

Las Clasificaciones Operacionales y la Farmacología: ¿Enemigas íntimas del Psicoanálisis?

Por Ariel Dario Falcoff¹

Fecha de recepción: Octubre de 2017

Fecha de aceptación: Diciembre de 2017

Resumen:

En los últimos años se ha vuelto a producir un fuerte debate en torno a las clasificaciones utilizadas internacionalmente (ICD 10, DSM IV TR y DSM V). El presente artículo intenta encuadrar histórica y conceptualmente el estado de la cuestión y las posiciones en pugna. Analiza, por otra parte, los cuestionamientos específicos planteados en nuestro país, caracterizado por una rica y fructífera tradición psicoanalítica. Se plantea la preocupación por evitar que el dogmatismo que puede impregnar las diferentes posiciones impida sostener intercambios productivos, necesarios para el campo de la Psicopatología en su conjunto

Palabras clave

Clasificaciones; Psicoanálisis; Psiquiatría; Psicofarmacología

Abstract:

¹ Doctorando de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y graduado como médico de esta misma institución. Es especialista en psiquiatría; Presidente del Capítulo de Psiquiatría y Psicofarmacología y miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Es Profesor Adjunto Regular a cargo de titularidad de la Materia Psicopatología en la Universidad Nacional de San Martín; médico de planta del Hospital Álvarez del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es coordinador docente de la carrera de Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires, sede Hospital Álvarez. Reside en Buenos Aires y sus entidades de vinculación son el Hospital Álvarez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Asociación Argentina de Salud Mental- Universidad Nacional de San Martín. Correo de contacto: afalcoff@yahoo.com.ar

In recent years there has been a strong debate about the internationally used classifications (ICD 10, DSM IV TR and DSM V). This article attempts to frame historically and conceptually the state of the issue and the positions in conflict. It analyzes, on the other hand, the specific situation posed in our country, characterized by a rich and fruitful psychoanalytic tradition. The concern is raised to avoid that the dogmatism that can impregnate the different positions prevents to maintain productive exchanges, necessary for the field of Psychopathology as a whole.

Keywords

Classifications; Psychoanalysis; Psychiatry; Psychopharmacology

Resumo:

Nos últimos anos tem havido um forte debate sobre as classificações utilizadas internacionalmente (ICD 10, DSM IV TR e DSM V). Este artigo tenta enquadrar historicamente e conceitualmente o estado da questão e as posições em conflito. Analisa, por outro lado, as questões específicas colocadas em nosso país, caracterizadas por uma tradição psicanalítica rica e frutífera. A preocupação é levantada para evitar que o dogmatismo que pode impregnar as diferentes posições evite manter trocas produtivas, necessárias para o campo da Psicopatologia como um todo.

Palavras-chave

Classificações; Psicoanálise; Psiquiatria; Psicofarmacologia

Introducción

En la primera mitad del siglo XX, se produjeron tres fantásticos aportes al *corpus* teórico de la Psicopatología. Por un lado, Emil Kraepelin daba forma, entre los finales del siglo pasado y los inicios del XX, a las sucesivas versiones de su “*Tratado de Psiquiatria*”. Configuraba así un sistema de clasificación de los cuadros mentales que integraba el enfoque descriptivo y

longitudinal de Kahlbaum con el concepto de enfermedad somática de Griesinger. Casi paralelamente, Sigmund Freud, tomaba como punto de partida los incipientes estudios sobre histeria e hipnosis que habían expuesto (y polemizado agriamente) Charcot y Bernheim (Gandolfo, 1982). Generaba así una teoría absolutamente revolucionaria para el pensamiento humano: el *Psicoanálisis*.

Hacia inicios de la década del `50 el mundo científico asiste al descubrimiento del primer psicofármaco realmente efectivo: la Clorpromazina. Enseguida surgen el Litio y la Imipramina, generándose una nueva revolución (ya no intelectual, sino “técnica”) que permitiría el tratamiento de los cuadros más graves, reduciendo así la necesidad de reclusión de éstos pacientes y modificando definitivamente la planificación asistencial (López-Muñoz y González, 2007). Eran 3 maravillosos avances. Si se podían integrar conceptualmente definirían el campo de la Psicopatología como un verdadero paradigma del pensamiento humano.

Lamentablemente el de la integración no iba a ser el camino seguido.

Desarrollo

¿Clasificar o no clasificar?

Sin dudas, el Psicoanálisis y la Psiquiatría han seguido muchas veces rumbos bastante diferentes, por momentos en oposición, aunque merezcan mención los esfuerzos de lo que se dio en llamar “Psiquiatría Dinámica” (Ey, 1965). Al mismo tiempo, ambos tendieron a escindirse dentro de sí mismos en múltiples líneas o escuelas.

