

## Introducción. Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]

### Introduction. Psychoanalytic diagnostic manual 2 [Lingiardi and McWilliams, 2017]

Lola J. Díaz Benjumea

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica  
Universidad Pontificia Comillas (Madrid)

Reseña de Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017). Introducción. En V. Lingiardi y N. McWilliams, (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2* (pp. 1-14). The Guilford Press.

Victorio Lingiardi y Nancy McWilliams son los editores de la segunda versión del *Manual diagnóstico psicodinámico (Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2)* de 1078 páginas. Como explican en esta introducción, la primera versión salió en la época del cambio de la nosología psiquiátrica, con la publicación de la tercera edición de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-3; American Psychiatric Association, 1980)* que supuso pasar de un diagnóstico dimensional e inferencial influido por el psicoanálisis a otro descriptivo centrado en los síntomas, con clasificación basada en la presencia o ausencia de criterios para identificar trastornos mentales discretos. Sostienen que el cambio obedecía a una intención clara de alejarse de la influencia psicoanalítica, para dar espacio a otros tipos de psicoterapias: conductistas, cognitivas, sistémicas, humanistas; así como para facilitar la investigación a investigadores sin experiencia clínica, ya que estos pueden basarse en síntomas discretos y no es necesaria la inferencia clínica.

Pero, por otro lado, los psicoanalistas necesitaban un manual diagnóstico que sí tuviera en cuenta la inferencia y los informes clínicos más que la investigación cuantitativa. Para los editores, la idea de que los psicoanalistas desprecian el diagnóstico y la validación empírica ha hecho mucho daño al psicoanálisis y ellos quisieron mostrar que los conceptos psicoanalíticos están fuertemente apoyados por la investigación. Estos objetivos impulsaron el desarrollo de la primera versión del PDM.

El PDM se basó en los aportes de Shapiro (1965) sobre los estilos neuróticos, en el modelo de relaciones objetales de Kernberg (1984) y en las aportaciones de la propia McWilliams (2011) al diagnóstico psicoanalítico. El PDM aportaba un marco diagnóstico basado en el funcionamiento de rango del sujeto, los patrones sociales, interpersonales,

cognitivos y emocionales, intentando integrar la comprensión nomotética con la idiográfica, esta última más útil para la formulación de caso y tratamiento.

El marco diagnóstico del PDM tiene por objetivo la descripción sistemática del *funcionamiento de la personalidad* sano y trastornado; los perfiles individuales del *funcionamiento mental* y los *patrones de síntomas*. Lingiardy y McWilliams no restan importancia a las ventajas del DSM y el CIE, pero señalan que no son suficientes para los clínicos. En el PDM-2 se describen y categorizan patrones de personalidad, capacidades mentales y sociales, perfiles mentales y experiencias personales de síntomas. En ese sentido, sostienen que el PDM-2 aporta una *taxonomía de personas*, más que una *taxonomía de trastornos*. Está basado tanto en conocimiento clínico como en investigación proceso-resultado y otros trabajos empíricos.

El manual es fruto del trabajo de muchas organizaciones de clínicos de orientación psicoanalítica, y los editores se han ocupado de guiar cómo estructurar cada capítulo y coordinar e integrar los textos, documentos y materiales. En las reseñas nombramos a los autores de cada una de las secciones, pero no al amplio listado de consultantes.

### **Fundamentos para el sistema de clasificación del PDM-2**

Sostienen los autores de esta introducción que se debe empezar por un concepto de psicología de la salud antes de elaborar una clasificación de los trastornos mentales. La salud no es simplemente la ausencia de síntomas. Como ejemplo, un ataque de ansiedad puede asustar mucho, pero es más importante no saber percibir y responder a las claves emocionales de los otros, porque esto compromete las relaciones, el pensamiento, y puede a su vez originar ansiedad.

A pesar de ello, el diagnóstico no siempre se ha hecho siguiendo esta premisa, sino por síntomas y conductas observables. Pero para entender los síntomas necesitamos conocer a la persona, y tanto la salud mental como la patología implican muchos rasgos sutiles del funcionamiento humano (rasgos que están presentes en el PDM-2, como tolerancia y regulación de los afectos, defensas y estrategias de afrontamiento, cualidad de las relaciones y capacidad para entenderse a uno mismo y los otros.).

