicótica de la personalidad y del clivaje, este otro punto se refiere, por ejemplo, a que puede ocurrir que un sujeto nunca haya logrado una relación simbiótica, una dependencia verdadera. Esa situación puede ser grave, pero hay que tomar en cuenta los otros factores. Generalmente este aspecto coincide con el gran capítulo que se ha abierto hace pocos lustros, el problema de la carencia de afecto. Yo creo que la carencia de afecto es un problema mucho más amplio. Es el problema de la carencia de la dependencia, el problema de la carencia de depositarios, el problema de la carencia de simbiosis, que resulta mucho más general y amplio que el problema del afecto exclusivamente, como se lo ha presentado y estudiado en gran proporción, incluso con publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, de la UNESCO, con la célebre publicación de Bowlby y otras.

En este sentido, por ejemplo, los sujetos que nunca han logrado la simbiosis, son los drogadictos, los caracterópatas con perversiones, aquellos en los cuales surge lo que buena parte de los psicoanalistas llama problemas del holding. Creo que el problema del holding no es otra cosa que el problema que estoy describiendo, el de la dependencia simbiótica. Tener una buena dependencia simbiótica es necesario. Pero, puede ocurrir que esa dependencia simbiótica se prolongue más allá de lo necesario, o que se prolongue con un grado, una intensidad o una modalidad más allá de lo necesario, en cuyo caso hay que tomarlo muy en cuenta. La simbiosis puede ser muy persistente o inamovible más allá de lo que corresponde. Por ejemplo, hay sujetos que tienen un período de latencia del cual no salen jamás, y pasan cronológicamente por la edad de la adolescencia, pero no por la crisis de la adolescencia. Para mí también es muy importante detectar si se ha hecho la crisis de la adolescencia y el carácter turbulento o no de la misma, que pudo haberse dado en el período cronológico adolescente o en períodos diferentes, que no corresponden a la adolescencia y pudo haberse realizado de una manera clínicamente psicótica.

Además de los parámetros que he descrito, para mí tiene mucha importancia utilizar índices. Los parámetros no permiten un manejo clínico de la situación. Dan referentes teórico-clínicos pero faltan todavía los indicadores con los cuales trabajar. Hemos dedicado mucho tiempo al problema de los indicadores o de los índices clínicos y sigo utilizando los que planteamos en el Centro Racker, fruto de ateneos clínicos en distintas comisiones en las que trabajaron también Carlos Paz y Benito López, entre otros colaboradores.

Los índices se agrupan en dos grandes ítems. Uno es el que corresponde a los índices de las partes neurótica y psicótica de la personalidad. Siguiendo estos índices podemos ir viendo las estructuras, las organizaciones patográficas, el clivaje y el grado de movilidad. Dentro de la parte neurótica de la personalidad se incluyen los síntomas actuales, los tipos de conflictos y la presencia o no de ansiedad. En segundo lugar se considera si existe una transferencia neurótica. En tercer lugar, si la contratransferencia es de carácter neurótico. En cuarto lugar, el predominio de sintomatología neurótica. En quinto lugar, se estudia si las defensas son fóbicas, histéricas, obsesivas o paranoides, es decir, si son defensas que corresponden a la organización de la posición esquizoparanoide, porque cualquiera de estas defensas

tiene que haberse establecido en la posición esquizoparanoide. En sexto término consideramos el grado de insight de un sujeto. En séptimo lugar, el grado o la posibilidad de independencia. En octavo término, estudiamos el grado o la posibilidad de comunicación simbólica. En noveno lugar, la identidad, o el grado de identidad y despersonificación. En décimo lugar, la amplitud del yo. Luego enfocamos la aparición o la presencia de celos y rivalidad, y en último lugar, el grado de sublimación.

