

Notas para una clasificación psicoterapéutica de los trastornos psiquiátricos*

LUIGI CANCRINI

Centro Studi Terapia. Italia

Resumen

El autor destaca antes que nada la importancia de una definición de los trastornos de personalidad basada en la experiencia de psicoterapeutas de enfoques psicodinámico y sistémico, para hacer frente a la medicalización generalizada de la psiquiatría ligada actualmente a la nueva edición del DSM. Basado en el estudio de Kernberg y de las tres grandes tareas evolutivas que enfrenta el niño en el curso de su desarrollo, la clasificación propuesta por él destaca los trastornos de las áreas de la neurosis, la psicosis y los trastornos límite (*borderline*). Se discuten también las semejanzas y diferencias con la clasificación propuesta en el artículo-objetivo de Linares (2013).

Palabras clave: *trastornos, desarrollo, sistémico, DSM, neurosis, psicosis.*

Notes for a psychotherapeutic classification of psychiatric disorders

Abstract

The author underlines above all the importance of defining the psychiatric personality disorders based on the experience of psychotherapists of psychodynamic and systemic approaches.

to cope with rampant medicalisation of psychiatry today, linked to the new edition of the DSM. Based on the study by F. Kernberg and the three great evolutionary tasks that children face during development, the classification proposed by him emphasizes neurotic, psychotic, and borderline disorders. Similarities and differences with the classification proposed by Linares in his target-paper (2013) are briefly discussed at the end of this paper.

Key words: *Disorders, development, systemic, DSM, neurotic, psychotic.*

1. UN ESPECTRO RECORRE EL MUNDO DE LA PSIQUIATRÍA

El espectro, y quien, como yo, es psiquiatra y psicoterapeuta lo sabe bien, es el DSM V, la nueva edición del Manual Diagnóstico más difundido en el mundo, que acentúa las tendencias reduccionistas de tipo médico biológico de las ediciones anteriores.

«La psiquiatría occidental está en crisis. La dirección tomada por el nuevo *Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), cuya publicación se espera esta semana, ha sido criticada por muchas partes. El Instituto Nacional para la Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), el instituto de investigación más grande del mundo, en particular desacuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría

Agradecimientos: *del original en italiano "Appunti per una classificazione psicoterapeutica dei disturbi psichiatrici" 2013; traducido por: Sara Quintero.

Dirigir toda correspondencia al autor a: Centro Studi Terapia. Via Reno 30. Milán, Italia. Tel. 00390685305635.

Correo electrónico: cstfr@mcclink.it centrostuditerapia@libero.it

RMIP 2013, vol. 5, núm. 2, pp. 149-154.

ISSN-impreso: 2007-0926

www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

Derechos reservados ©RMIP

(APA), ha anunciado que no concederá más fondos a proyectos basados solo en las categorías diagnósticas del DSM. Desafortunadamente, mientras el *Mental Health Europe* considera correcta la decisión del NIMH, ya que la discusión se centra casi por completo en las neurociencias y los denominados trastornos del cerebro, el mismo NIMH, sin embargo, deja de lado la enorme importancia de la experiencia de los usuarios tanto en el marco de la investigación como en el de la práctica de la psiquiatría.

El *Mental Health Europe* está sumamente preocupado de que la publicación del DSM-5 constituya un fortalecimiento mayor de la posición dominante del enfoque exclusivamente biológico en cuestiones de salud mental, gracias al apoyo de una enorme maquinaria constituida por ciencia, tecnología e intereses económicos. Asimismo, una de las consecuencias visibles de este enfoque es el empobrecimiento relativo de las intervenciones psicológicas y sociales que constituyen la base de la recuperación personal y social. Cabe añadir que las intervenciones psicológicas y sociales se están volviendo cada vez más dependientes del modelo biológico en lugar de responder a las necesidades y aspiraciones de los usuarios de los servicios de salud mental. Obviamente, esto se encuentra en contradicción con la perspectiva de los derechos sociales y humanos sancionados por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD de la ONU), que ha sido ratificada por la Unión Europea y por más de un centenar de países.