La posición de Lingiardy y McWilliams es que en los manuales DSM y CIE la persona ha sido siempre menos visible que los constructos sobre trastornos, sobre los que los investigadores pueden ponerse de acuerdo. En las taxonomías psiquiátricas descriptivas, los síntomas que se ven interconectados contextualmente son vistos como *comórbidos*, como pudiendo coexistir más o menos accidentalmente en una persona, “más como podrían coexistir un signo de infección y un zapato roto” (p. 4).

Pero sobresimplificar los fenómenos mentales al servicio de la fiabilidad y la validez puede comprometer el objetivo de una comprensión de la salud y la patología mental con base científica más sólida. Señalan los autores que los datos de fiabilidad y validez de muchos trastornos del DSM no son fuertes. Manifiestan su preocupación por el hecho de que en el campo la salud mental se hayan adoptado métodos empíricos de otras ciencias que no son apropiados para la complejidad del nuestro, y abogan por el desarrollo de otros más adecuados, empezando por una descripción sólida de los hechos, que es el punto del que parte la investigación en toda ciencia, “Como clínicos investigadores, creemos fuertemente que un sistema basado científicamente empieza con

un seguro reconocimiento y descripción de los fenómenos clínicos complejos y se construye gradualmente hacia la validación empírica” (p. 5).

Los autores también cuestionan las limitaciones de las psicologías profundas en cuanto a la precisión y utilidad del diagnóstico. En primer lugar, los informes psicoanalíticos se han expresado en forma de metáforas y teorías que compiten entre sí, más que buscar consenso y, en segundo lugar, Lingiard y McWilliams distinguen entre constructos especulativos y, por otro lado, fenómenos que pueden ser observados o razonablemente inferidos, y sostienen que “mientras la tradición de la psiquiatría descriptiva ha tenido tendencia a reificar categorías de “trastornos”, la tradición psicoanalítica ha tendido a reificar constructos teóricos” (Lingiard y McWilliams, 2017, p. 5).

Sin embargo, se refieren a los tratamientos con base dinámica para trastornos de personalidad recientemente desarrollados, de los que sí se ha probado su eficacia con metaanálisis severos. También nombran el desarrollo reciente de algunos métodos empíricos para cuantificar y analizar fenómenos mentales complejos. El reto presente, sostienen, es sistematizar estos avances con la experiencia clínica.

Los diagnósticos del PDM-2 son *prototípicos*, no se basan en una compilación de síntomas, sino en la descripción de rasgos de un modelo o patrón que ejemplifica el cuadro. Algunas secciones del manual se refieren a categorías psicopatológicas usadas en taxonomías actuales del DSM y CIE, pero contrariamente a estas el PDM-2 resalta la experiencia interna de los sujetos.

El Eje-P se refiere al nivel de organización de personalidad, en la línea desde la salud a la mayor gravedad: sano, neurótico, *borderline*<sup>1</sup> y psicótico. El Eje-M se refiere al perfil de funcionamiento mental, es una descripción del mundo interno como procesos de información: regulación de impulsos, reflexión sobre uno mismo y el otro, modos de relacionarse, experiencia y expresión de las emociones, regulación de la autoestima, defensas y estrategias de agorntamiento. El Eje-S trata de la experiencia subjetiva, parte de las categorías del DSM y el CIE y describe los estados afectivos, cognitivos, somáticos, y experiencias relacionales asociados a cada una de ellas, incluyendo las reacciones subjetivas más comunes de los propios clínicos ante la experiencia de los pacientes.

El manual contiene cinco partes, de las cuales se reseñan cuatro en este número: I. Vida adulta, II. Adolescencia, III. Niñez y V. Edad tardía. Finalmente se incluye una parte VI. Valoración e ilustraciones clínicas, en la cual se aporta la ilustración de cinco casos, uno por cada sección de edad, estos están resumidos al final de cada uno de los trabajos reseñados. En todos los capítulos “Perfil de funcionamiento mental” de cada parte del manual, se incluye un amplio listado de herramientas de diagnóstico usadas para la valoración de cada ítem, esto no se recoge en las reseñas.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Autor.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.

- 
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. Basic Books.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Lingiardi, V. y McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2nd ed.). Guilford Press.

---

<sup>1</sup> Aquí y en todas las reseñas del manual hemos optado por dejar el término “*borderline*” cuando se refiere al nivel de organización de la personalidad, y usar el término “límite” más específicamente cuando se refiere al trastorno límite de la personalidad.