Para la parte psicótica de la personalidad, los índices utilizados son los de si existe una enfermedad orgánica actual y si existe tensión. Contraponámoslos entonces para que vayamos viendo la diferencia. El otro grupo era si hay síntomas actuales y conflictos neuróticos y ansiedad. Para la parte psicótica, si hay enfermedad orgánica -lo que llamamos corrientemente enfermedad orgánica- o tensión en vez de ansiedad. La transferencia psicótica, fundamentalmente el narcisismo y el grado de identificación proyectiva-introyectiva del sujeto, se contrapone aquí al ítem referido a la transferencia neurótica. Podemos estudiar el monto o el grado de la transferencia narcisista que se establece en la entrevista o el grado o monto de transferencia neurótica; el grado y el monto de la contratransferencia neurótica y de la contratransferencia psicótica, o el carácter de contraidentificación de la contratransferencia. También podemos considerar el predominio de la parte neurótica para uno, y en este caso si el clivaje está conservado o no; o bien si predominan las defensas de la parte psicótica, de carácter más caracteropático, hipocondríaco, melancólico, maníaco y perverso. Podemos investigar la carencia de insight en oposición con el grado de insight del entrevistado; la dependencia en oposición con la independencia; cómo opera la comunicación preverbal en la entrevista misma, es decir, cómo nos moviliza en tanto entrevistadores, en la contratransferencia; el grado de no identidad, de confusión, de dispersión, de onirismo, el tipo de sueños; las restricciones del Yo (cada vez le doy más importancia a este ítem que primero era uno de tantos índices) sumadas a inmovilidad o estereotipia, que para mí son un importante indicio de partes psicóticas de la personalidad. Generalmente detrás de las restricciones caracteropáticas del Yo uno se encuentra, cuando empieza a movilizar al paciente, con situaciones psicóticas, clínicas o subclínicas, pero no me queda ninguna duda de que aparecen situaciones psicóticas. En lugar de los celos y la rivalidad surgen mucho más la envidia y la dificultad o los déficit en la sublimación.

Debemos tener en cuenta que un sujeto puede presentar ambas series de índices. Un sujeto puede presentar, por ejemplo, una úlcera de estómago y al mismo tiempo ansiedad, con lo cual tendría síntomas de la serie neurótica y de la serie psicótica. Entonces es necesario hacer una doble escala que permite concebir que una cosa no excluye a la otra y posibilita el intento de ubicar, a veces cuantitativamente, cuánto corresponde a una serie y cuánto a otra. La tendencia cuantitativa que yo manifesté en alguna época de manera bastante intensa, la fui aminorando, no porque piense que carece de interés sino porque me llevaba hacia una necesidad de conocer mucho más álgebra y matemáticas y a esta altura de las cosas no podía profundizar yo mismo en ese problema. Además, en la época en que lo busqué no encontré alguien que conociera clínica psiquiátrica y el manejo de ecuaciones matemáticas lo suficiente para manejarse simultáneamente en estos dos órdenes de cosas. Dejé esa línea conceptual no porque careciera de interés, sino porque yo no pude seguirla personalmente. En la actualidad en las entrevistas que yo hago o

analizo no sigo la ordenación cuantitativa, pero sí la ordenación cualitativa en función de estos ítems.

En síntesis, les he presentado de manera muy general el problema del diagnóstico, planteando para qué terapia, para qué objetivos, con qué teoría de la curación, la tendencia al no diagnóstico de algunos psiquiatras y psicoanalistas, la necesidad del diagnóstico funcional enfocado en términos de parámetros e indicadores. Entre los parámetros señalé muy rápidamente los que consideraba como fundamentales, el problema de las estructuras, el problema de la organización patográfica, la parte neurótica, la parte psicótica, el clivaje, la estereotipia y la movilidad, la simbiosis. Me referí a la distribución de los indicadores clínicos en dos escalas: una de la parte neurótica y otra de la parte psicótica de la personalidad, que no son excluyentes sino que generalmente coexisten. Si se toma la totalidad de esta manera de encarar las entrevistas, se obtiene una visión bastante amplia. En general, yo prefiero, en lugar de hacer dos o tres entrevistas, realizar una sola y dedicar una o dos horas a estudiarla. A mí me resulta mucho más útil tener quince o treinta minutos de entrevista, tomar los diez primeros minutos de la entrevista o la entrevista de una hora, y dedicar después una, dos, tres o cuatro horas para estudiarla, según las necesidades. A veces una entrevista puede estudiarse rápidamente o nos orienta enseguida, y a veces necesita varias horas, según los casos. A veces he utilizado para estudiar una entrevista veinte o veinticinco horas. Pero si uno sigue estos indicadores, creo que obtiene una gran utilidad desde muchos puntos de vista, y no solamente por un deseo de un hobby diagnóstico o una exigencia exclusivamente formal. Quiero terminar insistiendo en que, antes que hacer varias entrevistas, tiene para mí más interés estudiar mucho tiempo, muy bien, una sola.