Además, el *Mental Health Europe* está alarmado por el hecho de que el DSM-5 incluye muchas categorías de diagnóstico escasamente fiables y que tenderán a medicalizar cada vez más reacciones normales, como el duelo y la timidez. La etiqueta de «enfermo mental» será, por consiguiente, designada a personas que estarían mejor sin ella. De hecho, en consecuencia, el Manual podría conducir a tratamientos innecesarios y potencialmente perjudiciales si se

tiene en cuenta la relativa facilidad con la que se prescriben poderosas drogas psicotrópicas.

Por las razones antes aludidas, el *Mental Health Europe* denuncia el uso exclusivo del enfoque biomédico en el nuevo *Manual de Diagnóstico y Estadística*. Mientras que la ciencia puede ser muy útil para la salud mental y el bienestar, la aplicación simplista impuesta por una ciencia reduccionista y poco explorada también puede dificultar la comprensión de las condiciones humanas e interferir negativamente en los asuntos de derechos humanos fundamentales» (Mental Health Europe, 2013).

De manera particularmente fuerte, la crítica al DSM V es llevada a cabo en esta etapa por los terapeutas que trabajan con una perspectiva relacional y sistémica. *Family Therapy and the Spectre of DSM V* es el título del editorial de Glenn Larner, Tom Strong y Robbie Busch (2013), en la *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy de junio 2013* (Volume 34, Issue 2), que contiene varios artículos importantes sobre este argumento (véase enlace en la lista de referencias). Los artículos insisten en el riesgo contra la salud mental de los pacientes –y, añadido yo, de los terapeutas–, de una operación cultural con tendencia a la reificación de los comportamientos sintomáticos y vergonzosamente extraños al intento de evaluar el significado y el valor interpersonales.

2. LOS MÉRITOS DEL ARTÍCULO DE LINARES (2013)

El mayor mérito del artículo de Linares reside, al respecto, en su capacidad para indicar con claridad y fuerza una posibilidad alternativa de clasificación de los trastornos psiquiátricos, entendidos como enfermedades. Con base en la posibilidad de vincular las «narraciones» en las que se basa la reconstrucción de sentido y la correspondiente intervención terapéutica con tipologías individuales y diferenciables, ello permite vislumbrar, de hecho, la posibilidad de una psicopatología por completo alternativa

a la psiquiátrica más tradicional, de la cual el DSM V no es actualmente más que la expresión exasperada: dogmática en la formulación no reconstructiva del sentido, obsesiva en la búsqueda de detalles, alarmantemente pobre de pensamiento y cultura. Es de reflexiones como la de Linares (2013) de las que tenemos que partir, por lo tanto, para abrir una batalla cultural que tenga alguna posibilidad de vencer las confrontaciones con este tipo de psiquiatría. Razonando serenamente sobre la posibilidad de hacer a un lado la actitud mental de los psicoterapeutas y/o psiquiatras de enfoque más antropológico y existencial, que simplemente (simplistamente) rechazan la posibilidad misma de cualquier hipótesis de clasificación, considerando única e irrepetible la vivencia de cada paciente. O incluso, para los constructivistas, de cualquier terapia.

3. DE LAS CORRESPONDENCIAS ENTRE LAS TRES GRANDES ÁREAS DE LA PSICOPATOLOGÍA

También yo me he movido en estos años en línea con la exigencia tan bien recalcada por Linares (2013). Llegando a conclusiones en parte diferentes y, sin embargo, en gran medida compatibles con las suyas, basadas inicialmente en la «correspondencia» entre las tipologías de las historias familiares y las tipologías de los cuadros sintomáticos y de las historias personales (Cancrini, 1992), distinguiendo entre los trastornos y los problemas de las áreas neurótica, psicótica y límite (*borderline*), y considerando la vida psíquica de todos los seres humanos en términos de alternancia de cuatro niveles de funcionamiento. El normal (crítico, correcto, capaz de reconocer y de situar el papel de las emociones) se alterna con el neurótico (la alteración está circunscrita en temáticas correspondientes con conflictos bien delineados), con el limítrofe (*borderline*) (una vida psíquica no integrada, «en blanco y negro», aunque capaz de tener en cuenta, aún, los límites impuestos por el principio de realidad) y con el funcionamiento psicótico (la utilización