Por otra parte, la investigación psicofarmacológica y neurocientífica continuó avanzando, pero ajena en gran medida a los procesos que venían sufriendo los dos modelos anteriormente citados.

La gran cantidad de líneas teóricas existentes en el campo de la psicopatología, se fue plasmando en múltiples clasificaciones nosográficas. En 1967, se podía contar la alarmante cifra

de 340 clasificaciones de los cuadros mentales, 38 con carácter oficial en diferentes países (Vallejo Ruiloba y Leal Cercós, 2008). Además, otras circunstancias, tales como el auge de corrientes “antipsiquiátricas” que se oponían a las clasificaciones, favorecieron un creciente desinterés por la nosografía.

Sin embargo, ya entrada la década del '70 el estudio nosográfico recobra importancia en el universo psicopatológico. ¿Por qué se produce este cambio? Los motivos son variados y difíciles de jerarquizar. Por un lado se pueden citar los avances farmacológicos, que comenzaban a requerir la existencia de pautas de tratamiento e indicaciones acordes a cuadros específicos. Por otro, el aumento de las posibilidades de comunicación entre clínicos e investigadores de todas partes del mundo. Paralelamente, comienza a producirse una revalorización de Kraepelin (acompañada de lo que algunos autores denominan “caída del bleulerismo”), con el consiguiente interés por su sistematización de los cuadros mentales (Kaplan y Sadock, 1999).

Probablemente ninguna de estas cuestiones haya tenido tanto peso como el registro que se comienza a tener de los problemas de definición, lenguaje y comunicación que dificultaban cualquier acuerdo dentro del campo. Problemas de comunicación que parecían comprometer las posibilidades de un progreso realmente sostenido.

Surgimiento de las Clasificaciones Internacionales

En el marco expuesto en el punto anterior, comienzan a aparecer los esfuerzos por lograr clasificaciones que puedan ser compartidas por clínicos e investigadores de diferentes escuelas y países.

Si bien podríamos considerar que el primer intento por alcanzar una clasificación ecuménica de los cuadros mentales data ya de 1889 (propuesta por el *Congreso Internacional de Ciencia Mental*, celebrado en París, bajo la presidencia de Morel), solo se puede hablar de una clasificación aceptada internacionalmente, y de manera muy relativa a partir de la CIE 8, la

Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en el año 1965 (Vallejo Ruiloba y Leal Cercós, 2008).

Años más tarde, en 1979, se pone en vigencia una nueva versión de la clasificación citada, el ICD 9. Paralelamente, en EEUU junto a la nosografía de la OMS, coexisten los así llamados “*DSM*” (Manuales Diagnósticos y Estadísticos producidos por la Asociación Psiquiátrica Americana). En 1980 se publica su tercera edición: *DSM III*. Su rápido éxito es uno de los motivos que hacen que la OMS se plantee una readaptación de su sistema de clasificación (American Psychiatric Association, 1980)

En el año 1982 se reúnen en Copenhague expertos de 40 países y se establecen varios puntos respecto a la clasificación en psicopatología, de los cuales extractamos 5:

- 1) La clasificación es una herramienta indispensable, tanto en la clínica como en la epidemiología
- 2) Las clasificaciones locales deben supeditarse a criterios validados internacionalmente. Aunque el *DSM III* se inició como clasificación local, ha demostrado considerable validez internacional
- 3) Las teorías subyacentes a los conceptos clasificatorios son poco satisfactorios, oscilando entre reduccionismos de tipo biológico o psicodinámico.
- 4) Respecto a la estrategia y metodología de la clasificación, nuestro primer obstáculo es la limitación en el conocimiento de los fenómenos que se deben clasificar. Por tanto, más que mejorar los métodos estadísticos, se debe fomentar un retorno a los métodos clásicos de observación clínica
- 5) Aceptación unánime sobre la necesidad de colaboración internacional en la mejora del diagnóstico y clasificación. (Extractado de Jablensky y col, 1983)

Definiciones y clasificaciones operacionales

El tipo de clasificación resultante del establecimiento de los postulados arriba mencionados se ha dado en llamar “Clasificación Operacional”. Esto, en virtud de que uno de sus elementos nucleares es precisamente el uso de *definiciones operacionales*. Se alude con este término, al proceso de convertir construcciones teóricas en declaraciones que sean pasibles de alguna forma de objetivación. Estas declaraciones indican como el clínico o el investigador debería escoger y medir la variable en cuestión. En las clasificaciones de las cuales nos ocupamos, toman la forma de *criterios*. A modo de ejemplo, citaremos el *criterio A* para Esquizofrenia en el DSM IV:

Síntomas Característicos: 2 o más de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito)
1) ideas delirantes; 2) alucinaciones; 3) lenguaje desorganizado; 4) comportamiento catatónico gravemente desorganizado; 5) síntomas negativos...
(American Psychiatric Association, 1995)

Las clasificaciones operacionales (actualmente representadas por el ICD 10, el DSM IV TR y el DSM V) se limitan a la descripción de las manifestaciones clínicas y no hacen en general ningún tipo de inferencia etiopatogénica, ni de orden biológico ni psicológico. La excepción queda hecha en los pocos casos en que las causas del cuadro son totalmente conocidas y aceptadas (cuadros debidos a tóxicos o a enfermedades médicas, estrés postraumático, trastornos adaptativos etc.). Los criterios conforman “categorías”.