de mecanismos defensivos basados en la escisión característica del nivel precedente se acompaña de la pérdida del principio de realidad). No obstante, normal no es la persona que funciona necesariamente y siempre en un nivel «normal».

En efecto, todos funcionamos en otros niveles más o menos frecuentemente. Los lapsus y la psicopatología de la vida cotidiana descrita por Freud testifican la facilidad con la que el funcionamiento neurótico marca y deja huellas indelebles en la vida humana normal. Regresar a niveles de funcionamiento límite es igualmente frecuente y sustancialmente inevitable: en el juego competitivo, actuado o participado, la distinción entre uno bueno y uno malo, entre el que *debe* vencer y aquel que *debe* perder forma parte de las reglas. La facilidad con la que se entra y con la que se sale de este nivel de funcionamiento es diferente en diversas personas, pero se evidencia con facilidad en el marco cotidiano de los estadios deportivos, en el cambio de los comportamientos requeridos antes y después del silbatazo del árbitro que señala el final de un partido y en las situaciones (políticas, sociales, de grupo, de pareja, de discusión o de litigios por una «herencia»), en las que el defecto de integración y la visión «en blanco y negro» parecen particularmente frecuentes, algunas veces casi obligatorias (Cancrini, 1999).

Se puede suponer razonablemente, sobre la base de estas reflexiones, que cuando hablamos de normalidad hablamos, de hecho, de fluidez de paso de un nivel a otro del funcionamiento psíquico.

Normal, sugería Freud, no es el no hacer lapsos, normal es lograr darse cuenta y, a lo más, interpretar. De manera del todo análoga, comunica un confortable sentido de normalidad la persona que cesa de funcionar en un nivel límite en el momento en que el árbitro silba el final del partido, o en el momento en que, saliendo de una habitación en la que ha peleado, redimensiona lo acontecido, las culpas del otro y sus razones. Fascinante y convincente en tér-

minos de «normalidad» puede ser igualmente la persona capaz de perder momentáneamente el sentido de la realidad (el principio de realidad) sumergiéndose en el mundo irracional del sueño, en una experiencia de amor o en la situación «delirante» provocada por medicamentos alucinógenos, del contacto emocional profundo con un paciente grave o con un duelo capaz de hacer temblar desde los cimientos su capacidad de saber quién es y dónde se encuentra. La facilidad con la que se entra y se sale de experiencias de este tipo está evidentemente relacionada con una serie de procesos psíquicos, conscientes y no conscientes, que permiten «elegir» o «evaluar como apropiado» el evento o la situación que lo activa y mantener cierto grado de control sobre la necesidad de salir de ellos. Es en el interior de estas condiciones donde esta facilidad puede considerarse, incluso en contextos profesionales suficientemente evolucionados, como una garantía de la solidez de una organización personal. Tener miedo o pavor de este tipo de regresión corresponde, en ocasiones, –los didactas lo saben bien– a la actividad de defensas constrictivas convertidas en necesarias por el miedo de no saber controlar los tiempos. En resumen, el verdadero problema del sufrimiento psíquico puede ser propuesto no solo en términos de «umbral bajo», sino también en términos de rigidez ligada al miedo de aceptar experiencias no comunes: un miedo fundado, a nivel consciente o inconsciente, sobre la certeza de la «viscosidad» de las salidas de niveles de funcionamiento menos evolucionado (Cancrini, 1999).

4. LAS TAREAS EVOLUTIVAS Y EL CONCEPTO DE UMBRAL

Es justo a partir de esta observación que es posible reconsiderar críticamente el sentido de una clasificación de los trastornos mentales. Entendidos como «exageraciones» o «excesos» de las experiencias humanas universales, los trastornos funcionales estudiados por los psiquiatras pueden ser considerados como experiencias de

fracaso, parcial o total, de las tareas psíquicas que el niño debe enfrentar en las etapas críticas de su desarrollo. De acuerdo con Kernberg, son tres las etapas correspondientes a las tareas evolutivas que deben realizarse para poder construir una relación de amor estable y satisfactorio. La primera se refiere a la capacidad de distinguir el mundo interno del externo, las representaciones asociadas con el Yo de aquellas relacionadas con el objeto: se trata de una tarea que no es realizada adecuadamente por las personalidades con trastorno psicótico; la consecuencia concreta es el aislamiento afectivo y sentimental, o la participación pasiva y ausente en una relación de pareja impuesta por las circunstancias.

La segunda tarea se refiere a la capacidad de integrar las representaciones buenas y malas asociadas respectivamente al Yo y al objeto; el establecimiento de una identidad satisfactoria del Yo y la capacidad de desarrollar relaciones objetuales totales, (incluso representaciones buenas y malas del objeto), constituyen la consecuencia natural de este desarrollo; aquel que no ha estado en grado de conseguirlo tiende a activar frente a la pareja, como frente al terapeuta y a otras personas significativas, relaciones objetuales parciales que proceden de la escisión defensiva de las representaciones libidinales y agresivas. La consecuencia de esto en el plano concreto es una alternancia de experiencias y actitudes correspondientes y opuestas de idealizaciones y de ataque, una alternancia característica de muchos comportamientos sexuales promiscuos y de muchas relaciones de pareja violentamente conflictuales y de breve duración, o estables e insatisfactorias; con variables importantes relacionadas con la organización defensiva del paciente con el trastorno narcisista y psicopático de la personalidad.

La tercera tarea se refiere a la superación positiva de los conflictos edípicos y de las correspondientes prohibiciones inconscientes de una relación sexual completa; quien no lo ha podido conseguir desarrolla relaciones caracterizadas

sobre todo por la inhibición sexual y por la fuerte concentración de los componentes de idealización romántica y de ternura en las situaciones de amor; en otros casos o en otras fases, se producen búsquedas activas de relaciones masoquistas, especialmente en las mujeres, y de una separación entre el mundo de la sexualidad y el mundo del amor romántico, más común en los hombres (Cancrini, 1997).

El estudio de la psicopatología permite fácilmente asociar el fracaso o la realización incompleta de estas tareas evolutivas con las diferentes áreas psicopatológicas. Más concretamente, la tarea evolutiva que no se resuelve adecuadamente en el caso de la psicosis esquizofrénica es la del niño que tiene que diferenciar el Yo del no-Yo. «La herida original del paciente que sufrirá un trastorno esquizofrénico podría determinarse en relación al nacimiento y al curso de los primeros años de vida. El desequilibrio inicial en la relación con el niño se determinaría en torno a una dificultad de la madre relacionada, por lo general, con el contexto interpersonal en el que se desarrolla la experiencia de la maternidad. El material clínico propuesto por la terapia familiar en relación con la “desconfirmación” (Linares habla de ello con claridad) proporciona elementos interesantes en esta dirección» (Cancrini, 1999).

La persona que supera mal esta fase presentará un umbral más o menos bajo para la regresión a este nivel (psicótico) de funcionamiento.

La segunda tarea evolutiva es, en cambio, la que falta en el caso de los pacientes que presentan un bajo umbral a otra regresión, la correspondiente al nivel de funcionamiento límite (*borderline*), mientras que también existe una correspondencia análoga entre el cumplimiento de la tercera tarea (edípica) y el desarrollo de un umbral bajo para la regresión a un nivel de funcionamiento más «neurótico».