El enfoque *categorial* implica pensar en cuadros discretos, con límites netos, aun cuando se acepte la existencia de “formas de transición”. De todas formas, en el seno de los comités redactores ha existido siempre la discusión acerca de sí en determinados casos, sería de mayor utilidad un enfoque *dimensional* (esto es, la consideración de características diagnósticas que se comportan como un espectro o continuo) (Kupfer y col, 2008).

En la actualidad, contamos ya con una quinta edición del DSM. Su presentación resultó muy demorada por el efecto de agrios desacuerdos en el medio de la salud mental americana e internacional. Dichas controversias se iniciaron en el año 2010, tras la presentación del primer “borrador”, el cual incluía varios diagnósticos nuevos que impresionaban de dudosa validez, por tratarse de síndromes comportamentales que no correspondían a ninguna tradición psicopatológica ni mostraban tampoco suficiente apoyo empírico.

En la actualidad, contamos ya con una quinta edición del DSM. Su presentación resultó muy demorada por el efecto de agrios desacuerdos en el medio de la salud mental americana e internacional. (Sandín, 2013; France, 2010). Dichas controversias se iniciaron en el año 2010, tras la presentación del primer borrador, el cual incluía varios diagnósticos nuevos que impresionaban de dudosa validez, por tratarse de síndromes comportamentales que no correspondían a ninguna tradición psicopatológica ni mostraban tampoco suficiente apoyo empírico.

Destacaban las críticas de Allen France (presidente del comité redactor del DSM IV) quien advirtió sobre el riesgo de que estas nuevas categorías aumenten el nivel de sobrediagnóstico de los trastornos mentales, generando una innecesaria inclusión en los sistemas de atención mental de personas que posiblemente no requieran ningún tipo de intervención psicológica ni farmacológica. El mismo France reconoció que ya el DSM IV... “contribuyó en forma inadvertida, y a pesar de tratar de ser cuidadosos, a la producción de 3 `falsas epidemias`: el ADD, el Autismo y la bipolaridad en niños...” (France, 2010).

Por supuesto (y a pesar de que esta no fue la postura de France), pesó la sospecha respecto a que intereses de la industria farmacéutica pudieran estar detrás de los cambios nosográficos propuestos.

Estos desacuerdos y suspicacias, generaron cambios en la versión final del DSM 5. Pero a pesar de los mismos, la nueva clasificación continúa siendo polémica, incluso en EEUU.

Actualmente, se aguarda la publicación del ICD 11, a la espera de conseguir una clasificación operacional que resulte en mayor satisfacción de los actores de la Salud Mental.

Las clasificaciones operacionales percibidas como “amenaza”

Mientras en otros medios el debate se centra en conseguir clasificaciones que conciten mayor consenso y satisfacción, en el nuestro las polémicas parece transcurrir por otros carriles. El debate acerca de las clasificaciones operacionales (que parecieran considerarse únicamente representadas por los DSM) no se ocupa tanto de si son herramientas útiles para la práctica de psiquiatras y psicoanalistas. Tampoco es una discusión acerca de si debieran o no ser reconsideradas en sus basamentos y/o en sus categorías internas. Más bien, el cuestionamiento que se abre, es el de si implican una amenaza para la praxis de los clínicos que participamos de la orientación psicoanalítica.

Además, como en el imaginario psicopatológico suelen “soldarse” dos cuestiones diversas, como son la de clasificaciones operacionales y la de los tratamientos psicofarmacológicos, el cuestionamiento termina también desbordando hacia éstos. Pareciera considerarse que la prescripción de psicofármacos fuera de por sí una práctica desobjetivante, que no resulta del juicio clínico de los psiquiatras en su intento por proveer alivio al padecimiento del paciente. Más bien sería un efecto de la existencia y las “exigencias” de los DSM.

Planteado el caso, intentemos avanzar un poco en su análisis.

A modo de Discusión

Es claro que las clasificaciones operacionales retoman el camino de la psiquiatría kraepeliniana en el sentido de poner el énfasis decididamente en los aspectos observables de los cuadros mentales, tales como presentación sintomática y evolución. Además, su aparición en una época donde el avance de los tratamientos biológicos es tan ostensible, hace que dichas clasificaciones intenten aportar elementos que faciliten la discriminación de las indicaciones

farmacológicas, estableciendo una suerte de posición colaborativa con la investigación neurocientífica.