5. LA FAMILIA

Particularmente interesante para verificar el fundamento de esta hipótesis, resulta el conjunto de

observaciones propuestas desde la práctica más que cincuentenaria de los terapeutas familiares. De hecho, lo que dicha práctica permite verificar es una correspondencia perfecta y llena de significado entre las dificultades que enfrentan los niños en la superación de sus tres tareas evolutivas fundamentales y una serie de constelaciones familiares típicas en las que se determinan dichas dificultades. Junto con las que ya se han mencionado respecto a la familia esquizofrénica, en la que el problema es desde el principio la incertidumbre o una inconsistencia sustancial de los límites del Yo propias de sus miembros (de «masa indiferenciada del Yo» habla en particular Murray Bowen; Cancrini, 1999), la clínica de las «infancias infelices» (Cancrini, 2012) permite comprobar, en efecto:

el conjunto complejo de situaciones en las que el niño se ve obstaculizado en su proceso de integración de las representaciones buenas y malas, dando lugar a formas diversas de trastorno de personalidad en las que el umbral de la regresión a un nivel límite de funcionamiento se mantiene particularmente bajo y

el juego a tres característico de las familias en las que la tarea del niño que debe enfrentar el conflicto edípico se ve obstaculizada de modo particularmente evidente, dando lugar a la dificultad de las relaciones interpersonales con el sexo opuesto (inhibiciones de la sexualidad y el desarrollo de la tendencia a un amor romántico) característica de los pacientes que presentan síntomas en el área neurótica (Cancrini, 1998).

6. LA REFLEXIÓN DE LINARES

Analogías y diferencias entre esta posición y la propuesta por Linares deberían profundizarse, probablemente, en una conferencia dedicada al problema –que yo considero esencial– de la forma en que la experiencia de los terapeutas familiares permite poner en discusión toda la nosografía de los trastornos psicológicos y psiquiátricos. Un punto clave de este debate probablemente sería el relacionado con el signifi-

cado de la palabra «depresión», que considero relevante, sobre todo en el Eje I del DSM (una manifestación sintomática posible en todas las situaciones de la psicopatología), y que Linares parece tomar, sin embargo, como pertinente para el Eje II, entendiéndola como una forma fundamental de organización de la experiencia personal. En mi opinión, lo que más cuenta sin embargo, en una fase tan temprana de la reflexión sobre la relación entre la novedad de la clínica y la historia de la nosología, es el objetivo común, la conciencia compartida de la necesidad absoluta y urgente de avanzar en este camino. Para evitar que la psiquiatría se pierda en el reduccionismo biofarmacológico y para ofrecer a todos los que lo necesitan la posibilidad de ser ayudados y tratados de las maneras extraordinariamente eficaces propuestas actualmente por el trabajo terapéutico familiar y relacional.

REFERENCIAS

- Cancrini, L. & La Rosa, C. (1992). *Il vaso di Pandora; Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L. (1997). *Lezioni di psicopatologia*. Torino: Boringhieri.
- Cancrini, L. (1998). *L'amore nevrotico. Saggio su "Una vita" di Guy de Maupassant*. Roma: EdUP.
- Cancrini, L. (1999). *La luna nel pozzo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cancrini, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Larner, G., Strong, T., & Busch, R. (2013). Family therapy and the spectre of DSM V. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 34(2), 87-89. Recuperado el 17 de julio de 2013, de: <http://dmmsclick.wileyurope.com/view.asp?m=sa2gi3w3lvoel6r2smmb&cu=23260945>
- Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 119-146.
- Mental Health Europe (2013). DSM 5 and exclusively biological psychiatry must be completely rethought. *MHE Newsletter*, 4 (may-june), 1-3. Disponible en: <http://www.mhe-sme.org/news-and-events/monthly-newsletter.html>

Recibido el 27 de octubre de 2013

Revisión final 15 de diciembre de 2013

Aceptado el 17 de diciembre de 2013