Hablamos, entonces, de un tipo de clínica anclada en el modelo médico, que surge del estudio de las psicosis y los cuadros mentales orgánicos, para recién luego acercarse al estudio del mundo de los cuadros neuróticos más graves. Toma para ello algunos aportes del psicoanálisis, pero solo en su sentido más descriptivo, intentando “lavarlos” de sus aspectos metapsicológicos.

Se trata entonces de una praxis claramente diferenciada de la del psicoanálisis, el cual nace fundamentalmente a partir del estudio de la neurosis, ampliándose recién en un momento posterior al terreno de las psicosis. Una clínica (la psicoanalítica) centrada en la escucha y en “un más allá” de la manifestación sintomática visible. Para el psicoanálisis, al menos en el caso de su vertiente freudiana fundacional, el síntoma muestra (pero también en otro sentido oculta) los efectos del inconciente, y no puede pensarse como una mera manifestación fenoménica (Lagache y col, 2004).

Estamos así frente a 2 posicionamientos clínicos muy diferentes. Pero no ligados por una relación de mutua exclusión. A condición, claro, que ninguno de ellos se piense a sí mismo como una cosmovisión capaz de dar cuenta de todos los fenómenos del campo de lo psíquico.

En una época en la cual el paradigma de la complejidad comienza a ser aplicado a diversos campos del conocimiento, no parece ocioso retomar las palabras de Morin: “...en este sentido el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento completo es imposible: uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia...” (Morin, 1996).

Conclusiones

Como se notará, el presente artículo no pretende ser una apología de las clasificaciones operacionales, las cuales son sin duda instrumentos provisorios y perfectibles, signados por

múltiples sobresimplificaciones. Tampoco parte de una remanida exhortación en el sentido de la necesidad de “un lenguaje común” para la Psicopatología, dado que esta posibilidad parece todavía muy distante en el contexto de la “Babel epistémica” dentro de la cual se encuentra el campo de conocimientos que nos ocupa. En cambio, sí lo determina una invitación a continuar construyendo ese campo, a partir de sostener la tensión dialógica entre los diferentes saberes que lo constituyen. Especialmente el de sus vertientes fundantes: el pensamiento psiquiátrico y el psicoanalítico.

Claro está que resulta más tranquilizador encolumnarse detrás de un posicionamiento teórico (a veces de manera cuasi dogmática), denigrando las aproximaciones diferentes, que darse la posibilidad de reconocer que nuestro propio punto de vista en solitario es insuficiente para pensar los fenómenos en su verdadera complejidad. Quizás eso sea lo que haga que algunos psicoanalistas se sientan amenazados por los planteos provenientes del campo médico y neurocientífico; mientras que ciertos médicos y neurocientíficos se sientan amenazados por el Psicoanálisis.

Asumirnos como herederos de esa gesta por la integración de un verdadero campo del conocimiento de los fenómenos psíquicos, que alcanzó sus puntos más altos en Freud y Kraepelin, es hoy un desafío válido. Un desafío, que de ser aceptado, puede permitirnos escapar del narcismo de nuestras pequeñas (o grandes) diferencias para orientarnos en el sentido de un objetivo común.

Bibliografía de Referencia

American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.

American Psychiatric Association. (1980). *DSM III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. III edition. Washington DC.

Aulagnier, P. (1998). *Los destinos del placer*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Bleichmar, H. (2005). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Ey, Henry (1965). *Col. Tratado de Psiquiatría*. Toray.

France, A. (2010). *Abriendo la caja de Pandora: las 19 peores sugerencias del DSM V*.
Recuperado de <http://www.wikio.es/news/Allen+Frances>

Gandolfo, E. (1982). Freud ante la controversia Salpêtrière-Nancy. *Revista Argentina de Psicología*, (31).

Jablensky, A. (ed.); Sartorius, N. (ed.); Hirschfeld, R. (ed.); Pardes, H. (ed.). (Noviembre de 1983). *Psychological Medicine*. Vol 13 (4), pp. 907-921

Kaplan, H. I., y Sadock, B. J. (1999). Tratado de psiquiatría. In *Tratado de psiquiatría*

Kupfer, D; First, M; Regier, D. (2004). *Agenda de investigación para el DSM V*. Barcelona: Masson S.A.

Lagache, D; Pontalis, J B y Laplanche, J (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

López-Muñoz, F y González, C. A. (2007). *Historia de la Psicofarmacología*, vol. 3. Ed. Médica Panamericana

Morín, E. (1996). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. 10ª rev. Madrid: Meditor

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), pp. 255-286.

Vallejo Ruiloba, J y Leal Cercós, C. (2008). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica